



Tata Kelola Sistem Filing Rekam Medik Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB

Ni Komang Wijiani Yanti¹, Muhamad Siladani Fatuhu¹

¹Universitas Nahdlatul Ulama Nusa Tenggara Barat, Mataram, Indonesia

Email: linalistianingsih66@gmail.com, siladanifatuhu@gmail.com

Article Info

Received: 01 Agustus 2022

Accepted: 18 September 2022

Abstrak: Filing merupakan sistem penataan rekam medik dalam satu tempat yang khusus agar penyimpanan dan pengambilan menjadi lebih mudah dan cepat. Permasalahan filing yang ditemukan pada saat studi pendahuluan yaitu salah simpan dokumen rekam medik serta ruang filing yang sangat luas sehingga waktu penyediaan berkas rekam medik belum sesuai standar. Penelitian ini bertujuan mengetahui tata kelola sistem filing di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB. Penelitian ini bersifat deskriptif dengan populasi 10.468 berkas rekam medis di bulan Juli tahun 2022 dan sampel 52 dokumen berkas rekam medik. Teknik pengambilan sampel menggunakan simple random sampling. Analisis data menggunakan analisis kuantitatif secara deskriptif. Hasil penelitian ditemukan sistem penyimpanan menggunakan sentralisasi dalam kategori baik 100%, sistem penjajaran menggunakan angka akhir dalam kategori baik 84,6%, pengambilan kembali dokumen rekam medik dalam kategori baik 94,2%, penyusutan dan pemusnahan rekam medik dalam kategori baik 100%, standar prosedur operasional dalam kategori baik 98,1%, fasilitas fisik ruang penyimpanan dalam kategori baik 90,4%. Saran dari penelitian ini yaitu pembenahan sistem penomoran agar tidak terjadi misfile dan melakukan pengarsiran pada penyimpanan berkas rekam medik apabila berkas yang dibutuhkan bisa ditemukan dengan mudah serta ditingkatkan lagi ketelitian dalam penaruhan tracer agar tidak terjadi kekeliruan atau kesalahan pengambilan berkas pada penaruhan tracer.

Kata Kunci: Filing; *Misfile*, Rekam Medik

Citation: Yanti, N.K.W., Fatuhu, M.S (2022). Tata Kelola Sistem Filing Rekam Medik Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB. *Medika: Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2(2), 22-28.

Pendahuluan

Penyelenggaraan rekam medik merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medik yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan untuk melayani permintaan dari pasien atau untuk keperluan lainnya untuk itu pelayanan rekam medik yang diberikan harus berkualitas dan sesuai dengan standar pelayanan yang ada. Pelayanan rekam medik yang baik dan bermutu tercermin dari pelayanan yang ramah, cermat serta nyaman. Pelayanan rekam medik rawat jalan dimulai dari tempat pendaftaran pasien sampai memperoleh dokumen rekam medik yang akan digunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2017).

Instalasi rawat jalan merupakan unit fungsional yang mengenai penerimaan pasien di rumah sakit, baik yang akan berobat jalan maupun yang akan dirawat di rumah sakit. Pemberian pelayanan di instalasi jalan pertama kali dilakukan di loket karcis yang dikelola oleh bagian rekam medik rawat jalan. Salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah akses terhadap pelayanan yang ditandai dengan waktu tunggu pasien. Waktu tunggu pasien dalam hal ini terhadap pelayanan rekam medik di pendaftaran rawat jalan merupakan salah satu hal penting yang akan menentukan citra awal pelayanan rumah sakit (Shofari, 2018).



Filing adalah sistem penataan rekam medik dalam satu tempat yang khusus agar penyimpanan dan pengambilan menjadi lebih mudah dan cepat, filing juga merupakan bagian dari rekam medik yang bertanggung jawab dalam menyimpan dokumen dan menjaga kerahasiaan isi dokumen rekam medik dalam pengambilan atau menyediakan dokumen rekam medik pasien yang akan datang berobat (Depkes RI, 2016). Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB sistem penyimpanan menggunakan sistem angka akhir (Terminal Digit Filing). Dalam penyimpanan berkas rekam medik aktif dan non aktif disimpan secara terpisah, untuk berkas non aktif disimpan di rak sebelah utara dan yang aktif di rak sebelah selatan dan jumlah data berkas pasien rawat jalan di bulan juli pada tahun 2022 sebanyak 10.648. Adapun permasalahan yang ada di filing yaitu salah simpan dokumen rekam medik dan ruang filing rekam medis sangat luas sehingga waktu tunggu penyediaan berkas rekam mediknya belum sesuai standar peneliti tertarik untuk meneliti dengan judul tata kelola sistem filing rekam medik.

