

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit Condong Catur

1. Sejarah Rumah Sakit Condong Catur

Rumah Sakit Condong Catur adalah rumah sakit umum tipe D yang didirikan oleh PT. Karya Mitra Pratama, diresmikan pada tanggal 30 Juni 2006 dan telah memiliki ijin operasional tetap dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman Yogyakarta. Rumah Sakit Condong Catur dirancang dan dibangun pada tanah seluas 1.500 m², dengan luas bangunan kurang lebih 4.000 m², beralamat di Jalan Manggis No.6, Gempol, Condong Catur, Depok, Sleman,DI Yogyakarta. Pada tahun 2019, Rumah Sakit Condong Catur telah lulus Akreditasi UTAMA atau bintang empat versi SNARS Akreditasi 1 dengan 15 pokja (pokok kerja).

2. Nilai, Visi dan Misi Rumah Sakit Condong Catur

a. Nilai Rumah Sakit Condong Catur (R-S-C-C)

R - amah

S - antun

C - erdas

C - ekatan

b. Visi

Menjadi rumah sakit pilihan untuk semua lapisan masyarakat di Yogyakarta dan sekitarnya.

c. Misi

1) Mampu menjadi rumah sakit yang dipercaya oleh masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan secara profesional.

2) Mampu menjangkau semua lapisan masyarakat, mencakup tindakan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.

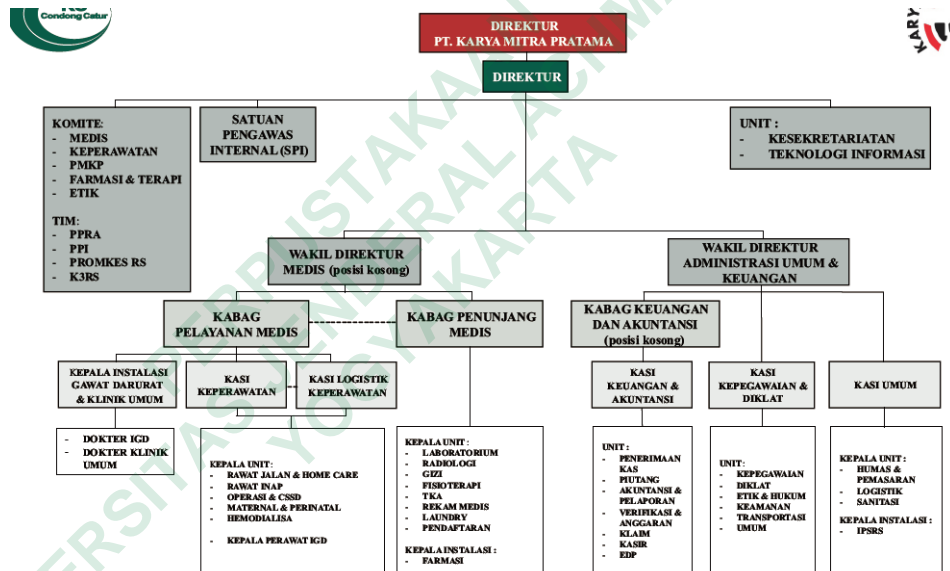
3) Mampu menjalin kerjasama di bidang pelayanan kesehatan dengan berbagai pihak yang terkait.

- 4) Mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan internal dan external.
- 5) Mampu menciptakan iklim kerja yang berdisiplin dan menjunjung tinggi profesionalisme kerja dengan meningkatkan kualitas SDM (Sumber Daya Manusia) yang senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

3. Motto

Solusi JITU Kesehatan Anda

4. Struktur Organisasi Rumah Sakit



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Condong Catur

5. Pelayanan Rumah Sakit Condong Catur

Rumah Sakit Condong Catur menyediakan 50 tempat tidur yang terbagi dalam beberapa kategori kelas perawatan, yaitu : VVIP room, VIP room, kamar kelas 1, kamar kelas 2, dan kamar kelas 3.

Pelayanan medis yang dimiliki yaitu :

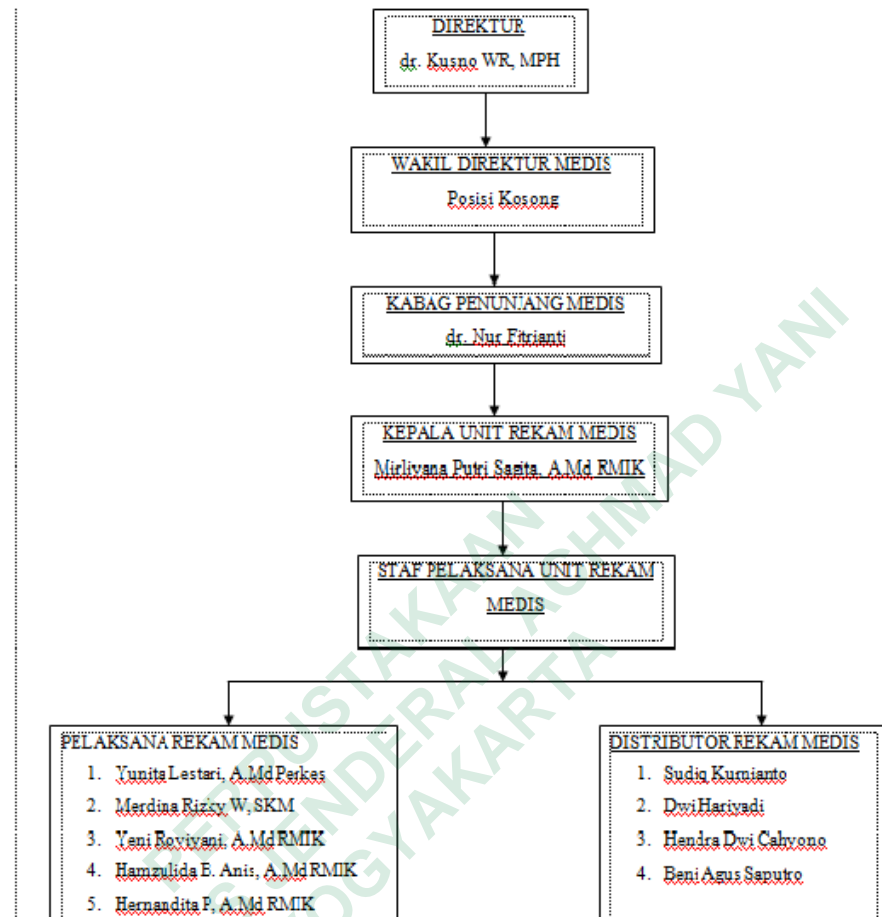
- a. Instalasi Gawat Darurat (24 Jam)
- b. Klinik Umum
- c. Klinik Gigi & Bedah Umum

- d. Klinik Anak
- e. Klinik Penyakit Dalam
- f. Klinik Bedah
- g. Klinik THT
- h. Klinik Syaraf
- i. Klinik Mata
- j. Klinik Kulit & Kelamin
- k. Klinik Rehabilitasi Medik
- l. Klinik Hemodialisa
- m. Klinik Akupuntur
- n. Klinik Psikologi
- o. Klinik Tumbuh Kembang Anak
- p. Ruang Bersalin
- q. Ruang Operasi Mayor/Minor
- r. *Homecare & Dokter On Call*

6. Gambaran Umum Rekam Medis Rumah Sakit Condong Catur

Rumah Sakit Condong Catur terdapat Unit Rekam Medis. Adapaun SDM (Sumber Daya Manusia) yang terdapat di Unit Rekam Medis terdiri dari 1 Kepala Unit Rekam Medis, 5 Staf Pelaksana Rekam Medis, dan 4 Distributor Rekam Medis. Adapun latar belakang pendidikan di Unit Rekam Medis adalah 1 orang lulusan Strata I-SKM, 6 orang lulusan Diploma III-RMIK, sedangkan 3 orang distributor rekam medis berlatar belakang SMA sederajat. Ruangan Unit Rekam Medis terdapat di lantai dua di Rumah Sakit Condong Catur yang terdiri dari 4 ruangan *filig* dan 1 ruang kerja unit.

Struktur organisasi Unit Rekam Medis sebagai berikut



Gambar 4. 2 Struktur Organisasi Unit Rekam Medis

B. Hasil Penelitian

Dalam penelitian ini proses untuk memperoleh data yaitu dengan menggunakan cara observasi, studi dokumentasi serta *Focus Grup Discussion* (FGD). Namun sebelum itu, peneliti melakukan *checklist* observasi dan dokumentasi, setelah itu sebelum proses *Focus Grup Discussion* (FGD) dilaksanakan peneliti menjelaskan metode *Failure Mode And Effect Analysis* (FMEA) terlebih dahulu sehingga mendapatkan hasil akhir dari *Risk Priority Number* (RPN) serta dapat diperoleh rangking.

1. Mengidentifikasi *mode* kegagalan yang menyebabkan cacat setelah perubahan sistem *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF)

Berdasarkan hasil *Focus Grup Discussion* (FGD) yang telah saya lakukan pada Hari Kamis, 5 Maret 2020 dan dihadiri oleh 10 responden dan termasuk 1 triangulasi sumber bahwa dalam mengidentifikasi *mode* kegagalan yang menyebabkan cacat setelah perubahan sistem *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF) di Rumah Sakit Condong Catur dapat dilihat dari sub proses sistem penjajaran *Terminal Digit Filing* (TDF) yang kemudian dapat dikelompokkan menjadi 3 bagian yang terdiri dari sistem pengambilan dan penyimpanan, Sumber Daya Manusia (SDM) dan sarana prasarana. Berdasarkan hasil kesepakatan dalam *Focus Group Discussion* (FGD) terdapat 16 *mode* kegagalan yang diteliti sebagai tindak lanjut dan pelengkap dari penelitian sebelumnya yang diantaranya sebagai berikut :

a. Sistem Pengambilan dan Penyimpanan

- 1) Retrieval (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama
- 2) Nomor dan nama pasien tidak sesuai
- 3) Salah menulis nomor, nama dan unit tujuan
- 4) Salah menempel label unit tujuan
- 5) Kegagalan menemukan letak rak
- 6) Kesalahan menemukan sub rak
- 7) Ketidaktepatan sortir BRM
- 8) Kesalahan membaca 2 nomor akhir
- 9) Belum ada SPO penjajaran

b. Sumber Daya Manusia (SDM)

- 1) Petugas salah mengambil berkas
- 2) Petugas salah input atau salah identitas

- 3) Petugas salah menyimpan BRM
- c. Sarana prasarana
- 1) Notifikasi di SIMRS tidak berbunyi
 - 2) Design ruang penyimpanan rekam medis kurang ergonomis
 - 3) *Tracer* habis
 - 4) Belum terdapat kode warna dalam map RM

2. Mengidentifikasi akibat/ potential effect yang ditimbulkan potential failure setelah perubahan sistem Straight Numerical Filing (SNF) ke Terminal Digit Filing (TDF)

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang telah saya lakukan pada Hari Kamis, 5 Maret 2020 dan dihadiri oleh 10 responden serta triangulasi sumber diperoleh kesepakatan dari *mode* kegagalan yang terjadi dan dilihat dari akibat atau efek yang ditimbulkan setelah perubahan sistem penjajaran yaitu meliputi :

Tabel 4. 1 *Potential Effect* yang ditimbulkan *Potential Failure*

Aspek	<i>Failure Mode</i>	<i>Potential Effect</i>
Sistem Pengambilan dan Penyimpanan	Retrieval (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama	BRM tidak digunakan tepat waktu sesuai permintaan
	Nomor dan nama pasien tidak sesuai	Waktu untuk menyiapkan BRM lebih lama
	Salah menulis nomor, nama, dan unit tujuan	BRM tidak ditemukan dan waktu pencarian lama Tidak tepat pendistribusian BRM
	Salah menempel label unit tujuan	Mendapatkan komplain dari pasien dan unit lain Salah mendistribusikan unit RM Mendapatkan komplain dari petugas dan unit lain

