

DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf13nk444>

## Strategi Pencegahan Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Poli KIA di Puskesmas Siliragung Kabupaten Banyuwangi

**Novita Nuraini**

Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember; novita\_nuraini@polije.ac.id (koresponden)

**Dewi Candra Agustin**

Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember; dewicandraagustin89@gmail.com

**Dony Setiawan Hendyca Putra**

Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember; dony\_shp@polije.ac.id

**Indah Muflihatin**

Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember ; indah\_muflihatin@polije.ac.id

### ABSTRACT

*According to the hospital's minimum service standards, the target for delays in returning medical record documents must reach 0% with 100% completeness of contents. The purpose of this study is to devise and implement strategies to prevent delays in returning medical record documents outpatient MCH poly. This type of research was qualitative using the PDCA method. The research subjects were medical record coordinators, medical record officers, MCH poly officers, DPJP, midwives, and heads of health center. Data were collected through interviews, observation, documentation studies, NGT and brainstorming. The validity test of the data was carried out by triangulating sources, time and techniques. The results of the research at the Plan stage were the identification of factors causing delays in DRM returns based on 5M, the man element, namely education that was still not in accordance with medical record qualifications, lack of knowledge of officers regarding DRM returns, lack of work experience due to a relatively new working period. The element of money was the insufficient budget for medical record facilities. The material element was that there are still incomplete DRM fillings. The machine element was that there were still problems with errors/slowness when inputting patient data on a computer/laptop, there was no telephone in the filing room, the use of expedition books was not optimal. The element of the method was that there was no SOP related to DRM returns and was also a priority problem with the proposed plan, namely making SOPs related to returning DRM and changing items in the expedition book. The do stage was carried out in April-May where before and after implementation there was a decrease. The Check stage had met the target so that the proposed planning activities could be continued in the action stage. The Action stage was validation and socialization regarding the SOP for returning DRM every month and optimizing the filling out of expedition books. It is recommended to optimize the filling out of expedition books, socialize SOPs every month, and evaluate the performance of officers.*

**Keywords:** PDCA; outpatient; medical records; public health center

### ABSTRAK

Menurut standar pelayanan minimal rumah sakit, target keterlambatan pengembalian dokumen rekam medik harus mencapai 0% dengan kelengkapan isi 100%. Tujuan penelitian ini yaitu untuk menyusun dan melaksanakan strategi pencegahan keterlambatan pengembalian dokumen rekam medik rawat jalan poli KIA. Jenis penelitian yaitu kualitatif dengan menggunakan metode PDCA. Subjek penelitian yaitu koordinator rekam medis, petugas rekam medis, petugas poli KIA, DPJP, bidan, dan kepala puskesmas. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi, NGT dan *brainstorming*. Uji keabsahan data dilakukan dengan triangulasi sumber, waktu dan teknik. Hasil penelitian pada tahap *Plan* adalah identifikasi faktor penyebab keterlambatan pengembalian DRM berdasarkan 5M, unsur *man* yaitu pendidikan yang masih belum sesuai dengan kualifikasi rekam medis, kurangnya pengetahuan petugas terkait pengembalian DRM, kurangnya pengalaman kerja akibat masa kerja yang terbilang baru. Unsur *money* yaitu anggaran dana yang kurang memenuhi untuk fasilitas rekam medis. Unsur *material* yaitu masih terdapat ketidaklengkapan pengisian DRM. Unsur *machine* yaitu masih terjadi kendala *error*/lemot saat *input* data pasien dalam komputer/laptop, tidak adanya telepon dalam ruang *filing*, kurang optimalnya penggunaan buku ekspedisi. Unsur *method* yaitu tidak adanya SOP terkait pengembalian DRM dan juga menjadi prioritas masalah dengan rencana usulan yaitu pembuatan SOP terkait pengembalian DRM dan perubahan item dalam buku ekspedisi. Tahap *do* dilakukan pada bulan April-Mei dimana sebelum dan sesudah pelaksanaan mengalami penurunan. Tahap *Check* telah memenuhi target sehingga usulan kegiatan perencanaan dapat dilanjutkan dalam tahap *action*. Tahap *Action* yaitu pengesahan dan sosialisasi terkait SOP pengembalian DRM setiap bulan serta pengoptimalan pengisian buku ekspedisi. Disarankan pengoptimalan pengisian buku ekspedisi, sosialisasi SOP setiap bulan, dan evaluasi kinerja petugas.

**Kata kunci:** PDCA; rawat jalan; rekam medis; puskesmas

### PENDAHULUAN

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<sup>(1)</sup>. Puskesmas dalam mengelola data pasien, baik data sosial maupun data pemeriksaan pasien dicatat secara rinci di dalam rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada

pasien<sup>(2)</sup>. Rekam medis dikatakan bermutu jika rekam medis tersebut akurat, dapat dipercaya, valid, tepat waktu dan lengkap. Namun faktanya masih terdapat keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis (DRM) salah satunya yaitu di Puskesmas Siliragung. Menurut data dari sub bagian rekam medis, selama bulan Juli 2020-Juni 2021 poli umum memiliki persentase keterlambatan yaitu 4,95% dari 8.314 berkas. Poli gigi memiliki persentase keterlambatan yaitu 3,06% dari 1.922 berkas, dan poli KIA mengalami keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dengan persentase 41,19% dari 3.459 berkas. Dari hasil persentase tersebut poli KIA mengalami banyak sekali keterlambatan berkas sehingga penelitian ini merujuk pada bagian poli KIA. Adapun persentase keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA disajikan pada tabel 1. Selama 1 tahun terakhir jumlah dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA yang terlambat dikembalikan sebanyak 1.425 berkas (41,2%) dari 3.459 yang harus dikembalikan ke bagian rekam medis. Sedangkan menurut standar pelayanan minimal rumah sakit, target keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis harus mencapai 0% dengan kelengkapan isi dokumen rekam medis 100%<sup>(3)</sup>.