Metode

Jenis Penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Data variabel yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah sistem penyimpanan rekam medik, sistem penjajaran rekam medik, pengambilan kembali dokumen rekam medik, penyusutan (retensi) pemusnahan rekam medik, fasilitas fisik ruang penyimpanan, SPO.

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medik rawat jalan pada ruang penyimpanan (filing) di bulan Juli pada tahun 2022 yang berjumlah 10.648 di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB. Besar sampel yang digunakan dihitung dengan rumus Slovin dengan hasil besar sampel yang digunakan berjumlah 52 dokumen berkas rekam medik rawat jalan dalam sistem penyimpanan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB. Peneliti menggunakan kriteria inklusi yaitu berkas rekam medik yang masih aktif dan yang tidak pernah dilakukan penyusutan atau retensi. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *simple random sampling*.

Pada penelitian ini observasi yang dilakukan adalah mengamati langsung pada rak penyimpanan rekam medik rawat jalan kemudian mencatat hasil yang diamati menggunakan check list. Pengolahan data menggunakan *editing, coding, data entry, dan cleaning*. Analisis data menggunakan analisis kuantitatif secara deskriptif, untuk mengetahui distribusi frekuensi variabel dalam penelitian sistem penyimpanan rekam medik, sistem penjajaran rekam medik, pengambilan kembali dokumen rekam medik, penyusutan (retensi) pemusnahan rekam medik, fasilitas fisik ruang penyimpanan, dan SPO di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB.

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan sistem penyimpanan menggunakan sentralisasi dalam kategori baik 100%, sistem penjajaran menggunakan angka akhir dalam kategori baik 84,6%, pengambilan kembali dokumen rekam medik dalam kategori baik 94,2%, penyusutan dan pemusnahan rekam medik dalam kategori baik 100%, standar prosedur operasional dalam kategori baik 98,1%, fasilitas fisik ruang penyimpanan dalam kategori baik 90,4%. Hal tersebut dapat dilihat dari masing-masing indikator sebagai berikut.

Sistem Penyimpanan Sentralisasi

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Sistem Penyimpanan Sentralisasi

No	Sistem Penyimpanan Sentralisasi	Frekuensi	Persentase
1	Baik	52	100%
2	Cukup	0	0%
3	Kurang	0	0%
Jumlah		52	100%

Berdasarkan tabel diatas dalam sistem penyimpanan sentralisasi dengan jumlah baik 100%, cukup 0%, kurang 0% dengan sampel 52 jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, berdasarkan dalam perolehan data sebesar 100% sehingga dikategorikan baik.

Sistem Penjajaran Angka Akhir (Terminal Digit Filing)

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Sistem Penjajaran Angka Akhir (Terminal Digit Filing)

No	Sistem Penjajaran Angka Akhir (Terminal Digit Filing)	Frekuensi	Persentase
1	Baik	44	84,6%
2	Cukup	0	0%
3	Kurang	8	15,4%
	Jumlah	52	100%

Berdasarkan tabel diatas dalam sistem penjajaran angka akhir berkas rekam medik dengan jumlah baik 84,6%, cukup 0%, kurang 15,4% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, berdasarkan kuesioner peneliti yang digunakan dalam perolehan data sebesar 84,6% sehingga dikategorikan baik.