	Kegagalan menemukan letak rak	Penyediaan berkas rekam medis lama
	Kesalahan menemukan sub rak	Petugas salah mengambil BRM BRM <i>misfile</i>
	Ketidaktepatan sortir BRM	BRM sulit ditemukan
	Kesalahan membaca 2 nomor akhir	Salah pengelompokan BRM sehingga meperlama proses <i>fling</i> Petugas salah mengambil dan menyimpan
	Belum ada SPO penjajaran	Salah pengelompokan BRM sehingga meperlama proses <i>fling</i>
	Petugas salah mengambil berkas	Petugas tidak mengetahui alur dan prosedur sistem penyimpanan dengan menggunakan TDF Waktu tunggu pasien semakin lama
Sumber Daya Manusia (SDM)	Salah input atau salah identifikasi	Pencarian BRM lama
	Petugas salah menyimpan BRM	Berkas rekam medis tidak ditemukan kembali Kesulitan dalam proses pencarian kembali BRM ketika akan digunakan kembali
	Notifikasi di SIMRS tidak berbunyi	BRM tidak terambil Petugas tidak tahu jika ada permintaan
Sarana Prasarana	<i>Design</i> ruang penyimpanan rekam medis kurang ergonomis	Kerahasiaan isi berkas rekam medis tidak terjamin Tidak menjamin jika berkas rekam medis hilang atau dicuri
	<i>Tracer</i> habis	Resiko salah mengambil nomor RM dan proses pencarian BRM
	Belum terdapat kode warna dalam map RM	Petugas kesulitan dalam proses mencari berkas RM

Berdasarkan tabel diatas untuk mengidentifikasi akibat / *potential effect* yang ditimbulkan dapat dilihat dari *failure mode* yang terjadi setelah diadakannya sistem penjajaran berkas rekam medis di Rumah Sakit Condong Catur dikelompokkan menjadi 3 aspek dan terdapat 16 *failure mode* yaitu sistem pengambilan dan penyimpanan ada 9 *failure mode* dengan *potential effect*, Sumber Daya Manusia (SDM) ada 3 *failure mode* dengan *potential effect* dan sarana prasarana ada 4 *failure mode* dengan *potential effect*.

3. Mengidentifikasi penyebab dari *mode* kegagalan yang terjadi setelah proses yang berlangsung dari sistem *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF)

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang telah saya lakukan pada Hari Kamis, 5 Maret 2020 dan dihadiri oleh 10 responden serta triangulasi sumber dalam mengidentifikasi penyebab dari *mode* kegagalan yang terjadi setelah proses yang berlangsung dari sistem *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF) diperoleh hasil kesepakatan bersama yang meliputi

Tabel 4. 2 *Potential Cause* dari *mode* kegagalan

Aspek	<i>Failure Mode</i>	<i>Potential Effect</i>	<i>Potential Cause</i>
Sistem Pengambilan dan Penyimpanan	Retrieval (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama	BRM tidak bisa digunakan tepat waktu sesuai permintaan	Petugas belum melengkapi BRM sehingga BRM belum kembali
	Nomor dan nama pasien tidak sesuai	Waktu untuk menyiapkan BRM lebih lama	Kurang teliti dalam penulisan permintaan dan salah atau tidak sesuai
	Salah menulis nomor, nama,	BRM tidak ditemukan dan	Petugas kurang teliti dan cermat

dan unit tujuan	waktu pencarian lama	dalam penulisan karena <i>tracer</i> masih manual
	Tidak tepat pendistribusian BRM	Kondisi petugas kurang fit
	Mendapatkan komplain dari pasien dan unit lain	karena beban kerja tinggi
Salah menempel label unit tujuan	Salah mendistribusikan unit RM	Petugas kurang teliti karena tidak mengecek ulang saat penempelan
	Mendapatkan komplain dari petugas dan unit lain	
Kegagalan menemukan letak rak	Penyediaan berkas rekam medis lama	Sudah ada penomoran pada rak penyimpanan tetapi belum semuanya
Kesalahan menemukan sub rak	Petugas salah mengambil BRM	Belum memahami proses penyimpanan TDF
Ketidaktepatan sortir BRM	BRM <i>misfile</i>	Tidak adanya rak sortir dan kurangnya pengetahuan dari petugas terhadap sistem penomoran TDF
	BRM sulit ditemukan	
Kesalahan membaca nomor akhir	2 Salah pengelompokan BRM sehingga meperlama proses	Kurangnya pengetahuan dari petugas terhadap sistem

		<i>filing</i>	penomoran TDF
		Petugas salah mengambil dan menyimpan	
	Belum ada SPO Penjajaran	Salah pengelompokan BRM sehingga memperlama proses <i>filing</i>	UKRM belum merevisi ulang terkait regulasi terbaru
		Petugas tidak mengetahui alur dan prosedur sistem penyimpanan dengan menggunakan TDF	Petugas kebingungan karena tidak ada kode warna pada map rekam medis
		Waktu tunggu pasien semakin lama	
Sumber Daya Manusia (SDM)	Salah input atau salah identifikasi	Pencarian lama	BRM Petugas kurang teliti
		Berkas rekam medis tidak ditemukan kembali	Kurang teliti dan kurang memahami regulasi dalam proses penyimpanan BRM
	Petugas salah menyimpan BRM	Kesulitan dalam proses pencarian kembali BRM ketika akan digunakan kembali	
		BRM tidak terambil	Sistem kurang <i>update</i> dan pasien gagal kunjung
Sarana Prasarana	Notifikasi di SIMRS berbunyi	Petugas tidak tahu jika ada permintaan	
	<i>Design</i> ruang penyimpanan rekam medis	Kerahasiaan isi rekam medis tidak terjamin	Ruang RM terbagi menjadi 4 ruangan

kurang ergonomis		sehingga sulit menngontrol keamanan
	Tidak menjamin jika BRM hilang atau dicuri	Belum ada <i>finger print</i>
		Petugas lupa mengunci pintu ruang <i>filig</i>
<i>Tracer</i> habis	Resiko salah mengambil nomor RM dan proses pencarian BRM	Pasien yang berobat di rumah sakit semakin bertambah dan ketersediaan <i>tracer</i> kurang
Belum terdapat kode warna dalam map RM	Petugas kesulitan dalam proses mencari berkas RM	Map rekam medis belum di <i>design</i> ulang atau perubahan map

Berdasarkan hasil FGD untuk 16 *failure mode* terdapat beberapa penyebab/*potential cause* yaitu petugas kurang teliti, sistem kurang update mengakibatkan pasien gagal berkunjung, kurang teliti dalam penulisan permintaan atau salah tulis, kondisi petugas kurang fit karena beban kerja tinggi, pasien yang berobat di rumah sakit semakin bertambah dan ketersediaan *tracer* kurang, petugas kebingungan dan tidak ada kode warna pada map rekam medis, map rekam medis belum di desain ulang atau belum ada perubahan map, petugas kurang teliti karena tidak mengecek ulang, kurangnya pengetahuan dari petugas distributor terhadap sistem penjajaran TDF, tidak adanya media sortir yang baik, belum ada *finger print*, petugas lupa mengunci kembali ruang *filig* karena dirasa kurang efisien waktu, sarana prasarana yang disediakan belum memenuhi standar.

4. Menghitung nilai *Risk Priority Number* (RPN) yaitu nilai yang menunjukkan keseriusan dari *potential failure* setelah perubahan sistem *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF)

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang telah saya lakukan pada Hari Kamis, 5 Maret 2020 dan dihadiri oleh 10 responden serta triangulasi sumber dalam menghitung nilai *Risk Priority Number* (RPN) harus terlebih dahulu menentukan nilai *severity*, *occurrence*, serta *detection*, sehingga diperoleh hasil yang dapat dilihat dari *Failure Mode* diantaranya diperoleh dari :

- a. *Severity* adalah langkah pertama untuk menganalisis risiko yaitu menghitung seberapa besar dampak/intensitas kejadian mempengaruhi proses *output*.

Tabel 4. 3 Tingkat Keparahan (*Severity*)

Peringkat	<i>Severity</i>	Deskripsi
10	Berbahaya tanpa peringatan	Kegagalan sistem yang menghasilkan efek sangat berbahaya
9	Berbahaya dengan peringatan	Kegagalan sistem yang menghasilkan efek berbahaya
8	Sangat tinggi	Sistem tidak beroperasi
7	Tinggi	Sistem beroperasi tetapi tidak dapat dijalankan secara penuh
6	Sedang	System beroperasi dan aman tetapi mengalami penurunan performa sehingga memengaruhi <i>output</i>
5	Rendah	Mengalami penurunan kinerja secara bertahap
4	Sangat rendah	Efek yang kecil pada sistem performa
3	Kecil	Sedikit berpengaruh pada sistem kinerja
2	Sangat Kecil	Efek yang diabaikan pada sistem kinerja
1	Tidak ada efek	Tidak ada efek

- b. *Occurance* adalah kemungkinan bahwa penyebab tersebut akan terjadi dan menghasilkan bentuk kegagalan selama masa penggunaan produk.

Tabel 4. 4 Tingkat Kejadian (*Occurance*)

Peringkat	<i>Occurance</i>	Deskripsi
10 9	Sangat tinggi	Sering gagal
8 7	Tinggi	Kegagalan yang berulang
6 5 4	Sedang	Jarang terjadi kegagalan
3 2	Rendah	Sangat kecil terjadi kegagalan
1	Tidak ada efek	Hampir tidak ada kegagalan

- c. *Detection* adalah pengukuran terhadap kemampuan mengendalikan / mengontrol kegagalan yang dapat terjadi.

Tabel 4. 5 Metode Deteksi (*Detection*)

Peringkat	<i>Detection</i>	Deskripsi
1 2	Very High : Pengawasan hampir sudah pasti dapat mendeteksi kecacatan/kesalahan/kerusakan	Kemungkinan produk/servis yang cacat sangat kecil (1 dari 10.000)
3 4	High : Pengawasan mempunyai kemungkinan yang besar dalam mendeteksi kecacatan/kesalahan	Kemungkinan produk atau servis yang cacat atau rusak ada pada tingkat yang rendah (1 dari 5000)
5 6	Moderate : Pengawasan mungkin mendeteksi kecacatan/kesalahan/kerusakan	Kemungkinan produk atau servis yang cacat/rusak pada tingkat yang tinggi (1 dari 200)

7	Low :		Kemungkinan produk atau servis yang
8	Pengawasan mungkin mendeteksi kacacatan/kesalahan	lebih tidak	cacat/rusak pada tingkat yang tinggi (1 dari 20)
9	Very Low		Kemungkinan produk atau servis yang
10	Pengawasan mungkin mendeteksi kecacatan/kesalahan/k erusakan	sangat tidak	cacat/rusak pada tingkat yang sangat tinggi (1 dari 10)

- d. *Risk Priority Number* (RPN) merupakan hasil kali rating keparahan (*severity*), kejadian (*occurance*) dan deteksi (*detection*). Nilai *Risk Priority Number* (RPN) digunakan untuk merangking *Failure Mode*.

$$RPN = S \times O \times D$$

Dalam menentukan nilai *Risk Priority Number* (RPN) yang menyebabkan cacat setelah dilakukan perubahan sistem peninjauan rekam medis terdapat perbedaan nilai, sehingga disepakati pada saat dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD). Berikut tabel nilai *Risk Priority Number* (RPN) :

Tabel 4. 6 Nilai *Risk Priority Number* (RPN)

Aspek	<i>Failure Mode</i>	<i>Severity</i>	<i>Occurance</i>	<i>Detection</i>	RPN
Sistem Pengambilan dan Penyimpanan	Retrieval (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama	3	6	2	36
	Nomor dan nama pasien tidak sesuai	4	4	3	48
	Salah menulis nomor, nama, dan unit tujuan	6	3	3	54
	Salah menempel label unit tujuan	4	3	3	36
	Kegagalan menemukan letak rak	4	5	2	40
	Kesalahan menemukan sub rak	4	5	2	40
	Ketidaktepatan sortir BRM	5	4	3	60
	Kesalahan membaca 2 nomor akhir	5	5	3	75
	Belum ada SPO Penjajaran	8	6	7	336
	Petugas salah mengambil berkas	9	5	5	150
Sumber Daya Manusia (SDM)	Salah input atau salah identifikasi	3	6	2	36
	Petugas salah menyimpan BRM	6	5	6	180
	Notifikasi di SIMRS tidak berbunyi	3	5	4	60
Sarana Prasarana	<i>Design</i> ruang penyimpanan rekam medis kurang ergonomis	6	6	7	252
	<i>Tracer</i> habis	4	4	2	32
	Belum terdapat kode warna dalam map RM	4	6	4	96

Berdasarkan tabel diatas skor tertinggi adalah petugas non rekam medis bisa masuk ke ruang *filig* memperoleh nilai 168, sedangkan skor terendah yaitu belum ada SPO rumah saki dengan memperoleh skor 30.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

Tabel 4. 7 Rangkaing *Risk Priority Number* (RPN)

Aspek	Failure Mode	Severity	Occurrence	Detection	RPN	Rangking
Sistem Pengambilan dan Penyimpanan	Retrieval (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama	3	6	2	36	XIV
	Nomor dan nama pasien tidak sesuai	4	4	3	48	X
	Salah menulis nomor, nama, dan unit tujuan	6	3	3	54	IX
	Salah menempel label unit tujuan	4	3	3	36	XIII
	Kegagalan menemukan letak rak	4	5	2	40	XII
	Kesalahan menemukan sub rak	4	5	2	40	XI
	Ketidaktepatan sortir BRM	5	4	3	60	VIII
	Kesalahan membaca 2 nomor akhir	5	5	3	75	VI
	Belum ada SPO Penjajaran	8	6	7	336	I
Sumber Daya Manusia (SDM)	Petugas salah mengambil berkas	9	5	5	150	IV
	Salah input atau salah identifikasi	3	6	2	36	XV
	Petugas salah menyimpan BRM	6	5	6	180	III
Sarana Prasarana	Notifikasi di SIMRS tidak berbunyi	3	5	4	60	VII
	Design ruang penyimpanan rekam medis kurang ergonomis	6	6	7	252	II
	Tracer habis	4	4	2	32	XVI
	Belum terdapat kode warna dalam map RM	4	6	4	96	V

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat *failure mode* dengan ranking tertinggi hingga terendah. Untuk ranking tertinggi yaitu belum ada SPO penjajaran dengan memperoleh skor 336, sedangkan untuk ranking terendah yaitu *tracer* habis dengan memperoleh skor 32.

5. Mengevaluasi proses dalam perubahan sistem penjajaran dari *Straight Numerical Filing* (SNF) menjadi *Terminal Digit Filing* (TDF) pada berkas rekam medis menggunakan metode *Failure Mode And Effect Analysis* (FMEA) setelah perubahan

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang telah saya lakukan pada Hari Kamis, 5 Maret 2020 dan dihadiri oleh 10 responden serta triangulasi sumber, sistem evaluasi yang diterapkan ditulis dalam buku monitoring *miss file* yang dilaporkan setiap bulannya oleh Kepala Unit Rekam Medis kepada Kepala Bagian Penunjang Medis. Berdasarkan hasil yang saya peroleh bahwa di Rumah Sakit Condong Catur belum terdapat SPO tentang sistem penjajaran *Terminal Digit Filing* (TDF), map rekam medis belum *design* ulang sehingga belum ada kode warna. Pada sistem penyimpanan belum terdapat *finger print* tetapi pada setiap rak sudah terdapat penomoran 2 digit angka akhirdan ruang *filing* dibagi menjadi 4 ruang sehingga ruang belum efisien dan menambah beban kerja para petugas. Pada sistem notifikasi SIMRS belum di *update* sehingga terkadang sistem eror. Untuk *tracer* print belum ada sehingga saat ini masih menggunakan *tracer* manual yang menyebabkan *tracer* cepat habis.

C. Pembahasan Penelitian

1. Mengidentifikasi *mode* kegagalan yang menyebabkan cacat setelah perubahan sistem *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF)

Berdasarkan hasil wawancara dengan menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD) yang telah dilakukan pada Hari Kamis, 5 Maret 2020 bahwa dalam penelitian ini menggunakan metode *Failure Mode And Effect Analysis* (FMEA) untuk dapat memperoleh hasil nilai akhir dari *Risk Priority Number* (RPN) pada sistem penjadaran *Straight Numerical Filing* (SNF) setelah diadakannya perubahan siste penjadaran *Terminal Digit Filing* (TDF)

Failure Mode And Effect Analysis (FMEA) sebagai metode sistematis dan proaktif untuk mengevaluasi suatu proses untuk mengidentifikasi di mana dan bagaimana suatu proses dapat gagal dan memperkirakan faktor kegagalan yang lain, sehingga diketahui bagian mana dari suatu proses itu yang paling memerlukan pengembangan (Supriyanti et al., 2011). Menurut (Menkes, 2008) kembangkan kejadian yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan analisis akar masalah *Root Cause Analysis* (RCA) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satukali pertahun melakukan *Failure Mode And Effect Analysis* (FMEA) untuk proses resiko tinggi. Semua kejadian yang sesuai harus dilakukan analisis akar masalah RCA. Analisis dan rencana tindakan selesai dalam waktu 45 hari setelah kejadian (KARS, 2018). Untuk menghitung *Risk Priority Number* (RPN) diperlukan *failure mode* yang dibagi menjadi 3 aspek yaitu sistem penyimpanan dan pengambilan, Sumber Daya Manusia (SDM), dan sarana prasarana.

Aspek sistem penyimpanan dan pengambilan merupakan aspek yang penting dalam perubahan sistem penjadaran dari *Straight Numerical Filing* (SNF) menjadi *Terminal Digit Filing* (TDF). Sistem yaitu sekelompok

unsur yang erat berhubungan satu dengan lainnya, yang berfungsi bersama-sama untuk mencapai tujuan tertentu (Mulyadi, 2016). Sedangkan menurut penelitian (Tunnisa & Ningsih, 2019) sistem adalah kumpulan elemen yang saling berhubungan dan berinteraksi dalam satu kesatuan untuk menjalankan suatu proses pencapaian suatu tujuan tertentu.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) pada aspek sistem pengambilan dan penyimpanan terdapat *9 failure mode* diantaranya retrieval (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama, nomor dan nama pasien tidak sesuai, salah menulis nomor, nama dan unit tujuan, salah menempel label unit tujuan, kegagalan menemukan letak rak, kesalahan menemukan sub rak, ketidaktepatan sortir BRM, kesalahan membaca 2 digit angka akhir, belum ada SPO penjajaran. Sedangkan menurut penelitian (Tunnisa & Ningsih, 2019) dengan judul perubahan sistem penyimpanan dari *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF) pada aspek sistem terdapat *failure mode* diantaranya belum adanya SPO rumah sakit, petugas salah membaca 2 digit angka akhir, belum adanya kode warna, petugas tidak menemukan letak rak, petugas salah menemukan letak sub rak, petugas salah sortir BRM.

Sumber Daya Manusia (SDM) adalah suatu ilmu atau cara bagaimana mengatur hubungan dan peran sumber daya (tenaga kerja) yang dimiliki oleh individu secara efisien dan efektif serta dapat digunakan secara maksimal sehingga tercapai tujuan bersama (Bintoro & Daryanto, 2017). Sumber daya manusia yaitu elemen penting yang dibutuhkan dalam suatu kegiatan karena manusia sebagai pelaku utama dalam menjalankan perubahan sistem penjajaran rekam medis setelah diadakannya perubahan dari *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF).

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) pada aspek Sumber Daya Manusia (SDM) terdapat 3 *failure mode* diantaranya petugas salah mengambil berkas rekam medis, petugas salah menyimpan berkas rekam medis dan petugas salah input atau salah memasukkan identifikasi pasien. Sedangkan menurut penelitian (Tunnisa & Ningsih, 2019) dengan judul perubahan sistem penyimpanan dari *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF) pada aspek Sumber Daya Manusia terdapat *failure mode* diantaranya petugas salah mengambil serta menyimpan berkas rekam medis dan salah input atau salah identifikasi.

Sarana prasarana adalah alat pendukung pelayanan supaya pelayanan dapat berjalan dengan efektif dan efisien pada Rumah Sakit Condong Catur, akan tetapi sarana prasarana yang ada disana kurang memadai sehingga pelayanan belum berjalan secara maksimal. Contohnya ruang *filing* terbagi menjadi 4 ruang yang mengakibatkan beban kerja petugas menjadi bertambah. Sarana prasarana adalah segala sesuatu benda fisik yang dapat tervisualisasi oleh mata maupun teraba oleh panca indera dengan mudah dan dapat dikenali oleh pasien dan merupakan bagian dari suatu bangunan gedung ataupun bangunan gedung itu sendiri serta benda maupun jaringan/instansi yang membuat suatu sarana yang ada bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan (Klasifikasi Rumah Sakit, 2010).

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) pada aspek sarana dan prasarana terdapat 4 *failure mode* diantaranya sistem notifikasi yang ada pada SIMRS tidak berbunyi karena kerusakan *speaker, design* ruang penyimpanan rekam medis kurang ergonomis, *tracer* habis karena jumlah pasien yang berkunjung terjadi peningkatan, serta belum terdapat kode warna dalam map rekam medis. Sedangkan pada penelitian (Tunnisa & Ningsih, 2019) dengan judul perubahan sistem penyimpanan dari *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF) pada aspek

sarana prasarana terdapat *failure mode* diantaranya notifikasi di SIMRS tidak berbunyi, *tracer* habis, map berkas rekam medis belum ada warna.

2. Mengidentifikasi akibat/ potential effect yang ditimbulkan potential failure setelah perubahan sistem Straight Numerical Filing (SNF) ke Terminal Digit Filing (TDF)

Menurut (Gambino et al., 2018) *potential effect* yaitu akibat yang di timbulkan dari kegagalan yang terjadi. Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang telah dilaksanakan pada Hari Kamis, 5 Maret 2020, *potential effect* adalah akibat yang akan ditimbulkan setelah dilakukan perubahan sistem penjajaran rekam medis dari *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF). *Potential effect* dapat dilihat dari 16 *failure mode* yang dikelompokkan menjadi 3 aspek.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) sistem notifikasi di SIMRS tidak berbunyi yang petugas tidak mengetahui jika ada permintaan sehingga berakibat berkas rekam medis tidak terambil. Menurut penelitian (Tunnisa & Ningsih, 2019) notifikasi sangat penting bagi penerima informasi, karena dengan informasi tersebut dapat langsung diketahui oleh penerima.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) ketika petugas menyimpan berkas rekam medis terjadi *missfile*. *Missfile* yaitu kesalahan penyimpanan berkas rekam medis karena tidak adanya kode warna dalam map rekam medis. Menurut penelitian (Tunnisa & Ningsih, 2019) jika dokumen rekam medis pasien saat berobat tidak ditemukan, petugas *filing* akan menggantinya dengan dokumen rekam medis yang baru sehingga riwayat penyakit pasien tidak diketahui oleh dokter dan informasi medis menjadi tidak berkesinambungan, selain itu juga menyebabkan penduplikasian dokumen rekam medis.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) pada sistem keamanan masih kurang karena *design* ruang penyimpanan rekam medis

kurang ergonomis yang dapat menyebabkan kerahasiaan berkas rekam medis tidak terjamin. Rekam medis adalah informasi tentang identitas diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan (Menteri Kesehatan, 2008). Setiap dokter dan dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran harus membuat rekam medis dan rekam medis harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan (Depkes, 2004).