Tabel 1. Persentase keterlambatan pengembalian DRM Rawat Jalan Poli KIA pada bulan Juli 2020-Juni 2021

| No | Bulan     | Total DRM | Total DRM terlambat | Persentase keterlambatan |
|----|-----------|-----------|---------------------|--------------------------|
| 1  | Juli      | 248       | 142                 | 57,3%                    |
| 2  | Agustus   | 325       | 166                 | 51,0%                    |
| 3  | September | 247       | 135                 | 54,7%                    |
| 4  | Oktober   | 271       | 169                 | 62,4%                    |
| 5  | November  | 370       | 195                 | 52,7%                    |
| 6  | Desember  | 292       | 65                  | 22,3%                    |
| 7  | Januari   | 284       | 33                  | 11,6%                    |
| 8  | Februari  | 282       | 49                  | 17,4%                    |
| 9  | Maret     | 373       | 148                 | 39,7%                    |
| 10 | April     | 273       | 155                 | 56,8%                    |
| 11 | Mei       | 201       | 106                 | 52,7%                    |
| 12 | Juni      | 293       | 62                  | 21,2%                    |
|    | Jumlah    | 3.459     | 1.425               | 41,2%                    |

Tabel 2. Lama waktu keterlambatan pengembalian DRM pasien

| No | No. RM  | Nama     | Tanggal kunjungan | Tanggal kembali | Keterlambatan |
|----|---------|----------|-------------------|-----------------|---------------|
| 1  | 45019XX | N. J.    | 14/07/2020        | 18/07/2020      | 4 hari        |
| 2  | 45061XX | A. S.    | 19/08/2020        | 26/08/2020      | 7 hari        |
| 3  | 45133XX | A. K.    | 30/12/2020        | 18/01/2021      | 19 hari       |
| 4  | 45143XX | A. K. A. | 19/05/2021        | 24/05/2021      | 5 hari        |
| 5  | 45057XX | S. Z. M. | 15/07/2020        | 18/07/2020      | 3 hari        |
| 6  | 43082XX | N.       | 30/11/2020        | 02/12/2020      | 2 hari        |
| 7  | 45024XX | Y.       | 22/04/2021        | 28/04/2021      | 6 hari        |
| 8  | 45128XX | S. I.    | 22/10/2020        | 04/11/2020      | 7 hari        |
| 9  | 45128XX | W.       | 27/03/2021        | 29/03/2021      | 2 hari        |
| 10 | 43082XX | S. K.    | 30/11/2020        | 02/12/2020      | 2 hari        |

Keterlambatan pengembalian rekam medis mempengaruhi dalam pengelolaan rekam medis, hal yang menyebabkan lama waktu pengelolaan rekam medis adalah pengembalian rekam medis rawat inap lebih dari 2 x 24 jam dan pengembalian rekam medis rawat jalan/IGD lebih dari 1 x 24 jam<sup>(4)</sup>. Berdasarkan tabel diatas menjelaskan bahwa dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA terlambat melebihi 1 x 24 jam. Hal ini berdampak bagi pelayanan yaitu menghambat waktu pelayanan terhadap pasien karena petugas harus mencari berkas rekam medis yang belum kembali ke ruang penyimpanan, ketika terdapat kegiatan imunisasi setiap minggunya dokumen rekam medis pasien yang berkunjung kembali untuk melaksanakan imunisasi susah dicari bahkan hilang sehingga petugas membuatkan dokumen rekam medis baru lagi untuk mengatasinya agar pelayanan tidak terlambat. Namun hal ini juga menyebabkan masalah baru bagi petugas, yaitu dokumen rekam medis menjadi ganda. Membuat ruang poli KIA menjadi penuh karena tertumpuk oleh dokumen rekam medis yang belum dikembalikan. Kemudian pengembalian dokumen rekam medis yang tidak tepat waktu mempengaruhi pengelolaan data informasi yang dibutuhkan puskesmas seperti pelaporan setiap bulan jika hal ini dilakukan secara terus menerus maka akan berakibat pada terhambatnya penyampaian informasi kepada kepala puskesmas dalam pengambilan keputusan.

Berdasarkan uraian permasalahan tersebut faktor penyebab permasalahan dapat dikaitkan dengan 5 unsur manajemen yaitu *man, money, material, machine, dan method*. Faktor penyebab permasalahan dari unsur *man* dapat dilihat dari variabel pendidikan, pengetahuan dan masa kerja dimana diduga ada kaitannya dengan beberapa petugas yang memiliki pendidikan terakhir SMA dan masa kerja yang masih sebentar. Faktor penyebab permasalahan dari unsur *money* dapat dilihat dari variabel anggaran (biaya) dimana diduga ada kaitannya dengan tidak ada pendanaan fasilitas terkait rekam medis. Faktor penyebab permasalahan dari unsur *material* dapat dilihat dari variabel kelengkapan pengisian formulir rekam medis dimana diduga ada kaitannya dengan ketidaklengkapan isi dokumen rekam medis. Faktor penyebab permasalahan dari unsur *machine* dapat dilihat dari variabel buku ekspedisi, komputer/laptop dan alat komunikasi seperti telepon yang dimana diduga ada kaitannya dengan tidak adanya fasilitas penunjang. Faktor penyebab permasalahan dari unsur *method* dapat dilihat dari variabel SOP yang dimana diduga ada kaitannya dengan tidak adanya standar terkait pengembalian dokumen rekam medis.

Berdasarkan pembahasan diatas peneliti menggunakan metode pendekatan sistem model PDCA (*Plan, Do, Check, Action*). Metode ini diharapkan dapat membantu dalam pengambilan keputusan untuk perbaikan kualitas pelayanan kesehatan khususnya di bagian rekam medis.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menyusun dan melaksanakan strategi pencegahan terhadap keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA di Puskesmas Siliragung Kabupaten Banyuwangi.

## METODE

Jenis penelitian yang dilakukan adalah studi kualitatif. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Siliragung Kabupaten Banyuwangi pada Januari 2022 sampai dengan Juni 2022. Pengumpulan data dilakukan menggunakan wawancara, *brainstroming*, observasi, dan studi dokumentasi. Subjek dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas, koordinator rekam medis, petugas poli KIA, bidan dan petugas rekam medis. Sedangkan objek penelitian adalah segala informasi yang terkait dengan kejadian keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA dan strategi dalam mengurangi terjadinya keterlambatan dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA.