Pengambilan Kembali Dokumen Rekam Medis

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pengambilan Kembali Dokumen Rekam Medis

No	Pengambilan Kembali Dokumen Rekam Medis	Frekuensi	Persentase
1	Baik	49	94,2%
2	Cukup	0	0%
3	Kurang	3	5,8%
	Jumlah	52	100%

Berdasarkan tabel diatas dalam pengambilan kembali berkas dokumen rekam medik dengan jumlah baik 94,2%, cukup 0%, kurang 5,8% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, berdasarkan kuesioner peneliti yang digunakan dalam perolehan data sebesar 94,2% sehingga dikategorikan baik.

Penyusutan (Retensi) Pemusnahan Berkas Rekam Medis

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Penyusutan dan Pemusnahan Berkas Rekam Medis

No	Pengambilan Kembali Dokumen Rekam Medis	Frekuensi	Persentase
1	Baik	100	100%
2	Cukup	0	0%
3	Kurang	0	0%
	Jumlah	52	100%

Berdasarkan tabel diatas dalam penyusutan dan pemusnahan berkas rekam medis dengan jumlah baik 100%, cukup 0%, kurang 0% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, berdasarkan kuesioner peneliti yang digunakan dalam perolehan data sebesar 100% sehingga dikategorikan baik.

Standar Prosedur Operasional

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Standar Prosedur Operasional

No	Pengambilan Kembali Dokumen Rekam Medis	Frekuensi	Persentase
1	Baik	51	98,1%
2	Cukup	0	0%
3	Kurang	1	1,9%
	Jumlah	52	100%

Berdasarkan tabel diatas dalam standar prosedur operasional dengan jumlah baik 98,1%, cukup 0%, kurang 1,9% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui

jawaban skala pengukuran jika baik 76- 100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, berdasarkan kuesioner peneliti yang digunakan dalam perolehan data sebesar 98,1 sehingga dikategorikan baik.

Fasilitas Fisik Ruang Penyimpanan

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Fasilitas Fisik Ruang Penyimpanan

No	Pengambilan Kembali Dokumen Rekam Medis	Frekuensi	Persentase
1	Baik	47	90,4%
2	Cukup	0	0%
3	Kurang	5	9,6%
Jumlah		52	100%

Berdasarkan tabel diatas dalam fasilitas fisik ruang penyimpanan rekam medik dengan jumlah baik 90,4%, cukup 0%, kurang 9,6% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, berdasarkan kuesioner peneliti yang digunakan dalam perolehan data sebesar 90,4% sehingga dikategorikan baik.

Sentralisasi ini diartikan penyimpanan rekam medik seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat. Penggunaan sistem sentralisasi memiliki kebaikan dan juga ada kekurangannya (Shofari, 2013). Penggunaan sistem sentralisasi ini merupakan sistem yang paling tepat untuk dipilih mengingat pelayanan akan mudah diberikan kepada pasien. Dalam ruang penyimpanan jumlah rak yang digunakan untuk menampung semua rekam medis rawat jalan dan rawat inap sudah memadai. Untuk alur penyimpanannya dimulai dari jam 07.30 sampai jam 12.00 masing-masing berkas diurutkan berdasarkan nomor rekam medisnya kemudian dimasukkan ke rak masing-masing nomor rekam medis penyimpanan dan untuk berkas pasien meninggal disimpan terpisah (Hatta, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian sistem penyimpanan di RSUD Provinsi NTB, dapat disimpulkan bahwa penyimpanan dokumen rekam medik Rawat Jalan, Rawat Inap dan IGD menggunakan sistem sentralisasi dengan kategori baik 100%, cukup 0%, kurang 0% dengan sampel 52 jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, dalam perolehan data sebesar 100% sehingga berdasarkan penelitian hasil tersebut sesuai dengan teori.

Dalam sistem angka akhir, file tersebut terbagi menjadi 100 bagian utama, dimulai dengan 00 akhir diakhiri dengan 99. Untuk itu pertama kita ke bagian rekam medik yang berkaitan dengan digit utama dalam jumlah pasien yang terlihat pada bagian rekam medik yang cocok dengan angka sekunder dalam jumlah. Maka file catatan numerik sesuai dengan digit (Mathar, 2018). Pada waktu menyimpan, petugas harus melihat angka pertama dan membawa rekam medis tersebut ke daerah rak penyimpanan untuk kelompok angka-angka pertama yang bersangkutan. Pada kelompok angka pertama ini rekam medis disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medis disimpan didalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor- nomor pada kelompok angka ketiga (tertiary digits) yang selalu berlainan (Muninjaya, 2014).

Dari hasil penelitian sistem penjajaran yang digunakan di RSUD Provinsi NTB adalah sistem penjajaran angka akhir dimana pada kelompok angka pertama rekam medik disesuaikan urutan letaknya menurut angka kedua, kemudian rekam medik disimpan didalam urutan sesuai dengan kelompok angka ketiga, sehingga dalam setiap kelompok penyimpanan nomor-nomor pada kelompok angka ketiga yang selalu berlainan.

Sistem penomoran dengan menggunakan angka akhir lebih banyak untuk dipilih karena secara umum dipakai lebih mudah efektif dan efisien sehingga petugas menyusun berkas disortir sesuai dengan sistem angka akhir, dengan kategori baik 84,6%, cukup 0%, kurang 15,4% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang<55%, dalam perolehan data sebesar 84,6% sehingga berdasarkan penelitian hasil tersebut sesuai dengan teori.

Berkas rekam medis boleh keluar dari ruang rekam medis tanpa tanda keluar atau kartu permintaan, tetapi juga bagi petugas rekam medis itu sendiri. Seseorang yang menerima atau meminjam dokumen rekam medis, berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu. Dalam peminjaman harus disebut ketentuan berapa lama jangka waktu untuk satu rekam medis diperbolehkan tidak berada di rak penyimpanan dan setiap dokumen rekam medis

kembali ke rak pada setiap akhir kerja, sehingga petugas filing rumah sakit dapat mencari dokumen rekam medis yang diperlukan (Midge, 2016).

Petunjuk keluar adalah suatu alat yang penting untuk mengawasi penggunaan rekam medis dalam penggunaannya "petunjuk keluar" ini diletakkan sebagai pengganti pada tempat map-map rekam medis yang diambil atau dikeluarkan dari rak penyimpanan. Petunjuk keluar tetap berada di rak tersebut, sampai map rekam medis yang diambil ataupun dipinjam tersebut dikembalikan ke tempat semula (Depkes RI, 2016). Setiap penyerahan dokumen rekam medis harus menggunakan buku ekspedisi adalah nomor rekam medis, tanggal, penggunaan dan nama pasien. Hal ini bertujuan agar keamanannya terjamin, bila dijumpai kehilangan dokumen rekam medis dan sebagai bukti serah terima dokumen rekam medis (Dayanto, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian dalam penyimpanan tidak satupun berkas rekam medis boleh keluar dari ruang penyimpanan tanpa kartu permintaan seseorang yang meminjam dokumen berkas rekam medis menggunakan tracer, didalam peminjaman berkas rekam medis dokter atau pegawai rumah sakit yang berkepentingan dengan meminjam dokumen berkas rekam medis untuk dibawa ke ruang kerjanya selama jam kerja dan dikembalikan keruangan rekam medis pada akhir jam kerja, sedangkan peminjaman untuk penelitian tidak boleh keluar dari ruangan filing dan dikembalikan pada saat selesai meneliti berkas, dalam permintaan atau peminjaman berkas rekam medis seperti pertolongan rawat jalan, gawat darurat dipenuhi sesegera mungkin dan untuk tanda keluar berkas rekam medis menggunakan tracer sebagai pengganti petunjuk keluar dokumen rekam medik yang tidak berada didalam rak penyimpanan sehingga memudahkan mencari keberadaan berkas. Berdasarkan pengambilan kembali berkas dokumen rekam medik dengan kategori baik 94,2%, cukup 0%, kurang 5,8% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, dalam perolehan data sebesar 94,2% dikategorikan baik sehingga berdasarkan penelitian hasil tersebut sesuai dengan teori.

Rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan Setelah batas waktu 5 tahun sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilampai, rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik sebagaimana dimaksud pada ayat 2 hanya disimpan untuk jangka waktu 10 tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut, profesi rekam medik masih menganut acuan umum yang menyatakan bahwa berkas rekam medik disimpan minimal 5 tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat atau sejak pasien meninggal dunia (Citra, 2015).

Hasil penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB penyusutan yang dilakukan berkas rekam medik yang aktif menjadi berkas rekam medis yang in aktif dilihat dari kunjungan terakhir, ringkasan masuk dan keluar, resume, lembar persetujuan, lembar kematian dan dokumen berkas rekam medik akan disimpan pada rak penyimpanan in aktif, dan pemusnahan dilakukan 5 tahun sejak tanggal kunjungan terakhir pasien berobat dan pemusnahan dokumen berkas rekam medik sudah dilakukan pada bulan Oktober dan November tahun 2022 dengan kategori baik 100%, cukup 0%, kurang 100% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76- 100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, berdasarkan kuesioner peneliti yang digunakan dalam perolehan data sebesar 100% sehingga berdasarkan penelitian hasil tersebut sesuai dengan teori.

Berdasarkan Peraturan Menteri Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik kedokteran Bab I Pasal 1 ayat 10 standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah dilakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu. Prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi. Menerima kartu kunjungan dan dokumen rekam medis yang sudah lengkap dan sudah diberi kode menyimpan dokumen rekam medik yang sudah lengkap kedalaman rak penyimpanan sesuai dengan metode yang digunakan dan kode warna pada nomor rekam medis menggunakan halaman sebaliknya kartu kunjungan yang sudah tidak terpakai untuk digunakan sebagai formulir tracer menyediakan dokumen rekam medik, mencatat penggunaan dokumen rekam medis pada buku catatan pengguna dokumen rekam medis (Dayanto, 2014).

Dari hasil penelitian standar prosedur operasional di RSUD Provinsi NTB di dalam filing sebagian sudah menggunakan komputerisasi, jenis peralatan dan pergantian petugas dalam menjalankan berkas rekam medik di bagian filing sudah sesuai prosedur yaitu untuk penyimpanan, penjajaran, penyediaan dokumen berkas rekam medik, peminjaman maupun pengambilan, penggunaan tracer, penyusutan dan pemusnahan berkas rekam medik hanya saja pada fasilitas didalam ruang penyimpanan mempunyai kekurangan pada pendingin, pengaturan

suhu dalam penyimpanan. Berdasarkan persentase dalam standar prosedur operasional dengan jumlah baik 98,1%, cukup 0%, kurang 1,9% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, dalam perolehan data sebesar 98,1% sehingga berdasarkan penelitian hasil tersebut sesuai dengan teori.

Alat penyimpanan yang baik, pengaturan suhu (50-60 derajat celcius), pemeliharaan ruangan, perhatian terhadap faktor keselamatan, bagi suatu ruang penyimpanan rekam medik sangat membantu memelihara dan mendorong keagihan kerja dan produktivitas yang bekerja dan alat penyimpanan rekam medik yang umum dipakai adalah rak terbuka, lemari lima laci dan roll o'pack (Depkes RI, 2017). Jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang, dianjurkan selebar 90 cm jika menggunakan jari lima laci satu baris, ruangan lowong di depannya harus 90 cm jika diletakkan saling berhadapan harus disediakan ruang lowong paling tidak 150 cm, untuk memungkinkan terbuka laci-laci tersebut. Lemari lima laci memang tampak lebih rapi dan rekam medis terlindung dari debu dan kotoran dari luar. Namun suatu pemeliharaan kebersihan yang baik, akan memelihara rekam medis tetap rapi dalam hal penggunaan rak-rak terbuka (Hatta, 2016). Dari hasil penelitian pada fasilitas fisik rak penyimpanan berkas rekam medik di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB merupakan alat penyimpanan menggunakan rak terbuka dengan model lemari 5 rak (susun) tanpa pintu yang memakai rangka kayu dan tidak terlalu tinggi agar memudahkan petugas mengambil dan menyimpan dokumen berkas rekam medik dengan cepat, dalam ruang penyimpanan terdapat tempat sumber pencahayaan sudah sesuai dengan luas ruangan dan persediaan terhadap faktor keselamatan kerja petugas sudah memadai, hanya saja pengaturan suhu didalam penyimpanan tidak berfungsi dengan baik.

Berdasarkan persentase penelitian dalam fasilitas fisik ruang penyimpanan rekam medik dengan jumlah baik 90,4%, cukup 0%, kurang 9,6% dengan sampel 52 dan jumlah keseluruhan 100% dapat diketahui jawaban skala pengukuran jika baik 76-100%, cukup 56-75%, sedangkan kurang <55%, berdasarkan kuesioner peneliti yang digunakan dalam perolehan data sebesar 90,4% dikategorikan baik sehingga berdasarkan penelitian hasil tersebut sesuai dengan teori.

Alat penyimpanan menggunakan rak terbuka dan persediaan pada rak penyimpanan sudah memadai sehingga berdasarkan hasil penelitian sesuai dengan teori, pemeliharaan ruangan berdasarkan hasil penelitian sudah sesuai dengan teori, sumber pencahayaan sudah sesuai dengan luas ruangan berdasarkan penelitian hasil sesuai dengan teori, pengaturan suhu dalam ruang penyimpanan tidak berfungsi dengan baik dikarenakan hanya tersedia 1 kipas angin dalam ruang penyimpanan sehingga dapat menimbulkan dampak kerusakan fisik pada arsip jika ruangan belum memenuhi suhu dan kelembapan yang baik sehingga berdasarkan penelitian hasil tersebut tidak sesuai dengan teori.

Kesimpulan

Hasil Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB menunjukkan bahwa sistem penyimpanan berkas rekam medis dalam kategori baik (100%), penjajaran berkas rekam medis dalam kategori baik (84,6%), pengambilan kembali dokumen berkas rekam medis dalam kategori baik (94,2%), sistem penyusutan (retensi) pemusnahan berkas rekam medis dalam kategori baik (100%), Standar Prosedur Operasional dalam kategori baik (98,1%), fasilitas fisik ruang penyimpanan dalam kategori baik (90,4%).

Saran

- Bagi rumah sakit diharapkan melakukan pembenahan sistem penomoran agar tidak terjadi misfile dan melakukan pengarsiran pada penyimpanan berkas rekam medik apabila berkas yang dibutuhkan bisa ditemukan dengan mudah serta retensi dilakukan setiap tahun agar berkas yang sudah lama tidak terpakai bisa disimpan di ruang in aktif sehingga rak penyimpanan tidak mudah penuh.
- Bagi petugas rekam medis hendaknya meningkatkan ketelitian dalam penaruhan tracer agar tidak terjadi kekeliruan atau kesalahan pengambilan berkas pada penaruhan tracer. Tata dan rapikan berkas rekam medik menjadi lebih rapi dengan baik agar pada saat penyimpanan lebih memadai.
- Bagi peneliti selanjutnya diharapkan agar dapat mengembangkan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda khususnya yang berkaitan dengan tata kelola sistem filing di rumah sakit maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Daftar Rujukan

- Citra, B. (2015). *Landasan Teori, kerangka Teori, Pengelolaan Rekam Medis*. Jakarta: EGC.
Dayanto. (2014). *Konsumen dan Pelayanan Prima*. Malang: Gava Media.

- Depkes RI. (2016). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Depkes RI. (2017). *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Indonesia Revisi I*. Jakarta: Dirjen Yanmed.
- Hatta. (2016). *Pedoman Menejmen Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Mathar, I. (2018). *Manajemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Rekam Medis)*. Yogyakarta: Deepublish.
- Muninjaya (2014). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Ray, M. N. (2016). *Manajemen Informasi Kesehatan Sebagai Sebuah Sumber Strategi Bagian 1 (Terjemahan)*. W.B. Saunders Company.
- Shofari, B, dkk. (2018) *Dasar Pengelolaan Rekam Medis I*. Semarang: UDINUS.
- Shofari, B. (2013). *Modul Pembelajaran Pengelolaan Rekam Medis dan Dokumentasi Rekam Medis (Buku 2)*. Semarang: Pormiki Jateng.
- Shofari, B. (2018). *Standar Prosedur Operasional Rekam Medik Informasi Kesehatan*. Semarang: UDINUS.