

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Rumah Sakit dan Rekam Medis di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo**

##### **1. Gambara Umum Rumah Sakit**

###### **a. Sejarah RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo**

RSUD Dr.Tjitrowardojo Purworejo terletak di Jalan Jenderal Sudirman No. 60 Kelurahan Doplang, Kecamatan Purworejo, Kabupaten Purworejo, Propinsi Jawa Tengah. RSUD Dr.Tjitrowardojo Purworejo didirikan pertama kali pada tahun 1915 dengan nama Zenden. RSUD Dr.Tjitrowardojo Purworejo merupakan rumah sakit kelas B pendidikan yang telah ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. HK.02.03/I/0216/2014 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo sebagai rumah sakit pendidikan pada tanggal 21 Februari 2014. RSUD Dr.Tjitrowardojo Purworejo memiliki kapasitas tempat tidur yang beroperasi saat ini sebanyak 262 tempat tidur. Luas Tanah 58.123 m<sup>2</sup>, luas bangunan 18.727.80 m<sup>2</sup> terdiri dari Gedung Farmasi, 19 Bangsal Perawatan, Kantor dan Auditorium. Melalui pendekatan manajemen mutu, RSUD Dr.Tjitrowardojo Purworejo selalu berusaha untuk meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan di seluruh jajaran rumah sakit. Peningkatan dan pengembangan mutu pelayanan ini tercapai berkat partisipasi, dorongan dan dukungan dari seluruh jajaran Pemerintah Daerah Kabupaten Purworejo dibawah kepemimpinan bapak Bupati, serta komitmen dari DPRD Kabupaten Purworejo.

Latar belakang pada tahun 1915 RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo didirikan pertama kali dengan nama Zenden. Tahun 1951 Zenden berubah nama menjadi Rumah Sakit Umum Purworejo. Tahun 1979 penetapan kelas Rumah Sakit Umum Purworejo menjadi Rumah Sakit Umum Type D. Tahun 1983 penetapan kelas Rumah Sakit Umum Purworejo menjadi Rumah Sakit Umum Type C. 22 Desember 1994 penetapan kelas Rumah sakit Umum Purworejo menjadi Rumah sakit Umum Daerah Type B Non Pendidikan. Januari 1997 Rumah Sakit umum Daerah Purworejo Terakreditasi Penuh 5 Bidang Pelayanan. 5 Oktober 2005 Rumah Sakit Umum Daerah purworejo resmi berganti nama menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo. Tahun 2008 Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo mendapat Piagam Penghargaan Prima dari Menteri Negara Pembedayaan Aparatur Negara atas prestasinya dan Peningkatan Pelayanan Publik di Bidang “Pelayanan dan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat”. 29 Desember 2009 Rumah Sakit Umum Daerah saras Husada Purworejo Terakreditasi 16 Bidang Pelayanan dengan sertifikat Nomor: YK.01.10/III/5053/09. Tahun 2009 Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Tahun 2011 Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo menjadi juara ke II untuk Kategori I Kompetisi Pelayanan Publik Se-Kabupaten Purworejo. 21 Februari 2014 Penetapan kelas Rumah Sakit Umum Daerah Saras Husada Purworejo menjadi Rumah Sakit Pendidikan dengan sertifikat Nomor : 1069/Menkes/SK/XI/2008. 26 September 2015 perubahan nomenklatur menjadi Rumah Sakit Umum daerah Dr.Tjitrowardojo Purworejo diresmikan oleh presiden ke 3 B.J. Habibie yang merupakan cucu Dr. Tjitrowardojo.

b. Visi dan Misi

Rumah sakit Umum daerah Dr.Tjitrowardojo Purworejo memiliki visi, misi, tujuan, sasaran, strategi dan arah kebijakan sebagai berikut :

1) Visi

Terwujudnya Kabupaten Purworejo yang semakin sejahtera berbasis pertanian, pariwisata, industri dan perdagangan yang berwawasan budaya, lingkungan dan ekonomi kerakyatan.

2) Misi

Mewujudkan kabupaten purworejo sebagai kabupaten yang unggul di bidang pendidikan dan pelayanan kesehatan.

3) Tujuan

Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dan akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan berkualitas selama 24 jam.

4) Sasaran

Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

5) Strategi

Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan selama 24 jam melalui pelayanan berdasarkan siklus daur kehidupan.

6) Arah kebijakan

Pelayanan kesehatan berdasar siklus daur kehidupan dengan pelayanan skrining dan pelayanan kesehatan, peningkatan kualitas sarana prasarana kesehatan, penanganan penyakit menular dan peningkatan kesehatan lingkungan.