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) jumlah *tracer* belum sepenuhnya dapat memenuhi permintaan kunjungan pasien sehingga menyebabkan *tracer* habis, apabila *tracer* habis berakibat pada salah simpan atau salah ambil berkas rekam medis sehingga dapat menyebabkan terjadinya *misfile*. Petunjuk keluar (*tracer*) merupakan sarana penting dalam mengontrol penggunaan rekam medis biasanya digunakan untuk menggantikan rekam medis yang keluar dari penyimpanan, petunjuk keluar (*tracer*) juga meningkatkan efisien dan keakuratan dalam peminjaman dengan menunjukkan dimana sebuah rekam medis untuk disimpan saat kembali (Rustianto, 2011). Menurut penelitian (Tunnisa & Ningsih, 2019) *tracer* adalah alat yang digunakan sebagai alat petunjuk keluar jika dokumen rekam medis diambil atau dipinjam untuk digunakan pasien atau petugas kesehatan di dalam pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) belum adanya SOP tentang sistem penyimpanan *Terminal Digit Filing* (TDF) sehingga petugas tidak mengetahui alur dan prosedur sistem peninjauan dengan menggunakan sistem penomoran *Terminal Digit Filing* (TDF). SOP (Standar Operasional Prosedur) yaitu suatu program atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator-indikator, administratif

dan procedural kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan (Atmoko, 2011).

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) pada map rekam medis belum terdapat kode warna karena map rekam medis belum *didesign* ulang. Kode warna digunakan untuk mempercepat pencarian dokumen rekam medis dan mengurangi kesalahan (*misfile*) di dalam penyimpanan dokumen rekam medis (Oktavia et al., 2018). Kode warna digunakan untuk memberikan warna tertentu pada sampul yang dapat digunakan untuk mencegah salah simpan dan memudahkan dalam pencarian kembali berkas rekam medis.

3. Mengidentifikasi penyebab dari moda kegagalan yang terjadi setelah proses yang berlangsung dari sistem *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF)

Menurut (Gambino et al., 2018), *potential cause* yaitu kegagalan yang di dapat dari potensi kegagalan-kegagalan pada proses tersebut terjadi. Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) yang telah dilaksanakan pada Hari Kamis, 5 Maret 2020, *potential cause* adalah penyebab yang akan ditimbulkan setelah dilakukan perubahan sistem penjajaran rekam medis dari *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF). *Potential cause* dapat dilihat dari 16 *failure mode* yang dikelompokan menjadi 3 aspek.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) apabila pada map rekam medis sudah menggunakan kode warna maka akan menjadikan petugas lebih mudah dalam pencarian berkas rekam medis dengan adanya kode warna dapat meminimalisir terjadinya *misfile*. Kode warna diletakkan pada 2 digit angka akhir nomor rekam medis. Ketika folder disimpan “lidah” tersebut ditonjolkan keluar sehingga akan nampak nomor rekam medis kode warna diantara beberapa berkas rekam medis (Budi, 2011).

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) *design* ruang penyimpanan rekam medis kurang ergonomis karena ruang *filing* dibagi menjadi 4 ruang sehingga petugas ataupun Kepala Unit Rekam Medis sulit untuk mengontrol keamanan. Hal tersebut diakibatkan karena sarana prasarana belum memenuhi standar, yang berakibat pada kerahasiaan isi rekam medis pasien menjadi kurang terjamin. Berkas rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan sedangkan isinya merupakan milik pasien (Menteri Kesehatan, 2008).

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) jika terdapat permintaan dalam penulisan *tracer* masih ditulis manual yang dapat mengakibatkan kesalahan dalam penulisan seperti tanggal permintaan, nama pasien, nomor rekam medis, serta unit tujuan. Menurut penelitian (Menteri Kesehatan, 2008) permintaan rutin terhadap rekam medis yang datang dari poliklinik, dari dokter yang melakukan riset, harus diajukan kebagian rekam medis, petugas harus menulis dengan benar dan jelas nama pasien dan nomor rekam medisnya.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) rak sortir yang tersedia belum memenuhi standar, rak sortir digunakan untuk mengurutkan nomor rekam medis sesuai dengan angka akhir nomor rekam medis dan dikelompokkan kemudian dilakukan penjajaran sesuai dengan angka akhir pada rak *filing*. Rak sortir adalah rak yang berguna untuk memisahkan dokumen rekam medis yang diterima dari unit lain lalu diproses, dikirimkan atau disimpan ke dalam folder masing-masing (Rustianto, 2011).

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) notifikasi pada SIMRS tidak berbunyi, notifikasi merupakan suatu pemberitahuan jika ada permintaan berkas rekam medis apabila sistem notifikasi tersebut tidak berbunyi maka pekerjaan menjadi terhambat sehingga pelayanan yang diperoleh pasien menjadi kurang memuaskan. Menurut penelitian

(Tunnisa & Ningsih, 2019) notifikasi adalah pemberitahuan mengenai informasi atau pengumuman dari pihak tertentu kepada pihak yang disetujui yang dilakukan melalui media seperti email, sms maupun aplikasi *chatting* (*line, whatsapp, bbm,wechat,dsb*)

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) notifikasi pada SIMRS tidak berbunyi diakibatkan oleh sistem yang kurang *update*, sehingga notifikasi tersebut tidak muncul pada pemberitahuan. *Update* yaitu perintah yang digunakan untuk memperbaharui sistem supaya kinerja sistem menjadi lebih baik sehingga hasil yang diharapkan menjadi maksimal.

Berdasarkan hasil *Focus Group Discussion* (FGD) pada map rekam medis belum *design* ulang sehingga belum ada kode warna. Map rekam medis yaitu sampul atau *cover* yang digunakan untuk meletakkan dokumen penting pasien yang diletakan didalam sampul tersebut kemudian disimpan ke dalam ruang *filig*. Map folder yang baik yaitu dengan bahan yang tebal, tidak mudah sobek, serta terdapat penggunaan kode warna (Oktavia & Damayanti, 2017).

4. Menghitung nilai *Risk Priority Number* (RPN) yaitu nilai yang menunjukkan keseriusan dari *potential failure* setelah perubahan sistem *Straight Numerical Filing* (SNF) ke *Terminal Digit Filing* (TDF)

Indikator untuk menentukan tindakan koreksi yang sesuai dengan mode kegagalan. Angka prioritas *Risk Priority Number* (RPN) merupakan hasil kali rating keparahan (*severity*), kejadian (*occurance*) dan deteksi (*detection*). Berdasarkan hasil *Focus Group Discusson* (FGD) *severity* adalah langkah pertama untuk menganalisis risiko yaitu menghitung seberapa besar dampak/intensitas kejadian mempengaruhi proses *output* (Firdaus & Widianti, 2015), pada hasil wawancara yang dilakukan dengan *Focus Group Discusson* (FGD) diperoleh nilai *severity* tertinggi dengan mendapatkan nilai 9 yaitu petugas salah mengambil berkas rekam

medis sedangkan untuk nilai *severity* terendah memperoleh nilai 3 yaitu *retrieval* (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama, petugas salah input atau salah identifikasi, dan notifikasi di SIMRS tidak berbunyi.

Occurance adalah kemungkinan bahwa penyebab tersebut akan terjadi dan menghasilkan bentuk kegagalan selama masa penggunaan produk (Firdaus & Widiанти, 2015). Berdasarkan hasil *Focus Group Discusson* (FGD) diperoleh nilai *occurance* tertinggi dengan mendapatkan nilai 6 yaitu *retrieval* (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama, belum ada SOP penjajaran, petugas salah input atau salah identifikasi, dan *design* ruang penyimpanan rekam medis kurang *ergonomis*. Untuk nilai *occurance* terendah mendapatkan nilai 3 yaitu salah menempel label unit tujuan.

Detection adalah pengukuran terhadap kemampuan mengendalikan/mengontrol kegagalan yang dapat terjadi (Firdaus & Widiанти, 2015). Berdasarkan hasil *Focus Group Discusson* (FGD) diperoleh nilai *detection* tertinggi dengan mendapatkan nilai 7 yaitu belum ada SOP penjajaran dan *design* ruang penyimpanan rekam medis kurang *ergonomis*. Untuk nilai *detection* terendah mendapatkan nilai 2 yaitu *retrieval* (pengambilan kembali rekam medis) membutuhkan waktu lama, kegagalan menemukan letak rak, kesalahan menemukan sub rak, petugas salah input atau salah identifikasi, dan *tracer* habis.

Risk Priority Number (RPN) adalah indikator untuk menentukan tindakan koreksi yang sesuai dengan *mode* kegagalan. Angka prioritas *Risk Priority Number* (RPN) merupakan hasil kali rating keparahan (*severity*), kejadian (*occurance*) dan deteksi (*detection*) (Firdaus & Widiанти, 2015). Berdasarkan hasil *Focus Group Discusson* (FGD) diperoleh nilai *Risk Priority Number* (RPN) tertinggi dengan memperoleh

skor 336 yaitu belum ada SOP penjajaran, sedangkan nilai terendah memperoleh skor 32 yaitu *tracer* habis.

5. Mengevaluasi proses dalam perubahan sistem penjajaran dari *Straight Numerical Filing* (SNF) menjadi *Terminal Digit Filing* (TDF) pada berkas rekam medis menggunakan metode FMEA setelah perubahan.

Evaluasi adalah suatu proses identifikasi untuk mengukur/ menilai apakah suatu kegiatan atau program yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai (Arikunto, 2013). Berdasarkan hasil *Focus Group Discusson* (FGD), dapat diketahui bahwa setelah perubahan sistem penjajaran dapat memberikan dampak yang positif serta negatif. Dampak negatif yang ditimbulkan dari perubahan sistem penjajaran yaitu beban kerja petugas menjadi lebih tinggi karena ruang *filing* dibagi menjadi 4 ruang. Sedangkan untuk dampak yang positif yaitu nomor rekam medis pasien tidak akan habis atau kekurangan karena sudah menggunakan sistem *Terminal Digit Filing*.

Berdasarkan usulan (Tunnisa & Ningsih, 2019) seperti penambahan *finger print*, diadakannya kode warna, SIMRS diupdate, adanya *tracer printer* belum ditindak lanjuti. Akan tetapi usulan yang terkait dengan penomoran pada setiap rak sudah ditindaklanjuti. Namun belum adanya SOP tentang sistem penjajaran berkas rekam medis.

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yaitu kesulitan mencari jadwal yang sama antara tim FMEA yang terlibat karena semua tim sudah dibagi kedalam *shift* kerja yang berbeda, untuk distributor memiliki 3 *shift* (pagi, siang dan malam), sedangkan di unit kerja memiliki 2 *shift* kerja (pagi dan siang). Keterbatasan kedua dalam penelitian ini adalah adanya pandemi virus corona

atau disebut COVID-19 yang membatasi ruang berkumpul atau diskusi lebih dari 1 jam.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA