

PENILAIAN STANDAR MANAJEMEN REKAM MEDIS PADA RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT (RSGM) MARANATHA

Dhaifullah S. Akbarsyah¹, Iqbal Santosa², Widyatasya A. Nutrisha³

^{1,2,3}Program Studi Sistem Informasi, Fakultas Rekayasa Industri, Telkom University
Email: ¹dhaifullahs@student.telkomuniversity.ac.id, ²iqbals@telkomuniversity.ac.id,
³widyatasya@telkomuniversity.ac.id

(Naskah masuk: 29 Agustus 2022, diterima untuk diterbitkan: 4 Oktober 2022)

Abstrak

Manajemen rekam medis adalah upaya dalam pemeliharaan dan pengelolaan dokumen rekam medis, baik dengan cara konvensional (*paper-based*) maupun berbasis elektronik pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit. Penelitian ini didasari oleh observasi lapangan terhadap Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM) Maranatha yang dilakukan secara langsung melalui wawancara *semi-structured* dengan pihak RSGM Maranatha mengenai kondisi saat ini (*current state*) pada unit manajemen rekam medis. Penelitian ini disusun untuk mengetahui keadaan dari manajemen rekam medis RSGM Maranatha serta memberikan solusi dari permasalahan yang berkaitan dengan kepatuhan terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) dan *Joint Commission International* (JCI). Permasalahan yang ada pada manajemen rekam medis RSGM Maranatha meliputi tiga hal, yaitu *man*, *machine*, dan *process*. Permasalahan ini didasari oleh ketidakpatuhan petugas rekam medis, tidak terintegrasinya manajemen rekam medis pada sistem informasi rumah sakit, dan kurang telitinya petugas dalam mengisi lembar rekam medis. Penelitian ini mengimplementasikan Fase 1 – 5 dari COBIT 2019 sebagai acuan kerangka kerja, batasan dari standar yang digunakan adalah SNARS MIRM (Manajemen Informasi dan Rekam Medik) 8 – 15 dan *JCI 4th and 5th Edition*. Hasil dari penelitian ini berupa dokumen-dokumen rekomendasi dan usulan rekomendasi untuk unit manajemen rekam medis RSGM Maranatha. Rekomendasi-rekomendasi tersebut berdasarkan aspek *people*, *process*, dan *technology* berupa surat instruksi pengkomunikasian kelengkapan rekam medis, rancangan perubahan aplikasi SIMRS, SPO hak akses rekam medis, perencanaan penyelenggaraan sertifikasi perekam medis, dan rekomendasi perubahan pada struktur organisasi unit manajemen rekam medis.

Kata kunci: manajemen rekam medis, SNARS, JCI, COBIT 2019

MEDICAL RECORD MANAGEMENT STANDARDS ASSESSMENT AT MARANATHA DENTAL AND MOUTH HOSPITAL (DMH)

Abstract

Medical record management is an effort to maintain and manage medical record documents, both conventionally (paper-based) and electronically-based at each hospital health service facility. Researchers conducted field observations of the Maranatha Dental and Oral Hospital (RSGM) which were carried out directly through semi-structured interviews with the Maranatha RSGM regarding the current state of the medical record management unit. This study was structured to determine the state of the medical record management of RSGM Maranatha and to provide solutions to problems related to compliance with the National Hospital Accreditation Standards (SNARS) and Joint Commission International (JCI). The problems that exist in the medical record management of RSGM Maranatha include three things, namely man, machine, and process. This problem is based on the non-compliance of the medical record officer, the non-integration of medical record management in the hospital information system, and the lack of thoroughness of the officers in filling out the medical record sheet. Researchers implemented Phases 1 – 5 of COBIT 2019 as a reference framework in this research, the limits of the standards used were SNARS MIRM (Management of Information and Medical Records) 8 – 15 and JCI 4th and 5th Edition. The results of this study are in the form of recommendation documents and proposed recommendations for the medical record management unit of RSGM Maranatha. These recommendations are based on aspects of people, process, and technology in the form of an instruction letter to communicate the completeness of medical records, design changes to the SIMRS application, SPO for medical record access rights, planning for the implementation of medical record certification, and recommendations for changes to the organizational structure of the medical record management unit.

Keywords: *medical record management, SNARS, JCI, COBIT 2019*

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi yang berfokus kepada pelayanan kesehatan masyarakat, baik secara umum ataupun khusus. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik meliputi berbagai macam hal, mulai dari rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat[1]. Dalam melayani pasien, rumah sakit memiliki beberapa macam prosedur dan juga pengelolaan agar pelayanan yang diberikan bisa efisien dan efektif. Salah satu faktor yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan tersebut adalah manajemen rekam medis.

Manajemen rekam medis adalah upaya dalam pemeliharaan dan pengelolaan dokumen rekam medis, baik dengan cara konvensional (*paper-based*) maupun berbasis elektronik pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit. Rekam medis sendiri adalah suatu keterangan, baik secara tertulis ataupun digital mengenai identitas, anamnesa, penentuan fisik, laboratorium, diagnosis, dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien[2]. Rumah sakit di Indonesia menggunakan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) sebagai dasar untuk menjalankan manajemen rekam medis, hal ini bertujuan untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit[3].

Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dilakukan, terdapat berbagai macam masalah dalam implementasi manajemen rekam medis[4], mulai dari kesalahan input, keterlambatan pengembalian berkas, atau duplikasi berkas pasien di dalam rumah sakit[5]. Pada penelitian ini, observasi dilakukan terhadap Rumah Sakit Gigi dan Mulut (RSGM) Maranatha. Observasi tersebut dilakukan secara langsung melalui wawancara *semi-structured* dengan pihak RSGM Maranatha mengenai kondisi manajemen rekam medis saat ini.