Metode yang digunakan adalah PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) atau siklus Deming. Tahapan dalam metode ini terdiri dari *Plan* (perencanaan), *Do* (Pelaksanaan), *Check* (Pemeriksaan), dan *Action* (Perbaikan). Dimana pada tahap *plan* menganalisis faktor penyebab masalah menggunakan 5M (*man, money, material, machine, and method*) dengan menggunakan pengumpulan data berupa wawancara, observasi dan dokumentasi kepada petugas rekam medis, kepala puskesmas, koordinator rekam medis, DPJP, dan bidan. Kemudian menentukan prioritas permasalahan dengan menggunakan metode NGT (*Nominal Group Technique*) untuk lalu dilanjutkan dengan melakukan penyusunan rencana dari prioritas masalah tersebut. Tahap *do* mengimplementasi rencana yang telah disusun secara bersama pada tahap *plan*. Dilakukan pada bulan April hingga Mei dengan melibatkan seluruh narasumber dengan menggunakan pengumpulan data berupa wawancara dan observasi. Tahap *check* melakukan perbandingan sebelum dan sesudah dilakukannya perbaikan. Memeriksa setiap pelaksanaan yang telah dilakukan. Tahap ini akan terlihat apakah perencanaan dapat berjalan dengan baik atau tidak, dan akan memeriksa data pengembalian DRM. Pada tahap ini akhir adalah *action* yakni melakukan pengambilan keputusan apakah mempertahankan perbaikan ataupun tidak. Berdasarkan hasil pemeriksaan (*check*) peneliti melakukan penilaian terhadap pelaksanaan pengembalian DRM yang berjalan. Penilaian didasarkan dari pengumpulan data dari identifikasi berdasarkan 5M hingga hasil pemeriksaan (*check*) yang dilakukan peneliti. Penyusunan perbaikan (*action*) merupakan bentuk strategi pelaksanaan sistem pelaporan yang dilakukan selama penelitian.

## HASIL

### Penyusunan *Plan* (Perencanaan)

Pada penelitian ini tahapan *plan* yakni melakukan analisis penyebab masalah dengan menggunakan unsur manajemen yakni 5M (*Man, Money, Method, Material, Machine*), penentuan prioritas masalah dengan metode NGT dan pembuatan rencana usulan terkait perbaikan keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA.

### Analisis Penyebab Masalah Keterlambatan Pengembalian DRM

#### 1. *Man*

Faktor *man* merupakan unsur manusia yang dapat menentukan keterbedayaan unsur lainnya yang mana dalam penelitian ini yaitu mengidentifikasi berdasarkan pendidikan, pengetahuan, dan masa kerja. Aspek pendidikan didapatkan bahwa 1 orang petugas masih lulusan SMA. Aspek pengetahuan petugas terkait pengembalian dokumen rekam medis didapatkan data bahwasanya koordinator rekam medis, petugas rekam medis, DPJP dan bidan sudah mengetahui terkait batas waktu pengembalian dokumen rekam medis. Namun bagi petugas poli KIA masih belum mengetahui terkait batas waktu pengembalian dokumen rekam medis. Aspek masa kerja petugas didapatkan data bahwasannya koordinator rekam medis dan petugas rekam medis memiliki masa kerja dalam kategori yang berbeda dimana koordinator rekam medis dan bidan merupakan petugas yang memiliki masa kerja dengan kategori lama karena sudah bekerja lebih dari 6 tahun dan petugas rekam medis, DPJP serta petugas poli KIA merupakan petugas yang memiliki masa kerja dengan kategori baru karena 2 petugas tersebut masih baru bekerja kurang dari 6 tahun.

#### 2. *Money*

*Money* adalah anggaran yang dikeluarkan pihak fasilitas pelayanan kesehatan untuk penyelenggaraan pengelolaan berkas rekam medis<sup>(5)</sup>. Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dan alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok dan masyarakat<sup>(6)</sup>. Hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti diperoleh informasi bahwa anggaran atau pembiayaan guna menunjang terkait fasilitas pengembalian dokumen rekam medis, sudah pernah menyediakan anggaran khusus terkait fasilitas penyelenggaraan rekam medis dan pengembalian dokumen rekam medis namun kepala puskesmas mengatakan bahwa dana yang diminta terkadang tidak sesuai dengan dana yang diberikan dikarenakan ada banyak unit yang juga harus terpenuhi dananya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa antara pengajuan dana dengan dana yang dikeluarkan oleh Puskesmas Siliragung tidak sesuai. Dukungan dana untuk reward terkait waktu pengembalian DRM dapat mempengaruhi kinerja petugas dalam melaksanakan tugas dalam pengembalian DRM<sup>(7)</sup>.

#### 3. *Material*

Faktor *material* adalah bahan atau informasi manajemen yang setiap saat tersedia, baik dari *feedback* maupun sebagai akibat dari aktivitas organisasi perusahaan tersebut guna menjalankan roda organisasi secara

berkesinambungan. bahan atau benda yang dibutuhkan dalam rekam medis dan terlibat secara langsung dalam proses pengembalian dokumen rekam medis seperti kelengkapan isi rekam medis. Hasil wawancara diperoleh data bahwasannya terkait pengisian dokumen rekam medis, petugas telah mengisi secara lengkap dan mengontrol penuh terkait kelengkapan isi rekam medis, namun ketika peneliti melakukan sebuah observasi. Peneliti menemukan beberapa dokumen rekam medis yang tidak tertanda tangani oleh tenaga medis. Pihak tenaga medis khususnya DPJP sering lupa mengisi tanda tangan pada dokumen rekam medis dikarenakan ramainya pasien. Sehingga, terjadinya ketidaklengkapan pengisian rekam medis dapat memberikan dampak bagi proses pengembalian dokumen rekam medis dan mutu pelayanan kesehatan.

4. *Machine*

*Machine* adalah fasilitas kerja atau mesin kerja dalam pelayanan kesehatan dapat berupa peralatan yang menunjang pemberian layanan kesehatan. Puskesmas Siliragung sudah menyediakan komputer atau laptop di unit rekam medis maupun poli KIA untuk menunjang pelayanan pasien. Komputer atau laptop sudah digunakan secara tepat oleh petugas rekam medis diantaranya yaitu digunakan untuk melihat riwayat pasien berkunjung, tanggal kunjungan, identitas pasien dan lain-lain yang telah di *input* dalam SIMPUS yang telah digunakan. Namun, masih belum sepenuhnya efektif dikarenakan komputer/laptop yang digunakan mengalami *error* dan tidak cepat tanggap (lemot). Hal ini dapat menghambat pada pelayanan dan proses dalam pencarian dokumen rekam medis sehingga pelayanan menjadi tidak cepat seharusnya dengan adanya komputer petugas dapat menyelesaikan pekerjaannya secara cepat.

Puskesmas Siliragung juga sudah menyediakan alat komunikasi berupa telepon. Namun hanya ada pada ruang poli KIA. Alat komunikasi di ruang *filing* di Puskesmas Siliragung kurang bahkan belum ada. Kurangnya fasilitas untuk alat komunikasi dalam ruang *filing* membuat petugas rekam medis kelelahan, di mana petugas rekam medis sering berkali-kali berjalan bolak balik ke poli KIA untuk mengambil dokumen rekam medis setelah pelayanan namun ternyata dokumen rekam medis tersebut belum selesai diinputkan ke dalam SIMPUS. Proses penginputan data informasi juga membutuhkan waktu yang lama sehingga petugas poli KIA jadi sering lupa memberikan informasi ke petugas rekam medis bahwa dokumen rekam medis sudah selesai diinputkan dan harus diambil untuk dikembalikan ke ruang penyimpanan (*filing*). Alternatif yang digunakan petugas rekam medis sudah bagus namun masih belum efektif. Selain komputer dan telepon, Puskesmas Siliragung juga menggunakan buku ekspedisi.

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan peneliti kepada petugas didapatkan bahwa di Puskesmas Siliragung telah melaksanakan pencatatan dokumen rekam medis baik keluar maupun masuk dalam buku ekspedisi dan diisi secara lengkap dalam buku ekspedisi. Namun dalam hasil observasi peneliti pencatatan buku ekspedisi oleh petugas rekam medis masih belum sepenuhnya maksimal dikarenakan petugas rekam medis sering tergesa-gesa sehingga lupa mencatat dokumen rekam medis baik yang keluar maupun kembali. Sehingga dapat disimpulkan bahwa petugas kurang optimal dalam penggunaan buku ekspedisi yang dimana petugas tidak lengkap dalam pengisian dokumen rekam medis.

5. *Method*

*Method* merupakan suatu tata cara kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan dalam suatu organisasi<sup>(5)</sup>. Melakukan pekerjaan secara efisien tidak hanya tergantung kepada kemampuan atau keterampilan pekerja semata, tetapi juga dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah standar prosedur kerja yang berisikan uraian tugas yang jelas atau adanya *Standard Operational Procedure* (SOP)<sup>(8)</sup>. Standar Operasional Prosedur adalah suatu perangkat langkah-langkah yang memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi<sup>(9)</sup>. Dalam penelitian ini diperoleh data hasil penelitian bahwasanya di Puskesmas Siliragung belum terdapat SOP terkait pengembalian dokumen rekam medis. Tidak adanya *Standard Operating Procedure* (SOP) membuat petugas tidak tepat waktu dalam mengembalikan dokumen rekam medis. Pentingnya adanya SOP terkait pengembalian dokumen rekam medis agar menjadi acuan petugas dalam melaksanakan tugasnya secara profesional dan perlunya sosialisasi terkait SOP jika SOP tersebut telah ada.

Penentuan Prioritas Penyebab Masalah Keterlambatan Pengembalian DRM

Penentuan prioritas penyebab masalah dilakukan dengan menggunakan metode NGT yang dimana pesertanya berjumlah 5 orang petugas. Dari hasil analisis penyebab faktor keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dengan unsur manajemen 5M (*Man, Money, Method, Material, Machine*), terdapat 9 penyebab masalah (tabel 3).

Tabel 3. Hasil identifikasi faktor penyebab keterlambatan pengembalian DRM

| No | Penyebab keterlambatan  |
|----|---|
| 1  | Pendidikan yang masih belum sesuai dengan kualifikasi rekam medis                     |
| 2  | Kurangnya pengetahuan petugas terkait pengembalian dokumen rekam medis                |
| 3  | Kurangnya pengalaman kerja akibat masa kerja yang terbilang baru                      |
| 4  | Anggaran dana yang kurang memenuhi untuk fasilitas rekam medis                        |
| 5  | Masih terdapat ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis                         |
| 6  | Masih terjadi kendala <i>error/lemot</i> saat input data pasien dalam komputer/laptop |
| 7  | Tidak adanya telepon dalam ruang <i>filing</i>  |
| 8  | Kurang optimalnya penggunaan buku ekspedisi   |
| 9  | Tidak adanya SOP ( <i>Standard Operating Procedure</i> ) sebagai acuan petugas        |

Peneliti dan peserta melakukan penentuan prioritas penyebab masalah dengan memberi penilaian terhadap setiap faktor penyebab masalah dan diambil keputusan dengan menghitung hasil voting disetiap penyebab

masalah. Dari hasil voting didapatkan prioritas pertama adalah tidak adanya SOP (*Standard Operating Procedure*) sebagai acuan petugas. Prioritas kedua yaitu kurang optimalnya penggunaan buku ekspedisi dan prioritas ketiga yaitu masih terdapat ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. Tidak adanya SOP (*Standard Operating Procedure*) sebagai acuan petugas yang dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengembalian dokumen rekam medis karena belum adanya acuan kerja. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Fasluqi Subula Robik bahwasannya faktor penyebab keterlambatan pengembalian rekam medis dikarenakan belum adanya komitmen kerja sesuai protap atau SOP yang ada<sup>(10)</sup>.

### Rencana Usulan Kegiatan Perbaikan Keterlambatan Pengembalian DRM

Pada tahap ini dilakukan proses *brainstorming* dengan subjek penelitian untuk menentukan faktor penyebab masalah beserta rencana upaya penyelesaiannya sehingga dapat dilakukan perbaikan bersama secara langsung. Dari keseluruhan hasil *brainstorming* rencana usulan strategi pencegahan keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA adalah :

1. Unsur *method*: pembuatan SOP terkait pengembalian dokumen rekam medis
2. Unsur *machine*: perubahan item format buku ekspedisi.

Permasalahan yang pertama terdapat pada variabel *method* dimana tidak adanya SOP (*Standard Operating Procedure*) sebagai acuan petugas sehingga didapatkan upaya penyelesaiannya yakni pembuatan SOP terkait pengembalian dokumen rekam medis dengan harapan dapat menambah pengetahuan petugas mengenai prosedur yang ada. Permasalahan yang kedua terdapat pada variabel *machine* dimana kurang optimalnya penggunaan buku ekspedisi sehingga didapatkan upaya penyelesaiannya yakni perubahan item format buku ekspedisi. Kemudian peneliti membuat *Term Of Reference (TOR)* sebagai acuan kegiatan pelaksanaan (*do*) dengan latar belakang, tujuan, tempat, waktu dan target yang telah disepakati bersama. Berikut hasil pembuatan SOP, Tor dan item buku ekspedisi sebagai berikut:

| PENGEMBALIAN DOKUMEN REKAM MEDIS                 |  |
|--|--|
| S  | No. Dokumen : _____  |
| O  | No. Revisi : _____   |
| P  | Tanggal Terbit : _____   |
| P  | Halaman : 1/2  |
| PUSKESMAS SILIRAGUNG                             |  |
| dr. Y. Roni Satrio<br>NIP. 19700111-2002121-1002 |  |
| 1. Pengertian                                    | Pengembalian dokumen rekam medis adalah suatu kegiatan menerima pengembalian dokumen rekam medis dari unit pelayanan terkait untuk di simpan kembali ke ruang filing.  |
| 2. Tujuan  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai acuan penerapan langkah-langkah pengembalian dokumen rekam medis</li> <li>2. Untuk mencegah hilangnya dokumen rekam medis</li> <li>3. Memudahkan mencari kembali dokumen rekam medis</li> <li>4. Untuk menjamin bahwa pengembalian dokumen rekam medis yang dikeluarkan ke unit pelayanan terkait dikembalikan dengan lengkap dan dalam waktu yang telah ditetapkan sesuai dengan peraturan.</li> </ol>  |
| 3. Kebijakan                                     |  |
| 4. Referensi                                     | PERMENKES RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medik   |
| 5. Prosedur                                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas rekam medis mengambil dokumen rekam medis ke masing-masing unit dan dikembalikan ke bagian filing atau ruang penyimpanan rekam medis setelah selesai melaksanakan pelayanan medis rawat jalan pasien.</li> <li>2. Dokumen rekam medis rawat jalan harus kembali dalam 1 x 24 jam setelah pasien pulang atau setelah selesai pelayanan medis</li> <li>3. Dokumen rekam medis yang telah kembali dicocokkan dengan dokumen rekam medis yang sudah tercatat dalam buku ekspedisi</li> <li>4. Dokumen rekam medis yang tidak lengkap dikembalikan ke ruang perawatan/dokter penanggungjawab untuk dilengkapi kembali</li> <li>5. Beri keterangan pada buku ekspedisi jika dokumen rekam medis kembali tidak sesuai waktu yang telah ditentukan dan dokumen rekam medis yang tidak lengkap pengisiannya</li> <li>6. Lakukan prosedur penyimpanan dokumen rekam medis</li> </ol> |

| PENGEMBALIAN DOKUMEN REKAM MEDIS                 |  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| S  | No. Dokumen : _____  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O  | No. Revisi : _____   |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P  | Tanggal Terbit : _____   |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| P  | Halaman : 2/2  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PUSKESMAS SILIRAGUNG                             |  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| dr. Y. Roni Satrio<br>NIP. 19700111-2002121-1002 |  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Bagan Alir                                    | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>Petugas Rekam Medis</b></p> <p>Mengembalikan kembali dokumen rekam medis pasien setelah selesai pelayanan medis pasien rawat jalan ke ruang filing dalam waktu 1 x 24 jam</p> <p>Mencocokkan DRM yang telah kembali dengan catatan yang terdapat di buku ekspedisi</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DRM lengkap ?</p> <p>Ya / Tidak</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;"><b>Petugas Medis di Unit Terkait</b></p> <p>Petugas, Perawat, dan Dokter penanggungjawab di unit terkait harus melengkapi DRM yang belum lengkap</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DRM di Simpan di Ruang Filing</p> </div> |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Unit Terkait                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan Umum</li> <li>2. Gigi</li> <li>3. Pelayanan Gawat Darurat</li> <li>4. KIA- KB</li> <li>5. Loket</li> </ol>   |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Dokumen Terkait                               | Rekam medis  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Rekam historis perubahan                      | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Yang Diubah</th> <th>Isi Perubahan</th> <th>Tanggal Mulai Diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>  | No            | Yang Diubah                | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| No   | Yang Diubah  | Isi Perubahan | Tanggal Mulai Diberlakukan |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |               |                            |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Gambar 1. Hasil pembuatan SOP pengembalian DRM

| No | No RM | Nama Pasien | Unit Terkait | Tanggal        |                 | Kelengkapan |               | Keterangan |
|----|-------|-------------|--------------|----------------|-----------------|-------------|---------------|------------|
|    |       |             |              | Tanggal Keluar | Tanggal Kembali | Lengkap     | Tidak Lengkap |            |
| 1  |       |             |              |                |                 |             |               |            |
| 2  |       |             |              |                |                 |             |               |            |
| 3  |       |             |              |                |                 |             |               |            |

Gambar 2. Tampilan item buku ekspedisi

**TERM OF REFERENCE (TOR)  
 STRATEGI PENCEGAHAN PENGEMBALIAN DOKUMEN REKAM  
 MEDIS RAWAT JALAN POLI KIA DI PUSKESMAS SILIRAGUNG  
 KABUPATEN BANYUWANGI**

Nama Mahasiswa : Dewi Candra Agustin  
 Jurusan/Prodi : Kesehatan/Manajemen Informasi Kesehatan  
 NIM : G41181346

| No | Perencanaan ( <i>Plan</i> ) dalam Strategi Pencegahan Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Poli KIA di Puskesmas Siliragung Kabupaten Banyuwangi |  |
|----|--|--|
| 1  | Nama Kegiatan  | Pelaksanaan ( <i>do</i> ) dalam Strategi Pencegahan Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Poli KIA di Puskesmas Siliragung Kabupaten Banyuwangi   |
| 2  | Penanggung Jawab   | Koordinator Rekam Medis  |
| 3  | Pelaksana  | Petugas Rekam Medis, Petugas Poli KIA, Bidan dan DPJP  |
| 4  | Latar Belakang   | Latar belakang permasalahan yang terjadi di Puskesmas Siliragung yaitu sering terjadinya keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan yang dimana dari 3 poli, poli KIA yang memiliki persentase keterlambatan yang paling tinggi. Dampaknya yaitu ketika terdapat kegiatan imunisasi setiap minggunya dokumen rekam medis pasien berkunjung kembali untuk melaksanakan imunisasi susah dicari bahkan hilang sehingga petugas membuat dokumen rekam medis baru lagi untuk mengatasinya agar pelayanan tidak terlambat. Namun hal ini juga menyebabkan masalah baru bagi petugas yaitu dokumen rekam medis menjadi ganda. Kemudian pengembalian dokumen rekam medis yang tidak tepat waktu mempengaruhi pengelolaan data informasi yang dibutuhkan puskesmas seperti pelaporan setiap bulan. Sehingga perlu adanya strategi pencegahan keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA di Puskesmas Siliragung. |
| 5  | Landasan   | Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis   |
| 6  | Deskripsi Kegiatan   | Pelaksanaan ( <i>do</i> ) dalam strategi pencegahan keterlambatan pengembalian dokumen rekam   |

Gambar 3. Term of reference

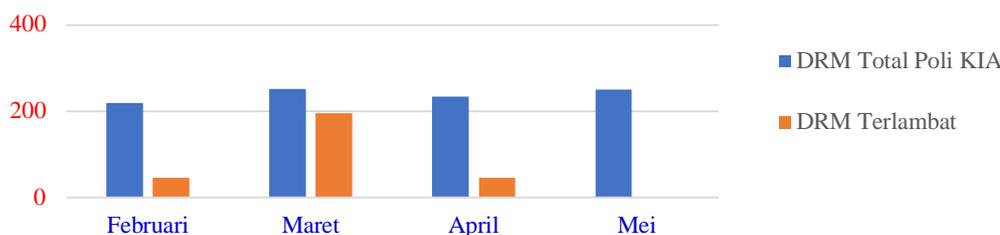
Gambar 1 tersebut merupakan hasil pembuatan SOP pengembalian dokumen rekam medis bersama subjek penelitian dimana hal ini nantinya dapat menambah pengetahuan petugas dan petugas tepat waktu dalam menjalankan tugasnya. Sedangkan gambar 2 merupakan tabel tampilan item buku ekspedisi dimana nantinya item ini dapat mengetahui letak dimana dokumen rekam medis yang pengisiannya kurang lengkap dan segera dilengkapi dan gambar 3 merupakan acuan kegiatan pelaksanaan (*do*) perbaikan berupa TOR dimana nantinya pelaksanaan perbaikan berjalan sesuai dengan kesepakatan yang telah disepakati bersama.

### Analisis Do (Pelaksanaan)

Pelaksanaan (*do*) merupakan sebuah tindakan yang harus dilakukan sesuai dengan rencana yang telah disepakati di dalam perencanaan (*plan*). Penetapan lama pelaksanaan sesuai dengan keputusan bersama petugas dalam *brainstorming* dengan dasar pertimbangan teori mengenai PDCA dimana pengimplementasian rencana strategi tersebut selama 2 bulan. keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA sebelum pelaksanaan (*do*) mengalami peningkatan pada bulan maret sebesar 77,7%. Pada bulan Februari dokumen rekam medis yang mengalami keterlambatan sebesar 45% dokumen dari 218 dokumen rekam medis dan pada bulan Maret dokumen rekam medis yang mengalami keterlambatan bertambah yaitu 195 dokumen dari 251 dokumen rekam medis. setelah dilakukan pelaksanaan (*do*) pada bulan April hingga Mei, tingkat keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis sudah mulai menurun meskipun masih terdapat keterlambatan pada bulan April sebesar 46 dokumen rekam medis dengan total dokumen rekam medis rawat jalan poli KIA sebesar 233 dokumen. Pada bulan Mei mengalami kemajuan yang pesat, dokumen rekam medis dikembalikan secara tepat waktu oleh poli KIA.

### Analisis Check (Pemeriksaan)

Pemeriksaan (*check*) merupakan sebuah proses pemeriksaan dari pelaksanaan (*do*) yang telah terlaksana selama 2 bulan di Puskesmas Siliragung. Menurut Bustami, sebagai dasar yang telah dipakai dalam pemeriksaan (*check*) merupakan sebuah perbandingan hasil yang dicapai dengan perencanaan (*target*) yang telah dibuat<sup>(11)</sup>. Perencanaan (*plan*) yang telah disepakati oleh peneliti dan 5 narasumber dan diterapkan dan pelaksanaan (*do*) sudah berjalan cukup baik. Sehingga pada pemeriksaan (*check*), target sudah memenuhi hanya saja dalam kelengkapan pengisian dokumen rekam medis belum sepenuhnya terisi lengkap. Berdasarkan gambar 4 dapat disimpulkan bahwa perencanaan (*plan*) dan pelaksanaan (*do*) sudah cukup baik dilakukan hingga keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis sudah mulai mengalami penurunan meskipun pada bulan april masih ada dokumen rekam medis yang terlambat. Dari target yang telah disusun dalam perencanaan (*plan*) dan diterapkan dalam pelaksanaan (*do*), pelaksanaan (*do*) yang telah dilaksanakan selama 2 bulan sudah sesuai target dari perencanaan (*plan*) dan dapat dilanjutkan dan diterapkan pada tahap *action*.



Gambar 4. Grafik persentase keterlambatan pengembalian DRM bulan Februari-Mei

### Penyusun Action (Perbaikan)

Perbaikan (*action*) merupakan sebuah pencegahan berulang dari permasalahan yang sama. Berdasarkan hasil pemeriksaan (*check*) dan *brainstorming* yang dilakukan oleh peneliti, perencanaan (*plan*) dalam pelaksanaan (*do*) secara umum sudah berjalan dan sesuai dengan target yang diharapkan, namun masih terdapat perencanaan yang masih belum terlaksana dengan baik. Rekomendasi untuk rencana yang akan datang di dalam unit rekam medis yaitu pengesahan SOP dan sosialisasi SOP pengembalian dokumen rekam medis setiap bulan guna untuk pengawasan dan bentuk pemahaman petugas akan prosedur dan langkah petugas dalam menjalankan tugasnya sebagaimana mestinya. Penerapan pengoptimalan penggunaan buku ekspedisi ini berguna untuk mengantisipasi terjadinya keterlambatan dan meminimalisir hilangnya dokumen rekam medis di Puskesmas Siliragung. Dengan adanya penerapan buku ekspedisi yang optimal dengan item format dalam buku ekspedisi yang baik, akan membantu dan meningkatkan mutu dalam rekam medis.

### PEMBAHASAN

Keterlambatan pengembalian DRM berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan. Keterlambatan pengembalian rekam medis juga mempengaruhi dalam pengelolaan rekam medis, hal yang menyebabkan lama waktu pengelolaan rekam medis adalah pengembalian rekam medis rawat inap lebih dari 2 x 24 jam dan pengembalian rekam medis rawat jalan/IGD lebih dari 1 x 24 jam<sup>(4)</sup>. Keterlambatan dokumen rekam medis di Puskesmas Siliragung yang paling tinggi yaitu terjadi pada poli KIA dengan persentase keterlambatan 41,19% dari 3.459 berkas. Sedangkan target keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis harus mencapai 0%.

Dalam tahap *plan*, didapatkan 9 permasalahan 5 unsur manajemen (*man, money, material, machine* dan *method*). Permasalahannya pada unsur *man* yaitu pendidikan yang masih belum sesuai dengan kualifikasi rekam medis. Tingkat pendidikan yang tidak sesuai dengan standar profesi berdampak pada pengetahuan serta pengelolaan rekam medis. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Rahmawati et al., yaitu bahwa pengetahuan seseorang dapat dihasilkan dari tingkat pendidikan<sup>(12)</sup>. Kemudian permasalahan unsur *man* lainnya yaitu kurangnya pengetahuan petugas terkait pengembalian dokumen rekam medis. Dalam hal ini Perlunya usulan pelatihan atau pengikutsertaan petugas dalam seminar terkait pengembalian dokumen rekam medis agar menunjang pengetahuan petugas. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Praptiansari, yang menyebutkan bahwasannya upaya untuk meningkatkan pengetahuan petugas dapat dilakukan dengan cara memberikan pelatihan dan latihan untuk praktek terhadap ilmu pengetahuan yang diajarkan sehingga kemampuan petugas terasah dengan baik<sup>(13)</sup>. Selanjutnya permasalahan unsur *man* lainnya yaitu kurangnya pengalaman kerja akibat masa kerja yang terbilang baru. Masa kerja juga mempengaruhi terkait pengetahuan dan pengalaman seseorang. Semakin lama masa kerja petugas semakin bertambah pula pengalaman dan pengetahuan petugas. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian menurut Ali, yang menyatakan bahwa orang yang memiliki pengalaman akan mempunyai pengetahuan yang baik bila dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki pengalaman dalam segi apapun<sup>(14)</sup>.

Permasalahannya pada unsur *money* yaitu anggaran dana yang kurang memenuhi untuk fasilitas rekam medis. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Hajar, apabila anggaran dana pengadaan peralatan pendukung tidak terpenuhi maka tingkat kejadian keterlambatan semakin tinggi<sup>(15)</sup>. Permasalahannya pada unsur *material* yaitu masih terdapat ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. tenaga medis khususnya DPJP sering lupa mengisi tanda tangan pada dokumen rekam medis dikarenakan ramainya pasien. hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Haqqi et al., yang menyatakan bahwa kelengkapan tanda tangan dan nama dokter menjadi masalah karena aspek ini merupakan aspek ketidaklengkapan terbesar<sup>(7)</sup>. Tanda tangan dan nama dokter pada rekam medis sifatnya sangat penting karena merupakan legalitas dan bentuk tanggung jawab terhadap pasien.

Permasalahannya pada unsur *machine* yaitu masih terjadi kendala *error*/lemot saat input data pasien dalam komputer/laptop. Pendayagunaan komputer di fasilitas pelayanan kesehatan harus disesuaikan dengan kebutuhan karena akan tercipta efisiensi kerja petugas dan kecepatan dalam pelayanan pasien<sup>(5)</sup>. Kemudian permasalahan yang lain yaitu tidak adanya telepon dalam ruang *filig*. kurangnya alat komunikasi sebagai pemberitahuan informasi dapat menghambat petugas dalam melaksanakan pekerjaannya yaitu pengembalian dokumen rekam medis. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Haqqi et al., yang menyatakan bahwasannya dengan disediakannya telepon atau alat komunikasi di bagian *filig* dapat membantu mempermudah petugas dalam melaksanakan pekerjaannya<sup>(7)</sup>. Selanjutnya permasalahan yang lain yaitu kurang optimalnya penggunaan buku ekspedisi. Menurut Oktavia & Damayanti (2017) menyebutkan bahwa buku ekspedisi berfungsi sebagai bukti serah terima dokumen rekam medis, untuk mengetahui unit mana yang meminjam dokumen rekam medis dan mengetahui kapan dokumen rekam medis dikembalikan, jika buku ekspedisi tidak digunakan dengan maksimal maka sulit melacak keberadaan dokumen rekam medis saat terjadi keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis<sup>(16)</sup>.

Permasalahannya *method* yaitu tak ada SOP terkait pengembalian DRM. Hal ini juga sejalan dengan penelitian dari Fasluki Subula Robik bahwasannya faktor penyebab keterlambatan pengembalian rekam medis dikarenakan belum adanya komitmen kerja sesuai protap atau SOP yang ada<sup>(10)</sup>. Dengan adanya sosialisasi terkait SOP, seluruh petugas dapat menyatukan pikiran dan persepsi untuk mencapai tujuan yang lebih baik.

Hal tersebut juga menjadi prioritas permasalahan yang telah dilakukan dengan menggunakan metode NGT (*Nominal Group Technique*). Prioritas masalah yang kedua yaitu kurang optimalnya penggunaan buku ekspedisi dan prioritas ketiga yaitu masih terdapat ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. Rencana usulan kegiatan yang dilakukan secara *brainstorming* yang akan menjadi sebuah strategi pencegahan keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis yaitu pembuatan SOP (*Standard Operating Procedure*) terkait pengembalian dokumen rekam medis dan perubahan item dalam buku ekspedisi.

Dalam tahap *do* akan dilakukan selama dua bulan yaitu bulan April hingga Mei dengan melibatkan seluruh narasumber yaitu coordinator rekam medis, petugas rekam, petugas poli KIA, bidan, dan DPJP. Pelaksanaan yang telah dilakukan sebelum dan sesudah pelaksanaan (*do*) diperoleh persentase penurunan keterlambatan dokumen rekam medis yaitu dari bulan Maret 77,7% ke bulan April 19,7% dan bulan Mei 0%.

Dengan tercapainya penurunan persentase maka strategi pencegahan ini dalam tahap (*check*) dilanjutkan ke tahap (*action*). Pada tahap *action* diusulkan perbaikan yaitu pengesahan dan sosialisasi terkait SOP pengembalian dokumen rekam medis setiap bulan sebagai pengingat bagi petugas agar tidak terjadinya kembali keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dan pengoptimalan pengisian buku ekspedisi.

Peneliti menyarankan petugas rekam medis mencatat dalam buku ekspedisi baik keterlambatan maupun ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat jalan dioptimalkan setiap harinya guna untuk bahan evaluasi ketika diadakannya rapat rutin dan mengingatkan dokter penanggung jawab pelayanan agar mengisi lengkap dokumen rekam medis setiap bulan sebagai pengingat bagi petugas, Kepala Puskesmas Siliragung untuk mengevaluasi kinerja petugasnya agar petugas bekerja sesuai SOP yang telah tersedia.

## KESIMPULAN

Pada tahap *plan* terkait identifikasi penyebab masalah keterlambatan pengembalian DRM yang menjadi prioritas masalah adalah tidak adanya SOP sebagai acuan petugas, kurang optimalnya penggunaan buku ekspedisi. Dengan tidak adanya SOP terkait pengembalian dokumen rekam medis dan belum optimalnya penggunaan buku. Sehingga dilakukan penyusunan rencana yakni pembuatan dan sosialisasi SOP dan perubahan item format buku ekspedisi. Hasil dari implementasi perencanaan tersebut masih terjadi keterlambatan dokumen rekam medis namun mengalami penurunan dari bulan sebelumnya yakni dari 195 rekam medis menjadi 46 rekam medis. Saran dalam penelitian ini adalah petugas rekam medis setiap hari mengisi buku ekspedisi secara lengkap, coordinator rekam medis memberikan sosialisasi SOP terkait keterlambatan setiap bulan, kepala puskesmas mengevaluasi kinerja petugas agar petugas bekerja sesuai SOP yang tersedia.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Permenkes RI Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. Jakarta: Kemenkes RI; 2019.
2. Kemenkes RI. Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta: Kemenkes RI; 2008.
3. Permenkes RI 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 2008;282.
4. Yulia N. Kecepatan Pendistribusian Rekam Medis Ke Poliklinik Di Rumah Sakit an-Nisa Tangerang. Inohim. 2017;5(1):109–13.
5. Subagia M. Analisis Prioritas Faktor Penyebab Kejadian Misfile Di Bagian Filling Unit Rekam Medis Rumah Sakit Ibu dan Anak Srikandi IBI Jember. 2017;
6. Anisa F, Hidayati N, Sari DP, Duta U, Surakarta B. Perencanaan Pembiayaan Kesehatan Di Rumah Sakit. Semin Inf Kesehat Nas. 2021;226–33.
7. Haqqi A, Aini NN, Wicaksono AP. J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan Berkas Rekam Medis Rawat Inap Di RS Universitas J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan. 2020;1(4):492–501.
8. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
9. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512 Tahun 2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Jakarta: Kemenkes RI; 2007.
10. Fasluki Subula Robik I. Perbaikan Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Menggunakan Metode PDCA (Plan, Do, Check, Action) di RSD Balung 2016. 2017;
11. Bustami. Peminjaman Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitas. Jakarta : Erlangga; 2011.
12. Rahmawati MA, Nuraini N, Hasan DA. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di RSU Haji Surabaya. J-REMI J Rekam Med dan Inf Kesehat. 2020;1(4):511–8.
13. Praptiansari C. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RSIA Srikandi Jember. J Chem Inf Model. 2017;53(9):21–5.
14. Ali AF. Evaluasi Fungsi Kerja Assembling Dengan Menggunakan Metode PDCA (Plan, Do, Check, Action) di RSU Bhakti Husada Banyuwangi Tahun 2017. 2018.
15. Hajar IS. Analisis Risiko Kerja Pada Petugas Koding Casemix Di RSUP DR. Kariadi Semarang. 2021. 6 p.
16. Oktavia N, Damayanti FT. Analisis Penyebab Terjadinya Misfile Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Ruang Penyimpanan ( Filling ) RSUD Kota Bengkulu Tahun 2017. 2017;3.