c. Pelayanan

1) Poliklinik

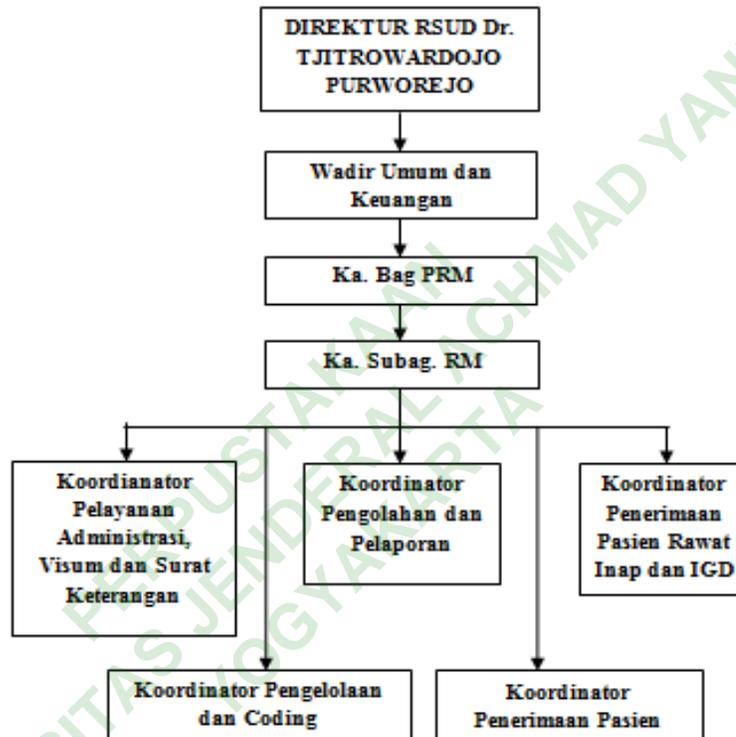
- a) Klinik Dalam
- b) Klinik Anak
- c) Klinik Kebidanan dan Kandungan
- d) Klinik Bedah

- e) Klinik Bedah Orthopedi
  - f) Klinik Syaraf
  - g) Klinik Kulit dan Kelamin
  - h) Klinik Mata
  - i) Klinik Jiwa
  - j) Klinik THT
  - k) Klinik Gigi
  - l) Klinik Paru
  - m) Klinik Psikologi
  - n) Klinik Rehabilitasi Medik
  - o) Klinik DOTS/VCT
  - p) Klinik Konsultasi Gizi
- 2) Penunjang
- a) Radiologi
  - b) Anestesi
  - c) Laboratorium
- 3) Jam Pelayanan
- a) Senin - Kamis : 07.00 WIB - 12.00 WIB
  - b) Jumat - Sabtu : 07.00 WIB - 10.00 WIB

2. Gambaran Umum Unit Rekam Medis

a. Struktur Organisasi Rekam Medis

Struktur Organisasi Rekam Medis  
di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo



Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Rekam Medis RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo

## B. Hasil

Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara, observasi dan FGD. FGD dilakukan pada hari Selasa tanggal 28 Juli 2017. FGD, kegiatan FGD dibuka dengan pemaparan pengertian dan Tujuan di FMEA dan dilanjutkan dengan memberikan reteng pada tabel moda kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem desentralisasi ke sentralisasi, FGD dihadiri oleh Responden C,E,F dan Triangulasi sumber.

1. Menganalisa moda kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari Desentralisasi ke Sentralisasi.

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD dengan responden dan triangulasi sumber diperoleh pengetahuan petugas tentang FMEA masih terbatas, hal ini sesuai pernyataan responden berikut.

Untuk metode FMEA saya pernah mendengar tetapi belum mengetahui banyak tentang itu

**Responden A**

Dari pernyataan yang diberikan oleh Responden A dan Responden B maka peneliti melakukan wawancara dengan triangulasi sumber untuk memvalidkan data yang sudah diperoleh.

Untuk metode FMEA saya pernah mendengar tetapi belum tau pasti tentang penggunaannya dan penerapannya

**Triangulasi Sumber**

Berdasarkan hasil FGD dengan beberapa responden serta Triangulasi Sumber mengenai analisa moda kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi dilihat dari 3 aspek (SDM, Sarana prasarana dan Sistem Penyimpanan), sebagai berikut:

a. SDM

- 1) Petugas mengambil berkas rekam medis sesuai dengan jenis pelayanannya.
- 2) Petugas mencari berkas rekam medis lebih lama
- 3) Petugas sering bertanya kepada petugas yang lebih berkompeten.

b. Sarana Prasarana

- 1) Belum adanya penyekat/ guide
- 2) Penyekat/guide tidak tersedia pada saat petugas akan melakukan assembling
- 3) Kesalahan penataan ruang penyimpanan
- 4) Kesalahan penataan rak penyimpanan
- 5) Berkas tidak di assembling

c. Sistem

- 1) Regulasi internal rumah sakit (kebijakan, Pedoman, SOP) belum di revisi masih menerapkan sistem desentralisasi

2. Mendapatkan resiko kegagalan terbesar dalam nilai RPN (*Risk Priority Number*)

Berdasarkan hasil FGD terkait pembahasan RPN diperoleh hasil berikut :

- a. Nilai RPN dari tabel kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi didapatkan dari hasil perkalian antara *Severity*, *Occurrence*, *Detection* yang dihasilkan dari rating mode kegagalan.
- b. *severity* menentukan tingkat keparahan dari mode kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi. Skala/rangking pada saka *severity* yang disepakati pada saat FGD adalah sebagai berikut :