RSGM Maranatha menggunakan SIMRS (Sistem Informasi Rumah Sakit) dalam pengimplementasian TI di rumah sakit. Sistem tersebut telah menghubungkan seluruh elemen medis mulai dari pasien, medikasi pasien, karyawan, dokter, dsb. Implementasi SIM RS pada RSGM telah efektif digunakan sejak tahun 2014. RSGM Maranatha telah memperbarui beberapa fungsi inti dalam SIM RS seiring dengan perkembangan TI rumah sakit, akan tetapi ada beberapa fungsi yang belum dibuka secara *open-source* ke masyarakat dikarenakan fungsi-fungsi tersebut masih menggunakan jaringan intranet RSGM. Hal ini mengurangi efisiensi RSGM ketika berhubungan dengan mitra-mitra mereka, seperti pihak asuransi, perusahaan, dan BPJS.

Meskipun SIMRS telah diimplementasikan sejak lama, pengolahan data SIMRS tidak sepenuhnya masuk ke dalam sistem, hal ini didasari

oleh beberapa hal, diantaranya (a) biaya, membuka akses SIMRS secara *open-source* membutuhkan biaya yang cukup besar, (b) birokrasi, beberapa fungsi SIMRS tidak diperbarui sejak tahun 2014 sehingga ada beberapa fungsi yang tidak selaras dengan ekosistem RSGM saat ini, hal ini menghambat produktifitas rumah sakit, dan (c) sumber daya manusia, budaya sumber daya manusia yang ada saat ini masih belum bisa menerima transformasi TI.

Melihat permasalahan-permasalahan yang ada, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih dalam mengenai keadaan manajemen rekam medis di RSGM Maranatha, sebab status RSGM Maranatha saat ini telah mendapatkan akreditasi "Paripurna" dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)[6]. Selain itu, dilakukan juga pemetaan standar *Joint Commission International* (JCI) terhadap SNARS untuk penilaian kepatuhan yang lebih komprehensif.

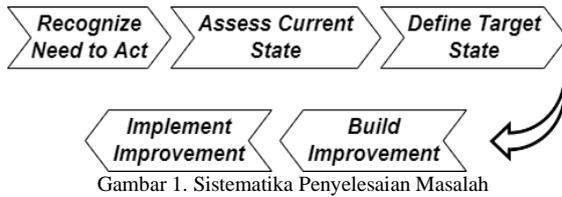
Menurut Ditjen Pelayanan Kesehatan[7], terdapat 2393 rumah sakit yang telah terakreditasi SNARS, 859 diantaranya telah memiliki penilaian "paripurna", artinya setiap bab pada SNARS yang dievaluasi telah dipenuhi sebanyak 80% atau lebih. Adapun sertifikasi internasional JCI baru dimiliki oleh 30 rumah sakit di Indonesia[8].

Melalui temuan-temuan ini, observasi permasalahan dilakukan untuk menemukan masalah yang masih ada pada RSGM Maranatha khususnya di Unit Manajemen Rekam Medis dan memberikan rekomendasi berdasarkan hasil observasi permasalahan tersebut.

Kerangka kerja *Control Objectives for Information and Related Technology* (COBIT) 2019 juga digunakan pada penelitian ini. COBIT 2019 merupakan sebuah kerangka kerja manajemen layanan dan tata kelola TI yang dibuat oleh *Information Systems Audit and Control Association* (ISACA), kerangka kerja ini berfokus pada proses bisnis dan manajemen layanan TI di dalam perusahaan[9] sehingga hal ini dapat membantu sebuah perusahaan—pada penelitian ini rumah sakit—dalam menjalankan proses bisnisnya yang berkaitan dengan manajemen rekam medis dan teknologi informasi.

2. METODE PENELITIAN

Metode dari penelitian ini merujuk kepada langkah 1 s/d 5 di dalam kerangka kerja COBIT 2019 mengenai model sistematika penyelesaian masalah. Sistematika penelitian ini terdiri dari lima tahap/fase, antara lain tahap *recognize need to act, assess current state, define target state, build improvements, implement improvements* sebagaimana yang telah dimuat pada Gambar 2.



Gambar 1. Sistematika Penyelesaian Masalah

Tahapan *recognize need to act* yang menjelaskan objek apakah yang harus diteliti[10], kebutuhan yang diperlukan, dan permasalahan yang ada, tahapan *assess current state* dimulai dengan melakukan penilaian yang menggunakan *template* lembar penilaian mengenai kondisi manajemen rekam medis RSGM Maranatha saat ini, acuan yang digunakan untuk tahap ini adalah SNARS, JCI, dan COBIT 2019. Tahapan ketiga menentukan *target improvement*/peningkatan target dengan melakukan *GAP Analysis*/analisis kesenjangan antara kondisi saat ini dengan target yang ditentukan[11].

Pada tahap keempat, dilakukan prioritasasi pada *potential improvement* yang telah ditentukan, di tahap ini pula solusi akan diberikan dengan *output* rekomendasi dari *potential improvement* berdasarkan prioritas[12]. Tahapan terakhir yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah mengimplementasikan solusi berupa rekomendasi yang telah disusun kepada para pemangku jabatan (*stakeholder*) RSGM Maranatha melalui tabel waktu *roadmap*.

Penelitian ini juga dibantu oleh kerangka penelitian *design research* yang disebut dengan model konseptual yang dikembangkan oleh Hevner. Model konseptual yang dikembangkan oleh Hevner mengacu pada dua pandangan atau paradigma, yaitu *behavioral science* dan *design science*. Terdapat tiga elemen penting di dalam sebuah model konseptual, elemen tersebut diantaranya adalah *environment*, *IS Research*, dan *knowledge base*[13].

Bagian *environment* atau lingkungan dari penelitian merupakan elemen yang mendukung penelitian untuk memberikan rancangan manajemen rekam medis[14] dan *roadmap* tata kelola TI bagi RSGM (Rumah Sakit Gigi dan Mulut) Maranatha. Pada bagian regulasi, RSGM mengacu pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan.

Knowledge base adalah dasar ilmu yang digunakan dalam penelitian ini[15]. Panduan dasar dalam penelitian ini adalah Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) dan Standar *Joint Commission International* (JCI). Penelitian ini juga didasari oleh metodologi kerangka kerja COBIT 2019, dimulai dari fase 1 s.d. 5 serta wawancara langsung kepada narasumber dengan teknik *semi structured interview*. Fase-fase pada COBIT 2019 yang digunakan pada penelitian ini antara lain adalah fase *recognize need to act*, *assess current state*, *define target state*, *build improvement*, dan *implement improvement*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Fase 1 Recognize Need to Act

Fase pertama dilakukan untuk mengidentifikasi permasalahan yang ada di dalam RSGM Maranatha, di dalam fase ini permasalahan bisnis yang terjadi diidentifikasi melalui *pain points* yang ada. Selain itu, solusi dari kebutuhan bisnis yang selaras dengan kebutuhan *stakeholder* juga diidentifikasi pada tahap *requirement and needs*. Terdapat dua penilaian *pain points* yang peneliti analisis, yaitu *IT Pain Points* dan *Business Pain Points*. Rangkuman penilaian tersebut telah dituliskan ke dalam Tabel 2 dan Tabel 3 sebagai berikut:

Tabel 1. IT Pain Points

No.	IT Pain Points
1	<i>Input</i> data rekam medis yang masih <i>paper-based</i> pada sebagian informasi rekam medis
2	Keterbatasan ruang penyimpanan pada SIM-RS (Sistem Informasi Manajemen - Rumah Sakit) dalam menyimpan data rekam medis
3	Data rekam medis pasien masih ada yang disimpan dalam bentuk arsip fisik sehingga perlu waktu yang lebih banyak untuk mengeceknya kembali

Tabel 2. Business Pain Point

No.	Business Pain Points
1	Birokrasi dalam hierarki rumah sakit yang belum bisa menerima transformasi digital dalam manajemen rekam medis
2	Adanya penambahan sumber daya untuk mendukung layanan-layanan yang baru akibat pandemi COVID-19
3	Terkadang terdapat kelalaian petugas rekam medis dalam mengirimkan <i>tracer</i> (jejak pasien yang digunakan untuk menginput data rekam medis) sehingga <i>tracer</i> tidak tercetak ke dalam SIM-RS
4	Masih ada ketidakpatuhan petugas rekam medis dalam mengisi lembar rekam medis

Setelah penilaian *pain points* dilakukan, peraturan-peraturan yang digunakan dalam pelaksanaan manajemen rekam medis di RSGM Maranatha dikumpulkan dan disajikan ke dalam Tabel 4. Peraturan-peraturan yang dipetakan tersebut dapat membantu penelitian ini untuk bisa menentukan dokumen dan regulasi mana yang dijadikan rujukan rumah sakit serta bisa dijadikan batasan dalam memberikan rekomendasi solusi dan dokumen.

Tabel 3. Pemetaan Regulasi dan Dokumen Rumah Sakit

No.	Regulasi Pemerintah	Dokumen Rumah Sakit
1	UU no. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran Paragraf 3	Pedoman Pelayanan dan Pedoman Organisasi RSGM Maranatha
2	UU no. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan Bagian Keenam	Pedoman Retensi RSGM Maranatha
3	Permenkes no. 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Rekam Medis	Regulasi Penetapan Individu PPA
4	Keputusan Menkes RI no. HK.01.07/MENKES/312/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan	Regulasi Penomoran Terminal
5	PMK No. 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan	General Consent Regulation
6	Permenkes RI no. 1438/MENKES/PER/IX/2010	SPO Hak Akses Rekam Medis
7	UU no. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit	

3.2. Fase 2 Assess Current State

Pada fase ini peneliti melakukan penilaian terhadap seluruh standar yang digunakan, yaitu SNARS edisi ke-1 (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit) dan JCI (*Joint Comission International*) edisi ke-4 dan ke-5. Adapun standar yang peneliti nilai adalah standar SNARS MIRM (Manajemen Informasi Rekam Medis) nomor 8-15, standar JCI edisi ke-4 ACC.4.3 (*Access to Care and Continuity of Care*), JCI edisi ke-4 MCI.19 (*Management of Communication and Information*), dan JCI edisi ke-5 MOI.2, 3, 4, 7, 10, 11, 12 (*Management of Information*). Peneliti menggunakan kriteria penilaian pada tabel 5 berikut:

Tabel 4. Kriteria Penilaian

Kriteria Penilaian		Keterangan
Jawaban	Skor	
Y (Yes)	1	Standar terpenuhi sempurna
P (<i>Partially</i>)	0.5	Sebagian standar tidak terpenuhi
N (No)	0	Standar tidak terpenuhi

Setelah penentuan kriteria penilaian dilakukan, peneliti melakukan penilaian kepatuhan unit Manajemen Rekam Medis RSGM Maranatha terhadap SNARS dan JCI melalui tabel 6 sebagai berikut:

Tabel 5. Asesmen SNARS dan JCI Manajemen Rekam Medis

SNARS		JCI 4 th & 5 th Edition		Jawaban Skor	
Kode	Deskripsi	Code	Description		
MIRM 9	Setiap pasien memiliki rekam medis yang formatnya selalu diperbaharui (terkini).	MCI.19	The organization initiates and maintains a clinical record for every patient assessed or treated	Y	1
MIRM 10	Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis	MOI.3	The hospital determines the retention time of records, data, and information.	Y	1
MIRM 11	Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak	MOI.7	Records and information are protected from loss, destruction, tampering, and unauthorized access or use	Y	1
MIRM 12	Rumah sakit menetapkan standar kode diagnosis, kode prosedur/ tindakan, simbol, singkatan, dan artinya	MOI.4	The hospital uses standardized diagnosis codes, procedure codes, symbols, abbreviations, and definitions.	Y	1
MIRM 13	Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien	MOI.10	The hospital initiates and maintains a standardized clinical record for every patient assessed or treated and determines the record's content, format, and location of entries	P	0.5

SNARS		JCI 4 th & 5 th Edition				SNARS		JCI 4 th & 5 th Edition			
Manajemen Informasi Rekam Medis		<i>Management of Communication and Information, Management of Information, & Access to Care and Continuity of Care</i>		Jawaban Skor		Manajemen Informasi Rekam Medis		<i>Management of Communication and Information, Management of Information, & Access to Care and Continuity of Care</i>		Jawaban Skor	
Kode	Deskripsi	Code	Description			Kode	Deskripsi	Code	Description		
MIRM 13.1	Rekam medis pasien memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan, dokumen pemeriksaan dan hasil pengobatan, serta meningkatkan kesinambungan asuhan di antara profesional pemberi asuhan (PPA) termasuk manajer pelayanan pasien (MPP).	MOI.10.1	<i>The clinical record contains sufficient information to identify the patient, to support the diagnosis, to justify the treatment, and to document the course and results of treatment</i>	Y	1	MIRM 13.4	Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau review rekam medis	MOI.12	<i>As part of its monitoring and performance improvement activities, the hospital regularly assesses patient clinical record content and the completeness of patient clinical records</i>	Y	1
MIRM 13.1.1	Rekam medis setiap pasien gawat darurat memuat jam kedatangan, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan (D,O)	MOI.10.1.1	<i>The clinical records of patients receiving emergency care include the time of arrival and departure, the conclusions at termination of treatment, the patient's condition at discharge, and follow-up care instructions.</i>	Y	1	MIRM 14	Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga.	MOI.2	<i>Information privacy, confidentiality, and security including data integrity are maintained.</i>	Y	1
MIRM 13.2	Regulasi rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien serta menentukan isi rekam medis dan format rekam medis.	MOI.11	<i>The hospital identifies those authorized to make entries in the patient clinical record.</i>	P	0.5	MIRM 15	Ringkasan pasien pulang (discharge summary) dibuat untuk semua pasien rawat inap	ACC.4.3	<i>The complete discharge summary is prepared for all inpatients.</i>	Y	1
MIRM 13.3	Setiap profesional pemberi asuhan (PPA) yang mengisi rekam medis menulis identitas setelah pencatatan dibuat.	MOI.11.1	<i>Every patient clinical record entry identifies its author and when the entry was made in the record</i>	Y	1	MIRM 8	Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		<i>There is no equivalent standards</i>	P	0.5

Keterangan: MIRM (Manajemen Informasi & Rekam Medis), MOI (Management of Information)

3.3. Fase 3 Define Target State

Pada fase ketiga, peneliti menentukan target pada standar JCI dan SNARS sesuai dengan kondisi RSGM saat ini berdasarkan fase sebelumnya. Target tersebut berupa skor angka sesuai dengan kriteria penilaian yang telah ditetapkan. Target pada fase ini dinilai dengan skala 1.

Berdasarkan observasi yang peneliti lakukan, terdapat 4 (empat) standar yang belum dipenuhi secara utuh oleh RSGM Maranatha, keempat standar tersebut adalah MIRM 8 mengenai pengaturan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien berdasarkan undang-undang republik Indonesia, MIRM 13 dan MOI.10 mengenai ketersediaan rekam medis dan pengelolaan berkas rekam medis, MIRM

13.2 dan MOI.11 mengenai identifikasi individu yang berhak melakukan pengaksesan rekam medis, dan MIRM 13.4 dan MOI.12 mengenai keteraturan evaluasi rekam medis.

Tabel 6. Penentuan Target Pemenuhan

SNARS Edisi 1		JCI 4 th & 5 th Edition			
Manajemen Informasi Rekam Medis		Management of Communication and Information, Management of Information, & Access to Care and Continuity of Care			
No.	Kode	Deskripsi	Code	Description	Existing
1	MIRM 8	Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.			0.5
2	MIRM 13	Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien	MOI.10	The hospital initiates and maintains a standardized clinical record for every patient assessed or treated and determines the record's content, format, and location of entries.	0.5
3	MIRM 13.2	Regulasi rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien serta menentukan isi rekam medis dan format rekam medis	MOI.11	The hospital identifies those authorized to make entries in the patient clinical record.	0.5
4	MIRM 13.4	Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau review rekam medis	MOI.12	As part of its monitoring and performance improvement activities, the hospital regularly assesses patient clinical record content and the completeness of patient clinical records.	0.5

Setelah penentuan target dilakukan, *gap analysis* dimulai untuk menentukan kesenjangan dari keempat standar tersebut (lihat Tabel 8). Kode G-0x (x = nomor *gap*) digunakan sebagai acuan untuk tabel-tabel lainnya dikarenakan penggunaan kolom *gap* yang terus berulang.

Tabel 7. Gap Analysis

No	Kode	Deskripsi	Gap
1	MIRM 8	Rumah sakit menyelenggarakan	G-01 - Belum ada kepala unit khusus

		pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	rekam medis dan hanya diwakilkan oleh dokter gigi (SNARS, MIRM 8, EP 2)
2	MIRM 13 & MOI.10	Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien	G-02 - Masih ditemukan petugas rekam medis yang tidak mengisi lembar formulir rekam medis secara lengkap (SNARS, EP 2) G-03 - Belum ada bukti konkret berupa dokumen bahwa individu yang melakukan rekam medis memiliki kewenangan dan mengetahui cara mengoreksi (SNARS, EP 1) G-04 - Belum terdapat proses yang memastikan bahwa hanya individu yang diberi akses yang dapat merekam/mengubah rekam medis (JCI, MOI.11, ME 4)
3	MIRM 13.2	Regulasi rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien serta menentukan isi rekam medis dan format rekam medis	
4	MOI.11	There is a process to ensure that only authorized individuals have access to the patient clinical record	

Selanjutnya dilakukan pemetaan solusi sesuai dengan aspek yang dipilih, aspek-aspek tersebut antara lain adalah *people*, *process*, dan *technology*. Pemetaan tersebut dijabarkan pada Tabel 9 berikut:

Tabel 8. Potential Improvement Aspek People

No	Gap	People Aspect	
		Type	Potential Improvement
1	G-01	Roles	Penambahan posisi Kepala Seksi/Bagian Rekam Medis di bawah Kepala Bidang Pelayanan Medis
		Responsibility	Perincian tugas dan wewenang Kepala Rekam Medis
2	G-02	Communication	Tiap-tiap penanggung jawab rekam medis melakukan brief review mengenai pengisian formulir rekam medis secara lengkap
3	G-03	Skill & awareness	Menyediakan sertifikasi terkait kewenangan dan kemampuan bagi perekam medis yang belum memiliki sertifikasi

Setelah penentuan aspek *people* dilakukan, tahapan selanjutnya adalah menentukan peningkatan pada aspek proses yang telah dirangkum pada Tabel 10 berikut:

Tabel 9. Potential Improvement Aspek Proses

No	Gap	Process Aspect	
		Type	Potential Improvement
1	G-01	Record	Menyediakan bukti/dokumentasi/sertifikat individu perekam medis yang memiliki kewenangan dan mengetahui cara mengoreksi rekam medis

2	G-04	Procedure	Menyediakan SPO/Proses Tertulis untuk memastikan bahwa hanya individu yang diberi akses saja yang dapat merekam/mengubah rekam medis
---	------	-----------	--

Tahapan terakhir dari penentuan *potential improvement* adalah dengan memberikan rekomendasi terkait peningkatan layanan pada aspek teknologi yang disajikan pada Tabel 11.

Tabel 10. *Potential Improvement* Aspek Teknologi

No	Gap	Technology Aspect	
		Type	Potential Improvement
1	G-02	Features	Penambahan fitur dalam SIM-RS untuk perekaman medis, integrasi fitur dari bagian Manajemen Informasi dengan Manajemen Rekam Medis

3.4. Fase 4 Build Improvements

Pada fase ini, peneliti menyusun perubahan yang akan diimplementasikan. Tahap pertama dari penyusunan perubahan tersebut dimulai dengan menyusun prioritas perubahan yang bertujuan untuk mengetahui perubahan yang paling berdampak pada keberlangsungan aktivitas manajemen rekam medis. Terdapat beberapa aspek penilaian pada fase ini, yaitu kemungkinan risiko, dampak risiko, dan kategori dampak risiko. Penjelasan kemungkinan risiko tersebut disajikan pada Tabel 12 berikut:

Tabel 11. Kemungkinan Risiko

Level Kemungkinan	Kriteria Kemungkinan
Hampir Tidak Terjadi (1)	Peristiwa hanya akan timbul pada kondisi yang luar biasa Persentase 0-10%
Jarang Terjadi (2)	Peristiwa diharapkan tidak terjadi Persentase > 10-30%
Kadang Terjadi (3)	Peristiwa kadang-kadang bisa terjadi Persentase > 30-50%
Sering Terjadi (4)	Peristiwa sangat mungkin terjadi pada sebagian kondisi Persentase > 50-90% kegiatan dalam 1 Tahun
Hampir Pasti Terjadi (5)	Peristiwa selalu terjadi hampir pada setiap kondisi Persentase > 90% dalam 1 Tahun

Penilaian dampak risiko pada Tabel 13 juga memiliki 5 (lima) tingkatan dimulai dari Sangat Rendah (1) dengan area dampak dapat ditangani pada tahap kegiatan rutin sampai Sangat Tinggi (5) dengan area dampak mengancam keberlangsungan program, organisasi, dan pemangku jabatan.

Tabel 12. Kriteria Dampak Risiko

Level Dampak	Area Dampak
Sangat Rendah (1)	Tidak berdampak pada pencapaian tujuan intansi/kegiatan secara umum Agak mengganggu pelayanan Dampaknya dapat ditangani pada tahap kegiatan rutin. Kerugian kurang material dan tidak mempengaruhi stakeholders Mengganggu pencapaian tujuan intansi/kegiatan meskipun tidak signifikan Cukup mengganggu jalannya pelayanan
Rendah (2)	Mengancam efisiensi dan efektivitas beberapa aspek program. Kerugian kurang material dan sedikit mempengaruhi stakeholders Mengganggu pencapaian tujuan intansi/kegiatan secara signifikan
Sedang (3)	Mengganggu kegiatan pelayanan secara signifikan Mengganggu administrasi program. Kerugian keuangan cukup besar Sebagian tujuan intansi/kegiatan gagal dilaksanakan
Tinggi (4)	Terganggunya pelayanan lebih dari 2 hari tetapi kurang dari 1 minggu Mengancam fungsi program yang efektif dan organisasi. Kerugian besar bagi organisasi dari segi keuangan maupun non keuangan.
Sangat Tinggi (5)	Sebagian besar tujuan intansi/kegiatan gagal dilaksanakan Terganggunya pelayanan lebih dari 1 minggu Mengancam program dan organisasi serta stakeholders. Kerugian sangat besar bagi organisasi dari segi keuangan maupun non keuangan

Tabel 13. Kategori Dampak Risiko

Skor	Tingkat	Dampak Keuangan	Tuntutan Ganti Rugi
1	Sangat Rendah	≤ 3% anggaran	≤ Rp 1.000.000
2	Rendah	> 3 - 5% anggaran	> Rp 1.000.000 – Rp 5.000.000
3	Sedang	>5 - 8% anggaran	> Rp 5.000.000 - Rp 25.000.000
4	Tinggi	> 8 - 12% anggaran	> Rp 25.000.000 - Rp 50.000.000
5	Sangat Tinggi	> 12% anggaran	> Rp 50.000.000

Tabel 14 Kategori Dampak Risiko (lanjutan)

Skor	Tingkat	Penundaan Pelayanan	Reputasi	Dampak Terhadap Pihak Terkait
1	Sangat Rendah	≤ 1 hari kerja	Diketahui oleh seisi kantor	Hanya berdampak pada satu pihak
2	Rendah	> 1 - 2 hari kerja	Dimuat oleh media massa lokal namun cepat dilupakan masyarakat	Berdampak pada 2 - 3 pihak
3	Sedang	> 2 - 3 hari kerja	Dimuat oleh media massa lokal & media sosial namun cepat dilupakan masyarakat	Berdampak pada 3 - 4 pihak
4	Tinggi	> 3 - 5 hari kerja	Dimuat di media nasional dan media online dan diingat sementara oleh masyarakat	Berdampak pada 4-5 pihak
5	Sangat Tinggi	> 5 hari kerja	Dimuat oleh media nasional/ internasional dan media sosial/media online diingat lama oleh masyarakat	Berdampak pada lebih dari 5 pihak

Setelah dilakukan penilaian dari masing-masing dampak dan kemungkinan risiko, skor risiko akan dihitung berdasarkan analisis matriks risiko sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan no. 25 tahun 2019 sebagaimana Tabel 16 untuk mengetahui skor risiko dan prioritas solusi mana yang perlu didahulukan.

Tabel 15. Matriks Analisis Risiko

Matriks Analisis Risiko 5x5		Dampak				
		1 Sangat Rendah	2 Rendah	3 Sedang	4 Tinggi	5 Sangat Tinggi
Kemungkinan	5 Hampir Pasti Terjadi	5	10	15	20	25
	4 Sering Terjadi	4	8	12	16	20
	3 Mungkin Terjadi	3	6	9	12	15
	2 Jarang Terjadi	2	4	6	8	10
	1 Hampir Tidak Terjadi	1	2	3	4	5

Selanjutnya, peneliti melakukan penilaian risiko terhadap kesenjangan yang ada pada RSGM Maranatha khususnya unit Manajemen Rekam Medis serta mengurutkannya berdasarkan tingkatan risiko yang dinilai, hal ini untuk memudahkan peneliti menentukan prioritas dari solusi yang akan diberikan. Pada Tabel 17. Identifikasi Ancaman dan Analisis

Kemungkinan Risiko, peneliti menentukan *threat* (ancaman), *likelihood* (kemungkinan), dan *impact area* (area dampak). Setelah itu, peneliti akan menghitung total dampak dari semua elemen tersebut dan menentukan *risk score* (skor risiko) dari perhitungan total dampak dan *likelihood* dari tiap *gap* (kesenjangan).

Tabel 16. Identifikasi Ancaman dan Analisis Kemungkinan Risiko

No	Gap	Ancaman	Kemungkinan
1	G-01	Berkurangnya produktivitas dalam memenuhi perbaikan dan pengembangan di dalam manajemen rekam medis yang berdampak pada penurunan kualitas pelayanan medis	1
2	G-02	Keterlambatan pengecekan data rekam medis pasien sehingga menghambat proses bisnis manajemen rekam medis	3
3	G-03	Berkurangnya kredibilitas rumah sakit dalam manajemen rekam medisnya	1
4	G-04	Meningkatnya error dalam penginputan data rekam medis pasien	3

Tabel 17. Analisis Risiko Area Dampak

No	Gap	RK	RTGR	RPP	RR	RPT
1	G-01	1	1	3	1	4
2	G-02	1	1	2	1	2
3	G-03	3	2	2	3	1
4	G-04	1	1	3	1	1

Keterangan:

RK : Risiko Keuangan, RTGR: Risiko Tuntutan Ganti Rugi, RPP: Risiko Penundaan Pelayanan, RPT: Risiko Pihak yang Terdampak.

Setelah dilakukan identifikasi dan analisis risiko, peneliti melakukan evaluasi risiko pada *gap*. Pada tahap ini, peneliti menghitung rata-rata total tingkatan dampak dikalikan dengan nilai kemungkinan, hasil dari perhitungan ini menghasilkan skor risiko (lihat Tabel 19) yang akan dijadikan acuan prioritas implementasi risiko pada tahap selanjutnya.

Tabel 18. Evaluasi Risiko pada Gap

No	Gap	Tingkatan Dampak	Skor Risiko	Level Risiko	Potential Improvement
1	G-01	2.0	2.0	1	Penambahan posisi Kepala Seksi/Bagian Rekam Medis di bawah Kepala Bidang Manajemen dan Informasi Rekam Medis
2	G-02	1.4	4.2	2	Perincian tugas dan wewenang Kepala Rekam Medis Tiap-tiap penanggung jawab rekam medis melakukan brief review mengenai

					pengisian formulir rekam medis secara lengkap
					Penambahan fitur dalam SIM-RS untuk perekaman medis, integrasi fitur dari bagian Manajemen Informasi dengan Manajemen Rekam Medis
3	G-03	2.2	2.2	2	Menyediakan bukti/dokumentasi/sertifikat individu perekam medis yang memiliki kewenangan dan mengetahui cara mengoreksi rekam medis
					Menyediakan sertifikasi terkait kewenangan dan kemampuan bagi perekam medis yang belum memiliki sertifikasi
4	G-04	1.4	4.2	2	Menyediakan SOP/Proses Tertulis untuk memastikan bahwa hanya individu yang diberi akses saja yang dapat merekam/mengubah rekam medis

Setelah identifikasi, analisis, dan evaluasi risiko dilakukan, dokumen-dokumen yang akan dibuat dijabarkan sesuai dengan rekomendasi solusi yang telah diusulkan. Rekomendasi dokumen yang diusulkan mencakup draf dokumen dan template dokumen. Tahapan pertama dalam penjabaran rekomendasi tersebut menentukan adalah prioritas peningkatan pelayanan sebagaimana yang telah dituliskan pada Tabel 20.

Tabel 19. Prioritas Peningkatan Layanan

Skor Risiko	Prioritas	Potential Improvement	Aspect
4.2	1	P-01 - Tiap-tiap penanggung jawab rekam medis melakukan brief review mengenai pengisian formulir rekam medis secara lengkap	People
	2	P-02 - Penambahan kelengkapan fitur dalam SIM-RS untuk manajemen rekam medis	Technology
4.2	3	P-03 - Menyediakan SPO untuk memastikan bahwa hanya individu yang diberi akses saja yang dapat merekam atau mengubah rekam medis	Process
2.2	4	P-04 - Menyediakan sertifikasi terkait kewenangan dan kemampuan bagi perekam medis yang belum memiliki sertifikasi	People

					P-05 - Menyediakan bukti, dokumentasi, atau sertifikat individu perekam medis yang memiliki kewenangan dan mengetahui cara mengoreksi rekam medis	People
					P-06 - Penambahan posisi Kepala Seksi/Bagian Rekam Medis di bawah Kepala Bidang Pelayanan Medis	People
2.0					P-07 - Perincian tugas dan wewenang Kepala Rekam Medis	People

Setelah peningkatan penentuan prioritas dilakukan, langkah selanjutnya adalah memberikan rekomendasi solusi dan juga menyesuaikan dokumen yang akan diusulkan. Penulisan detail peningkatan pelayanan dijelaskan pada Tabel 21 sebagai berikut:

Tabel 20. Detail Peningkatan Layanan

Potential Improvement	Aspect	Required Solution	Required Documents
P-01	People	Petugas rekam medis mengkomunikasikan kelengkapan rekam medis dengan PPA terkait	Draf surat instruksi untuk seluruh petugas rekam medis mengenai pengkomunikasian kelengkapan formulir rekam medis
P-02	Technology	Penambahan fitur-fitur pada SIM-RS untuk Manajemen Rekam Medis	Draf template perencanaan penambahan fitur pada SIM-RS untuk Manajemen Rekam Medis
P-03	Process	Penyusunan SPO/Standar Proses Operasional mengenai hak akses rekam medis	Draf SPO/Standar Proses Operasional mengenai hak akses rekam medis
P-04	People	Menyelenggarakan sertifikasi atau pelatihan manajemen rekam medis bagi petugas rekam medis	Draf template perencanaan penyelenggaraan sertifikasi atau pelatihan bagi petugas manajemen rekam medis
P-05	People	Pemberian sertifikat pada petugas rekam medis yang berhasil lulus pelatihan/sertifikasi	Sertifikat petugas rekam medis yang berhasil lulus pelatihan atau sertifikasi
P-06	People	Penambahan posisi Kepala Rekam Medis pada struktur organisasi	Draf perubahan pada struktur organisasi untuk Kepala Rekam Medis

P-07	People	Penyusunan tugas, fungsi dan tanggung jawab Kepala Rekam Medis	Draf template penyusunan tugas, fungsi, dan tanggung jawab Kepala Rekam Medis
------	--------	--	---

3.5. Fase 5 Implement Improvements

Pada fase terakhir ini, solusi yang telah diusulkan kemudian dibuat ke dalam tabel waktu *roadmap* (lihat Tabel 22) sehingga prioritas dari pengimplementasian solusi dapat terdefiniskan dengan jelas, bisa diprediksi, dan dapat dengan mudah dibaca oleh *stakeholder*. Inisiatif yang diambil pada tiap aspek adalah pembahasan, pengusulan, sosialisasi, dan implementasi.

Tabel 21. Waktu Implementasi Solusi

No	Initiative	Roadmap Timeline											
		2022				2023				2024			
		Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
<i>People Aspect</i>													
1	Pembahasan dan pengesahan draf perubahan struktur organisasi terkait Kepala Rekam Medis beserta tugas pokok dan fungsi	█											
2	Sosialisasi perubahan struktur organisasi terkait Kepala Rekam Medis beserta tugas pokok dan fungsi		█										
3	Pembahasan dan pengusulan instruksi lisan untuk mengkomunikasikan kelengkapan rekam medis dengan PPA terkait	█											
4	Pembahasan dan pengesahan draf perencanaan penyelenggaraan sertifikasi atau pelatihan bagi petugas manajemen rekam medis		█										
5	Sosialisasi penyelenggaraan sertifikasi atau pelatihan bagi petugas manajemen rekam medis			█									

6	Sosialisasi instruksi kerja mengenai pengkomunikasian kelengkapan formulir rekam medis												
7	Implementasi instruksi kerja mengenai pengkomunikasian kelengkapan formulir rekam medis												
<i>Process Aspect</i>													
1	Pembahasan dan pengesahan Draf SPO mengenai Hak Akses Rekam Medis	█											
2	Sosialisasi SPO Hak Akses Rekam Medis		█										
<i>Technology Aspect</i>													
1	Pembahasan dan pengusulan draf perencanaan penambahan fitur pada SIMRS untuk Manajemen Rekam Medis	█											
2	Pengembangan fitur-fitur tambahan pada SIMRS		█										
3	Release fitur-fitur tambahan pada SIMRS			█									

4. KESIMPULAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kondisi manajemen rekam medis RSGM Maranatha Kota Bandung yang kemudian disesuaikan terhadap SNARS dan JCI. peneliti menggunakan kerangka kerja COBIT 2019 sebagai pedoman penilaian kepatuhan RSGM Maranatha Kota Bandung terhadap SNARS dan JCI. Untuk mengetahui kesenjangan yang ada di dalam RSGM Maranatha Kota Bandung, peneliti melakukan analisis kesenjangan melalui 5 (lima) tahapan yang ada di dalam COBIT 2019 yaitu: (a) tahapan *recognize need to act*, (b) tahapan *assess current state*, (c) tahapan *define target state*, (d) tahapan *build improvement*, dan (e) tahapan *implement improvements*.

Terdapat 4 (empat) kesenjangan dalam kepatuhan standar pengelolaan manajemen rekam medis di RSGM Maranatha berdasarkan SNARS dan JCI, yaitu pada standar MIRM 8, MIRM 13, MIRM 13.2, dan MIRM 13.4 pada SNARS dan standar MOI.10, MOI.11, dan MOI.12 pada JCI.

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan, peneliti memberikan beberapa usulan rekomendasi untuk kemudian diimplementasikan ke dalam unit

manajemen rekam medis RSGM Maranatha. Rekomendasi-rekomendasi tersebut berdasarkan aspek *people*, *process*, dan *technology* yang berupa surat instruksi pengkomunikasian kelengkapan rekam medis, rancangan perubahan aplikasi SIMRS, SPO hak akses rekam medis, perencanaan penyelenggaraan sertifikasi perekam medis, dan rekomendasi perubahan pada struktur organisasi unit manajemen rekam medis.

Selain itu, peneliti juga telah memberikan usulan *roadmap* yang dapat dijadikan acuan oleh pihak rumah sakit dalam mengimplementasikan solusi yang sudah dibuat, *roadmap* tersebut berupa tabel *timeline* yang menunjukkan beberapa kuartal, dimulai dari tahun 2022 s.d. 2024.

5. DAFTAR PUSTAKA

- [1] RS Krakatau Medika, “Kewajiban Rumah Sakit kepada Pasien dan Masyarakat - RS Krakatau Medika,” 2018. <https://krakataumedika.com/info-media/artikel/kewajiban-rumah-sakit-kepada-pasien-dan-masyarakat> (diakses Nov 01, 2021).
- [2] I. Mathar, *Manajemen Informasi Kesehatan: Pengelolaan Dokumen Rekam Medis*. Madiun: Deepublish, 2018.
- [3] Komisi Akreditasi Rumah Sakit, *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*, 1 ed. Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018.
- [4] F. Hikmah, R. A. Wijyantini, dan Y. P. Rahmadtullah, “Penentu Prioritas Dan Perbaikan Masalah Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap DI RSD Kalisat,” *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, vol. 7, no. 1, hlm. 58, Mar 2019, doi: 10.33560/JMIKI.V7I1.214.
- [5] D. Oktavia, “Optimalisasi Sistem Penyimpanan Rekam Medis di Puskesmas Padang Pasir Tahun 2019,” *LOGISTA - Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat*, vol. 4, no. 1, hlm. 116–122, Jun 2020, doi: 10.25077/LOGISTA.4.1.116-122.2020.
- [6] Maranatha News, “Rumah Sakit Gigi dan Mulut Maranatha Jalani Survei Akreditasi KARS - Maranatha News,” Okt 2019. <http://news.maranatha.edu/rumah-sakit-gigi-dan-mulut-maranatha-jalani-survei-akreditasi-kars/> (diakses Agu 15, 2022).
- [7] Ditjen Pelayanan Kesehatan, “Dashboard Rumah Sakit Terakreditasi,” 2021. <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/fo/home/akreditasi> (diakses Agu 08, 2022).
- [8] A. Nur Fitri dan Y. Winarto, “Kantongi sertifikat standar internasional JCI, begini rencana bisnis Primaya Hospital,” Mei 24, 2021. <https://industri.kontan.co.id/news/kantongi-sertifikat-standar-internasional-jci-begini-rencana-bisnis-primaya-hospital> (diakses Agu 15, 2022).
- [9] S. de Haes, W. van Grembergen, A. Joshi, dan T. Huygh, “COBIT as a Framework for Enterprise Governance of IT,” hlm. 125–162, 2020, doi: 10.1007/978-3-030-25918-1_5.
- [10] R. Fadhilah, I. Santosa, dan L. Abdurrahman, “RENCANA AUDIT TEKNOLOGI INFORMASI MENGGUNAKAN COBIT 2019 PADA UNIT ISTI UNIVERSITAS TELKOM,” *Jurnal Informatika dan Komputer*, vol. 4, no. 3, hlm. 157–163, Des 2021, doi: 10.33387/jiko.
- [11] W. Trianto, “Evaluation of Patient Information System in Public Health Service Using the COBIT 5 Framework,” *IOP Conf Ser Mater Sci Eng*, vol. 407, no. 1, hlm. 012166, Agu 2018, doi: 10.1088/1757-899X/407/1/012166.
- [12] ISACA, *COBIT 2019 Framework Governance and Management Objectives*. ISACA, 2018.
- [13] J. vom Brocke, A. Hevner, dan A. Maedche, “Introduction to Design Science Research,” hlm. 1–13, 2020, doi: 10.1007/978-3-030-46781-4_1.
- [14] S. Cronholm dan H. Göbel, “Design Science Research Constructs: a Conceptual Model,” 2019. Diakses: Sep 04, 2022. [Daring]. Available: <https://aisel.aisnet.org/pacis2019>
- [15] H. Y. Ng, P. S. Tan, dan Y. G. Lim, “Methodology for Digitalization - A Conceptual Model,” *IEEE International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management*, vol. 2019-December, hlm. 1269–1273, Jan 2019, doi: 10.1109/IEEM.2018.8607457.