**Tabel 4. 1 Rating Severity**

<b>Rangking</b>	<b>Kriteria</b>
1	<i>Negligible Severity</i> (Pengaruh buruk yang dapat diabaikan), kita tidak perlu memikirkan bahwa akibat ini akan berdampak pada kinerja produk. Pengguna akhir mungkin tidak akan memperhatikan kecacatan ini.
2	<i>Mild Severity</i> (Pengaruh buruk yang ringan), Akibat yang ditimbulkan hanya bersifat ringan. Pengguna akhir tidak akan merasakan perubahan kinerja. Perbaikan dapat dikerjakan pada saat pemeliharaan regular.
3	
4	<i>Moderate severity</i> (Pengaruh buruk yang moderat). Pengguna akhir akan merasakan penurunan kinerja, namun masih dalam batas toleransi. Perbaikan yang dilakukan tidak mahal dan dapat selesai dalam waktu singkat.
5	
6	
7	<i>High severity</i> (Pengaruh buruk yang tinggi) pengguna akhir akan merasakan akibat buruk yang tidak akan diterima, berada diluar batas toleransi. Perbaikan yang dilakukan sangat mahal.
8	
9	<i>Potential Safety Problem</i> (Masalah keamanan potensial). Akibat yang ditimbulkan sangat berbahaya dan pengaruh terhadap keselamatan pengguna. Bertentangan dengan hukum.
10	

Berdasarkan hasil FGD terdapat perbedaan penetapan rangking, dan disepakati nilai *severity* diperoleh dari rata-rata nilai yang diberikan oleh responden. Berikut hasil *severity* :

**Tabel 4. 2 Nilai Severity**

No	Aspek	Modus Kegagalan	Efek Kegagalan	Severity						Rata-tara
				A	B	C	D	E	F	
1	SDM	1. Petugas mengambil berkas rekam medis sesuai dengan jenis kunjungannya	Pengambilan berkas rekam medis menjadi lebih lama	2	2	2	2	1	1	2
		2. Petugas mencari berkas rekam medis lebih lama	Komplain pasien, komplain dokter, komplain perawat, pasien batal periksa, sasaran mutu tidak tercapai	2	3	3	3	1	1	3
		3. Petugas sering bertanya kepada petugas yang lebih berkompeten	Waktu kerja petugas yang ahli menjadi berkurang karena harus mentraining berulang kali	2	1	1	1	1	1	2
		4. Petugas menyediakan berkas rekam medis yang sama untuk semua jenis pelayanan	1. Memerlukan waktu untuk penggabungan berkas rekam medis, terjadi kesalahan pada saat penggabungan	3	2	2	2	6	6	4

			2. Masalah pencarian/pe ngamilan kembali berkas rekam medis menjadi lebih lama	3	1	1	1	4	4	3
2	Sarana Prasarana	Belum adanya penyekat/guide	1. Tidak ada penyekat pada map rekam medis	2	1	1	1	2	2	2
			2. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap digabung	2	1	1	1	1	1	2
<b>No</b>	<b>Aspek</b>	<b>Modus Kegagalan</b>	<b>Efek Kegagalan</b>	<b>Severity</b>						<b>Rata-tara</b>
			3. Perawat atau dokter akan kesulitan membedakan form rawat jalan dan rawat inap	2	1	1	1	1	1	2
		Penyekat/guide tidak tersedia pada saat petugas akan melakukan assembling	1. Tidak ada penyekat pada map rekam medis	2	2	3	3	1	1	2
			2. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap digabung	2	1	3	3	1	1	2
			3. Perawat atau dokter akan kesulitan membedakan form rawat jalan	2	1	3	3	1	1	2



		2. Tidak terdapat guide untuk memisahkan rekam medis rawat jalan dan rekam medis rawat inap	2	8	8	8	1	1	5
		3. Tidak mengetahui kelengkapan dari berkas rekam medis	2	8	8	8	5	5	6
	Berkas tidak digabung	1. Tidak tergambar kontinuitas/kesinambungan riwayat kesehatan pasien	2	8	8	8	7	7	7
		2. Formulir rekam medis rawat jalan dan rawat inap terpisah	2	8	7	7	1	1	5
3	sistem regulasi internal rumah sakit (Kebijakan, Pedoman, SOP) belum direvisi	petugas masih bekerja dengan menggunakan sistem yang lama	2	8	8	8	5	5	6

- c. *Occurrence* menentukan berapa banyak gangguan yang akan menyebabkan kegagalan dalam perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi. Skala/rangking pada skala *Occurrence* yang disepakati pada saat FGD adalah sebagai berikut:

**Tabel 4. 3 Rating Occurrence**

Rating	Deskripsi	Kemungkinan	Definisi
1	Sangat jarang dan hampir tidak ada	1 dalam 10.000	Tidak ada atau sedikit diketahui; sangat tidak mungkin kondisi akan terjadi
2			
3	Kemungkinan rendah	1 dalam 5.000	Mungkin, tapi tidak diketahui datanya; kondisi terjadi dalam kasus terisolasi, tetapi kemungkinannya rendah
4			
5	Kemungkinan moderat	1 dalam 200	Didokumentasikan, tetapi jarang; kondisi tersebut memiliki kemungkinan cukup besar terjadi
6			
7	Kemungkinan tinggi	1 dalam 100	Didokumentasikan dan sering ; kondisi tersebut terjadi sangat teratur dan atau selama jangka waktu yang wajar
8			
9	Yakin terjadi	1 dalam 20	Didokumentasikan hamper pasiti; kondisi tersebut pasti akan terjadi selama periode panjang yang spesifik untuk langkah atau hubungan tertentu
10	Selalu terjadi	1 dalam 10	Didokumentasikan dan selalu terjadi pada langkah atau hubungan tertentu

Berdasarkan hasil FGD terdapat perbedaan penetapan rangking, dan disepakati nilai *Occurrence* diperoleh dari rata-rata nilai yang diberikan oleh responden. Berikut hasil *Occurrence*:

**Tabel 4. 4 Nilai Occurrence**

No	Aspek	Modus Kegagalan	Efek Kegagalan	Occurrence						Rata-rata
				A	B	C	D	E	F	
1	SDM	1. Petugas mengambil berkas rekam medis sesuai dengan jenis kunjungannya	Pengambilan berkas rekam medis menjadi lebih lama	4	2	2	2	1	1	2
		2. Petugas mencari berkas rekam medis lebih lama	Komplain pasien, komplain dokter, komplain perawat, pasien batal periksa, sasaran mutu tidak tercapai	4	3	3	3	1	1	3
		3. Petugas sering bertanya kepada petugas yang lebih berkompeten	Waktu kerja petugas yang ahli menjadi berkurang karena harus mentraining berulang kali	5	1	1	1	1	1	2
		4. Petugas menyediakan berkas rekam medis yang sama untuk semua jenis pelayanan	1. Memerlukan waktu untuk penggabungan berkas rekam medis, terjadi kesalahan pada saat penggabungan	5	2	2	2	6	6	4
			2. Masalah pencarian/pengambilan kembali berkas rekam medis menjadi lebih lama	5	1	1	1	3	3	3
		2	Sarana Prasarana	Belum adanya penyekat/ guide	1. Tidak ada penyekat pada map rekam medis	4	1	1	1	1
			2. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap digabung	4	1	1	1	1	1	2
No	Aspek	Modus Kegagalan	Efek Kegagalan	Occurrence						Rata-rata
				A	B	C	D	E	F	
			3. Perawat atau dokter akan kesulitan membedakan form rawat jalan dan rawat inap	4	1	1	1	1	1	2

	Penyekat/guide tidak tersedia pada saat petugas akan melakukan assembling	1. Tidak ada penyekat pada map rekam medis	4	1	3	3	1	1	3
		2. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap digabung	3	1	3	3	1	2	2
		3. Perawat atau dokter akan kesulitan membedakan form rawat jalan dan rawat inap	3	1	3	3	1	1	2
	Kesalahan penataan ruang penyimpanan	1. Waktu penyediaan berkas rekam medis pasien lama belum dapat diprediksi	4	3	3	3	3	3	4
		2. Ketidak tepatan pembagian penyimpanan berkas rekam medis	4	2	2	2	4	4	3
	Kesalahan penataan rak penyimpanan	1. Berkas rekam medis susah di temukan	4	3	2	3	2	2	3
		2. Waktu pencarian/ pengambilan berkas lebih lama	4	3	3	3	6	6	5
	Berkas tidak melakukan assembling	1. Dokter/ perawat kesulitan mencari urutan/ menggunakan berkas rekam medis karena tidak sesuai urutan	5	8	8	8	8	8	8
		2. Tidak terdapat guide untuk memisahkan rekam medis rawat jalan dan rekam medis rawat inap	4	8	8	8	1	1	5

No	Aspek	Modus Kegagalan	Efek Kegagalan	Occurrence						
				A	B	C	D	E	F	Rata-rata

		3. Tidak mengetahui kelengkapan dari berkas rekam medis	4	8	8	8	4	4	6
	Berkas tidak digabung	1. Tidak tergambar kontinuitas/kesinambungan riwayat kesehatan pasien	4	8	8	8	8	8	8
		2. Formulir rekam medis rawat jalan dan terpisah dengan rawat inap	4	8	7	7	1	1	5
3	Sistem regulasi internal rumah sakit (Kebijakan, Pedoman, SOP) belum direvisi	petugas masih bekerja dengan menggunakan sistem yang lama	4	8	8	8	4	4	6

- d. *Detection* menentukan bagaimana kegagalan tersebut dapat diketahui sebelum terjadi perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi. Skala/rangking pada skala *Detection* yang disepakati pada saat FGD adalah sebagai berikut:

**Tabel 4. 5 Rating *Detection***

Rating	Deskripsi	Kemungkinan	Definisi
1 2	Pasti terdeteksi	1 dari 10	Hamper selalu terdeteksi dengan segera
3 4	Kemungkinan rendah	7 dari 10	Kemungkinan terdeteksi
5 6	Kemungkinan moderat	5 dari 10	Kemungkinan sedang untuk terdeteksi
7 8	Kemungkinan tinggi	2 dari 10	Tidak akan terdeteksi dengan mudah
9	Hamper pasti tidak terdeteksi	0 dari 10	Tidak mungkin terdeteksi tanpa upaya serius
10	Tidak ada upaya deteksi	0 dari 10	Tidak ada mekanisme deteksi atau proses baru

Berdasarkan hasil FGD terdapat perbedaan penetapan ranking, dan disepakati nilai *Detection* diperoleh dari rata-rata nilai yang diberikan oleh responden. Berikut hasil *Detection*:

**Tabel 4. 6 Nilai *Detection***

No	Aspek	Modus Kegagalan	Efek Kegagalan	<i>Detection</i>						Rata-rata
				A	B	C	D	E	F	
1	SDM	1. Petugas mengambil berkas rekam medis sesuai dengan jenis kunjungannya	Pengambilan berkas rekam medis menjadi lebih lama	2	2	2	2	1	1	2
		2. Petugas mencari berkas rekam medis lebih lama	Komplain pasien, komplain dokter, komplain perawat, pasien batal periksa, sasaran mutu tidak tercapai	2	3	3	3	1	1	3
2	Sarana Prasarana	3. Petugas sering bertanya kepada petugas yang lebih berkompeten	Waktu kerja petugas yang ahli menjadi berkurang karena harus mentraining berulang kali	2	1	1	1	1	1	2
		4. Petugas menyediakan berkas rekam medis yang sama untuk semua jenis pelayanan	1. Memerlukan waktu untuk penggabungan berkas rekam medis, terjadi kesalahan pada saat penggabungan	2	2	2	2	3	3	3
			2. Masalah pencarian/pengambilan kembali berkas rekam medis menjadi lebih lama	2	1	1	1	4	4	3
		1. Tidak ada penyekat pada map rekam medis	2	1	1	1	1	1	2	
		2. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap digabung	2	1	1	1	1	1	2	

			3. Perawat atau dokter akan kesulitan membedakan form rawat jalan dan rawat inap	2	1	1	1	1	1	1	2
	Penyekat/guide tidak tersedia pada saat petugas akan melakukan assembling		1. Tidak ada penyekat pada map rekam medis	2	1	3	3	1	1		2
			2. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap digabung	2	1	3	3	1	2		2
			3. Perawat atau dokter akan kesulitan membedakan form rawat jalan dan rawat inap	2	1	3	3	1	1		2
No	Aspek	Modus Kegagalan	Efek Kegagalan	Detection						Rata-rata	
				A	B	C	D	E	F		
		Kesalahan penataan ruang penyimpanan	1. Waktu penyediaan berkas rekam medis pasien lama belum dapat diprediksi	2	3	3	3	3	3		3
			2. Ketidak tepatan pembagian penyimpanan berkas rekam medis	2	2	2	2	4	4		3
		Kesalahan penataan rak penyimpanan	1. Berkas rekam medis susah di temukan	2	3	3	3	2	2		3
			2. Waktu pencarian/ pengambilan berkas lebih lama	2	3	3	3	6	6		4
	Berkas tidak melakukan assembling		1. Dokter/ perawat kesulitan mencari urutan/ menggunakan berkas rekam medis karena tidak sesuai urutan	2	8	8	8	8	8		7

			2. Tidak terdapat guide untuk memisahkan rekam medis rawat jalan dan rekam medis rawat inap	2	8	8	8	1	1	5
			3. Tidak mengetahui kelengkapan dari berkas rekam medis	2	8	8	8	4	4	6
	Berkas tidak digabung		1. Tidak tergambar kontinuitas/kesinambungan riwayat kesehatan pasien	2	8	8	8	8	8	7
			2. Formulir rekam medis rawat jalan dan terpisah dengan rawat inap	2	8	7	7	1	1	5
No	Aspek	Modus Kegagalan	Efek Kegagalan	Detection						
				A	B	C	D	E	F	Rata-rata
3	sistem	regulasi internal rumah sakit (Kebijakan, Pedoman, SOP) belum direvisi	petugas masih bekerja dengan menggunakan sistem yang lama	4	8	8	8	5	5	7

- e. Berdasarkan hasil FGD nilai RPN akan menentukan ringking dari mode kegagalan dan akan menentukan prioritas dari usulan perbaikan dari mode kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi,
- f. Pada saat FGD terdapat perbedaan dalam penentuan reting yang di berikan oleh responden dan triangulai sumber maka untuk mendapatkan nilai RPN disepakati mengambil rata dari nilai yang diberikan. Berikut adalah tabel Nilai RPN.

Tabel 4. 7 Nilai RPN untuk perubahan sistem penyimpanan desentralisasi ke sentralisasi

No	Aspek	Modus Kegagalan	Severit y	Occurr ence	Detecti on	RPN
1	SDM	1. Petugas mengambil berkas rekam medis sesuai dengan jenis kunjungannya	2	2	2	8
		2. Petugas mencari berkas rekam medis lebih lama	3	3	3	27
		3. Petugas sering bertanya kepada petugas yang lebih berkompeten	2	2	2	8
		4. Petugas menyediakan berkas rekam medis yang sama untuk semua jenis pelayanan	4	4	3	48
2	Sarana Prasarana	Belum adanya penyekat/ guide	2	2	2	8
		Penyekat/guide tidak tersedia pada saat petugas akan melakukan assembling	2	3	2	12
		Kesalahan penataan ruang penyimpanan	4	4	3	48
		Kesalahan penataan rak penyimpanan	4	4	6	96
3	Sistem	Petugas tidak melakukan assembling	6	7	6	252
		Berkas tidak digabung	6	7	6	252
		Regulasi intrnal rumah sakit (kebijakan, pedoman, SOP) belum direvisi masih menerapkan sistem desentralisasi	5	4	6	120

- g. Berdasarkan hasil FGD dengan beberapa responden serta Triangulasi Sumber mengenai analisa moda kegagalan didapatkan nilai RPN tertinggi dari tabel moda kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke

sentralisasi yaitu 252 yaitu Petugas tidak melakukan assembling. Berikut adalah rangking dari RPN

**Tabel 4. 8 Rangking dari Nilai RPN perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi**

No	Aspek	Modus Kegagalan	Severity	Occurrence	Detection	RPN	Rangking
1	sarana Prasarana	Petugas tidak melakukan assembling	6	7	6	252	I
2	sarana Prasarana	Berkas tidak digabung	6	7	6	252	II
3	Sistem	Regulasi intrnal rumah sakit (kebijakan, pedoman, SOP) belum direvisi masih menerapkan sistem desentralisasi	5	4	6	120	III
4	sarana Prasarana	Kesalahan penataan rak penyimpanan	4	4	6	96	IV
5	SDM	Petugas menyediakan berkas rekam medis yang sama untuk semua jenis pelayanan	4	4	3	48	V
6	sarana Prasarana	Kesalahan penataan ruang penyimpanan	4	4	3	48	VI
7	SDM	Petugas mencari berkas rekam medis lebih lama	3	3	3	27	VII

8	sarana Prasara na	Penyekat/guide tidak tersedia pada saat petugas akan melakukan assembling	2	3	2	12	VIII
9		Petugas sering bertanya kepada petugas yang lebih berkompeten	2	2	2	8	IX
<b>No</b>	<b>SDM</b>	<b>Modus Kegagalan</b>	<b>Severity</b>	<b>Occurrence</b>	<b>Detection</b>	<b>RPN</b>	<b>Rengking</b>
10		1. Petugas mengambil berkas rekam medis sesuai dengan jenis kunjungannya	2	2	2	8	X
11	sarana Prasara na	Belum adanya penyekat/guide	2	2	2	8	XI

### 3. Memberikan usulan perbaikan untuk perubahan sistem

Berdasarkan hasil FGD dengan beberapa responden serta tiangulasi sumber mengenai analisa mode kegagalan urutan prioritas berdasarkan rengking dari mode kegagalan berikut adalah Usulan tindakan perbaikan untuk perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi yaitu sebagai berikut :

**Tabel 4. 9 Usulan Perbaikan untuk perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi**

No	Tindakan yang di rekomendasikan	Modus Kegagalan	RPN	Rangking
1	Revisi regulasi Internal Rumah sakit (kebijakan, pedoman, SOP assembling dan SOP penyimpanan)	Petugas tidak melakukan assembling	252	I
		Berkas tidak digabung	252	II
		regulasi intrnal rumah sakit (kebijakan, pedoman, SOP) belum direvisi masih menerapkan sistem desentralisasi	120	III
		Petugas mencari berkas rekam medis lebih lama	27	VIII
No	Tindakan yang di rekomendasikan	Modus Kegagalan	RPN	Rangking
2	evaluasi penghitungan rak penyimpanan rekam medis dengan sistem sentralisasi	Kesalahan penataan rak penyimpanan	96	IV
3	evaluasi kebutuhan luas ruang penyimpanan dengan sistem sentralisasi	Kesalahan penataan ruang penyimpanan	48	V
4	pengajuan jadwal untuk menyatukan berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap (SDM, Waktu dan Biaya)	Petugas menyediakan berkas rekam medis yang sama untuk semua jenis pelayanan	48	VI
5	pengadaan guide dan perencanaan anggaran	Penyekat/guide tidak tersedia pada saat petugas akan melakukan assembling	12	VIII
		Belum adanya penyekat/guide	8	IX
6	pelatihan petugas filing untuk sistem penyimpanan sentralisasi	Petugas sering bertanya kepada petugas yang lebih berkompeten	8	X
		Petugas mengambil berkas rekam medis sesuai dengan jenis kunjungannya	8	XI

Dari tabel diatas dapat disimpulkan perbaikan perubahan sistem dari desentralisasi ke sentralisasi berdasarkan prioritas tertinggi dari nilai RPN adalah Revisi regulasi Internal Rumah sakit (kebijakan, pedoman, SOP assembling dan SOP penyimpanan).

### C. Pembahasan

1. Menganalisa moda kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari Desentralisasi ke Sentralisasi.

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD untuk Menganalisa perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi dilakukan manajemen resiko yang bersifat proaktif terkait dengan mode kegagalan menggunakan metode FMEA (*Failure Mode And Effect Analysis*) untuk melihat mode kegagalan. Hal ini didukung oleh pernyataan penelitian dari Stamatis (1995) yang menyatakan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) adalah sebuah teknik rekayasa yang digunakan untuk menerapkan, mengidentifikasi dan untuk menghasilkan kegagalan yang diketahui, permasalahan, error dan sejenisnya dari sebuah sistem, desain, proses dan atau jasa sebelum mencapai konsumen.

Pernyataan ini didukung juga oleh penelitian dari Andiyanto, Sutrisno dan Punuhsingo (2016) yang menyatakan bahwa FMEA adalah sebuah metode evaluasi kemungkinan terjadinya sebuah kegagalan dari sebuah sistem, desain, proses atau servis untuk dibuat langkah penanganannya. Sedangkan menurut PERMENKES RI No.1961/MENKES/PER/III/2011, 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.

Berdasarkan hasil FGD dengan beberapa responden serta Triangulasi Sumber terdapat tingkat keparahan yang dihasilkan dari proses analisa moda kegagalan berdasarkan 3 aspek yaitu Sistem, SDM, Sarana Prasarana dan yang mengakibatkan keparahan yang timbul dinilai dari tingkat keparahan salah satunya mengadakan pelatihan terhadap petugas filling.

Berdasarkan hasil FGD sistem juga merupakan salah satu faktor penting dalam perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi, dalam penelitian ini yang dimaksud dengan sistem adalah regulasi internal rumah saki yaitu kebijakan, pedoman dan SOP. Sedangkan menurut penelitian Awaludin, dan Saputra (2016) Sistem adalah suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan suatu kegiatan atau untuk menyelesaikan suatu sasaran tertentu.

Berdasarkan hasil FGD kebijakan adalah sebagai keputusan untuk mencapai tujuan tertentu, berisikan ketentuan yang dijadikan pedoman. Sedangkan menurut Tahir dan Arifin (2014) kebijakan adalah suatu tindakan yang mempunyai tujuan yang dilakukan seseorang pelaku atau sejumlah pelaku untuk memecahkan suatu masalah.

Berdasarkan hasil FGD SOP merupakan panduan untuk kegiatan yang dilakukan oleh petugas pada setiap pelayanan. Menurut Sailendra (2015) SOP adalah panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan oprasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar.

Berdasarkan hasil FGD Sumber Daya Manusia merupakan salah satu faktor yang penting dalam sebuah organisasi dan untuk menganalisis moda kegagalan dalam perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi. Sedangkan menurut Hasibuan (2016) Sumber Daya Manusia memiliki peran sentral pada perkembangan suatu organisasi. SDM merupakan komponen kritis yang berarti tingkat manfaat sumber daya lainnya tergantung kepada bagaimana kita memanfaatkan SDM.

Berdasarkan hasil FGD salah satu faktor yang mendukung perubahan sistem adalah sarana prasarana. Sarana prasarana merupakan fasilitas yang sangat dibutuhkan dalam perubahan sistem penyimpanan,

Dari hasil FGD *guide* adalah kertas yang berfungsi memisahkan antara satus lama dan satus baru pasien rawat inap. Di RSUD tjitrowardojo Purworejo *guide* dikenal dengan istilah *Cover*. Sedangkan menurut Rustiyanto dan Rahayu (2011) *Guide card* (tanda batas/sekat penunjuk) adalah alat yang terbuat dari karton atau plastik tebal yang berfungsi sebagai penunjuk, pembatas atau penyangga deretan folder yang ada dibelakangnya.

Ruang penyimpanan berkas rekam medis dan berkas rawat inap masih terpisah, ruang penyimpanan rawat jalan letaknya dibelakang tempat pendaftaran pasien rawat jalan, sedangkan ruang penyimpanan rawat inap berada di lantai dua gedung perkantoran. Ruang penyimpanan rekam medis rawat inap tidak dekat dengan tempat pendaftaran rawat inap karena setiap pasien mondok akan dibuatkan berkas baru dan tidak digabung dengan status sebelumnya.

Menurut Rustiyanto dan Rahayu (2011) *Work space* atau area kerja di bagian filing seharusnya dekat dengan unit kerja rekam medis, agar supaya dalam mencari dan pendistribusian dokumen rekam medis lebih cepat. Ruang penyimpanan dokumen rekam medis sebaiknya terpusat menjadi satu ruangan, baik rawat jalan maupun rawat inap maupun gawat darurat. Pernyataan ini juga didukung dengan pernyataan dari Budi (2011) yang menyatakan Penyimpanan berkas rekam medis bertujuan mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali berkas rekam medis yang disimpan dalam rak filing, mudah mengambil dari tempat penyimpanan, mudah mengambilnya, melindungi berkas rekam medis dari pencuri, bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi.

Rak penyimpanan di ruang filing rawat jalan sudah menggunakan rool o'pack sedangkan rak penyimpanan berkas rekam medis rawat inap masih menggunakan rak manual dan di bedakan berdasarkan bulan kunjungan pasien. Sedangkan menurut Rustiyanto dan Rahayu, (2011) Perlengkapan utama dari ruang filing adalah almari atau rak penyimpanan. Di dalam memilih atau menentukan almari atau rak penyimpanan dokumen rekam medis juga harus memperhatikan struktur atau bentuk folder dari dokumen rekam medis yang akan di simpan, baik dari tinggi maupun lebar dokumen rekam medis.

2. Mendapatkan resiko kegagalan terbesar dalam nilai RPN (*Risk Priority Number*)

Berdasarkan hasil FGD nilai RPN akan menentukan ranking dari mode kegagalan dan akan menentukan prioritas dari usulan perbaikan dari mode kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi. Sedangkan menurut Stamatis (1995), Nilai ini merupakan produk dari hasil perkalian tingkat

keparahan, tingkat ketajaman, dan tingkat deteksi. RPN menentukan prioritas dari kegagalan. RPN tidak memiliki nilai atau arti. Nilai tersebut digunakan untuk merengking kegagalan proses yang potensial.

Berdasarkan hasil FGD *severity* menentukan tingkat keparahan dari mode kegagalan yang menyebabkan cacat pada perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi. Menurut penelitian dari andiyanto (2016) Dalam menentukan tingkat kerusakan (*severity*) ini dapat ditentukan seberapa serius kerusakan yang dihasilkan dengan terjadinya kegagalan proses dalam hal operasi perawatan dan kegiatan operasional pabrik. Pernyataan ini juga di dukung oleh penelitaian stamatis (1995) yang menyatakan bahwa *Severity* adalah penilaian terhadap keseriusan dari efek yang ditimbulkan. Dalam arti setiap kegagalan yang timbul akan di nilai seberapa besarkah tingkat keseriusannya. Terdapat hubungan secara langsung antara efek dan *severity*.

Berdasarkan hasil FGD *Occurrence* menentukan berapa banyak gangguan yang akan menyebabkan kegagalan dalam perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi.

Menurut penelitian dari andiyanto (2016) Dalam menentukan *occurrence* ini dapat ditentukan seberapa banyak gangguan yang dapat menyebabkan sebuah kegagalan pada operasi perawatan dan kegiatan operasional pabrik. Hal ini juga di dukung oleh penelitian dari Stamatis (1995) yang menyatakan bahwa *Occurance* adalah kemungkinan bahwa penyebab tersebut akan terjadi dan menghasilkan bentuk kegagalan selama masa penggunaan produk. *Occurance* merupakan nilai reting yang disesuaikan dengan frekuensi yang diperkirakan dan atau angka kumulatif dari kegagalan yang terjadi.

Berdasarkan hasil FGD *Detection* menentukan bagaimana kegagalan tersebut dapat diketahui sebelum terjadi perubahan sistem penyimpanan

dari desentralisasi ke sentralisasi. Menurut penelitian dari andiyanto (2016) Dalam menentukan tingkat deteksi ini dapat ditentukan bagaimana kegagalan tersebut dapat diketahui sebelum terjadi. tingkat deteksi juga dapat dipengaruhi dari banyaknya kontrol yang mengatur jalanya proses. Hal ini di dukung juga dengan penelitian dari Stamatis (1995) yang menyatakan bahwa Nilai *detection* diasosiasikan dengan pengendalian saat ini. *Detection* adalah pengukuran terhadap kemampuan mengendalikan/mengontrol kegagalan yang dapat terjadi.

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD didapatkan nilai RPN terbesar yaitu 252. Nilai RPN didapatkan dari perkalian *Severity* dikali *Occurance* dikali *Detection*. Hasil dilihat dari nilai keparahan atau *severity* karena kalau nilai keparahan besar maka mode kegagalannya juga sangat banyak terjadi.

Menurut Stamatis (1995), RPN menentukan Prioritas dari kegagalan. RPN tidak memiliki Nilai atau arti. Nilai tersebut digunakan untuk merangking kegagalan proses yang potensial. Nilai RPN dapat ditinjau dengan persamaan sebagai berikut :

$$RPN = Severity \times Occurrence \times Detection$$

3. Usulan perbaikan untuk perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi

Perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi ke sentralisasi di RSUD Dr.Tjitrowardojo Purworejo pasti akan mengalami kendala, maka dari itu ada usulan perbaikan dari perubahan sistem dari desentralisasi ke sentralisasi. Prioritas usulan perbaikan berdasarkan nilai RPN tertinggi adalah revisi regulasi internal rumah sakit (kebijakan, pedoman, SOP) Assembling dan penyimpanan berkas rekam medis dari desentralisasi ke sentralisasi.

Menurut Azwar (2011), Perencanaan sebagai menyusun rencana (*Plan*) cara penyelesaian masalah yang telah ditetapkan ke dalam unsur-unsur rencana yang lengkap serta saling terkait terpadu sehingga dapat dipakai sebagai pedoman dalam melaksanakan cara penyelesaian masalah.

#### **D. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu sulit bertemu dengan triangulai sumber karena melanjutkan pendidikannya di luar kota serta banyak petugas yang belum mengerti tentang sistem penyimpanan dan FMEA.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA