

ISSN 2541-0644 (PRINT)

JURNAL

KESEHATAN VOKASIONAL



Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan
Sekolah Vokasi
Universitas Gadjah Mada

JKesV
JURNAL KESEHATAN VOKASIONAL

VOLUME
2

NOMOR
1

HALAMAN
113-160

YOGYAKARTA
MEI 2017

Persiapan Audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Pada Instalasi Rekam Medis

Chyu Yanuariska¹, Rawi Miharti²
Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM^{1,2}
chyu.yanuariska@mail.ugm.ac.id¹, r4wimiharti@gmail.com²

ABSTRAK

Latar Belakang: Rumah sakit melakukan perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan guna menjaga mutu pelayanan. Salah satu indikator standar penilaian tersebut adalah sertifikasi Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015. Di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi pada bagian Instalasi Rekam Medis sudah melakukan persiapan dan audit SMM ISO 9001:2015 serta telah dinyatakan lulus audit SMM ISO 9001:2015.

Tujuan: Mengetahui persiapan audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah pada Instalasi Rekam Medis serta kendala dalam persiapan tersebut.

Metode Penelitian: Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif. Rancangan penelitian adalah studi fenomenologi. Subjek dalam penelitian ini adalah petugas pelaporan, koding, *filing*, dan kepala ruang instalasi rekam medis. Objek dalam penelitian ini adalah kegiatan persiapan yang dilakukan instalasi rekam medis dalam memenuhi klausul-klausul yang dipersyaratkan dalam SMM ISO 9001:2015. Teknik pengumpulan data dengan wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

Hasil: Persiapan yang dilakukan dibagi menjadi dua, yaitu persiapan teknis dan dokumen. Persiapan teknis adalah *awareness* dan pelatihan auditor internal, rapat instalasi rekam medis tidak dilakukan hanya koordinasi secara lisan, merapikan dan menata ulang ruangan dan *filing*, serta mengecek fasilitas. Persiapan dokumen adalah menyiapkan SOP-SOP, jobdesk-jobdesk, indikator mutu, form isu internal dan eksternal serta form peluang dan risiko yang disatukan menjadi satu folder dokumen ISO terintegrasi. Beberapa temuan audit internal tidak dilakukan perbaikan dan perbaikan yang dilakukan hanya penyisiran pada rak *filing*. Kendala persiapan yang dialami adalah keterbatasan waktu dan kurangnya sosialisasi serta komunikasi.

Kesimpulan: Persiapan audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 dibedakan menjadi dua macam, yaitu persiapan teknis dan dokumen. Kendala persiapan yang dialami adalah keterbatasan waktu dan kurangnya sosialisasi serta komunikasi.

Kata Kunci: persiapan, audit, SMM ISO 9001:2015.

ABSTRACT

Background : Hospital repair the quality, increase the performance, and apply the risk management continuously, need a performance assesment of service that were given in order to manage quality seriveces . One of standard indicator of the assesment is certification of Quality Management System (QMS) ISO 9001:2015. In RSJD Dr. RM. Soedjarwadi it is known that the medical record installation has done the audit preparation and audit of QMS ISO 9001:2015 and has passed QMS ISO 9001:2015.

Purpose : This research find out how audit preparation of Quality Management System (QMS) ISO 9001:2015 RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah at medical record installation and problems in that preparation.

Research method : This research use descriptive research with a qualitative approach. This research planned by case study method. Subjects of this research are one of report officer, one of coding officer, one of filing officer, and the head of the medical record installation. Objects of this research are preparations thas has been done by medical record installation to complete klausul-klausul required in QMS ISO 9001:2015. Data were collected by interview, observation, and study documentation. Data validation use sources and techniques of triangulation.

Results : Preparations divided into two groups, there are technical preparation and documents preparation. The technical preparation is awareness and training of auditor internal, meeting of medical record installation not be done because the coordination is orally, fixing and rearranging the room and filing, and checking the facilities. SOP-SOP and the evidence, jobdescs, indicator of the quality, internal and external issues form and opportunities and risks form were collected into one document folder ISO integrated. Some problem in internal audit not to be repaired and improvement of internal audit's problems performed only scan on a filing rack. Problem of preparation is the limited time and lack of socialization and communication.

Conclusion : Preparations divided into two groups, there are technical preparation and documents preparation. Problem of preparation is the limited time and lack of socialization and communication.

Keyword : Preparation, audit, QMS ISO 9001:2015.

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes 269 Tahun 2008). Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU RI No.44 Tahun 2009). Penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit sangat penting mengingat bagian rekam medis merupakan salah satu gerbang terdepan dalam pelayanan kesehatan dan sebagai alat yang diukur dalam mutu pelayanan.

Masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka, oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko, dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada masyarakat. Untuk menjamin bahwa rumah sakit melakukan perbaikan mutu, peningkatan kinerja dan penerapan manajemen risiko dilaksanakan secara berkesinambungan maka perlu dilakukan penilaian kinerja terhadap pelayanan yang diberikan. Penyelenggara berkewajiban melakukan penilaian kinerja penyelenggaraan pelayanan publik secara berkala. Penilaian kinerja sebagaimana dimaksud dilakukan dengan menggunakan indikator kinerja berdasarkan standar pelayanan (UU RI No. 25 Tahun 2009). Hal tersebut dipertegas kembali kewajibannya di Provinsi Jawa Tengah bahwa dalam rangka optimalisasi pelayanan, penyelenggara wajib melakukan evaluasi penerapan standar pelayanan secara berkala setiap 1 (satu) tahun. Standar Pelayanan yang telah dilaksanakan wajib dilakukan peninjauan ulang setiap 3 (tiga) tahun (Perda Jateng No.7 Tahun 2015).

Evaluasi penilaian kinerja juga ditujukan untuk memberikan apresiasi kepada rumah sakit karena telah melaksanakan pelayanan prima atau sesuai kebutuhan masyarakat. Agar

evaluasi penilaian kinerja tersebut dapat dilaksanakan secara obyektif, transparan, dan akuntabel, diperlukan suatu pedoman atau standar penilaian kinerja. Terdapat beberapa indikator untuk mengukur kualitas pelayanan publik. Salah satu indikator standar penilaian tersebut adalah sertifikasi Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001 (Permen Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No.1 Tahun 2015). Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001 adalah suatu standar internasional untuk sertifikasi sistem manajemen mutu atau sertifikasi sistem manajemen kualitas. SMM ISO 9001 telah mengalami beberapa kali revisi dan revisi yang terbaru adalah SMM ISO 9001:2015.

Sertifikasi SMM ISO 9001:2015 menetapkan persyaratan-persyaratan dan rekomendasi untuk desain dan penilaian dari suatu sertifikasi sistem manajemen kualitas, yang bertujuan untuk menjamin bahwa organisasi akan memberikan produk (barang dan atau jasa) yang memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh badan dunia atau badan ISO. Peranan sertifikasi SMM ISO 9001:2015 cukup penting bagi rumah sakit mengingat dengan adanya sertifikasi tersebut menandakan bahwa rumah sakit telah memenuhi persyaratan-persyaratan yang telah ditetapkan dalam hal manajemen mutu pelayanan.

Hal ini dapat memenuhi kebutuhan pasien, dimana rumah sakit sudah dapat memberikan pelayanan yang berkualitas dan bermutu. Syarat terpenting untuk mendapatkan sertifikasi SMM ISO 9001:2015 tersebut, rumah sakit harus lulus audit SMM ISO 9001:2015 terlebih dahulu. Dalam rangka audit SMM ISO 9001:2015 tersebut diperlukan juga suatu persiapan yang matang. Persiapan tersebut dimaksudkan untuk memenuhi persyaratan-persyaratan yang telah ditetapkan sehingga rumah sakit akan dinyatakan lulus audit SMM ISO 9001:2015.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan Kepala Ruang Instalasi Rekam Medis di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah pada tanggal 10 Januari 2017

diperoleh informasi bahwa RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah sudah melakukan persiapan untuk audit SMM ISO 9001:2015 dan sudah melakukan audit SMM ISO 9001:2015 yang dilaksanakan pada 21-22 November 2016 serta telah dinyatakan lulus audit SMM ISO 9001:2015.

Berdasarkan penjabaran diatas peneliti tertarik ingin melakukan analisis klausul-klausul persiapan audit SMM ISO 9001:2015 pada bagian Instalasi Rekam Medis di RSJD Dr. RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah. Alasan peneliti adalah ingin melihat lebih dalam lagi persiapan yang telah dilakukan. Dengan cara tersebut dapat diketahui kekurangan maupun kendala dalam persiapan tersebut sehingga untuk persiapan ke depannya hal-hal tersebut dapat diminimalisir mengingat audit SMM ISO 9001:2015 tersebut akan diperbarui setiap tiga tahun. Selain itu, diharapkan dapat menjadi acuan bagi rumah sakit lain yang ingin melakukan audit SMM ISO 9001:2015. Alasan peneliti memilih RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah sebagai tempat penelitian adalah RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah sering dijadikan rumah sakit tempat belajar atau studi banding bagi rumah sakit lain sehingga diharapkan akan menjadi masukan juga bagi rumah sakit lain. Selain itu, RSJD Dr. RM. Soedjarwadi berhasil meraih Penghargaan (Award) Citra Bhakti Kinerja pelayanan Publik dari Pemerintah Provinsi Jawa Tengah sebagai yang Terbaik ke I dalam Penilaian dan Peningkatan Kinerja Unit Pelayanan Publik tahun 2016 yang diterima tanggal 15 Agustus 2016 pada upacara peringatan Hari Jadi Provinsi Jawa Tengah. Kemudian peneliti mengambil judul yang lebih spesifik yaitu persiapan audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah pada instalasi rekam medis.

METODE

Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Rancangan penelitian adalah studi Fenomenologi. Subjek penelitian diambil

dengan menggunakan teknik purposive sampling (Notoatmodjo, 2012). Subjek dalam penelitian ini adalah petugas pelaporan, koding, *filing*, dan kepala ruang instalasi rekam medis. Objek penelitian ini adalah persiapan yang dilakukan untuk memenuhi klausul-klausul yang di tetapkan dalam rangka persiapan audit SMM ISO 9001:2015 RSJD Dr. RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah pada Instalasi Rekam Medis. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Analisis data, meliputi *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing/verification* (Sugiyono, 2012). Pada penelitian ini disajikan secara naratif dari hasil wawancara kemudian hasil observasi dan studi dokumentasi disajikan dalam bentuk tabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Mengetahui persiapan audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 dengan memenuhi klausul-klausul yang telah ditetapkan yang sudah dilakukan oleh instalasi rekam medis di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

Persiapan audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 yang dilakukan dibedakan menjadi dua, yaitu persiapan teknis dan dokumen.

a. Persiapan teknis

1. Pelatihan auditor internal dan *awareness*

Pelatihan auditor internal dilakukan untuk melatih beberapa staff yang nantinya akan menjadi tim auditor internal. *Awareness* dan *workshop* dilakukan untuk memperkenalkan staff terhadap klausul-klausul Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015. Kegiatan tersebut, khususnya bagi instalasi rekam medis menghasilkan dokumen terkait apa saja isu internal dan eksternal yang digunakan untuk memenuhi klausul 4.1 terkait isu internal dan eksternal yang ada di instalasi rekam medis. Selain itu menghasilkan dokumen terkait daftar peluang dan risiko yang ada di instalasi rekam medis serta cara instalasi mengatasinya yang digunakan

untuk memenuhi klausul 6.1 terkait daftar peluang dan risiko serta cara instalasi mengatasinya (RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, 2015).

2. Rapat instalasi rekam medis

Instalasi rekam medis tidak melakukan rapat persiapan secara khusus, koordinasi yang dilakukan secara lisan dan penunjukkan tugas oleh kepala ruang.

3. Merapikan dan menata ulang ruangan dan *filing*, termasuk membuat denah rak *filing* dan penempelan nomor di rak

Kegiatan ini sekaligus memenuhi klausul 7.5.3 terkait pengendalian informasi terdokumentasi, yaitu instalasi rekam medis menjaga ruangan dan *filing* agar tetap rapi sehingga dapat meminimalisir berkas yang hilang atau terselip (RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, 2015).

4. Mengecek fasilitas

Kegiatan mengecek fasilitas bertujuan untuk memastikan fasilitas yang terdapat di instalasi rekam medis masih berfungsi dengan baik dan memadai. Kegiatan ini juga bertujuan untuk memenuhi klausul 7.1.3 terkait infrastruktur dan peralatan yang ada di instalasi rekam medis (RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, 2015).

b. Persiapan dokumen

1. Dokumen yang dipersiapkan secara khusus

Tabel 1. Dokumen Yang Dipersiapkan Secara Khusus

| No. | Dokumen Yang Dipersiapkan | Pemenuhan Klausul |
|-----|--|-------------------|
| 1. | Form terkait isu internal dan eksternal beserta cara mengatasinya | Klausul 4.1 |
| 2. | Daftar terkait peluang dan risiko beserta cara mengatasinya | Klausul 6.1 |
| 3. | SOP-SOP sebagai pedoman melakukan kegiatan, diantaranya: 1. Analisis Kuantitatif 2. Assembling 3. Pengamanan Berkas Rekam Medis (Saat Terjadi Bencana) 4. Pengisian Form RL 3.7 5. Informed Consent | Klausul 7.5 |

Tabel 1. (lanjutan) Dokumen Yang Dipersiapkan Secara Khusus

| No. | Dokumen yang Dipersiapkan | Pemenuhan Klausul |
|-----|---|-------------------|
| 6. | Kerahasiaan dan Keamanan Berkas Rekam Medis | |
| 7. | Koding Diagnosis Penyakit Pasien | |
| 8. | Koding Tindakan Kedokteran Pasien | |
| 9. | Pemantauan Kerusakan Dokumen Rekam Medis | |
| 10. | Pemusnahan Berkas Rekam Medis | |
| 11. | Penanganan Nomor Rekam Medis Ganda | |
| 12. | Penerimaan Asuransi Pasien Gawat Darurat | |
| 13. | Penerimaan Asuransi Pasien Rawat Inap | |
| 14. | Penerimaan Asuransi Rawat Jalan | |
| 15. | Penerimaan Pasien Gawat Darurat Baru | |
| 16. | Penerimaan Pasien Baru Rawat Jalan | |
| 17. | Penerimaan Pasien Lama Gawat Darurat | |
| 18. | Penerimaan Pasien Lama Pelayanan Penunjang | |
| 19. | Penerimaan Pasien Lama Rawat Jalan | |
| 20. | Penerimaan Pasien Baru Penunjang | |
| 21. | Penerimaan Pasien Rawat Inap | |
| 22. | Pengambilan Dokumen Rekam Medis | |
| 23. | Pengembalian Dokumen Rekam Medis | |
| 24. | Pengisian Buku Register Ranap | |
| 25. | Pengisian Form RL 5.1 | |
| 26. | Pengisian Form RL 5.2 | |
| 27. | Pengisian Form RL 5.3 | |
| 28. | Pengisian Form RL 5.4 | |
| 29. | Pengisian Form RL 1 | |
| 30. | Pengisian Form RL 1.2 | |
| 31. | Pengisian Form RL 1.3 | |
| 32. | Pengisian Form RL 2 | |
| 33. | Pengisian Form RL 3.1 | |
| 34. | Pengisian Form RL 3.2 | |
| 35. | Pengisian Form RL 3.3 | |
| 36. | Pengisian Form RL 3.8 | |
| 37. | Pengisian Form RL 3.9 | |
| 38. | Pengisian Form RL 3.11 | |
| 39. | Pengisian Form RL 3.13 | |
| 40. | Pengisian Form RL 3.14 | |

Tabel 1. (lanjutan) Dokumen Yang Dipersiapkan Secara Khusus

| No | Dokumen yang Dipersiapkan | Pemenuhan Klausul |
|----|---|--------------------------------------|
| | 41. Pengisian Form RL 3.15 | |
| | 42. Pengisian Form RL 4a | |
| | 43. Pengisian Form RL 4b | |
| | 44. Penyimpanan Dokumen Rekam Medis | |
| | 45. Penyimpanan Dokumen Rekam Medis In Aktif | |
| | 46. Permintaan Surat Keterangan Medis | |
| | 47. Penomoran Dokumen Rekam Medis | |
| | 48. Pelepasan/Pemaparan Rekam Medis | |
| | 49. Resume Rawat Jalan | |
| | 50. Identifikasi Pasien Jiwa Tanpa Identitas | |
| | 51. Prosedur Mutu | |
| 4. | Borang-borang rekam medis seperti: | Klausul 4.2, 4.4, 7.4, 7.5 dan 7.5.3 |
| | 1. Buku ekspedisi | |
| | 2. Buku register untuk mencatat berkas | |
| | 3. Buku pendaftaran pasien rawat inap | |
| | 4. Daftar jumlah tempat tidur kosong | |
| | 5. Buku catatan berkas yang sudah di assembling | |
| | 6. Buku stok formulir rekam medis | |
| | 7. Buku bukti unit melengkapi kekurangan persyaratan ke bangsal | |
| | Buku SKM (Surat Keterangan Medis) | |
| 5. | Dokumen terkait tupoksi petugas rekam medis | Klausul 5.3 |
| 6. | Indikator mutu / sasaran mutu | Klausul 6.2 dan 7.3 |

2. Dokumen yang tidak dipersiapkan secara khusus

Tabel 2. Dokumen Yang Tidak Dipersiapkan Secara Khusus

| No. | Dokumen Hasil Observasi | Pemenuhan Klausul |
|-----|---|---------------------------|
| 1. | Struktur organisasi instalasi rekam medis | Klausul 4.2, 5.1, dan 7.3 |
| 2. | Visi misi rumah sakit | Klausul 4.2, 5.1, dan 7.3 |
| 3. | Kebijakan direktur untuk instalasi rekam | Klausul 4.3 |

Tabel 2. (lanjutan) Dokumen Yang Tidak Dipersiapkan Secara Khusus

| No | Dokumentasi Hasil Observasi | Pemenuhan Klausul |
|-----|---|---------------------------|
| | medis yang terdiri dari kebijakan umum dan khusus | |
| 4. | Dokumen kebijakan mutu | Klausul 5.1, 5.2, dan 7.3 |
| 5. | Laporan kinerja | Klausul 5.3 dan 6.2 |
| 6. | Buku terkait evaluasi dan analisis sasaran mutu tidak tercapai tidak ada karena yang melakukan langsung pihak manajemen | Klausul 6.3 |
| 7. | Dokumen bukti kualifikasi terkait pendidikan petugas rekam medis | Klausul 7.1.2 dan 7.2 |
| 8. | Dokumen bukti kompetensi petugas rekam medis | Klausul 7.1.2 dan 7.2 |
| 9. | Bukti perjanjian kerja dengan pihak ketiga yang terdapat di pejabat pengadaan | Klausul 8.4 |
| 10. | Laporan evaluasi kerjasama dengan pihak ketiga yang terdapat di tim pemeriksa | Klausul 8.4 |

Kemudian terkait pemenuhan klausul 7.5 atau lebih tepatnya terkait SOP, terdapat beberapa revisi dan penambahan dari konsultan.

Tabel 3. SOP yang Direvisi

| No | SOP yang Direvisi |
|----|---|
| 1. | Informed Consent |
| 2. | Pelepasan/Pemaparan Rekam Medis |
| 3. | Pemantauan Kerusakan Dokumen Rekam Medis |
| 4. | Pemusnahan Berkas Rekam Medis |
| 5. | Penerimaan/Pendaftaran Pasien Ranap |
| 6. | Pengamanan Rekam Medis (Saat Terjadi Bencana) |
| 7. | Penyimpanan Dokumen Rekam Medis |

Tabel 4. SOP yang Ditambahkan

| No. | SOP yang Ditambahkan |
|-----|-----------------------------------|
| 1. | Dokumentasi Rekam Medis |
| 2. | Informasi Pasien Rawat Inap |
| 3. | Informasi Pasien Rawat Jalan |
| 4. | Memeriksa Kelengkapan Rekam Medis |

Waktu yang diperlukan perusahaan mulai dari tahap adopsi sampai sertifikasi sangat bervariasi, namun dibutuhkan waktu rata-rata antara 12-18 bulan (Yamit, 2005). Waktu persiapan sampai sertifikasi yang dilakukan instalasi rekam medis hanya tiga bulan sehingga terdapat beberapa ketidaksesuaian yang akhirnya diterima karena faktor keterbatasan waktu tersebut, diantaranya terkait revisi dan penambahan SOP yang akhirnya dibuat oleh konsultan dan kesekretariatan, tidak di sosialisasikan, serta beberapa juga tidak sesuai dengan instalasi rekam medis.

Seharusnya instalasi rekam medis tidak menerima begitu saja revisi dan penambahan SOP yang tidak sesuai tersebut dengan alasan keterbatasan waktu mengingat SOP tersebut akan dijadikan pedoman dalam memberikan pelayanan. Penambahan SOP juga harus disosialisasikan kepada petugas karena SOP adalah acuan dalam memberikan pelayanan sehingga sangat penting petugas mengetahui hal tersebut.

Audit internal adalah audit yang dilakukan oleh auditor yang berasal dari organisasi itu sendiri. Audit ini dilakukan biasanya untuk memastikan bahwa sistem telah dijalankan dengan benar, telah memenuhi standar yang diacu serta memungkinkan organisasi untuk melakukan *improvement* (tindakan perbaikan) yang akhirnya dapat memberikan gambaran kepada pihak manajemen tentang apa yang terjadi dalam organisasi (Zuhrawaty, 2009).

Berdasarkan klausul Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 yaitu klausul 9.2 terkait audit internal menyatakan bahwa organisasi harus melakukan audit internal pada selang waktu terencana untuk memberikan informasi apakah sistem manajemen mutu sesuai terhadap persyaratan organisasi itu sendiri terkait sistem manajemen mutunya, persyaratan standar ISO 9001:2015, apakah efektif diimplementasikan dan dipelihara (RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, 2015).

Audit internal dilakukan tanggal 9 November 2016 secara silang. Beberapa temuan audit internal diantaranya:

- a. Beberapa belum ada SOP/IK
- b. Beberapa belum ada revisi
- c. Risiko kehilangan rekam medis
- d. Kebutuhan alat yang kurang sesuai
- e. Sumber daya yang kurang dan kurang kompetensi

Berdasarkan klausul Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 terkait klausul 9.3 tentang tinjauan manajemen, dinyatakan bahwa manajemen puncak harus meninjau sistem manajemen mutu organisasi, pada selang waktu terencana, untuk memastikan keberlangsungan kesesuaian, kecukupan, dan efektivitas. *Output* dari tinjauan manajemen harus mencakup keputusan dan tindakan yang berkaitan dengan peluang peningkatan terus-menerus, setiap kebutuhan untuk perubahan pada sistem manajemen mutu, termasuk kebutuhan sumber daya (RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, 2015).

Tanggapan instalasi rekam medis terkait temuan audit internal pada rapat tinjauan manajemen sebagai berikut:

- a. Beberapa belum ada SOP/IK tersebut sudah ditambah konsultan pada waktu tinjauan lapangan
- b. Beberapa belum revisi karena memakai protap lama dan sudah terdapat revisi dari konsultan
- c. Risiko kehilangan berkas tersebut diadakan penyisiran yang masuknya kedalam tupoksi petugas *filing*.
- d. Terkait kebutuhan alat tersebut yaitu rak yang kurang karena luas penyimpanan yang tidak memadai.
- e. Sumber daya yang kurang dan kurangnya kompetensi sudah dibagi tugas dan diadakan pelatihan

Jadi terkait beberapa temuan audit internal, banyak yang di *skip* karena hanya berupa temuan minor atau kepala ruang instalasi rekam medis dapat memberikan sanggahan atau alasan terkait temuan tersebut. Tanggapan yang dilakukan hanyalah melakukan penyisiran kembali di ruang *filing*.

Berdasarkan klausul Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 pada klausul 10.3 terkait peningkatan berkelanjutan, organisasi harus mempertimbangkan hasil dari analisis dan evaluasi, serta keluaran tinjauan

manajemen, untuk menentukan jika ada keperluan atau peluang yang harus ditangani sebagai bagian dari peningkatan berkelanjutan (RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, 2015). Meskipun telah lulus sertifikasi Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015, tetap harus melakukan peningkatan berkelanjutan dengan melakukan perbaikan pada temuan audit internal yang telah di *skip* mengingat temuan tersebut akan berpengaruh dalam pelayanan. Selain itu, agar tercapai peningkatan berkelanjutan seperti yang dipersyaratkan dalam klausul 10.3 dan terciptanya pelayanan yang berkualitas sesuai dengan apa yang dipersyaratkan dalam klausul-klausul Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015.

2. Kendala yang dialami dalam persiapan audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 pada instalasi rekam medis di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

Kendala yang dialami instalasi rekam medis adalah keterbatasan waktu dan kurangnya sosialisasi dan komunikasi. Ada banyak faktor yang dapat menyebabkan penerapan ISO 9001 tidak berjalan mulus. Diantara faktor yang paling dominan adalah:

- a. Kurang Komitmen dari Top Manajemen
- b. Tidak Ada Keterlibatan dari Karyawan
- c. Koordinasi Antar Departemen yang Minim
- d. Keterbatasan Waktu
- e. Keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM)
- f. Kurangnya Sosialisasi dan Komunikasi

Kendala yang dialami termasuk ke dalam kendala yang disebutkan tersebut (Umam, 2013). Terkait keterbatasan waktu tersebut karena persiapan hanya beberapa bulan sehingga mengakibatkan persiapan banyak dilakukan oleh kepala ruang instalasi rekam medis dengan dibantu tiga orang staff, beberapa SOP yang ditambahkan dan direvisi dilakukan oleh pihak konsultan dan sekretariat. Beberapa

SOP tersebut tidak sesuai tetapi instalasi tidak memberikan sanggahan karena keterbatasan waktu dan beranggapan akan di pergunakan dalam penilaian eksternal. Selain itu, revisi dan penambahan tersebut tidak di sosialisasikan dan beberapa temuan audit internal di *skip*.

Dengan keterbatasan waktu yang ada, seharusnya dapat mengoptimalkan petugas yang dimiliki dengan membagi tugas untuk melakukan persiapan dengan koordinasi yang matang, maksudnya tidak perlu rapat secara resmi untuk penjelasan klausul atau pembagian tugas dan pemantauannya tetapi dapat dilakukan sembari mengobrol pada waktu senggang saat bekerja. Hal tersebut juga akan lebih efektif karena lebih banyak tenaga yang digunakan dan dapat menjadi sarana sosialisasi terhadap petugas terkait klausul Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 sekaligus penerapannya.

Kendala selanjutnya adalah kurangnya sosialisasi dan komunikasi. *Awareness* atau sosialisasi yang dilakukan hanya kepada beberapa orang yang termasuk dalam tim ISO yaitu perwakilan empat orang dari masing-masing instalasi sehingga petugas yang tidak ikut sosialisasi tersebut tidak mengetahui terkait Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 beserta klausul-klausul terbarunya.

Penerapan Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 diterapkan untuk meningkatkan pelayanan yang berkualitas sesuai yang dipersyaratkan dalam klausul-klausulnya. Oleh karena itu, penting bagi setiap petugas untuk mengetahui terkait hal tersebut mengingat mereka adalah pelaksana yang nantinya akan menerapkan sistem manajemen mutu tersebut dalam pelayanan. Sebaiknya dilakukan sosialisasi dalam lingkup instalasi agar petugas yang tidak menjadi tim ISO juga dapat mengetahui. Dengan begitu diharapkan akan terasa perbedaan pelayanan sebelum sertifikasi Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 dan sesudahnya, dengan harapan pelayanan yang diberikan semakin berkualitas.

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Persiapan audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 dengan memenuhi klausul-klausul yang telah ditetapkan yang sudah dilakukan oleh instalasi rekam medis di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

Persiapan dibedakan menjadi dua macam, yaitu persiapan teknis dan dokumen. Persiapan teknis yang dilakukan diantaranya:

- a. Awareness dan pelatihan auditor internal
- b. Rapat instalasi rekam medis tidak dilakukan tetapi koordinasi secara lisan
- c. Merapikan dan menata ulang ruangan dan filing termasuk membuat denah rak dan penempelan nomor di rak
- d. Mengecek fasilitas

Persiapan dokumen yang dilakukan diantaranya:

- a. SOP-SOP
- b. Borang-borang atau bukti melakukan kegiatan
- c. *Jobdesk-jobdesk*
- d. Indikator mutu

Beberapa dokumen yang tidak dipersiapkan secara khusus tetapi termasuk dalam pemenuhan klausul diantaranya:

- a. Struktur organisasi instalasi
- b. Visi misi rumah sakit
- c. Kebijakan direktur terkait instalasi
- d. Kebijakan mutu
- e. Laporan kinerja
- f. Buku terkait evaluasi dan analisis sasaran mutu tidak tercapai
- g. Bukti kualifikasi terkait pendidikan petugas rekam medis
- h. Bukti kompetensi petugas rekam medis
- i. Perjanjian kerja dengan pihak ketiga
- j. Laporan evaluasi kerjasama dengan pihak ketiga

Terdapat beberapa penambahan dan revisi SOP dari konsultan. Beberapa temuan audit internal tidak dilakukan perbaikan. Tindakan perbaikan yang dilakukan adalah penyisiran rak *filing*.

2. Kendala yang dialami dalam persiapan audit Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015 pada

instalasi rekam medis di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

- a. Keterbatasan waktu
- b. Kurangnya sosialisasi dan komunikasi.

B. SARAN

1. Petugas instalasi rekam medis sebaiknya tidak menerima begitu saja tambahan atau revisi SOP yang tidak sesuai mengingat itu akan dijadikan pedoman dalam pelayanan.
2. Rumah sakit sebaiknya tetap melakukan perbaikan secara berkesinambungan terhadap temuan audit internal yang telah di *skip* untuk peningkatan kualitas pelayanan.
3. Keterbatasan waktu yang ada, sebaiknya mengoptimalkan petugas yang dimiliki dengan membagi tugas untuk melakukan persiapan dengan koordinasi yang matang
4. Sosialisasi sebaiknya dilakukan dalam lingkup instalasi agar petugas yang tidak menjadi tim ISO juga dapat mengetahui terkait klausul-klausul ISO, persiapan yang dilakukan hingga temuan dan perbaikan karena ISO tersebut akan di terapkan selamanya dalam pelayanan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 7 tahun 2015 tentang Pelayanan Publik. Diakses dari www.elibrary.dprd.jatengprov.go.id pada 1 Desember 2016
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/MENKES/III/2008 tentang Rekam Medis. Diakses dari www.depkes.go.id pada tanggal 16 Oktober 2016
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 1 tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi Kinerja Penyelenggara Pelayanan

- Publik. Diakses dari www.menpan.go.id pada 1 Desember 2016
- RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah. (2016). *Klausul Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2015*. Klaten.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Umam, K. (2013). Kendala dalam Menerapkan ISO 9001. www.konsultaniso.web.id. Diakses pada 24 Maret 2017
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Diakses dari www.kemendagri.go.id pada 4 Desember 2016
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Diakses dari www.kemendagri.go.id pada 3 Desember 2016
- Yamit, Z. (2005). *Manajemen Kualitas Produk dan Jasa*. Yogyakarta: Ekonisia Kampus Fakultas Ekonomi UII Yogyakarta.
- Zuhrawaty. (2009). *Panduan dan Kiat Sukses Menjadi Auditor ISO 9001*. Jakarta: Buku Kita.

Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul

Defa Miftara Agustine¹, Rita Dian Pratiwi²
Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM^{1,2}
miftara.agustine@gmail.com¹, ritadianp@ugm.ac.id²

ABSTRAK

Latar Belakang: Semua pelayanan medis dan non medis di Puskesmas harus didokumentasikan dalam suatu berkas disebut rekam medis. Salah satu data yang dituliskan dalam berkas rekam medis, SIMPUS, dan P-Care adalah diagnosis dan kodenya. Pelaksanaan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan harus sesuai terminologi medis yang benar. Pemberian kode diagnosis ini berdasarkan pada sistem klasifikasi penyakit yang ditetapkan oleh WHO saat ini yaitu ICD-10. Hasil studi dokumentasi terhadap 10 sampel berkas rekam medis rawat jalan yang dikode oleh petugas kesehatan, ditemukan 60% kode tidak akurat dan 80% terminologi medis tidak tepat atau tidak sesuai dengan ICD-10.

Tujuan: Mengetahui hubungan ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Metode: Jenis penelitian ini adalah survei analitik dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua diagnosis rawat jalan beserta kodenya selama bulan Januari 2017. Teknik sampling yang digunakan yaitu *systematic random sampling*. Analisis data menggunakan analisis *bivariate* dengan program R.

Hasil: Dari sampel sebanyak 360 diagnosis rawat jalan beserta kodenya, terdapat 82 (22,8%) terminologi medis tepat dan 278 (77,2%) terminologi medis tidak tepat, serta kode diagnosis rawat jalan akurat sebanyak 127 (35,3%) kode dan kode diagnosis rawat jalan tidak akurat sebanyak 233 (64,7%) kode. Dari hasil uji statistik *Chi-squared Test*, diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,03376 yang menunjukkan bahwa H_a diterima dengan nilai *Odd Ratio* (OR) sebesar 1,7.

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul. Peluang terminologi medis tidak tepat menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis rawat jalan 1,7 kali lebih besar dibandingkan terminologi medis tepat.

Kata kunci: Ketepatan, Terminologi Medis, Keakuratan, Kode Diagnosis, ICD-10

ABSTRACT

Background: All medical and non-medical services in primary health center should be recorded in a document called medical record. One of the data that should be written down in the medical record document, SIMPUS, and P-Care is patient's diagnosis and its codes. The implementation of disease and clinical classification system which related to health problems should be appropriate with correct medical terminology. The determining of the diagnosis code is based on the disease classification system which stated by WHO today, that is called ICD-10. Based on documentation study by sample of 10 outpatient medical record documents coded by health care practitioners, found 60% inaccurate codes and 80% imprecise medical terminologies.

Objective: To know the correlation between the precision of medical terminology and the accuracy of diagnosis codes by health care practitioners in Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Methods: This research was analytical survey research with quantitative approach. The study design was cross-sectional. The population of this research was all outpatient diagnoses with their codes in January 2017. The samples were taken by systematic random sampling technique. Data analysis of this research was bivariate analysis with R program.

Results: Based on 360 samples of outpatient diagnoses and their codes, there were 82 (22.8%) precise medical terminologies and 278 (77.2%) imprecise medical terminologies, as well as the accurate diagnosis codes were 127 (35.3%) codes and the inaccurate diagnosis codes were 233 (64.7%) codes. From the result of Chi-squared statistical test, it was obtained p-value of 0.03376 which showed that H_a was accepted with OR of 1.7.

Conclusion: There is a correlation between the precision of medical terminology and the accuracy of diagnosis codes for outpatient by health care practitioners in Puskesmas Bambanglipuro Bantul. The probability of imprecise medical terminology causing inaccurate outpatient diagnosis code is 1.7 times bigger than the precise medical terminology.

Keywords: Precision, Medical Terminology, Accuracy, Diagnosis Code, ICD-10

PENDAHULUAN

Semua pelayanan medis dan non medis di Puskesmas harus didokumentasikan dalam suatu berkas atau catatan yang disebut rekam medis. Untuk menunjang proses pelayanan, penyimpanan data, dan pelaporan data di Puskesmas, maka dikembangkan suatu sistem informasi yang disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan aplikasi *Primary Care* BPJS (P-Care) khusus untuk pasien BPJS. SIMPUS dan P-Care merupakan salah satu bentuk rekam medis elektronik yang didalamnya terdapat catatan medis pasien.

Salah satu data yang dituliskan dalam berkas rekam medis, SIMPUS, dan P-Care adalah kode diagnosis yang diderita pasien. Pengodean diagnosis seharusnya dilakukan oleh petugas rekam medis yang memiliki kompetensi terkait klasifikasi dan kodefikasi penyakit sesuai dengan Kepmenkes Nomor 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan yang disempurnakan dalam Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis. Dalam peraturan tersebut disebutkan bahwa perekam medis memiliki wewenang untuk melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar. Pemberian kode diagnosis berdasarkan pada sistem klasifikasi penyakit yang ditetapkan oleh WHO saat ini yaitu *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) *Tenth Revision* atau ICD-10.

Berdasarkan penelitian Pramono (2012) dari 385 berkas rekam medis di Puskesmas Gondokusuman II Kota Yogyakarta ditemukan 174 kode (45,2%) akurat dan 211 kode (54,8%) tidak akurat. Salah satu penyebab ketidakakuratan kode tersebut adalah tidak sesuai kualitas SDM yang bertugas mengode diagnosis. Selain itu, ketidakakuratan kode diagnosis juga dapat disebabkan oleh ketidaktepatan terminologi medis yang digunakan oleh dokter. Penulisan

singkatan atau istilah dalam penulisan diagnosis diperlukan adanya keseragaman dan konsisten dalam penggunaan terminologi medis sesuai ICD-10 untuk lebih meningkatkan keakuratan kode diagnosis (Khabibah dan Sugiarsi, 2013). Dalam penelitian Paramitasari (2015) juga disebutkan bahwa diagnosis yang belum menggunakan bahasa medis dan masih terdapat singkatan menjadi salah satu kendala dalam pengodean diagnosis pasien di Puskesmas Jepon.

Puskesmas Bambanglipuro sudah memiliki satu petugas rekam medis. Akan tetapi, pengodean diagnosis di Puskesmas Bambanglipuro Bantul tidak dilakukan oleh petugas rekam medis, melainkan dilakukan oleh petugas kesehatan yang tidak memiliki kompetensi kodefikasi penyakit, seperti dokter, bidan, dan perawat. Selain itu, kode diagnosis di Puskesmas Bambanglipuro Bantul tidak diperoleh dari buku ICD-10, melainkan dari internet. Puskesmas Bambanglipuro Bantul juga belum memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur tentang tata cara pengisian item pada lembar rawat jalan dan tata cara pengodean diagnosis.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti melalui wawancara pada tanggal 10 Januari 2017, petugas rekam medis Puskesmas Bambanglipuro Bantul menyatakan bahwa keakuratan kode diagnosis sangat penting karena berkaitan dengan validitas laporan Puskesmas. Akan tetapi, dari hasil studi dokumentasi terhadap 10 sampel berkas rekam medis rawat jalan yang dikode oleh petugas kesehatan, ditemukan 60% kode yang tidak akurat. Dari keseluruhan sampel berkas rekam medis rawat jalan tersebut terdapat 80% terminologi medis yang digunakan tidak tepat atau tidak sesuai dengan ICD-10. Dari 80% terminologi medis yang tidak tepat tersebut, 50% kode diagnosis tidak akurat. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Rekam Medis

Huffman (1994) menyatakan bahwa rekam medis berisi data klinis pasien yang mencakup diagnosis dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien. Data klinis biasanya dibagi menjadi data medis, data perawatan, dan data tambahan. Menurut Hatta (2013) rekam medis atau rekam kesehatan terbagi dalam dua jenis praktik, yaitu tradisional (kertas) dan modern (elektronik/komputer).

Dalam praktik manajemen rekam kesehatan secara tradisional, pengumpulan data dilakukan melalui format kertas dan disimpan dalam map, sedangkan praktik era modern mengumpulkan, menyimpan, dan menganalisis data atau informasi melalui sistem rekam kesehatan elektronik yang interaktif. Dalam rekam kesehatan kertas maupun komputerisasi, isi rekam kesehatan dibagi dalam data administrasi dan data klinis.

Pengodean

Menurut Budi (2011) kegiatan pengodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam pengodean meliputi kegiatan pengodean diagnosis penyakit dan pengodean tindakan medis. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode. Menurut Abdelhak, dkk (2010) rekam medis dapat dikode dengan hasil yang dapat dipercaya, benar, dan lengkap serta dilakukan dengan tepat waktu sehingga dapat digunakan untuk pengambilan keputusan rekam medis. Berikut ini sembilan langkah dasar dalam menentukan kode menurut Kasim dalam Hatta (2013):

- a. Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dengan ICD-10 Volume 3.
- b. *Lead term* (kata panduan) untuk penyakit dan cedera biasanya

merupakan kata benda yang memaparkan kondisi patologis.

- c. Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada ICD-10 Volume 3.
- d. Baca istilah yang terdapat dalam tanda kurung “()” sesudah *lead term* (kata yang terdapat di dalam tanda kurung merupakan *modifier* yang tidak akan mempengaruhi kode).
- e. Ikuti secara hati-hati setiap rujukan silang (*cross reference*) dan perintah *see* dan *see also* yang terdapat dalam indeks abjad.
- f. Lihat daftar tabulasi (ICD-10 Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat.
- g. Ikuti pedoman *Inclusion* dan *Exclusion* pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (*chapter*), blok, kategori, atau subkategori.
- h. Tentukan kode yang dipilih.
- i. Lakukan analisis kuantitatif dan kualitatif data diagnosis yang dikode untuk memastikan kesesuaiannya dengan pernyataan dokter tentang diagnosis utama pada formulir rekam medis pasien guna menunjang aspek legal rekam medis.

Terminologi Medis

Terminologi medis adalah ilmu peristilahan medis (istilah medis) yang merupakan bahasa khusus antar profesi medis/kesehatan baik dalam bentuk tulisan maupun lisan; sarana komunikasi antara mereka yang berkecimpung langsung maupun tidak langsung di bidang asuhan/pelayanan kesehatan; serta sumber data dalam pengolahan dan penyajian dari diagnosis dan tindakan medis/operasi khususnya di bidang aplikasi ICD, ICOPIM, ICHI yang memerlukan akurasi dan presisi tinggi yang merupakan data dasar otentik bagi statistik morbiditas dan mortalitas (Nuryati, 2011). Menurut Kasim dan Erkadius dalam Hatta (2013) terminologi medis merupakan sistem yang digunakan untuk menata daftar kumpulan istilah medis penyakit, gejala, dan prosedur. Istilah-istilah penyakit atau kondisi gangguan kesehatan harus sesuai dengan

istilah yang digunakan dalam suatu sistem klasifikasi penyakit.

Ketepatan dan Keakuratan Kode Diagnosis

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia *Online*, ketepatan berasal dari kata 'tepat' yang mendapat awalan ke- dan akhiran -an. Kata tepat berarti hal yang betul atau lurus (arah, jurusan); kena benar (pada sasaran, tujuan, maksud, dan sebagainya); tidak ada selisih sedikitpun, tidak kurang dan tidak lebih, persis; betul atau cocok (tentang dugaan, ramalan, dan sebagainya); betul atau mengena (tentang perkataan, jawaban, dan sebagainya). Kode diagnosis dikatakan tepat dan akurat apabila sesuai dengan yang tertulis dalam ICD-10 sebagaimana penggunaannya di Indonesia diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 50 Tahun 1998. Pada beberapa blok dalam ICD-10 tidak cukup hanya sampai karakter ketiga atau keempat, tetapi terdapat penambahan karakter kelima untuk menunjukkan letak anatomi pada Bab XIII, jenis fraktur dan cedera (tertutup atau terbuka) pada Bab XIX, serta macam aktivitas saat kejadian pada Bab XX. Menurut Hatta (2013) proses pengodean harus dimonitor untuk beberapa elemen sebagai berikut.

- a. Konsisten bila dikode oleh petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*)
- b. Kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (*validity*)
- c. Mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*)
- d. Tepat waktu (*timeliness*)

ICD-10

Dalam Hatta (2013) disebutkan bahwa ICD-10 disebarluaskan dan digunakan secara internasional oleh WHO sejak tahun 1992. Indonesia menetapkan untuk menggunakan ICD-10 pada tahun 1998 melalui SK Menkes RI Nomor 50/MENKES/KES/SK/I/1998 (Budi, 2011). Menurut Hatta (2013) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* atau ICD adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. Sistem klasifikasi penyakit adalah sistem yang mengelompokkan penyakit-penyakit dan

prosedur-prosedur yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis. Penerapan pengodean sistem ICD digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan, masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis.

METODE

Jenis penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian survei analitik dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian yang digunakan yaitu rancangan *cross-sectional*. Penelitian ini meneliti ketepatan terminologi medis (variabel bebas) dan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan (variabel terikat) pada waktu bersamaan atau pada satu waktu tertentu, lalu menguji hubungan antara kedua variabel secara statistik.

Populasi dan Sampel

Menurut Sugiyono (2012) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi penelitian ini yaitu semua diagnosis rawat jalan beserta kodenya pada bulan Januari 2017 yang berjumlah 4.294 diagnosis. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 360 diagnosis rawat jalan beserta kodenya. Sampel diambil dengan teknik *systematic random sampling*. Teknik pengumpulan data yaitu studi dokumentasi terhadap berkas rekam medis dan tampilan rekam medis elektronik dalam SIMPUS. Instrumen untuk mengumpulkan data yaitu *checklist* studi dokumentasi.

Uji Validitas dan Reliabilitas

Instrumen yang digunakan untuk mengukur ketepatan terminologi medis dan keakuratan kode diagnosis pasien rawat jalan dalam penelitian ini yaitu ICD-10. Teknik validitas dalam penelitian ini menggunakan *content validity* (validitas

isi). Instrumen ini sudah valid karena dibuat oleh WHO. Di Indonesia, penggunaan instrumen ini sudah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 50 Tahun 1998. Adapun penentuan ketepatan terminologi medis dan keakuratan kode diagnosis rawat jalan yang dilakukan oleh peneliti dikonsultasikan kepada dosen pengampu mata kuliah Kodifikasi dan Klasifikasi Penyakit dan Masalah Terkait (KKPMT) dari Universitas Gadjah Mada agar hasilnya dapat dipertanggungjawabkan.

Uji reliabilitas data dalam penelitian ini yaitu reliabilitas *test-retest*. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengambilan data terhadap ketepatan terminologi medis pada lembar rawat jalan dan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan secara berulang pada waktu yang berbeda.

Analisis Data

Tahapan-tahapan yang dilakukan dalam analisis *bivariate* menurut Notoatmodjo (2012) meliputi:

1. Analisis *Univariate* (Analisis Deskriptif)

Analisis *univariate* dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel penelitian. Dalam analisis ini, dihasilkan persentase ketepatan terminologi medis pada lembar rawat jalan dan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan.

2. Analisis *Bivariate*

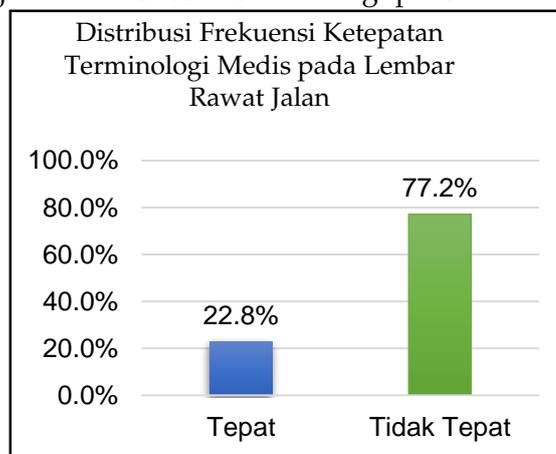
Analisis *bivariate* dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Dalam penelitian ini, peneliti menguji hubungan antara ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan. Uji statistik yang digunakan yaitu *Chi-squared Test* dengan bantuan program R.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ketepatan Terminologi Medis pada Lembar Rawat Jalan

Data ketepatan terminologi medis didapatkan dari item diagnosis pada lembar rawat jalan. Terminologi medis yang digunakan dalam penulisan diagnosis dikatakan tepat apabila

menggunakan istilah medis yang sesuai dengan ICD-10. Sebaliknya, terminologi medis dalam penulisan diagnosis dikatakan tidak tepat apabila menggunakan istilah medis yang tidak sesuai dengan ICD-10, seperti menggunakan istilah bahasa Indonesia atau singkatan. Berdasarkan hasil studi dokumentasi terhadap 360 diagnosis/kasus rawat jalan selama bulan Januari 2017, terdapat 82 (22,8%) terminologi medis yang tepat dan 278 (77,2%) terminologi medis yang tidak tepat. Berikut ini distribusi data ketepatan terminologi medis pada lembar rawat jalan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.



Gambar 1. Diagram Batang Ketepatan Terminologi Medis pada Lembar Rawat Jalan

Terminologi medis yang tidak tepat dikategorikan menjadi dua, yaitu menggunakan bahasa medis dan bahasa non medis. Berikut ini contoh terminologi medis tidak tepat yang menggunakan bahasa medis di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Tabel 1. Penggunaan Bahasa Medis

| No | Terminologi Medis pada Lembar Rawat Jalan | Terminologi Medis Berdasarkan ICD-10 |
|----|---|--------------------------------------|
| 1 | HT/HT S.I/HT S.II/HT grade II | Hypertension |
| 2 | CHF | Congestive heart failure |
| 3 | Asma Br. | Bronchial asthma |
| 4 | VE | Excoriation |
| 5 | VL | Laceration |

Penggunaan istilah HT sangat bervariasi. HT di bidang kesehatan merupakan istilah untuk tekanan darah tinggi. Istilah HT dikategorikan tidak tepat karena dalam ICD-10 tidak terdapat

istilah singkatan. Penulisan yang tepat sesuai ICD-10 seharusnya adalah *Hypertension*. Berikut ini contoh terminologi medis tidak tepat yang menggunakan bahasa non medis di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Tabel 2. Penggunaan Bahasa Non Medis

| No | Terminologi Medis pada Lembar Rawat Jalan | Terminologi Medis Berdasarkan ICD-10 |
|----|--|--------------------------------------|
| 1 | KIR dokter untuk MK | Pre-employment examination |
| 2 | Nyeri sendi (lutut) | Arthralgia (knee joint) |
| 3 | Panas | Pyrexia |
| 4 | Demam | Fever |
| 5 | Imunisasi campak/ Imunisasi campak boster | Immunization against measles alone |

Istilah KIR dokter untuk MK merupakan salah satu terminologi medis yang dikategorikan tidak tepat karena menggunakan bahasa non medis. Istilah ini digunakan sebagai diagnosis pasien yang berkunjung untuk meminta surat keterangan sehat sebagai syarat melamar kerja. Penulisan istilah KIR dokter untuk melamar kerja yang tepat sesuai ICD-10 seharusnya adalah *Pre-employment examination*.

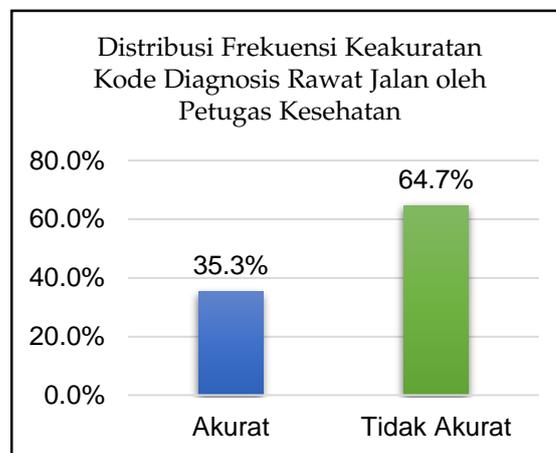
Salah satu permasalahan di RSUD Kota Semarang adalah penulisan terminologi yang ditulis oleh dokter tidak sesuai dengan ICD-10 sehingga tidak dapat dimengerti oleh petugas pengodean (Nugraheni dan Ernawati, 2015). Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak, dan tanggung jawab tenaga medis yang terkait. Diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10 (Depkes, 1997).

Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan

Data keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan diperoleh dari hasil studi dokumentasi terhadap 360 kode diagnosis rawat jalan, baik pada lembar rawat jalan maupun tampilan rekam medis elektronik.

Frekuensi untuk kategori akurat sebanyak 127 (35,3%) kode diagnosis, sedangkan kategori tidak akurat sebanyak 233 (64,7%) kode diagnosis. Distribusi data keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan, digambarkan dengan diagram batang berikut ini.

Gambar 2. Diagram Batang Keakuratan Kode



Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan

Ketidakakuratan kode diagnosis di Puskesmas Bambanglipuro Bantul dibagi menjadi tiga kategori, yaitu kode diagnosis empat atau lima karakter yang hanya dikode sampai karakter ketiga, kode diagnosis lima karakter yang hanya dikode sampai karakter keempat, dan kode diagnosis yang berbeda karakter ketiga, keempat, dan/atau kelima. Distribusi frekuensi kode diagnosis rawat jalan untuk kategori tidak akurat di Puskesmas Bambanglipuro Bantul dapat dirinci sebagai berikut.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kode Diagnosis Rawat Jalan Kategori Tidak Akurat

| No. | Kategori | Tidak Akurat | |
|---------------|---|--------------|-------------|
| | | f | % |
| 1 | Hanya sampai karakter ketiga | 54 | 15,0 |
| 2 | Hanya sampai karakter keempat | 13 | 3,6 |
| 3 | Berbeda karakter ketiga, keempat, dan/atau kelima | 166 | 46,1 |
| Jumlah | | 233 | 64,7 |

Berikut ini contoh kode diagnosis yang seharusnya dikode empat atau lima karakter, tetapi hanya dikode sampai tiga karakter.

Tabel 4. Kode Diagnosis Tidak Akurat (Hanya Sampai Karakter Ketiga)

| No | Diagnosis | Kode Pusk. | Kode Peneliti |
|----|------------------------|------------|---------------|
| 1 | Panas/Febris/ Demam | R50 | R50.9 |
| 2 | Skizofrenia | F20 | F20.9 |
| 3 | PPOK | J44 | J44.9 |
| 4 | Fgitis | J02 | J02.9 |
| 5 | ISPA | J06 | J06.9 |

Menurut WHO (2010), setiap bab dalam ICD-10 dibagi menurut blok. Setiap blok terdiri atas daftar kategori tiga karakter. Setiap kategori dibagi menjadi subkategori empat karakter. Subkategori empat karakter paling tepat digunakan untuk identifikasi, seperti variasi tempat yang berbeda pada kategori tiga karakter atau penyakit yang berdiri sendiri pada kategori tiga karakter untuk kondisi yang berkelompok.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi, terdapat 13 kode diagnosis kasus Bab XIII dan Bab XIX yang membutuhkan karakter kelima untuk menunjukkan letak anatomi atau jenis fraktur, tetapi hanya dikode sampai karakter keempat. Berikut ini contoh kode diagnosis yang membutuhkan karakter kelima tetapi hanya dikode sampai karakter keempat di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Tabel 5. Kode Diagnosis Tidak Akurat (Hanya Sampai Karakter Keempat)

| No. | Diagnosis | Kode Pusk. | Kode Peneliti |
|-----|---------------------------------------|------------|---------------|
| 1 | LBP (Lokasi tidak diketahui) | M54.5 | M54.59 |
| 2 | Arthritis (Lokasi tidak diketahui) | M13.9 | M13.99 |
| 3 | Myalgia (Lokasi : tangan) | M79.1 | M79.14 |
| 4 | Myalgia (Lokasi : lengan atas) | M79.1 | M79.12 |
| 5 | Myalgia (Lokasi : lutut) | M79.1 | M79.16 |

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih banyak kode pada kasus Bab XIII yang tidak dilengkapi karakter kelima untuk menunjukkan letak anatomi (*site code*). Menurut WHO (2010) beberapa blok dalam Bab XIII, Bab XIX, dan Bab XX

perlu ditambahkan karakter kelima. Karakter kelima dalam Bab XIII menunjukkan kode letak anatomi (*site code*), karakter kelima dalam Bab XIX menunjukkan jenis fraktur dan cedera (terbuka atau tertutup), dan karakter kelima dalam Bab XX menunjukkan macam aktivitas saat kejadian.

Selain hanya dikode sampai karakter ketiga atau keempat, terdapat pula kode yang berbeda karakter ketiga, keempat, dan/atau kelima. Berdasarkan hasil studi dokumentasi, terdapat 166 kode diagnosis yang berbeda karakter ketiga, keempat, dan/atau kelima. Berikut ini contoh kode diagnosis yang berbeda karakter ketiga, keempat, dan/atau kelima di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Tabel 6. Kode Diagnosis Berbeda Karakter Ketiga, Keempat, dan/atau Kelima

| No. | Diagnosis | Kode Pusk. | Kode Peneliti |
|-----|-----------------------------|------------|---------------|
| 1 | ISPA | J00 | J06.9 |
| 2 | ISK | N30.0 | N39.0 |
| 3 | KIR dokter untuk MK | Z00.0 | Z02.1 |
| 4 | Vertigo | H82 | R42 |
| 5 | HT HT S.I HT grade II | I15.9 | I10 |

Kasus terbanyak yaitu diagnosis ISPA yang dikode J00. ISPA merupakan singkatan dari Infeksi Saluran Pernafasan Atas atau dalam bahasa Inggris yaitu *Upper Respiratory Tract Infection*. Dengan menggunakan leadterm '*Infection*' pada ICD-10 Volume 3, maka kode yang tepat dan akurat seharusnya adalah J06.9.

Menurut Rohman, dkk (2011) kebijakan manajemen rekam medis tentang pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis memiliki pengaruh yang besar dalam jalannya pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis. Setiap fasilitas kesehatan, baik rumah sakit maupun puskesmas harus membuat kebijakan dan prosedur pengodean sesuai dengan tenaga dan fasilitas yang dimiliki. Kebijakan dan prosedur tersebut menjadi pedoman bagi petugas pengodean agar dapat melaksanakan pengodean dengan konsisten (Hatta, 2013).

Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan

Berdasarkan hasil studi dokumentasi, dapat diketahui bahwa dari 360 diagnosis/kasus rawat jalan terdapat 82 terminologi medis pada lembar rawat jalan tepat dan 278 terminologi medis pada lembar rawat jalan tidak tepat, serta 127 kode diagnosis akurat dan 233 kode diagnosis tidak akurat. Data hasil penelitian tersebut dapat diringkas dalam tabel kontingensi berikut ini.

Tabel 7. Hasil Uji Statistik Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis oleh Petugas Kesehatan

| | Keakuratan Kode Diagnosis | | Jumlah |
|-----------------------------|---------------------------|-------|--------|
| | Tidak Tepat | Tepat | |
| Ketepatan Terminologi Medis | | | |
| Tidak Tepat | 188 | 90 | 278 |
| Tepat | 45 | 37 | 82 |
| Jumlah | 233 | 127 | 360 |

Uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis yaitu *Chi-squared Test* dengan H_a terdapat hubungan antara ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul. H_0 ditolak apabila $p\text{-value} < .$ Besar $p\text{-value}$ dalam penelitian ini yaitu 0,03376 dengan tingkat signifikansi = 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa H_0 ditolak atau H_a diterima, sehingga terdapat hubungan antara ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul.

Ketepatan terminologi medis dapat mempengaruhi keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan. Hal ini terbukti dari sebanyak 37 terminologi medis yang tepat menghasilkan kode diagnosis yang akurat dan 188 terminologi yang tidak tepat menghasilkan kode diagnosis yang tidak akurat. Selain itu, nilai OR yang diperoleh sebesar 1,7. Hal ini berarti bahwa peluang terminologi medis yang tidak tepat menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis rawat jalan 1,7 kali lebih besar

dibandingkan terminologi medis yang tepat.

Dalam penelitian Paramitasari (2015) disebutkan bahwa diagnosis yang belum menggunakan bahasa medis dan masih terdapat singkatan menjadi salah satu kendala dalam pengodean diagnosis pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian Maryati (2016) bahwa terdapat hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis kasus obstetri di RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo dengan $p\text{-value}$ sebesar 0,02.

PENUTUP

Kesimpulan

- Persentase ketepatan terminologi medis pada lembar rawat jalan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul sebesar 22,8%.
- Persentase keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul sebesar 35,3%.
- Terdapat hubungan antara ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis oleh petugas kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul ($p\text{-value} = 0,03376$; = 0,05; dan OR = 1,7).

Saran

- Puskesmas membuat SPO yang mengatur tentang tata cara pengisian item pada lembar rawat jalan, terutama item diagnosis agar ditulis dengan terminologi medis yang tepat sesuai ICD-10.
- Puskesmas membuat SPO yang mengatur tentang tata cara pengodean diagnosis mengacu pada sembilan langkah dasar menurut Kasim dan Erkadius dalam Hatta (2013), menyediakan ICD-10, dan memberikan wewenang kepada petugas rekam medis untuk melakukan pengodean diagnosis.
- Puskesmas melakukan standarisasi atau pembakuan terminologi medis yang sesuai dengan ICD-10, serta selalu melakukan evaluasi terhadap ketepatan terminologi medis rawat jalan dan keakuratan kode diagnosis rawat jalan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelhak, M., Grostik, S. A., Jacob, E. (2010). *Health Information of A Strategic Resource 2nd Edition*. Philadelphia: Sunders Company.
- Budi, S. C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Depkes RI. (1997). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Hatta, G. R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Huffman, E. K. (1994). *Health Information Management*. Illinois: Physicians' Record Company.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) versi *Online* [internet]. <http://kbbi.web.id/> Diakses pada tanggal 19 November 2016.
- Khabibah, S. dan Sugiarsi, S. (2013). Tinjauan Ketepatan Terminologi Medis dalam Penulisan Diagnosis pada Lembaran Masuk dan Keluar di RSUD Jati Husada Karanganyar. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 1 (2): 46-52.
- Maryati, W. (2016). Hubungan Antara Ketepatan Penulisan Diagnosis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri di RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*. 6 (2): 1-7.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nugraheni, E. H. dan Ernawati, D. (2015). Tinjauan Pengetahuan Petugas Rekam Medis tentang Terminologi Medis dan Penentuan Kode Penyakit di RSUD Kota Semarang Tahun 2015. <http://eprints.dinus.ac.id/> Diakses pada tanggal 30 Maret 2017.
- Nuryati. (2011). *Terminologi Medis: Pengenalan Istilah Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Paramitasari, D. (2015). Pelaksanaan Pengodean Diagnosis di Puskesmas Jepon Kabupaten Blora. *Tugas Akhir*. Yogyakarta: Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM (tidak dipublikasikan).
- Pramono, A. E. (2012). Hubungan antara *Coder* (Dokter dan Perawat) dengan Keakuratan Kode Diagnosis Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas Gondokusuman II Kota Yogyakarta Tahun 2012. *Skripsi*. Surakarta: Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan UMS (tidak dipublikasikan).
- Rohman, H., Hariyono, W., Rosyidah. (2011). Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama dan Keakuratan Kode Diagnosis pada Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 5 (2): 162-232.
- Sugiyono. (2012). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta.
- WHO. (2010). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2 Instruction Manual*. Geneva: WHO.

Hubungan *Length of Stay* dan Karakteristik Pasien (Jenis Kelamin dan Umur) Terhadap Biaya Pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016

Lia Suci Kriswanti¹, Sugeng²

D3 Rekam Medis Universitas Gadjah Mada¹, RSUP dr Sardjito Yogyakarta²

Liasuci25@gmail.com¹, Sugeng.icm@gmail.com²

ABSTRAK

Latar Belakang: Undang-Undang nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran pasal 49 ayat 1 bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya. Hal ini mendorong peneliti untuk melihat hubungan antara *length of stay* dan karakteristik pasien (umur dan jenis kelamin) terhadap biaya perawatan sebagai kendali mutu dan biaya.

Tujuan: Mengetahui hubungan antara *length of stay* dan karakteristik pasien (jenis kelamin dan umur) terhadap biaya perawatan pasien JKN *acute infarction myocardial* di Rumah Sakit Bethesda 2016.

Metode Penelitian: Jenis penelitian descriptive dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan *cross sectional*. Teknik pengambilan data studi dokumentasi. Sampel berjumlah 38 berkas. Teknik sampling *purposive sample*.

Hasil: Dari sampel sebanyak 38 berkas, terdapat jenis kelamin laki-laki 35 orang (92%), perempuan 3 orang (8%). Umur kurang dari sama dengan 65 tahun 24 orang (63%), umur lebih dari 65 tahun 14 orang (37%). *Length of stay* kurang dari sama dengan 7 hari 28 orang (74%), *length of stay* lebih dari 7 hari 10 orang (26%). Dari hasil uji statistik *Chi-squared Test*, diperoleh nilai *p-value length of stay* sebesar 0,04342 yang menunjukkan bahwa H_0 diterima dengan nilai *Odd Ratio* (OR) sebesar 4,783396

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara *Length Of Stay* terhadap Biaya Pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016. Peluang *length of stay* yang tepat menyebabkan keakuratan biaya perawatan 4,78 kali lebih besar dibandingkan *length of stay* yang tidak tepat.

Kata kunci: *length of stay*, biaya, *acute infarction myocardial*.

ABSTRACT

Background: Law number 29 of 2004 on medical practice Article 49 paragraph 1 that every physician or dentist in performing medical or dental practice shall conduct quality control and cost control. This encourages researchers to see the relationship between length of stay and patient characteristics (age and sex) on maintenance costs as quality and cost control.

Objective: To examine the relationship between length of stay and patient characteristics (sex and age) on the cost of treating JKN acute infarction myocardial patients at Bethesda Hospital 2016.

Methods: Type of descriptive research with quantitative approach. Cross sectional design. Technique of data retrieval study documentation. The sample is 38 files. Sampling technique purposive sample.

Results: From the sample of 38 files, there were 35 men (92%), female 3 (8%). Age less than 65 years old 24 people (63%), age more than 65 years 10 people (37%). Length of stay less than equal to 7 days 28 people (74%), length of stay more than 7 days 10 people (26%). From result of *Chi-squared Test* statistic test, obtained *p-value length of stay* of 0,04342 indicating that H_0 accepted with value of *Odd Ratio* (OR) equal to 4,783396.

Conclusion: There is a relationship between Length Of Stay to JKN Acute Infarction Myocardial Patient Cost at Bethesda Hospital Yogyakarta, 2016. Appropriate length of stay opportunities cause the accuracy of maintenance cost 4.78 times greater than the length of stay is not appropriate.

Keywords: *length of stay*, cost, *acute infarction myocardial*.

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dan setiap orang berkewajiban turut serta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran atau kedokteran gigi wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya (Undang-undang No. 29, 2004).

Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Petunjuk teknis sistem INA-CBGS adalah sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama dengan menggunakan *software grouper* (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27).

Setiap rumah sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel. BPJS mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan, kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas. Pada survei awal yang telah dilakukan, berdasarkan data 2016, penyakit *Acute Infarction Myocardial* tergolong dalam daftar 10 penyakit kardiovaskuler terbanyak rawat inap sehingga peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan *length of stay* dan karakteristik pasien terhadap biaya perawatan. Tujuan utama dalam pelayanan kesehatan adalah menghasilkan *outcome* yang menguntungkan bagi pasien, *provider*, dan masyarakat. Rumusan masalah adalah "Bagaimana Hubungan *Length Of Stay* dan Karakteristik Pasien (Jenis Kelamin dan Umur) terhadap Biaya Pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016?".

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan *length of stay* dan karakteristik pasien (jenis kelamin dan umur) terhadap biaya pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di RS Bethesda Yogyakarta

2016. Manfaat bagi rumah sakit untuk meningkatkan mutu standar pelayanan kesehatan sehingga bisa menjadi alat perencanaan anggaran rumah sakit dan menetapkan biaya yang kompetitif dan bisa diterima masyarakat.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei analitik dengan pendekatan kuantitatif. Metode yang digunakan adalah metode studi dokumentasi. Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang terdiagnosis *Acute Infarction Myocardial* yang terdiagnosis pertama kali di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. Sampel dalam penelitian ini adalah 38 berkas. Peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* dalam pengambilan data. Studi pendahuluan dilakukan november 2016 dan penelitian dilakukan Januari-Maret 2017.

Variabel bebas atau *independent variable* dalam penelitian ini yaitu *length of stay*, jenis kelamin dan umur pasien. Variabel terikat atau *dependent variable* atau variabel tidak bebas yaitu biaya perawatan pasien. Teknik pengambilan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Teknik pengambilan data yaitu studi dokumentasi. Instrumen penelitian menggunakan checklist studi dokumentasi dan alat tulis. Teknik Validitas sudah valid karena telah diisi di bagian berkas rekam medis dan tersimpan dalam database rekam medis. Reliabilitas sudah sesuai. Teknik analisis pengolahan data disesuaikan dengan alat uji statistik yang dikendaki. Proposisi yaitu univariat dan bivariate. Pengolahan data untuk penelitian dengan pendekatan kuantitatif. Analisis data merupakan proses pengolahan, penyajian, interpretasi, dan analisis data yang diperoleh dari lapangan. Analisis data memiliki beberapa tujuan, yaitu memperoleh gambaran dari hasil penelitian.

Semua hipotesis untuk kategorik tidak berpasangan menggunakan *Chi-square* bila memenuhi syarat (Hatta, 2013).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data yang telah dikumpulkan dari lapangan disajikan dalam tabel.

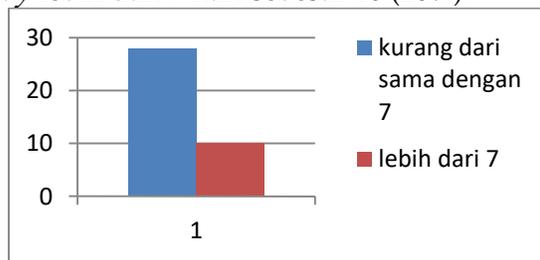
Hasil dari penelitian ini adalah:

1. Persentase *Length Of Stay* Pasien JKN *Acute Infarction Myocardial*

Tabel 1. Distribusi responden *length of stay* pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016

| No | <i>Length Of Stay</i> | N | % |
|-------|--------------------------------|----|------|
| 1. | Kurang dari sama dengan 7 hari | 28 | 74% |
| 2. | Lebih dari 7 hari | 10 | 26% |
| Total | | 38 | 100% |

Dari Tabel 1 diperoleh hasil bahwa *length of stay* kurang dari sama dengan 7 hari sebesar 28 (74%) dan hasil *length of stay* lebih dari 7 hari sebesar 10 (26%).



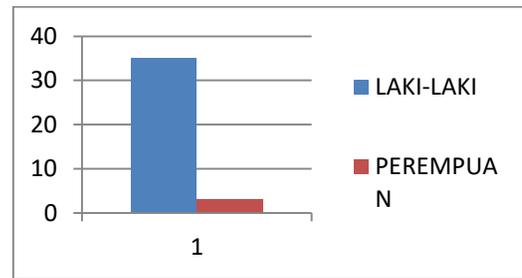
Gambar 1. Persentase *length of stay* pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016
 Sumber: Data primer, 2016.

2. Persentase jenis kelamin pasien JKN *Acute Infarction Myocardial*

Tabel 2. Distribusi responden jenis kelamin pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016

| No | Jenis Kelamin | N | % |
|-------|---------------|----|------|
| 1. | Laki-laki | 35 | 92% |
| 2. | Perempuan | 3 | 8% |
| Total | | 38 | 100% |

Dari tabel 2 terdapat jenis kelamin laki-laki sebesar 35 (92%) dan jenis kelamin perempuan sebesar 3 (8%).



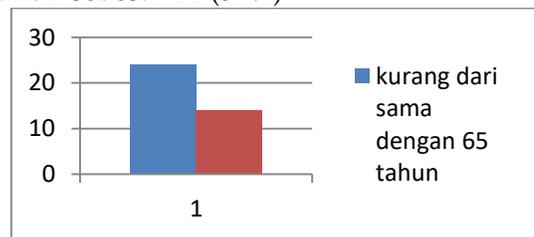
Gambar 2. Persentase jenis kelamin pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016
 Sumber: Data primer, 2016.

3. Persentase Umur Pasien JKN *Acute Infarction Myocardial*

Tabel 3. Distribusi responden umur pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016

| No | Umur | N | % |
|-------|----------------------------------|----|------|
| 1. | Kurang dari sama dengan 65 tahun | 24 | 63% |
| 2. | Lebih dari 65 tahun | 14 | 37% |
| Total | | 38 | 100% |

Dari tabel 3, diperoleh hasil bahwa umur kurang dari sama dengan 65 tahun sebesar 24 (63%) dan umur lebih dari 65 tahun sebesar 14 (37%).



Gambar 3. Persentase umur pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016
 Sumber: Data primer, 2016.

4. Hubungan *Length of stay*, jenis kelamin, dan umur

Tabel 4. Hasil Uji Statistik Hubungan *length of stay* terhadap biaya

| | Kurang dari sama dengan grouper (0) | Lebih dari grouper (1) | P value | OR |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------|------|
| <i>Length of stay</i> 7 hari (0) | 15 | 10 | 0,0434 | 4,78 |
| <i>Length of stay</i> > 7 hari (1) | 3 | 10 | 2 | 3396 |

Tabel 5. Hasil Uji Statistik Hubungan jenis kelamin terhadap biaya

| | Kurang dari sama dengan <i>grouper</i> (0) | Lebih dari <i>grouper</i> (1) | P value | OR |
|---------------|--|-------------------------------|---------|------|
| Perempuan (0) | 2 | 1 | 0,2295 | 4,76 |
| Laki-laki (1) | 10 | 25 | | 3366 |

Tabel 6. Hasil Uji Statistik Hubungan umur terhadap biaya

| | Kurang dari sama dengan <i>grouper</i> (0) | Lebih dari <i>grouper</i> (1) | P value | OR |
|---------------|--|-------------------------------|---------|------|
| 65 tahun (0) | 7 | 17 | 0,7281 | 0,74 |
| >65 tahun (1) | 5 | 9 | | 7158 |

Uji statistik program R untuk mencari hubungan menggunakan *chi-squared test*. Nilai yang diharapkan (*expected count*) dalam tabel kontingensi kurang dari 5, sehingga menggunakan *Fisher test*. H_0 ditolak atau H_a diterima apabila *p-value* < .

Besar *p-value* untuk *length of stay* yaitu 0,04342 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga terdapat hubungan antara *length of stay* terhadap biaya pasien. Keeratan hubungan antara dua variabel dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR) yaitu 4,783396. Hal ini berarti peluang *length of stay* yang tepat menyebabkan biaya juga tepat sebesar 4,783396 kali lebih besar dibandingkan dengan *length of stay* yang tidak tepat. Besar *p-value* untuk jenis kelamin yaitu 0,2295 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin terhadap biaya pasien. Keeratan hubungan antara dua variabel yang diteliti dapat dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR) yaitu 4,763366. Besar *p-value* untuk umur yaitu 0,7281 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara umur terhadap biaya pasien. Keeratan hubungan antara dua variabel yang diteliti dapat dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR) yaitu 0,7471589.

Pembahasan

1. Persentase *length of stay* pasien dari sampel sebanyak 38 berkas yaitu *length of stay* kurang dari sama dengan 7 hari sebesar 28 (74%), *length of stay* lebih dari 7 hari sebesar 10 (26%). Hal ini berarti bahwa angka *length of stay* berhasil dibawah angka maksimal perawatan yaitu 7 hari. Semakin panjang lama perawatan maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama.
2. Persentase jenis kelamin pasien dari sampel sebanyak 38 berkas, terdapat jenis kelamin laki-laki sebesar 35 (92%), jenis kelamin perempuan sebesar 3 (8%). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Natahan di California bahwa peluang jenis kelamin laki-laki lebih besar menderita *Acute infarction myocardial* daripada perempuan. Namun, penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Pettersen di Norwegia bahwa peluang jenis kelamin perempuan lebih besar menderita *Acute Infarction Myocardial* daripada laki-laki.
3. Persentase umur pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016. Diperoleh umur kurang dari sama dengan 65 tahun sebesar 24 (63%), umur lebih dari 65 tahun sebesar 14 (37%). Hal ini sesuai dengan penelitian Alessandro Barchielli di Italy bahwa peluang usia dibawah 70 tahun lebih besar menderita *Acute Infarction Myocardial* daripada diatas 70 tahun. Namun, hal ini tidak sesuai dengan penelitian Pasquale abete di Italy bahwa peluang usia diatas 65 tahun lebih besar menderita *Acute Infarction Myocardial*. Selain itu, penelitian ini juga tidak sesuai dengan penelitian Natahan di California bahwa peluang usia diatas 66 tahun lebih besar menderita *Acute Infarction Myocardial*.
4. Besar *p-value* untuk *length of stay* yaitu 0,04342 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan antara *length of stay*

terhadap biaya pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016. Keeratan hubungan antara dua variabel dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR). Nilai OR yaitu 4,783396. Hal ini berarti bahwa peluang *length of stay* yang tepat menyebabkan biaya juga tepat sebesar 4,783396 kali lebih besar dibandingkan dengan *length of stay* yang tidak tepat. Hal ini berarti bahwa angka *length of stay* berhasil dibawah angka maksimal perawatan yaitu 7 hari. Semakin panjang lama perawatan maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Semakin tinggi *length of stay* maka semakin tinggi biaya yang harus dikeluarkan, begitu juga sebaliknya semakin rendah *length of stay* maka semakin rendah biaya yang dikeluarkan. Hal ini juga sesuai dengan dengan penelitian Jemner Stenly Iroth bahwa terdapat hubungan antara keduanya, sehingga dengan menurunnya *length of stay*, maka akan menurunkan biaya perawatan.

5. Besar *p-value* untuk jenis kelamin yaitu 0,2295 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin terhadap biaya pasien *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016. Keeratan hubungan antara dua variabel yang diteliti dapat dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR). Nilai OR yaitu 4,763366. Diperoleh hasil bahwa jenis kelamin tidak mempengaruhi biaya, ada kemungkinan faktor stres yang mempengaruhi *length of stay* pasien sehingga akan berdampak pada besarnya biaya yang dikeluarkan. Penelitian ini sesuai dengan penelitian
6. Besar *p-value* untuk umur yaitu 0,7281 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga diperoleh hasil bahwa tidak

ada hubungan antara umur terhadap biaya pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016. Keeratan hubungan antara dua variabel yang diteliti dapat dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR). Nilai OR yaitu 0,7471589. Diperoleh hasil bahwa umur tidak mempengaruhi biaya, ada kemungkinan faktor stres yang mempengaruhi *length of stay* pasien sehingga akan berdampak pada besarnya biaya yang dikeluarkan. Usia merupakan faktor prognostik bahwa pasien lanjut usia memiliki kemungkinan infark yang lebih besar, sehingga menyebabkan komplikasi, komplikasi ini yang akan memperpanjang *length of stay*, dengan semakin panjangnya *length of stay* maka semakin tinggi biaya.

PENUTUP

Kesimpulan:

1. Besar *p-value* untuk *length of stay* yaitu 0,04342 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan antara *length of stay* terhadap biaya pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016. Keeratan hubungan antara dua variabel dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR). Nilai OR yaitu 4,763366. Hal ini berarti bahwa peluang *length of stay* yang tepat menyebabkan biaya juga tepat sebesar 4,763366 kali lebih besar dibandingkan dengan *length of stay* yang tidak tepat. Hal ini berarti bahwa angka *length of stay* berhasil dibawah angka maksimal perawatan yaitu 7 hari. Semakin panjang lama perawatan maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama.
2. Besar *p-value* untuk jenis kelamin yaitu 0,2295 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin terhadap biaya pasien *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit

Bethesda Yogyakarta 2016. Keeratan hubungan antara dua variabel yang diteliti dapat dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR). Nilai OR yaitu 4,763366. Diperoleh hasil bahwa jenis kelamin tidak mempengaruhi biaya, ada kemungkinan faktor stres yang mempengaruhi *length of stay* pasien sehingga akan berdampak pada besarnya biaya yang dikeluarkan.

3. Besar *p-value* untuk umur yaitu 0,7281 dengan tingkat signifikansi = 0,05, sehingga diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara umur terhadap biaya pasien JKN *Acute Infarction Myocardial* di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta 2016. Keeratan hubungan antara dua variabel yang diteliti dapat dilihat dari nilai *Odd Ratio* (OR). Nilai OR yaitu 0,7471589. sehingga akan berdampak pada besarnya biaya yang dikeluarkan.

Saran:

Dari hasil penelitian yang sudah dipaparkan sebaiknya pihak Rumah Sakit meningkatkan pelayanan pasien *acute infarction myocardial* secara maksimal sehingga bisa menekan angka *length of stay* dan secara otomatis bisa menekan biaya perawatan yang dikeluarkan. Diperlukan kerjasama yang baik dari semua profesi yang terkait hal ini, serta diperlukan penelitian lebih lanjut untuk diagnosis lainnya sehingga bisa menjadi bahan masukan untuk rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Barchielli, A., Balzi, D., Marchionn, N., Carrabba, N., Margheri, M., Santoro, G.M., Olivotto, I., Buiatti, E. (2007). Early Discharge After Acute Myocardial Infarction in the Current Clinical Practice. Community data from the AMI-Florence Registry, Italy. *International Journal of Cardiology*. 114.

Bajzer CT. (2004). *Acute Myocardial Infarction*.[\[meded.com/diseasemanacardiologi/acute/acute/acute.htm\]\(http://meded.com/diseasemanacardiologi/acute/acute/acute.htm\) diakses 24 Desember 2016.

Boersma, E., Mercado, N., Poldermans, D., Gardien, M., Vos, J., & Simoons, M. L. \(2003\). *Acute myocardial infarction*. *Erasmus University Medical Center and Thoraxcenter*.

Bungin, B. \(2005\). *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Diehl P.L. \(1992\). *Research Method For Business Management*. USA: Macmillan.

Departemen Kesehatan RI. \(2009\). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2008*. Jakarta: Depkes RI.

Departemen Kesehatan RI. \(2006\). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.

Dinas Kesehatan DIY. \(2011\). *Profil Kesehatan Provinsi DIY*. Yogyakarta: Depkes Yogyakarta.

Farissa, P. I. \(2012\). *Komplikasi pada Pasien Infark Miokard Akut ST-elevasi STEMI*. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang.

Gray, H.H., Dawkins, K.D., Morgan, J.M., dan Simpson, I.A., \(2006\). *Kardiologi*. Jakarta: Erlangga.

Harock. \(2004\). *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang*. Jakarta: Erlangga.

Hatta, G. R. \(2013\). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.

Huffman, E. K. \(1994\). *Health Information Management*. Berwyn, Illinois: Physician's Record Company.

Hungu. \(2007\). *Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Grasindo.

Iroth, J. S. \(2016\). *Dampak Penerapan Clinical Pathway terhadap Biaya Perawatan Pasien Stroke Iskemik Akut di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta*. *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta \(tidak dipublikasikan\).](http://www.clevelandclinic</p>
</div>
<div data-bbox=)

- Siregar, S. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Fajar Interpratama Mandiri.
- Soewadi, J. (2012). *Pengantar Metodologi Penelitian*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Kountur, R. (2005). *Statistik Praktis*. Yogyakarta: Victory Jaya Abadi.
- Lemeshow, S. dan David, J. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan* (Terjemahan). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mahanani, P. S. (2016). Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Stroke terhadap Lama Hari Perawatan dan Luaran Klinis Pasien Stroke Non Hemoragik di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta. *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta (tidak dipublikasikan).
- Nurmayanti. (2014). Perbedaan Lama Perawatan dan Biaya Pasien Stroke Non Hemorrhagic Sebelum dan Sesudah *Clinical Pathway* di RS Panti Rapih Yogyakarta. *Tugas Akhir*. Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta (tidak dipublikasikan).
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- PERKI. <http://www.inaheart.org> diakses pada tanggal 30 Maret 2017.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. www.depkes.go.id. diakses tanggal 10 Desember 2016.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016. www.depkes.go.id. diakses tanggal 10 Desember 2016.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGS). www.depkes.go.id. diakses tanggal 10 Desember 2016.
- Sciagra, R. M., Parodi, G. M., & Migliorini, A. M. (2010). Evaluation of the Influence of Age and Gender. *Journal of Nuclear Cardiology*. 444.
- Saputra, (2014). Hubungan Lokasi Infark dengan Mortalitas pada Pasien Infark Miokard Akut yang Dirawat di Ruang Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) RSUD Dokter Soedarso Pontianak.
- Sudra, R.I. (2010). *Statistik Rumah Sakit*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sulton, S. (2014). Evaluasi Implementasi *Clinical Pathway* pada Pasien *Acute Myocardial Infarction* di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta (tidak dipublikasikan).
- Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran diakses tanggal 10 Desember 2016.
- Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan diakses tanggal 9 Desember 2016.
- Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit diakses tanggal 9 Desember 2016.
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional* diakses tanggal 9 Desember 2016.
- Yusuf, S., Reddy, S., Ounpuu, et al. (2001). General Considerations, The Epidemiological Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization Circulation. *Global Burden of Cardiovascular Diseases*: 2746-2755.
- Yuwono, P. E., Rahardjo, P. M., & Utami, S. P. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Analisis Isi dan Analisis Data Sekunder*. Jakarta: Fajar Interpratama Mandiri.
- Wardani, N.A. (2015). Hubungan Pelaksanaan *Clinical Pathway* terhadap Lama Ranap dan Kejadian Fatal Pasien *Sindroma Koroner Akut*. *Tesis*. Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta (tidak dipublikasikan).
- World Health Organization. (2008). *World Health Organization Report Tahun 2008*, Geneva: 39 World Health Organization.

Implementasi Paradigma Pendidikan Vokasional pada Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Gadjah Mada

M. Syairaji¹, Nur Rokhman¹, Nuryati¹

Program Studi D-3 Rekam Medis Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada¹

ABSTRAK

Latar Belakang: Pendidikan dan pelatihan vokasional merupakan hal yang penting dalam perkembangan pengetahuan, teknologi dan sosial-ekonomi di negara-negara berkembang seperti Indonesia. Pada bidang sosial-ekonomi, pendidikan vokasional menyediakan akses untuk peningkatan keahlian serta pintu gerbang menuju dunia kerja. Pendidikan vokasional juga dapat dikatakan sebagai jembatan antara pendidikan umum dengan dunia kerja. Rekam medis sebagai salah satu pendidikan vokasional seharusnya memiliki tujuan dan paradigma yang sama dengan pendidikan vokasional.

Tujuan: Membandingkan pelaksanaan pendidikan DIII Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM dengan konsep/paradigma pendidikan vokasional berdasarkan teori dan referensi.

Metode: Metode penelitian ini adalah *literature review* dengan menggunakan referensi dari jurnal, UNESCO dan peraturan perundang-undangan.

Hasil: Pelaksanaan pendidikan DIII Rekam Medis telah sesuai dengan paradigma pendidikan vokasional menurut Zarifis, Kotsiki, UNESCO, Permenristek Dikti No.44 tahun 2015 dan No.32 tahun 2016 serta SK Menkes No.377 tahun 2007

Kesimpulan: Secara umum program studi rekam medis UGM telah memiliki kesesuaian dengan tujuan pendidikan vokasional dan sebagai sebuah sistem pendidikan, program studi ini fokus pada mempersiapkan peserta didik menghadapi dunia kerja dengan bekal kompetensi, pengetahuan, sikap yang baik.

Kata kunci: Vokasional, edukasi, rekam medis UGM

ABSTRACT

Background: Vocational education and training is crucial for scientific, technological and socio-economic development as well as in developing countries such as Indonesia. Especially in social and economic development, it depends on the strength of vocational education as it provides access to skills and entry routes into the labor market. It also could say that vocational education positioned as a hub between general education and the labor market. Medical record education as one of vocational education should have its aims and goals.

Objectives: To compare implementation of medical record study program UGM with vocational education paradigm based on theory and references

Method: This article is literature review that using references form journal, UNESCO and national regulations.

Results: Implementation of medical record study program UGM has met vocational education paradigms according to Zarifis, Kotsiki, UNESCO, Permenristek Dikti No.44 Tahun 2015 and No.32 Tahun 2016 also SK Menkes No.377 tahun 2017.

Conclusion: For the results, overall medical record study program UGM had suited with the aim of vocational education as education system which focuses on preparing students to the working world with certain competencies, knowledge, and attitudes.

Key words: vocational, education, medical record UGM

PENDAHULUAN

Masyarakat di abad ke-21 ini menghadapi tantangan yang kompleks dan kebutuhan individu yang semakin bertambah. Pendidikan vokasional adalah strata pendidikan yang selalu dinamis seperti perubahan kurikulum yang berdasar pada pertumbuhan pasar kerja dan beradaptasi dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (Sofyan et al, 2012). Pendidikan vokasional didesain untuk mempersiapkan individu-individu untuk memperoleh pekerjaan atau pekerjaan spesifik yang secara langsung berhubungan dengan produktifitas dan persaingan suatu negara (Lettmayr, 2011).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, program pendidikan tinggi terbagi menjadi tiga aspek yakni pendidikan akademik (sarjana, magister, dan doktoral), pendidikan profesi/spesialisasi, dan pendidikan diploma. Sebelum Peraturan Rektor Nomor 518/P/SK/HT/2008 diimplementasikan, program diploma di Universitas Gadjah Mada berada di bawah masing-masing fakultas. Setelah peraturan tersebut dijalankan, seluruh program diploma dikumpulkan menjadi satu yang disebut dengan Sekolah Vokasi. Program studi rekam medis dan informasi kesehatan merupakan salah satu dari dua puluh tiga program studi yang berada di Sekolah Vokasi UGM. Program studi ini memiliki visi sebagai *pioneer* pendidikan vokasional di bidang rekam medis dan informasi kesehatan di Indonesia yang bertaraf internasional, unggul, bermartabat, dan juga mampu menghasilkan tenaga kerja profesional yang berjiwa pancasila. Tujuan dari telaah literatur ini adalah untuk membandingkan konsep pendidikan vokasional dengan konsep yang diterapkan di program studi rekam medis dan informasi kesehatan Sekolah Vokasi UGM.

DEFINISI PENDIDIKAN VOKASIONAL

Pendidikan vokasional digunakan sebagai definisi komprehensif yang merujuk pada semua aspek yang terlibat pada proses pendidikan, merupakan

tambahan untuk pendidikan umum, proses pembelajaran yang terkait dengan ilmu pengetahuan dan teknologi, memperoleh keterampilan praktis, sikap kerja yang baik, pemahaman serta pengetahuan terkait pekerjaan di segala sektor sosial dan ekonomi (UNESCO, 2001). Menurut Kotsikis (2007), definisi pendidikan vokasional bersifat umum dan termasuk di dalamnya setiap bentuk edukasi yang bertujuan untuk memperoleh kualifikasi-kualifikasi yang terkait dengan profesi tertentu, seni, pekerjaan atau yang menyediakan pelatihan serta keahlian yang diperlukan selain pengetahuan teknis agar nantinya peserta didik mampu menjalankan profesi, seni atau aktifitas, terlepas dari usia dan tingkat pelatihan. Edukasi ini juga mengandung unsure pendidikan umum.

Pelatihan vokasional umumnya didefinisikan sebagai bagian dari pendidikan vokasional yang memberikan pengetahuan dan keterampilan terhadap suatu profesi tertentu. Pelatihan vokasional ini nantinya juga berkontribusi dalam hal kebutuhan peserta didik dan merupakan fokus dari setiap program pelatihan vokasional. Pelatihan vokasional dapat dilihat sebagai kegiatan atau seperangkat kegiatan yang dirancang untuk mentransmisikan pengetahuan teoritis dan juga keterampilan profesional yang dibutuhkan untuk jenis pekerjaan tertentu (UNESCO, 2001).

Pavlova, (2009) menyebutkan bahwa pendidikan vokasional merupakan pendidikan dengan tujuan utama mempersiapkan individu untuk bekerja menggunakan pendekatan berbasis kompetensi. Pendidikan untuk langsung bekerja memiliki 3 komponen yang saling terkait yakni, pembelajaran untuk bekerja, belajar tentang pekerjaan, dan memahami sifat pekerjaan Sofyan et al, 2012.

INDIKATOR PENDIDIKAN VOKASIONAL

Sebagaimana yang disebutkan dikebijakan pendidikan, pelatihan vokasional awal terkait dengan penawaran dan permintaan terhadap profesi/pekerja profesional. Penawaran

dan permintaan ini terbentuk berdasarkan karakteristik struktur ekonomi masing-masing negara (Efstratoglou & Nikopoulou, 2011). Tujuan utama pendidikan vokasional menurut Zarifis (2000) adalah sebagai berikut: 1) Meningkatkan jumlah peserta pelatihan yang telah menyelesaikan pendidikan tingkat menengah tertinggi, 2) Mengembangkan pengetahuan dan keterampilan profesional yang diperlukan untuk praktik profesi, 3) Mengevaluasi tingkat pendidikan peserta, agar mereka bisa menjadi profesional yang kompetitif di masa depan.

Kotsiki (2007) juga mengungkapkan tentang tujuan pendidikan vokasional, yakni: 1) Membantu peserta didik menyesuaikan diri dengan perubahan prosedur produktif, 2) Memberikan pelatihan khusus awal atau lanjutan, 3) Memberikan kebutuhan pasar tenaga kerja secara terus menerus, 4) Mengolah integrasi peserta didik dalam kehidupan profesional dan masyarakat, 5) memberikan kontribusi terhadap perolehan pengetahuan dan keterampilan ekonomi yang dibutuhkan oleh organisasi dan evolusi dari tuntutan profesi, 6) Membantu mengenal kode nilai sosial, integrasi budaya melalui sosialisasi profesional dan penciptaan kode perilaku dan sosial yang merupakan deontologi profesional, 7) Mempersiapkan diri untuk pelaksanaan hak dan kewajiban warga negara sebagai profesional (keamanan, perlindungan, tunjangan sosial, pajak dll.).

Menurut UNESCO (2001), program pendidikan vokasional sebagai persiapan dalam menghadapi dunia kerja harus memiliki beberapa aspek: 1) Bertujuan untuk memberikan pengetahuan ilmiah, keahlian teknis dan serangkaian kompetensi inti serta keterampilan generik yang diperlukan sehinggalantinya dapat beradaptasi dengan cepat terhadap gagasan/prosedur baru 2) Didasarkan pada analisis dan perkiraan terkait persyaratan pekerjaan oleh otoritas pendidikan nasional, otoritas ketenagakerjaan, organisasi kerja serta pemangku kepentingan, 3) memasukkan dan terdapat kesesuaian antara mata pelajaran umum, sains dan teknologi,

serta mata pelajaran seperti komputer, teknologi informasi dan komunikasi, lingkungan, studi tentang aspek teoritis serta praktik sesuai dengan bidang pekerjaan, 4) menekankan pengembangan rasa, nilai, etika dan sikap untuk mempersiapkan peserta didik menuju kemandirian, serta tanggung jawab.

Dalam membuat pendidikan vokasional memiliki hasil yang berkualitas, dosen/pengajar juga harus berkualitas dan profesional dalam bekerja. Dosen harus memiliki pemahaman tentang karakteristik pendidikan vokasional seperti mempersiapkan peserta didik memasuki dunia kerja, penyusunan kurikulum salah satunya berdasar pada permintaan pasar, penguasaan kompetensi yang dibutuhkan oleh tempat kerja. Hubungan erat dengan dunia kerja merupakan kunci sukses dalam pendidikan vokasional. Selain itu responsif dan selalu mengantisipasi perkembangan teknologi serta pembelajaran yang berdasarkan pada pengalaman. Proses pengajaran pada pendidikan vokasional juga membutuhkan fasilitas pelatihan yang baik serta memerlukan lebih banyak investasi dan anggaran operasional daripada pendidikan akademis Sofyan et al, 2012.

Menurut Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia (Permenristekdikti) Nomor 44 Tahun 2015 tentang standar nasional yang harus dipenuhi oleh semua perguruan tinggi, dikatakan bahwa terdapat 8 standar untuk pendidikan tinggi, 1) standar kompetensi lulusan, 2) standar isi pembelajaran, 3) standar proses pembelajaran, 4) standar penilaian pembelajaran, 5) standar dosen dan staf, 6) sarana dan prasarana, 7) standar pengelolaan pembelajaran, dan 8) standar anggaran pembelajaran.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah *literature review* dengan menggunakan referensi dari jurnal, UNESCO dan peraturan perundang-undangan. Pencarian literature sebagian besar dilakukan secara online melalui pencarian google dan situs

database jurnal. Pencarian literatur menggunakan kata kunci concept, paradigm, and vocational education.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Program rekam medis dan informasi kesehatan sekolah vokasi UGM memiliki misi yakni sebagai pelopor pendidikan terapan di Indonesia dalam bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan yang berkelas dunia, unggul, bermartabat, dan mampu menghasilkan tenaga kerja profesional yang berjiwa Pancasila pada tahun 2025. Untuk mencapai visi tersebut maka disusun 4 misi antara lain sebagai berikut: 1) Menyelenggarakan pendidikan terapan di bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang profesional sesuai tuntutan dunia kerja global. 2) Menyelenggarakan penelitian terapan di bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan guna pengembangan ilmu Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan. 3) Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat dan kerjasama dengan para pemangku kepentingan. 4) Menyediakan lingkungan pembelajaran yang kondusif untuk membentuk kepribadian profesional yang memiliki komitmen pengembangan dan penerapan pengetahuan bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan serta pengembangan ketrampilan bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Tujuan dari program studi ini adalah: 1) Terselenggaranya pendidikan tinggi terapan bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan yang berkualitas dalam rangka menghasilkan lulusan yang profesional, unggul, kompeten dan bermartabat, yang diakui mutunya oleh dunia kerja nasional maupun internasional. 2) Produk penelitian terapan bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan yang menjadi rujukan nasional yang responsive terhadap permasalahan masyarakat, bangsa, dan negara. 3) Pengabdian kepada masyarakat bidang Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan yang mampu mendorong kemandirian dan kesejahteraan masyarakat secara

berkelanjutan. 4) Tata kelola Program Studi Diploma Rekam Medis UGM yang berkeadilan, transparan, partisipatif, dan akuntabel guna menunjang efektifitas dan efisiensi pemanfaatan sumberdaya. 5) Kerjasama yang strategis, sinergis, dan berkelanjutan dengan para mitra (DLIKES SV UGM, 2017).

Jika kita bandingkan tujuan pendidikan vokasional menurut Zarifis (2000), tujuan program studi rekam medis telah sesuai. Salah satu tujuannya adalah meningkatkan jumlah peserta pelatihan dan mengembangkan pengetahuan dan keterampilan profesional telah sesuai dengan tujuan pertama program studi rekam medis yakni menghasilkan lulusan profesional, unggul, kompeten, dan bermartabat yang diakui dalam lingkup dunia kerja nasional maupun internasional. Dalam praktiknya, untuk mencapai hal tersebut, program studi rekam medis membuat kurikulum perkuliahan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 377 tahun 2007 yang membahas tentang kurikulum berbasis kompetensi yang harus dikuasai oleh perekam medis. Untuk mengevaluasi tingkat / kompetensi peserta didik, sebelum lulus mereka harus mengikuti *Objective Competence Assessment (OCA)* yang diselenggarakan oleh program studi. Tujuan dari tes ini adalah untuk mempersiapkan lulusan dalam mengikuti tes kompetensi profesi yang diselenggarakan oleh PORMIKI sebagai organisasi profesi.

Semua tujuan pendidikan vokasional menurut Kotsiki (2007) juga diimplementasikan dalam program rekam medis UGM. Tujuan pertama, kelima, dan keenam oleh Kotsiki yakni membantu peserta didik dalam menghadapi perubahan prosedur yang produktif, berkontribusi dalam memberikan pengetahuan dan keahlian sesuai dengan tuntutan profesi, memberikan pengetahuan yang sesuai dengan norma dan nilai sosial. Ketiga tujuan ini telah diakomodasi selama proses pembelajaran di kampus. Tujuan kedua, yaitu memberikan pelatihan awal atau lanjutan yang spesifik sesuai dengan bidang profesi telah dilaksanakan dengan cara

melibatkan dan mengikutsertakan para peserta didik dalam seminar atau pelatihan yang diselenggarakan oleh program studi, PORMIKI, atau APTIRMIKI (pengorganisasian pendidikan tinggi mengenai rekam medis dan informasi kesehatan). Tujuan ketiga, memenuhi kebutuhan pasar tenaga kerja yang terus berubah, telah diimplementasikan dengan PKL (Praktik Kerja Lapangan). Selama 3 tahun proses belajar mengajar di kampus, para peserta didik harus mengikuti 2 kali periode PKL yakni pada akhir semester 2 dan 4 semester di rumah sakit dan Puskesmas untuk mempersiapkan mereka menghadapi dunia kerja sesungguhnya. Pembimbing lapangan kadang memberi saran kepada pengelola program studi jika ada perubahan kebutuhan di tempat kerja. Untuk tujuan keempat, menumbuhkan integrasi dalam kehidupan profesional juga telah dilaksanakan melalui kegiatan PKL. Terkait sumbangsih kepada masyarakat, peserta didik selalu dilibatkan dalam kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang diselenggarakan oleh program studi maupun para dosen.

Tujuan pendidikan vokasional menurut UNESCO juga diimplementasikan dalam program studi rekam medis UGM. Untuk tujuan pertama, memberikan pengetahuan ilmiah dan keterampilan kompetensi inti yang dibutuhkan untuk beradaptasi terhadap pengembangan karir yang cepat, kurikulum program studi rekam medis juga berkembang agar sesuai dengan permintaan pasar/*user*. Tujuan kedua, pendidikan vokasional harus dibuat berdasarkan analisis kebutuhan dan persyaratan oleh otoritas pendidikan nasional, otoritas ketenagakerjaan, organisasi pekerja dan pemangku kepentingan. Hal tersebut juga telah diimplementasikan oleh program studi D-III Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM karena dewasa ini rumah sakit dan Puskesmas serta sarana kesehatan lainnya sangat membutuhkan tenaga perekam medis dengan dasar pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan. Untuk tujuan ketiga, program studi rekam medis UGM juga telah menerapkan tujuan ini.

Hal tersebut dapat dilihat dari cukup banyaknya mata kuliah yang terkait dengan teknologi informasi. Program studi ini juga memiliki laboratorium komputer untuk mendukung proses pembelajaran. Dan untuk tujuan keempat, etika dan sikap peserta didik juga diperhatikan dilihat dari beberapa mata kuliah yang mempelajari tentang etika dan sikap yang terkait dengan profesi rekam medis.

Menurut Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 standar pertama, lulusan D-III rekam medis UGM telah memenuhi kualifikasi dalam hal indeks prestasi. Dalam lima tahun terakhir, dari 1431 peserta didik yang terdaftar dalam program studi rekam medis, 371 peserta didik adalah lulusan dengan Indeks Prestasi Kumulatif (IPK) 3,19 - 3,52. Pada standar kedua, peserta didik dapat lulus dari program studi rekam medis UGM apabila telah menyelesaikan minimal 112 SKS (Satuan Kredit Semester), 59 SKS untuk teori dan 53 SKS untuk praktik. Semua SKS yang diajarkan sudah sesuai dengan standar profesi rekam medis yakni Surat Kepmenkes RI No. 55 / Menkes / SK / III / 2013. Untuk standar ketiga, pembelajaran diimplementasikan dengan menggunakan berbagai strategi dan teknik untuk mendorong peserta didik berpikir kritis untuk mengeksplorasi, berkreasi, dan bereksperimen dengan menggunakan berbagai sumber. Dalam standar keempat, penilaian pembelajaran dievaluasi dalam waktu 5 tahun untuk menyesuaikan diri dengan perkembangan ilmu pengetahuan secara umum dan pengetahuan di bidang rekam medis. Berdasarkan standar kelima yakni ketenagaan, program studi D-III Rekam medis memiliki 24 dosen tetap (1 sarjana, 18 magister, dan 5 gelar doktor dengan 2 orang profesor), 4 dosen temporer (semua dengan gelar magister) dan 9 staf. Standar keenam yakni terkait sarana dan prasarana, program rekam medis memiliki 11 ruang dosen, 1 sekretariat akademik, 1 ruang logistik, laboratorium rekam medis, laboratorium rekam medis elektronik, 10 ruang kuliah dan fasilitas pendukung lainnya. Program rekam medis juga memiliki 86.615 buku teks dan buku pegangan, modul praktik,

jurnal nasional dan internasional serta prosiding yang dapat diakses oleh peserta didik. Dalam standar ketujuh, pengelolaan pembelajaran rekam medis telah sesuai dengan standar ini yakni terkait perencanaan, pengembangan organisasi, staf, pengawasan, pengarahan, representasi, dan penganggaran. Dan untuk standar terakhir terkait pembiayaan, total dana dalam 3 tahun terakhir lebih dari 4 miliar rupiah setiap tahunnya rupiah berasal dari mahapeserta didik, pemerintah, dan sumber lainnya.

Berdasarkan Permenristek Dikti No. 32 Tahun 2016 yang membahas tentang akreditasi program studi dan pendidikan tinggi, setiap program studi dan pendidikan tinggi harus diakreditasi oleh Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT) untuk menilai kualitas program studi dan pendidikan tinggi. Menurut penilaian akreditasi terakhir pada tahun 2015, program rekam medis UGM terakreditasi A. Hal ini menunjukkan bahwa secara keseluruhan pengelolaan di Program Studi Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM memiliki kualitas yang baik sebagai pendidikan vokasional yang menyelenggarakan pendidikan untuk mencetak ahli perekam medis dan informasi kesehatan.

KESIMPULAN

Secara keseluruhan Program Studi D-III Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM telah sesuai dengan tujuan pendidikan vokasional sebagai sistem pendidikan yang fokus mempersiapkan peserta didik ke dunia kerja dengan kompetensi, pengetahuan, dan sikap tertentu. Setiap aspek dan tujuan yang harus ada dalam pendidikan vokasional juga telah dilakukan dan menjadi bagian dari visi, misi, dan tujuan D-III Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan Sekolah Vokasi UGM. (2017). *Buku Panduan Akademik 2017/2018 Program Studi Diploma Rekam Medis*. UGM: Yogyakarta.

Efstratoglou, A., Nikopoulou, B., (2011). Vocational Training as Educational Policy and as Policy for Employment

and Labor Market. Vocational Education and Training. Cyprus: Open University of Cyprus.

Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi. (2015). Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 tentang Standar Nasional Pendidikan. Lembaran Negara RI Tahun 2015. Jakarta.

Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi. (2016). Permenristekdikti No. 32 Tahun 2016 tentang Akreditasi Prodi dan PT. Lembaran Negara RI Tahun 2016. Jakarta.

Kotsikis, V. (2007). *Educational Administration and Policy*. Athens :Ellin.

Lettmayr, C. F., (2011). *The Benefit of Vocational Education and Training*. European Centre for the Development of Vocational Training. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Pavlova. M., (2009). *Technology and Vocational Education for Sustainable Development*.: Netherlands: Springer Netherlands.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.

Republik Indonesia. (2003). Undang-undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Lembaran Negara RI Tahun 1992. Jakarta.

Sofyan, H, Pardjono, Djatmiko, I. W., Sudira, P. (2012). *Paradigma Baru Pendidikan Vokasi*. Universitas Negeri Yogyakarta.

United Nation Educational, Scientific, and Cultural Organization, 2001. *Revised Recommendation Concerning Technical and Vocational Education and Training*. Paris, UNESCO.

Zarifis, G. (2000). *Vocational Education and Training Policy Development for Young Adults In The European Union: a Thematic Analysis of the EU Trend of Convergence Towards Integration*, Drown From the VET Policies Adopted In Three Member States. *Research in Post-Compulsory Education*, 5 Sofyan et al, 2012: 91-113.

Keamanan dan Kerahasiaan Berkas Rekam Medis di RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

Tazia Intan Prasasti¹, Dian Budi Santoso²
Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM^{1,2}
tazia2017@yahoo.com¹, dianbudisantoso@gmail.com²

ABSTRAK

Latar Belakang: Keamanan dan kerahasiaan merupakan faktor yang sangat penting dalam pengelolaan berkas rekam medis. Keamanan dan kerahasiaan rekam medis di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen belum terjaga. Pasien yang akan konsultasi ke poliklinik lain membawa berkas rekam medisnya sendiri. Masih ada petugas selain petugas rekam medis yang keluar masuk ruang *filing* sehingga informasi dalam berkas rekam medis berpotensi jatuh pada pihak yang tidak berhak.

Tujuan: Mengetahui keamanan dan kerahasiaan rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah wawancara dan observasi. Subjek penelitian yaitu 1 orang kepala instalasi rekam medis dan 3 orang petugas rekam medis. Objek penelitian adalah berkas rekam medis.

Hasil: Tinta yang digunakan sudah seragam, jelas dan rata. Kertas yang digunakan adalah HVS dengan ukuran A4 berat 70 gram. Map yang digunakan dari bahan karton. Tersedia alat pemadam kebakaran dan rutin dilakukan pengecekan sekring. Ruang *filing* tidak tahan gempa dan pemeliharaan kebersihan masih kurang. Masih ada pihak lain yang masuk ruang *filing*. Pasien membawa sendiri berkas rekam medisnya.

Kesimpulan: Keamanan rekam medis ditinjau dari faktor internal menunjukkan semua komponen sudah aman yaitu tinta, kertas, dan map. Ditinjau dari faktor eksternal, semua komponen belum aman yaitu pihak lain yang tidak berkewenangan, bencana, debu, serta serangga dan hama perusak lainnya. Kerahasiaan rekam medis belum terjaga karena pasien masih membawa sendiri berkas rekam medisnya.

Kata Kunci: Keamanan, Kerahasiaan, Berkas Rekam Medis.

Abstract

Background: The security and confidentiality of medical record are very important factor in the medical record. The security and confidentiality of the medical record in RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen can not guaranteed. Patients who will be consulting to other clinics bring medical record file itself. There are other officers who are not legitimate can pass through freely. It caused information in the medical record may be read by other that are not legitimates.

Objective : To identify the security and confidentiality of the medical record in RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

Methods : The is qualitative study with phenomenology approach. Data collection technique in this study is interviews and observation. The subject is 1 the head of the installation medical record and 3 medical record clerk. The object of this research is the medical record file.

Result : The ink used been clear and flat. The paper is HVS with A4 size weight 70 grams. The folder that is used from the carton. Available fire extinguishers and routinely checking fuse. The filing room not earthquake proof and the maintenance of cleanliness are still lacking. There are another parties enter the filing room. Patients bring their own medical record file.

Conclusion : Medical record security is assessed in terms of the internal and external factors. The confidentiality of medical record is not secure because patients still bring their own medical record file..

Keywords : security, confidentiality, medical record

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah catatan tentang siapa, apa, dimana, dan bagaimana perawatan pasien selama di rumah sakit (Rustiyanto, 2009). Salah satu aspek kegunaan rekam medis yaitu aspek dokumentasi yaitu rekam medis mengandung informasi penting yang bermanfaat untuk berbagai pihak. Rekam medis berisi data mengenai kesehatan masa lalu dan masa kini dan berisi catatan profesional kesehatan mengenai keadaan pasien saat ini dalam bentuk penemuan fisik, hasil prosedur diagnosa dan terapi serta respon pasien (Huffman, 1994).

Penyelenggaraan rekam medis saat ini masih belum sempurna, rekam medis masih dianggap tidak terlalu penting oleh sebagian pelayanan kesehatan padahal kualitas rekam medis merupakan cerminan dari baik atau buruknya pelayanan kesehatan. Rekam medis merupakan salah satu data yang dapat digunakan dalam pembuktian kasus malpraktek di pengadilan. Rekam medis juga sebagai salah satu dokumentasi keadaan pasien dan isi rekam medis merupakan rahasia kedokteran yang harus dijaga kerahasiannya oleh setiap tenaga kesehatan (Hatta, 2010).

Pembuatan rekam medis bertujuan untuk mendapatkan data dari pasien mengenai riwayat kesehatan, riwayat penyakit dimasa lalu dan sekarang selain itu juga pengobatan yang telah diberikan kepada pasien sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola, dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Pimpinan sarana kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan dan atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis (Hatta, 2010).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis, pasal 10 ayat (1) bahwa informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan

dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 6 Desember 2016 di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, didapatkan hasil wawancara dengan salah satu petugas rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen bahwa pelaksanaan keamanan berkas rekam medis di rumah sakit ini masih kurang. Pertama, pintu *filing* memang selalu dikunci namun kunci pintu ruang *filing* tersebut belum aman. Hal tersebut akan mengakibatkan orang lain atau yang tidak berkepentingan dengan mudah masuk ke ruang *filing* karena sangat mudah untuk dibuka oleh orang lain. Kedua, ketika ada pasien dirujuk ke poliklinik lain atau ke fasilitas penunjang seperti laboratorium dan radiologi, berkas rekam medis dibawa sendiri oleh pasien ke poliklinik atau fasilitas penunjang yang dituju. Seharusnya rumah sakit bertanggung jawab dalam hal melindungi informasi yang ada di dalam catatan medis yang bertujuan untuk mencegah agar tidak dibaca dan dipergunakan oleh orang yang tidak semestinya mendapatkan informasi tersebut. Selain melakukan wawancara, peneliti juga melakukan observasi. Didapatkan hasil masih sering ada petugas selain petugas rekam medis yang keluar masuk ruang penyimpanan berkas rekam medis tanpa alasan yang tepat.. Hal ini mengakibatkan informasi di dalam berkas rekam medis dapat terbaca oleh orang lain dan hal tersebut tidak sesuai dengan standar keamanan dan kerahasiaan berkas rekam medis.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui aspek keamanan dan kerahasiaan rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik

pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah wawancara dan observasi. Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara dan *check list* observasi. Subjek penelitian adalah kepala instalasi rekam medis dan 3 orang petugas rekam medis. Objek penelitian adalah berkas rekam medis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Aspek kerahasiaan dan keamanan berkas rekam medis merupakan hal yang wajib diperhatikan dan dipenuhi oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Aspek kerahasiaan dan keamanan berkas rekam medis dalam penelitian ini diilustrasikan dalam gambar 1.



Gambar 1. Aspek kerahasiaan dan keamanan berkas rekam medis

1. Keamanan Berkas Rekam Medis Ditinjau Dari Segi Fisik Berkas

Keamanan berkas rekam medis ditinjau dari segi fisik berkas di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sudah aman. Tinta yang dipilih dalam penulisan, pencatatan, dan *print out* pada berkas rekam medis sudah jelas, seragam, rata, dan mudah untuk dibaca. Kertas yang digunakan kertas HVS dengan ukuran A4 berat 70 gram dan tidak mudah sobek. Menurut Huffman (1994) kertas yang digunakan relatif bersih, kuat, dan memiliki mutu yang baik untuk penghapusan dan

permanensi. Map berkas rekam medis yang digunakan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen terbuat dari bahan karton. Menurut WHO (2006) bahan yang digunakan untuk membuat *folder* rekam medis merupakan bahan yang tebal dan tidak mudah sobek seperti kertas manila atau *cardboard* lain yang kuat. Bahan kertas dan map berkas rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sudah cukup kuat dan tidak mudah sobek. Menurut Sudra (2013), map rekam medis minimal memuat informasi sebagai berikut:

- Identitas sarana pelayanan kesehatan
- Tulisan "*CONFIDENTIAL*" atau "*RAHASIA*" atau keduanya
- Nama pasien
- Nomor rekam medis
- Tahun kunjungan terakhir



Gambar 2. Map berkas rekam medis RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

Map berkas rekam medis yang digunakan belum terdapat kode warna. Menurut Depkes RI (1997) kode warna adalah untuk memberikan warna tertentu pada sampul, untuk mencegah keliru simpan dan memudahkan mencari map yang salah simpan.

2. Keamanan Berkas Rekam Medis Ditinjau Dari Segi non Fisik Berkas

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen keamanan berkas rekam medis ditinjau dari segi non fisik berkas masih belum aman. Sudah terdapat peringatan di pintu ruang penyimpanan berkas rekam medis bahwa selain petugas dilarang masuk, tetapi masih ada pihak lain yang tidak berkewenangan masuk ruang penyimpanan berkas rekam medis. Menurut Firdaus (2012) hanya petugas

rekam medis dan petugas yang berkepentingan yang diijinkan masuk ruang penyimpanan rekam medis. Ruang penyimpanan berkas rekam medis dijadikan satu dengan bagian *assembling*, klaim BPJS, dan indeks. Menurut Wursanto (1991) ruangan penyimpanan arsip sebaiknya terpisah dari ruangan kantor lain untuk menjaga keamanan arsip-arsip tersebut mengingat bahwa arsip tersebut sifatnya rahasia, mengurangi lalu lintas pegawai lainnya, dan menghindari pegawai lain memasuki ruangan sehingga pencurian arsip dapat dihindari.

Keamanan berkas rekam medis dari bencana kebakaran sudah terlindungi. Sudah terdapat alat pemadam kebakaran atau APAR (Alat Pemadam Api Ringan) dan alat pendeteksi api atau asap (*fire smoke detector*), selain itu juga rutin dilakukan pengecekan sekering listrik di ruang penyimpanan berkas rekam medis.



Gambar 3. Alat pendeteksi asap

Selain itu terdapat peraturan dilarang merokok di ruang penyimpanan berkas rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, sehingga ruang penyimpanan berkas rekam medis bersih dari puntung rokok. Menurut Sugiarto (2015) ruang penyimpanan arsip harus selalu bersih dari puntung rokok. Bangunan ruang penyimpanan berkas rekam medis terbuat dari bahan beton. Menurut Widjanarko (2006) bangunan yang tahan gempa bangunan gedung dibuat dengan menggunakan sistem struktur rangka sederhana dengan pengisi baik rangka yang dibuat dari bahan kayu maupun beton bertulang dengan dinding pengisi dari bahan bata merah atau batako. Saat

penelitian ini dilaksanakan struktur bangunan masih baru tapi sudah retak.

Pada berkas rekam medis masih ditemukan debu. Hal tersebut dikarenakan kurangnya pemeliharaan kebersihan seperti penyedotan debu di ruang penyimpanan berkas rekam medis. Menurut Sugiarto (2015) ruang penyimpanan arsip harus selalu bersih dari debu. Debu dan kotoran yang dibiarkan tinggal di atas permukaan kertas, lama kelamaan akan sulit untuk dihilangkan, sehingga warna kertas akan berubah dan menimbulkan noda atau bercak serta mengaburkan tulisan.

Terkati pengendalian serangga yang dapat merusak fisik berkas, tidak ada penyemprotan racun serangga di ruang penyimpanan berkas. Menurut Sugiarto (2015) serangga berbahaya bagi arsip dan merupakan masalah yang pelik di negara tropis. Serangga tersebut biasanya membuat sarang di antara lembar-lembar arsip. Setiap enam bulan ruangan hendaknya disemprot dengan racun serangga seperti DDT, *pyrethrum*. Tetapi jangan sampai mengenai barang-barang arsip. Walaupun ruang penyimpanan berkas rekam medis sudah tertutup dengan baik, tetapi masih sering ditemukan bangkai tikus. Tidak ada pencegahan dalam hal ini.

3. Kerahasiaan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi dengan petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, kerahasiaan rekam medis belum terjaga dengan baik. Sudah terdapat petugas distribusi, tetapi petugas distribusi hanya mengantarkan berkas rekam medis ke poliklinik-poliklinik tujuan awal pasien akan melakukan pemeriksaan, sedangkan pasien yang akan konsultasi ke poliklinik lain atau akan melanjutkan pemeriksaan di fasilitas penunjang berkas rekam medisnya dibawa sendiri oleh pasien tersebut.

Menurut Hatta (2010) rekam medis digunakan sebagai salah satu dokumentasi keadaan pasien dan isi rekam medis merupakan rahasia kedokteran yang harus dijaga kerahasiaannya oleh setiap tenaga kesehatan. Pimpinan sarana kesehatan

bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan dan atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis. Seharusnya berkas rekam medis tidak boleh dibawa oleh pasien melainkan harus dibawa sendiri oleh petugas distribusi untuk diserahkan ke poliklinik, hal ini untuk menghindari rekam medis hilang atau terbawa oleh pasien.

SIMPULAN DAN SARAN

Dari penelitian ini dapat disimpulkan:

1. Keamanan berkas rekam medis ditinjau dari faktor internal, semua komponen sudah aman yaitu tinta, kertas, dan map.
2. Keamanan berkas rekam medis ditinjau dari faktor eksternal, semua komponen belum aman yaitu pihak lain yang tidak berkewenangan, gempa bumi, debu, serta serangga dan hama perusak lainnya.
3. Kerahasiaan berkas rekam medis belum terjaga dengan baik karena pasien membawa sendiri berkas rekam medisnya bila akan melanjutkan konsultasi ke poliklinik lain atau melanjutkan pemeriksaan di fasilitas penunjang.

Peneliti menyarankan agar aspek keamanan dan kerahasiaan berkas rekam medis dapat terjaga:

1. Sebaiknya ruang penyimpanan berkas rekam medis terpisah dari ruangan lain. Pihak lain yang tidak berkepentingan tidak boleh masuk ruang penyimpanan berkas rekam medis.
2. Sebaiknya dilakukan pemeliharaan kebersihan di ruang penyimpanan berkas rekam medis dengan cara penyedotan debu dan menggunakan kemoceng untuk membersihkan kotoran tikus yang ada di berkas rekam medis. Selain itu, sebaiknya dilakukan penyemprotan racun serangga pada ruang penyimpanan berkas rekam medis secara periodik selama enam bulan sekali dan memasang alat yang dapat mencegah masuknya serangga dan tikus. Serta menjaga kebersihan lingkungan, sehingga tidak terjadi

penumpukan sampah dan sisa makanan.

3. Sebaiknya berkas rekam medis pasien yang konsultasi ke poliklinik lain atau ingin melakukan pemeriksaan lanjutan di fasilitas penunjang diantarkan oleh petugas distribusi. Pasien tidak boleh membawa berkas rekam medisnya sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. (1997). *Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medis.
- Depkes RI. (2008). Permenkes RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis. www.depkes.go.id. Diakses tanggal 5 Desember 2016.
- Firdaus, S.U. (2012). *Rekam Medik Dalam Sorotan Hukum Dan Etika*. Surakarta: LPP UNS dan UNS Press.
- Hatta, G. R. (2010). *Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Huffman, E.K. (1994). *Health Information Management*. Illionis: Physicians.
- Rustiyanto, E. (2009). *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sudra, R. I. (2013). *Statistik Rumah Sakit*. Tangerang Selatan: Graha Ilmu.
- Sugiarto, A dan Wahyuno, T. (2015). *Manajemen Kearsipan Moderin*. Yogyakarta: Gava Media.
- WHO (2006). *World Health Statistics 2006*. Geneva: WHO Press.
- Widjanarko, Agoes. (2006). *Pedoman Teknis Rumah Dan Bangunan Gedung Tahan Gempa*. Jakarta: Direktorat Jendral Cipta Karya.
- Wursanto, IG. (1991). *Kearsipan I*. Yogyakarta: Kanisius.

Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta

Wahyu Kuntoro¹, Wahyudi Istiono²

Program Diploma III Rekam Medis Fakultas Sekolah Vokasi Universitas Gajah Mada¹

Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada²

gepptta@yahoo.co.id¹, wistiono@gmail.com²

ABSTRAK

Latar Belakang: Pelayanan yang memuaskan dan berkualitas akan membentuk loyalitas pasien/pelanggan, dan kepuasan sangat erat hubungannya dengan "word of mouth". Efek selanjutnya akan berlanjut pada proses terbentuknya citra puskesmas yang meningkat. Hal ini dikarenakan kondisi persaingan yang sangat ketat. Maka setiap puskesmas akan berusaha untuk menempatkan dirinya sebaik mungkin dimata pasien/pelanggannya agar dapat dipercaya untuk memenuhi kebutuhannya dalam bidang kesehatan. TPP di Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta masih terdapat komplain pasien terhadap kecepatan pelayanan petugas. Diperlukan pengukutan terhadap tingkat kepuasan berdasarkan guna mengetahui kualitas pelayanan.

Tujuan: Mengetahui distribusi kepuasan pasien berdasarkan lima dimensi kualitas jasa pelayanan, yaitu *tangibles, reliability, responsiveness, assurance, empathy*; dan mengetahui perbedaan tingkat kepuasan pasien berdasarkan karakteristik.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik kuantitatif dengan rancangan *Cross sectional* dan teknik sampel yang digunakan adalah *purposive accidental*. Sampel yang diambil sebanyak 100 orang pasien. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner dan observasi. Teknik analisa data menggunakan statistik inferensial (uji *Kruskal-Wallis* dan *Mann-Whitney*).

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian 84% menyatakan puas terhadap pelayanan di TPP. Dimensi yang perlu ditingkatkan adalah dimensi *Assurance* pada bagian kemampuan petugas. Berdasarkan hasil uji statistik *Kruskal-Wallis* dan *Mann-Whitney* ada perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan berdasarkan karakteristik pendidikan pasien, dengan nilai *p* (*sig*) sebesar 0.003.

Kesimpulan: Distribusi kepuasan secara menyeluruh mayoritas pada kategori puas. Tidak ada perbedaan kepuasan berdasarkan karakteristik Jenis kelamin, Usia, dan Pekerjaan. Namun ada perbedaan kepuasan yang bermakna pada karakteristik pendidikan.

Kata kunci: lima dimensi kualitas jasa, karakteristik pasien, tempat pendaftaran pasien rawat jalan, tingkat kepuasan pasien.

ABSTRACT

Background: Satisfactory and qualified service will shape patients/customers loyalty. Satisfaction is closely related to word of mouth; thus satisfactory service will result in new customers. Further effect will be continued on the process of improving Puskesmas (Health Centre) image forming. It is because the very strict competition. Thus, each Puskesmas will try to place themselves as good as possible in front of patients/customers so that they are trustworthy to fulfill their needs in health field. Outpatient registration at Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta still their patient complaint to speed service officer.

Objectives: Finding patients' satisfaction distribution based on five quality dimensions of service, such as *tangibles, reliability, responsiveness, assurance, empathy* and difference of patients' satisfaction level based on characteristics.

Method: Research type which is utilized by analitic research with quantitative approach and *Cross Sectional*. The sample technique is *purposive accidental*. 100 people patients are taken as the samples. The data collection technique utilizes questionnaire and observation. The data analysis technique uses inferencial statistic using *Kruskal-Wallis* and *Mann-Whitney* statistical test.

Result: Based on the research result, 84% states satisfied. Dimension needs to be improved is the dimension of *Assurance* on the part of the officer's abilities. Based on the *Kruskal-Wallis* and *Mann-Whitney* statistical test result, there is patients' satisfaction level difference towards service at outpatient registration place based on educational characteristics, with a value of *p* (*sig*) 0.003.

Conclusions: The overall satisfaction distribution of the majority in the satisfied category. Judging from each dimension, there is still a category of dissatisfaction on the assurance dimension, especially the patient item is sure of the officer's ability. There is no difference in satisfaction based on the characteristics of Gender, Age, and Occupation. However, there are significant differences in satisfaction in education characteristics.

Keywords: patients' satisfaction, five service quality dimension, outpatient registration place, patients' characteristics.

PENDAHULUAN

Kepuasan pasien didefinisikan sebagai respon pelanggan terhadap ketidaksesuaian antara tingkat kepentingan sebelumnya dan kinerja aktual yang dirasakannya setelah pemakaian. Kepuasan pasien/pelanggan adalah inti dari pemasaran yang berorientasi kepada pasien/pelanggan. Pelayanan yang memuaskan dan berkualitas akan membentuk loyalitas pasien/pelanggan, dan kepuasan sangat erat hubungannya dengan "*word of mouth*", maka pelayanan yang memuaskan tersebut juga akan mendatangkan pelanggan baru. Efek selanjutnya akan berlanjut pada proses terbentuknya citra puskesmas yang meningkat. Hal ini dikarenakan kondisi persaingan yang sangat ketat. Maka setiap puskesmas akan berusaha untuk menempatkan dirinya sebaik mungkin dimata pasien/pelanggannya agar dapat dipercaya untuk memenuhi kebutuhannya dalam bidang kesehatan (Rangkuti, 2006).

Tempat penerimaan pasien rawat jalan merupakan unit pelayanan terdepan bagi setiap puskesmas. Pelayanan pendaftaran pasien harus mampu mencakup informasi penting mengenai data sosial pasien. Selain itu pemberi pelayanan sebaiknya berpenampilan rapi dan berkomunikasi aktif untuk mendukung pelayanan di puskesmas. Tata cara melayani pasien dapat dinilai baik bilamana dilaksanakan oleh petugas dengan cepat, sikap yang ramah, sopan, tertip dan penuh tanggung jawab. Untuk menciptakan dan menjaga mutu pelayanan medis yang disesuaikan dengan keinginan masyarakat, maka pihak puskesmas perlu suatu umpan baik dari masyarakat yaitu tanggapan dan penilaian dari para pasien sehingga dijadikan sebagai suatu bahan evaluasi dan gambaran apakah pelayanan yang diberikan telah memenuhi harapan pasien atau belum. Oleh karena itu puskesmas berusaha untuk menghasilkan kinerja sebaik mungkin sehingga dapat memuaskan pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 28 Juni 2016

di Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta, peneliti melakukan wawancara kepada salah seorang petugas rekam medis di Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta, menurut petugas rekam medis di bagian Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) rawat jalan masih terdapat permasalahan mengenai pelayanan yang diberikan, hal ini dapat dilihat dengan adanya pasien yang komplain terhadap petugas TPP. Komplain pasien yang ditujukan kepada petugas TPP berupa komplain terhadap kecepatan petugas pendaftaran yang dikarenakan kurang efisiennya dalam melakukan pendaftaran pasien hal ini dikarenakan lamanya petugas dalam mengentery data pasien.

Memperhatikan masalah diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta. Mengetahui kepuasn pasien diharapkan pelayanan di pendaftaran pasien rawat jalan dapat dimaksimalkan, sehingga pada akhirnya puskesmas tersebut dapat memberi pelayanan yang berkualitas sekaligus memenuhi harapan dan kepuasan pasien.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif serta dengan rancangan *Cross sectional*. Teknik sampel yang digunakan adalah *purposive accidental*. Sampel yang diambil sebanyak 100 orang pasien. Teknik pengumpulan data menggunakan angket dan obsevasi. Teknik analisa data menggunakan statistik deskriptif dengan menggunakan uji statistik *Kruskal-Wallis* dan *Mann-Whitney*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik responden

Berdasarkan pengambilan data yang telah dilakukan menggunakan kuesioner kepada 100 responden di Puskesmas Kretek bantul karakteristik responden pada jenis kelamin laki-laki dan

perempuan berimbang. Adapun untuk kelompok usia 35-39 dan 45-49 tahun, pendidikan SMA, dan pekerjaan Buruh menempati posisi tertinggi.

2. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di tempat pendaftaran rawat jalan secara keseluruhan berdasarkan lima dimensi kualitas jasa

Pengukuran tingkat kepuasan pasien atau keluarga pasien di TPP rawat jalan dilakukan terhadap 100 orang responden berdasarkan kuesioner yang berisi 20 butir *item* pernyataan yang telah terkumpul, ditabulasi dan dilakukan analisis statistik. Pada tabel 5. Menunjukkan 12 (12%) responden menyatakan sangat puas, 84 (84%) responden menyatakan puas dan 4 (4%) responden menyatakan cukup puas.

a. *Tangibles*

Tingkat kepuasan pasien di TPP rawat jalan puskesmas Kretek pada dimensi *tangibles* sebanyak 39 (39%) responden menyatakan sangat puas, 59 (59%) responden menyatakan puas dan 2 (2%) responden menyatakan cukup puas.

b. *Reliability*

Tingkat kepuasan pasien di TPP rawat jalan puskesmas Kretek pada dimensi *reliability* sebanyak 29 (29%) responden menyatakan sangat puas, 62 (62%) responden menyatakan puas dan 9 (9%) responden menyatakan cukup puas.

c. *Responsiveness*

Tingkat kepuasan pasien di TPP rawat jalan puskesmas Kretek pada dimensi *responsiveness* sebanyak 25 (25%) responden menyatakan sangat puas, 63 (63%) responden menyatakan puas dan 12 (12%) responden menyatakan cukup puas.

d. *Assurance*

Tingkat kepuasan pasien di TPP rawat jalan puskesmas Kretek pada dimensi *assurance* sebanyak 26 (26%) responden menyatakan sangat puas, 54 (54%) responden menyatakan puas, 18 (18%) responden menyatakan cukup

puas dan 2 (2%) responden menyatakan tidak puas.

e. *Emphaty*

Tingkat kepuasan pasien di TPP rawat jalan puskesmas Kretek pada dimensi *emphaty* sebanyak 29 (29%) responden menyatakan sangat puas, 62 (62%) responden menyatakan puas dan 9 (9%) responden menyatakan cukup puas.

3. Perbedaan Tingkat kepuasan pasien terhadap lima dimensi kualitas jasa di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek ditinjau dari karakteristik pasien.

a. Jenis kelamin

Berdasarkan uji *mann-whitney* menunjukkan *asympt.sig* sebesar 0,152. Sehingga diketahui bahwa $P(\text{sig.}) > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan ditinjau dari karakteristik jenis kelamin pasien.

b. Usia

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *kruskal-wallis* bahwa $P(\text{sig.})$ sebesar = 0,088. Sehingga diketahui bahwa $P(\text{sig.}) > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan ditinjau dari karakteristik usia pasien.

c. Pekerjaan

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *kruskal-wallis* bahwa $P(\text{sig.})$ sebesar = 0,148. Sehingga diketahui bahwa $P(\text{sig.}) > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_1 ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan ditinjau dari karakteristik pekerjaan.

d. Pendidikan Pasien

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *kruskal-wallis* bahwa $P(\text{sig.})$ sebesar = 0,003. Sehingga diketahui bahwa $P(\text{sig.}) < 0,05$ maka H_1

diterima dan H_0 ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan ditinjau dari karakteristik pendidikan pasien. Analisis selanjutnya adalah dengan metode *mann-whitney (post hoc test)* untuk melihat perbedaan dari masing-masing pendidikan. Tabel 12 menunjukkan bahwa $P (sig.) < 0,05$ pada karakter pendidikan tidak sekolah dengan SD, tidak sekolah dengan SMP, tidak sekolah dengan SMA dan tidak sekolah dengan Perguruan Tinggi sehingga ada perbedaan kepuasan yang bermakna pada karakteristik tersebut.

B. Pembahasan

1. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan berdasarkan lima dimensi kualitas jasa.

Menurut Kotler (2005), kualitas pelayanan adalah keseluruhan ciri serta sifat dari suatu produk atau pelayanan yang berpengaruh pada kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan yang dinyatakan atau tersirat. Dengan demikian, yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Berdasarkan distribusi frekuensi seperti yang terangkum dalam tabel 5, dapat diketahui bahwa kepuasan pasien secara keseluruhan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta, dari 100 responden, sebagian besar menyatakan puas (84%). Sebanyak 12% responden menyatakan sangat puas dan 4% responden menyatakan cukup puas. Tidak ada responden yang menyatakan kurang puas maupun tidak puas terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta.

Dilihat dari statistik deskriptif, diperoleh rerata (*mean*) sebesar 3,91 yang berada pada interval antara 3,401 s.d 4,201 termasuk dalam kategori puas. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tingkat kepuasan pasien rawat jalan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta berada pada kategori puas.

a. *Tangibles*

Menurut Arikunto (2006) karena jasa tidak dapat diamati secara langsung maka pelanggan sering kali berpedoman pada kondisi yang terlihat mengenai jasa dalam melakukan evaluasi. Berdasarkan hasil analisis data, dapat diketahui bahwa kepuasan pasien di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta, pada dimensi *tangibles*, sebagian besar responden menyatakan puas (59%). Sebanyak 39% responden menyatakan sangat puas dan 2% responden menyatakan cukup puas. Tidak ada responden yang menyatakan tidak puas maupun sangat tidak puas terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa mayoritas pasien puas terhadap dimensi *tangibles* di Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta.

b. *Reliability*

Menurut Tjitono (2007), dimensi *reliability* menunjukkan kemampuan perusahaan dalam memberikan pelayanan atau jasa yang diharapkan secara meyakinkan, cepat, akurat, andal, dan konsisten. Berdasarkan hasil analisa data pada dimensi *reliability*, dapat diketahui bahwa kepuasan pasien di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta, sebagian besar respon menyatakan puas (62%), sebanyak 29% responden menyatakan sangat puas dan 9% responden menyatakan cukup puas. Tidak ada responden yang menyatakan tidak puas maupun sangat tidak puas terhadap pelayanan di tempat

pendaftaran pasien rawat jalan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa secara umum mayoritas pasien percaya akan keandalan dan keakuratan pelayanan yang diberikan petugas dengan cepat. Serta dengan keandalan yang dimiliki petugas, petugas mampu bersikap adil dalam memberikan pelayanan kepada pasien tanpa membedakan status sosial atau faktor lainnya (tidak bersikap diskriminasi).

c. *Responsiveness*

Dimensi *responsiveness* menunjukkan kesediaan penyedia jasa terutama staffnya untuk membantu serta memberikan pelayanan yang tepat sesuai kebutuhan konsumen. Dimensi ini menekankan pada sikap dari penyedia jasa yang penuh perhatian dan tanggap dalam memberikan pelayanan. Yakni menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah konsumen dengan penyampaian informasi yang jelas. Berdasarkan hasil analisis data pada dimensi *responsiveness*, dapat diketahui bahwa kepuasan pasien di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta, sebagian besar responden menyatakan puas (63%). Sebanyak 25% responden menyatakan sangat puas, dan 12% responden menyatakan cukup puas. Tidak ada responden yang menyatakan tidak puas dan sangat tidak puas terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien percaya akan kesiapan petugas dalam membantu pasien apabila ada kesulitan, ketanggapan dan kemampuan petugas membantu pasien menyelesaikan masalah yang dihadapi serta ketanggapan petugas dalam memberikan informasi pelayanan yang akan diberikan secara jelas ketika di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta/

d. *Assurance*

Dimensi *assurance* ini menekankan pada kemampuan penyedia jasa untuk membangkitkan rasa percaya dan

keyakinan diri konsumen bahwa pihak penyedia jasa terutama pegawainya mampu memenuhi kebutuhan konsumennya, serta memberikan pelayanan dengan kepastian dan bebas dari keragu-raguan. Membiarkan konsumen menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negative dalam kualitas pelayanan. Berdasarkan hasil analisis data pada dimensi *assurance*, dapat diketahui bahwa kepuasan pasien di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta, sebagian besar responden menyatakan puas (54%). Sebanyak 26% responden menyatakan sangat puas, 18% responden menyatakan cukup puas dan 2% responden menyatakan tidak puas.

Tidak ada responden yang menyatakan sangat tidak puas dan mayoritas responden menyatakan puas terhadap pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan. Maka dapat diartikan bahwa sebagian besar pasien merasa yakin dan percaya kepada kemampuan petugas dalam melayani pasien dengan baik. Selain itu, pasien juga tidak dibiarkan menunggu tanpa adanya kepastian ketika mendapatkan pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta.

e. *Emphaty*

Dimensi *emphaty* menunjukkan kemampuan penyedia jasa dalam memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual yang diberikan kepada konsumen dengan berupaya memahami keinginannya. Dimensi ini merupakan kemampuan penyedia jasa dalam memperlakukan konsumen sebagai individu-individu yang spesial. Berdasarkan hasil analisis data pada dimensi *emphaty*, dapat diketahui bahwa kepuasan pasien di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta, sebagian besar responden menyatakan puas (67%). Sebanyak 17% responden menyatakan sangat puas dan 17% responden menyatakan cukup puas.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien menilai petugas telah bersikap ramah dan sopan santun, serta selalu memberikan salam dan bertanya keperluan pasien ketika memberikan pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta.

2. Analisis tingkat kepuasan berdasarkan lima dimensi kualitas jasa ditinjau dari karakteristik pasien.

a. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil analisis data dengan menggunakan teknik *mann-whitney* diperoleh hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada tingkat kepuasan pasien ditinjau dari karakteristik jenis kelamin. Hal ini ditunjukkan dengan hasil $P(\text{sig.}) > 0,05$ yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna pada tingkat kepuasan pasien maka H_0 diterima dan H_1 ditolak. Pada penelitian anekelita (2013) dari hasil uji T diperoleh selisih rerata (*mean*) tingkat kepuasan pasien antara kelompok pasien laki-laki dan pasien perempuan diperoleh hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok jenis kelamin, hal ini ditunjukkan dengan hasil $P(\text{sig.}) > 0,05$ yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan pada tingkat kepuasan pasien

b. Usia

Berdasarkan hasil analisis data dengan menggunakan teknik *Kruskal-Wallis* diperoleh hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada tingkat kepuasan pasien ditinjau dari karakteristik usia. Hal ini ditunjukkan dengan hasil $P(\text{sig.}) > 0,05$ yang berarti bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada tingkat kepuasan pasien. Pada penelitian Anekelita (2013), dari hasil uji Anova pada tingkat kepuasan ditinjau dari karakteristik pasien, didapat hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada tingkat kepuasan pasien ditinjau dari kelompok usia pasien. Hal ini ditunjukkan dengan

$P(\text{sig.}) > 0,05$, yang berarti bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok usia.

c. Pekerjaan

Tingkat kepuasan pasien ditinjau dari karakteristik jenis pekerjaan, diperoleh hasil bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan. Hal ini ditunjukkan dengan hasil $P(\text{sig.}) > 0,05$ yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna pada tingkat kepuasan pasien.

d. Pendidikan

Dari hasil analisis data, tingkat kepuasan pasien ditinjau dari karakteristik tingkat pendidikan, diperoleh hasil bahwa ada perbedaan yang bermakna pada tingkat kepuasan pasien. Hal ini ditunjukkan dengan hasil $P(\text{sig.}) < 0,05$ yang berarti bahwa ada perbedaan yang signifikan pada tingkat kepuasan pasien berdasarkan karakter pendidikan.

Hal ini dibuktikan dengan hasil analisis dengan metode *Mann-Whitney* (post hoc test) untuk tabel 12, dapat diketahui bahwa ada perbedaan yang bermakna kepuasan pasien antara kelompok pasien yang tidak sekolah dengan kelompok pasien yang berpendidikan SD, kelompok pasien yang tidak sekolah dengan kelompok pasien yang berpendidikan SMA dan kelompok pasien yang tidak sekolah dengan kelompok pasien yang berpendidikan Perguruan Tinggi.

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Karakteristik responden pada jenis kelamin laki-laki dan perempuan berimbang. Adapun untuk kelompok usia 35-39 dan 45-49 tahun, pendidikan SMA, dan pekerjaan Buruh menempati posisi tertinggi.
2. Distribusi kepuasan secara menyeluruh mayoritas pada kategori puas. Dilihat dari setiap dimensi masih ada kategori tidak puas pada dimensi *assurance* khususnya item

- pasien yakin akan kemampuan petugas.
3. Tidak ada perbedaan kepuasan berdasarkan karakteristik Jenis kelamin, Usia, dan Pekerjaan. Namun ada perbedaan kepuasan yang bermakna pada karakteristik pendidikan.
- B. Saran
- Kepala puskesmas sebaiknya menyelenggarakan pelatihan kepada petugas TPP untuk meningkatkan kompetensi/ kemampuan sehingga dapat lebih memberikan pelayanan dengan kepastian yang baik, dapat memberikan rasa percaya dan keyakinan diri pasien terhadap kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan, serta tidak membiarkan pasien menunggu tanpa adanya kejelasan petugas.
- DAFTAR PUSTAKA**
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Revisi V*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aritonang, L. R. (2005). *Kepuasan Pelanggan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Azwar,A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Azwar,S. (2009). *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Benyamin. (1990). *Pelayanan Media Citra Konflik dan Harapan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Budi,S.C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Depkes RI. (1997). *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi I*. Jakaarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dessler, G. (2009). pengertian Pelatihan. <http://teorionline.wordpress.com/2010/06/27/pelatihan-sdm>. Diakses Tanggal 8 November 2016.
- Huffman, E, K. (1994). *Health Information Management*. Berwyn: Illionis Physician’s Record Company.
- Kotler, P. (2005). *Manajemen Pemasaran Edisi II*. Jakarta: Indeks.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Noviandine, A. (2013). *Kepuasan Pasien Jamkesmas Terhadap Pelayanan Petugas Di TPP Rawat jalan RSUD DR. Soeradi Tirtonegoro Klaten*. Karya Tulis Ilmiah. Yogyakarta: DIII Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan FMIPA UGM (tidak dipublikasikan)
- Noviyani, R. (2009). *Kepuasan Pasien Askes Terhadap Pelayanan Petugas Tempat Penerimaan Pasien (TPP) Rawat Jalan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah. Yogyakarta: DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan FMIPA UGM (tidak dipublikasikan).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 / Menkes / Per / III / 2008 tentang Rekam Medis. http://dinkes.surabaya.go.id/portal/files/permenkes/dok_dinkes_87.pdf Diakses Tanggal 8 November 2016.
- Rangkuti, F. (2006). *Measuring Customer Satisfaction*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2012). *Reliabilitas dan Validitas Edisi 4*. Bandung: Alfabeta.
- Supranto, J. (2002). *Metode Riset Aplikasi dalam Pemasaran*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Supranto, J. (2006). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Suprpto, K. M. (2008). *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Mata Dr. “YAP” Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah. Yogyakarta: DIII Rekam Medis dan

Informasi Kesehatan FMIPA
Universitas Gadjah Mada.

Tjiptono, F. (2007) Pemasaran Jasa (Services Marketing). Yogyakarta: Andi.

Ketepatan Kode Diagnosis Sistem Sirkulasi di Klinik Jantung RSUD Wates

Heri Hernawan¹, Kori Puspita Ningsih², Winarsih³

Dosen Program Medis Perakam Medis dan Informasi Kesehatan (D-3)
STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta^{1,2}

Mahasiswa Program Medis Perakam Medis dan Informasi Kesehatan (D-3)
STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta³

Jalan Ringroad Barat, Meijing Kidul, Kec. Gamping, Kab. Sleman
Yogyakarta 55294

herihernawan.jp@gmail.com¹, puspitakori@gmail.com², Sayawinarsih@gmail.com³

ABSTRAK

Latar Belakang: Ketepatan kode diagnosa sangat penting untuk sarana pelayanan kesehatan di masyarakat. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Instalasi Rekam Medis RSUD Wates, dari jumlah 30 berkas rekam medis pasien rawat jalan dengan kasus Kardiovaskuler menunjukkan bahwa 86,67% kode diagnosis yang tidak tepat sesuai dengan ICD-10 dan 13,33% kode diagnosis yang tepat sesuai dengan ICD-10.

Tujuan: Mengetahui pelaksanaan pengisian kode penyakit, presentase ketepatan kode penyakit dan faktor penyebab ketidaktepatan kode sistem sirkulasi di klinik jantung RSUD Wates

Metodologi Penelitian: Jenis penelitian yang digunakan yaitu deskriptif dengan pendekatan kualitatif kuantitatif, dengan rancangan *cross sectional*. Populasi penelitian 2189 berkas rekam medis kasus sistem sirkulasi di klinik jantung periode januari-maret 2017, teknik pemilihan sampel dengan random sampling, jumlah sampel penelitian sebesar 98 berkas medis sistem sirkulasi di klinik jantung. Teknik pengumpulan data dengan observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

Hasil: Tingkat Ketepatan kode diagnosa sistem sirkulasi di RSUD Wates dari total sampel yang diambil yaitu 98 berkas rekam medis, dari yang tertinggi secara berturut-turut adalah Kategori B 49% (48 dari 98 berkas rekam medis), kategori C 27% (26 dari 98 berkas rekam medis), kategori A 18% (18 dari 98 berkas rekam medis) dan 6% (6 dari 98 berkas rekam medis).

Kesimpulan: pengodean tidak dilakukan oleh petugas rekam medis, tingkat ketepatan kode diagnosa pasien rawat jalan sistem sirkulasi masih tidak baik, belum adanya SOP Pengodean pasien rawat jalan dan masih kurangnya buku ICD-10 untuk melakukan pengodean.

ABSTRACT

Background: The accuracy of diagnostic codes is very important for health care facilities in the community. Based on a preliminary study conducted at the Medical Record Installation of Wates Hospital, out of 30 records of outpatient medical records with Cardiovascular cases showed that 86.67% of diagnostic codes were not accurately consistent with ICD-10 and 13.33% Appropriate diagnosis codes according to ICD-10.

Objectives: To know the accuracy coding diagnosis, presentation of accuracy coding diagnosis, and factor causing of inaccuracy of coding diagnosis circulation system at Cardiac Clinic of Wates Hospital

Method: Research used is descriptive with qualitative quantitative approach, with cross sectional design. Population research 2189 medical records cases circulation system at cardiac clinic period January until March 2017. Technique sampling used random sampling, total sampling 98 medical records cases circulation system at cardiac clinic. Technique data used observation, interview and study documentation.

Result: Level of accuracy of circulation system diagnostic code in Wates Hospital of total samples taken are 98 medical records file, from the highest respectively is Category B 49% (48 of 98 medical record files), C category 27% (26 from 98 medical record files), category A 18% (18 out of 98 medical record files) and 6% (6 of 98 medical record files).

Conclusions: the coding is not done by the medical record officer, the accuracy of the outpatient diagnostic code of the circulatory system is still not good, the absence of SOP Coding outpatients and still lack of ICD-10 books to do the coding.

Keywords: Inaccuracy, Diagnosis Code, Circulation System

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesa, diagnosis, tindakan dan pelayanan penunjang yang diberikan kepada pasien selama pasien mendapatkan pelayanan di rumah sakit, baik di unit rawat jalan, rawat inap, serta gawat darurat (Ismainar, 2015). Klasifikasi Diagnosis adalah penyeragaman penyakit-penyakit dan prosedur-prosedur yang sejenis ke dalam suatu grup nomor kode penyakit dan tindakan yang sejenis. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (ICD) adalah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. Kualitas hasil pengodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter, serta profesionalisme antara dokter dengan petugas *coder*. Diagnosis adalah penentuan sifat penyakit atau membedakan satu penyakit dengan penyakit yang lainnya berdasarkan tanda, gejala, dan pemeriksaan laboratorium selama kehidupan (WHO, 2010). RSUD Wates merupakan rumah sakit tipe kelas B Pendidikan. RSUD Wates merupakan salah satu pusat pelayanan kesehatan yang terletak di daerah Wates Kulon Progo. Berdasarkan sampling yang di ambil pada saat studi pendahuluan sebanyak 30 berkas pasien rawat jalan di RSUD Wates terdapat 86,67% kode diagnosis yang tidak tepat sesuai dengan ICD-10 dan 13,33% kode diagnosis yang tepat sesuai dengan ICD-10. Terdapat permasalahan pengkodean diagnosis pasien rawat jalan yang dilakukan perawat masing-masing klinik dengan cara mengentry kedalam SIRS, kemudian keluar secara otomatis dan tidak dapat di validasi oleh petugas rekam medis.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif. (4) dengan pendekatan kualitatif. (5) menggubakan rancangan *cross sectional*. penelitian dilaksanakan di Instalasi Rekam Medis RSUD Wates.

Populasi penelitian sebanyak 2189 berkas rekam medis kasus sistem sirkulasi di klinik jantung periode januari-maret 2017, teknik pemilihan sampel dengan random sampling, Total sampel yang diambil yaitu 98 berkas rekam medis kasus sistem sirkulasi klinik jantung. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah pengamatan (observasi), wawancara, dan studi dokumentasi. Instrumen pengumpulan data menggunakan chek list observasi, pedoman wawancara, buku dan alat tulis, recorder dan kamera .

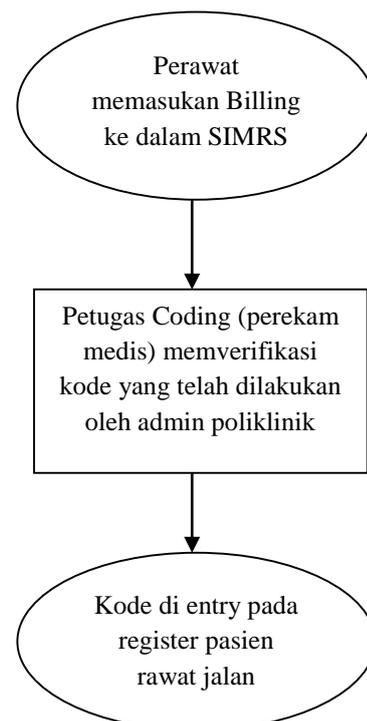
Metode pengolahan data kualitatif dengan tahap: *editing, coding, data entry, dan cleaning*. Kemudian data di olah dengan langkah-langkah *data reduction, data display, dan verification*. Sedangkan metode pengolahan data kuantitatif menggunakan analisis univariate dengan melihat persentase tiap variable penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Proses Pengodean Diagnosis Sistem Sirkulasi

a. Sistem Pengodean

Alur Pengodean Diagnosis Pasien Rawat Jalan



Sumber: Hasil Observasi di Instalasi Rekam Medis

Berdasarkan studi dokumentasi pada pedoman perorganisasian instalasi rekam medis tentang uraian tugas pada Penanggung Jawab Unit Pengolahan Berkas, Pengolahan Data dan Pelaporan salah satunya adalah pelaksanaan pengodean yaitu dilaksanakan oleh petugas rekam medis. Berdasarkan hasil studi dokumentasi di RSUD Wates sudah terdapat SOP Pengodean Nomor MKI/449.1/06/2015 tentang Pemberian Kode Penyakit dan Tindakan (*Coding*) Rekam Medis Rawat Inap, dengan isi sebagai berikut: 1) Status yang telah dirakit/assembly diterima oleh petugas koding; 2) Petugas menuliskan kode penyakit berdasarkan buku ICD-X dan kode tindakan berdasarkan buku ICD-IX CM; 3) Seluruh diagnosa penyakit, baik itu diagnosa utama dan diagnosa sekunder dilakukan pengodean; 4) Petugas mulai mencari kode penyakit pada buku indeks ICD-X Vol.III; 5) Untuk mengecek kebenaran kode penyakit, petugas dapat mengecek pada buku ICD-X Vol.I; 6) Untuk kode tindakan, petugas dapat mencari kode tindakan pada buku ICD-IX CM; 7) Petugas mencatat rekam medis yang memiliki tindakan pada buku kendali rekam medis dengan tindakan; 8) Status rekam medis rawat inap yang telah dikode dengan lengkap diserahkan ke bagian indeksing. Namun untuk SOP Pelaksanaan pengodean pasien rawat jalan masih belum terdapat SOP untuk melakukan pengodean kode diagnosa.

Standar Operasional Prosedur (SOP) pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur operasional standar yang ada di dalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah, atau tindakan yang digunakan fasilitas pemrosesan yang dilaksanakan oleh orang-orang di organisasi telah berjalan efektif, konsisten standard dan sistematis

(Tambunan, 2013). Menurut KARS (2012) pada standar akreditasi MKI.13 bahwa harus ada kebijakan, pedoman, atau SOP untuk mengatur pengodean. Bukti dokumentasi tersebut meliputi Kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi yang digunakan, simbol (termasuk yang tidak boleh digunakan), dan singkatan (termasuk yang tidak boleh digunakan).

b. Sarana Prasarana

Berdasarkan hasil dari observasi yang dilakukan sarana yang digunakan untuk melakukan pengodean kode diagnosis pasien rawat jalan yang dilakukan perawat yaitu menggunakan Komputer untuk mengentry diagnosa pasien, dan buku bantu untuk membantu petugas melakukan pengodean maupun pengentryan diagnosa. Namun untuk buku bantu yang digunakan tidak dilakukan pengesahan karena menurut keterangan bahwa buku bantu tersebut hanya catatan kecil yang dibuat oleh masing-masing petugas.

ICD-10 adalah pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit, disertai dengan materi baru yang berupa aspek praktis penggunaan klasifikasi. ICD bertujuan untuk mendapat rekaman yang sistematis, dapat melakukan analisis, interpretasi, serta digunakan untuk membandingkan data morbiditas dan mortalitas dari negara yang berbeda atau antar wilayah yang berbeda (WHO, 2010).

Sarana prasarana yang mendukung kelancaran kodefikasi dibutuhkan ICD 10, ICD 9CM, aplikasi ICD, computer, printer, internet, kamus kedokteran dan kamus bahasa inggris (Pela, 2017). Dalam pelaksanaan pelayanan di rumah sakit SIMRS juga berperan penting bagi mutu pelayanan, antara lain sebagai: aspek administrasi, aspek hukum, aspek keuangan, aspek riset dan edukasi dan aspek dokumentasi (Aditama, 2012).

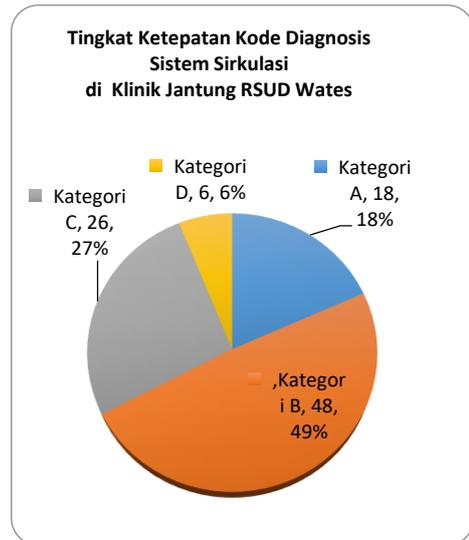
c. SDM Pengodean

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di RSUD Wates Sumber daya manusia petugas pengodean di Instalasi Rekam Medis RSUD Wates yaitu berjumlah 2 orang yakni satu rawat jalan dan satu rawat inap. Namun untuk pelaksanaannya, pengentryan kode diagnosa pasien rawat jalan dilakukan oleh perawat dengan cara mengentry diagnosa yang telah ditetapkan oleh dokter kedalam SIMRS yang ada dikomputer masing-masing ruangan poliklinik sehingga muncul kode diagnosa secara otomatis Menurut PERMENKES No.55/MenKes/PER/III/2013 pasal 13 dalam pelaksanaan pekerjaannya perekam medis mempunyai kewenangan sesuai dengan kualifikasi pendidikan seorang ahli madya perekam medis antara lain melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar, melaksanakan sistem pelaporan dalam bentuk informasi kegiatan pelayanan kesehatan dan melaksanakan evaluasi kelengkapan isi diagnosis dan tindakan sebagai ketepatan pengodean. Kompetensi perekam medis yaitu perekam medis harus mampu melakukan tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu tinggi dengan memperhatikan beberapa kompetensi, salah satunya adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit (Rustiyanto, 2009).

2. Tingkat Ketepatan Kode Diagnosis Sistem Sirkulasi Klinik Jantung di RSUD Wates

Berdasarkan observasi dengan melihat laporan register pasien rawat jalan dan berkas rekam medis kasus sistem sirkulasi di RSUD Wates dengan menggunakan lembar ceklist yang dilihat pada formulir pasien rawat jalan ditemukan beberapa kode yang tidak tepat pada kasus sistem sirkulasi.

Pengodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan *coding* dilakukan setelah perakitan dan analisis berkas (Hatta, 2012). Sehubungan dengan ketepatan kode diagnosis dari 98 berkas rekam medis kasus sistem sirkulasi didapat hasil sebagai berikut:



Dari grafik diatas dapat diketahui presentase ketepatan kode diagnose dari 98 berkas rekam medis yang sudah di observasi didapatkan 6% kode pada register rawat jalan tidak dikode (kategori D) sedangkan 49% kode diagnosa ditulis kurang lengkap (kurang karakter keempat) (Kategori B).. Danik dan Nuryati (2014) menyatakan bahwa penulisan diagnosis antara berkas rekam medis dengan EHR harus sesuai karena akan mempengaruhi kualitas dan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit terhadap pasien serta mempengaruhi proses pengambilan kebijakan oleh rumah sakit

Dilihat dari tabel diatas ketepatan kode diagnosa hanya sebesar 18% (Kategori A). Menurut Octaria (2012) ketepatan dan kecepatan terhadap pengkodean penyakit dimonitor oleh *reliability* (kehandalan), *validity* (keakuratan) dan *completeness* (kelengkapan) dengan meningkatkan ketepatan dan kecepatan pengkodingan penyakit menghindari

Tabel 4.1. Hasil Perhitungan Ketepatan Kode

| Hasil | Jumlah Berkas | Prosentase |
|---|---------------|-------------|
| Kategori A | | |
| Jika kode diagnosa ditulis tepat sesuai dengan ICD-10 | 18 | 18% |
| Kategori B | | |
| Jika kode diagnosa ditulis kurang lengkap (kurang karakter keempat) | 48 | 49% |
| Kategori C | | |
| Jika kode diagnosa ditulis berbeda dengan kode yang sesuai | 26 | 27% |
| Kategori D | | |
| Jika pada register rawat jalan tidak dikode | 6 | 6% |
| TOTAL | 98 | 100% |

terjadinya piutang yang besar bagi rumah sakit.

3. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Sitem Sirkulasi Klinik Jantung di RSUD Wates Triwulan I Tahun 2017

a. Faktor Sistem

Dalam pelaksanaan pengodean ternyata petugas masih belum mengetahui ada atau tidaknya sistem kebijakan, SOP maupun pedoman yang mengatur pelaksanaan pengodean kode diagnosis pasien rawat jalan salah satunya adalah kode diagnosa pada kasus sistem sirkulasi di RSUD Wates.

b. Faktor Sarana Prasarana

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan sarana yang digunakan dalam pengodean yang dilakukan yaitu buku ICD-10, SIMRS pada komputer, dan buku bantu namun pada pelaksanaan SIMRS yang digunakan sering terjadi eror, baik itu dari sistemnya maupun dari gangguan listrik yang ada di RSUD Wates, untuk hasil pengodean yang dilakukan oleh perawat pada SIMRS tidak dapat diverifikasi oleh petugas rekam medis. Di RSUD Wates penulisan diagnosis pada kasus sistem sirkulasi yang menggunakan singkatan, dan terdapat

sudah terdapat buku singkatan. KARS (2012), pada standar MKI.13 Rumah Sakit menggunakan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan definisi. Maksud dan tujuan MKI. 13 yakni Standarisasi terminologi, definisi, *vocabulary* (kosa kata) dan penamaan (nomenklatur) memfasilitasi perbandingan data dan informasi di dalam maupun antar rumah sakit.

c. Faktor SDM

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pengkodean untuk pasien rawat jalan di RSUD Wates dilakukan oleh masing-masing perawat poli dengan mengentry diagnosa yang diberikan oleh dokter seperti kasus sistem sirkulasi di poli jantung yang dilakukan oleh perawat dan bukan dilakukan oleh petugas coding dari bagian unit rekam medis, karena petugas pengodean di unit rekam medis hanya 2 orang dan menurut salah satu sumber untuk petugas pengodean memang masih dirasa kurang, tetapi sudah ada rencana untuk penambahan petugas.

KESIMPULAN

Pengodean diagnosis pada kasus sistem sirkulasi di klinik jantung RSUD Wates tidak dilakukan oleh petugas rekam medis, namun untuk kode diagnosa yang telah diberikan oleh dokter setelah selesai pelayanan di entry kedalam sistem aplikasi yang ada di komputer oleh admin perawat di poliklinik masing-masing sehingga kode diagnosa muncul secara otomatis, Tingkat ketepatan kode diagnosa pada kasus sistem sirkulasi klinik jantung di RSUD Wates masih belum baik karena tingkat ketepatan kode yang sesuai dengan ICD-10 hanya mencapai 18% (18 dari 98 berkas rekam medis), Faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosa sistem sirkulasi klinik jantung di RSUD Wates dari, faktor sistem yaitu belum ada SOP Pengodean pasien rawat jalan, dari faktor sarana prasarana yaitu sering terjadi eror pada SIMRS yang digunakan oleh petugas, tidak terdapat aplikasi untuk validasi pada SIMRS, ICD-10 yang terbatas jumlahnya, dan diagnosis

pasien tidak terbaca, kemudian dari faktor SDM pengodean tidak dilakukan oleh petugas rekam medis namun diagnosa dientry oleh perawat atau admin yang ada di poliklinik masing-masing kedalam SIMRS sehingga akan muncul kode diagnosa secara otomatis.

SARAN

Sebaiknya pengodean diagnosis pasien rawat jalan di RSUD Wates dilakukan oleh petugas yang berkompeten yaitu petugas rekam medis sesuai dengan kualifikasi pendidikan seorang perekam medis, Sebaiknya pengodean kode diagnosa tetap dilaksanakan oleh petugas rekam medis agar tingkat ketepatan kode diagnosa bisa lebih baik lagi, Sebaiknya terdapat SOP Pengodean rawat jalan, untuk menyeragamkan prosedur pengodean diagnosis dan dilakukan pengadaan buku ICD-10 sesuai dengan kebutuhan petugas pengodean.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga. 2012. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Atmoko, Tjipto. 2011. *Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*. Jakarta
- Danik dan Nuryati. 2014. Kesesuaian Diagnosis pada Berkas Rekam Medis dan HER Pasien Instalasi Gawat Darurat. *Journal Karya Tulis Ilmiah*. APTIRMIK: Volume 3 Nomor 1.
- Dorlan, W.A. Newman. 2012. *Kamus Kedokteran Dorland; Edisi 28*. Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Hatta, Gemala. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indoenesia
- Ismainar, H. 2015. *Manajemen Unit Kerja*. Budi Utama. Yogyakarta.
- KARS. 2012. *Standar Akreditasi Rumah Sakit, Kerjasama Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)*, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Octaria H. 2015. *Peningkatan Kualitas Pengkodean Pada Ketepatan dan kecepatan Pengkodean Penyakit Untuk penagihan Klaim BPJS RSUD Petala Bumi pekanbaru tahun 2015*. Tesis. STIKES Hangtuh Pekanbaru
- Pela, TH et all. 2017. *Ketepatan Kode Kombinasi Hypertensi Pada Penyakit Jantung dan Penyakit Ginjal Berdasarkan ICD 10 Di Rumah Sakit Ibnu Sina Pekanbaru*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia: Vol 5 Hal 53-59
- Permenkes RI No. 55/MENKES/PER/III/2013, Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, Republik Indonesia, Jakarta.
- Tambunan. 2013. *Standar Operasional Prosedur*. jakarta, PT Suku Buku
- Rustiyanto. E. 2009. *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta:Graha Ilmu
- WHO, 2010. *International Statistical Clasification of Deseases and Related Health Problem* 10th Vol. 1, 2, 3 Second Edition Th. 2010 Ganeva.

Tingkat Kepuasan Dokter dan Perawat Poliklinik Terhadap Pelayanan Rekam Medis di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga

Zain Azmii Nadhiirah Fathoni¹, Akhmadi²

Program Studi Diploma Rekam Medis¹, Bagian Ilmu Keperawatan FK UGM²
zazainazmii9@yahoo.com¹, akhmadiugm@gmail.com²

ABSTRAK

Latar Belakang: Setiap fasilitas kesehatan memiliki berbagai bagian pelayanan yang berkesinambungan satu sama lain dan tidak dapat berdiri sendiri. Setiap pelayanan harus saling melengkapi demi terciptanya mutu pelayanan yang baik untuk penyembuhan pasien. Dalam peningkatan kualitas mutu pelayanan, hubungan antar tenaga kesehatan dalam satu fasilitas kesehatan harus baik. Salah satunya hubungan antara perekam medis dengan dokter dan perawat. Oleh karena itu, penilaian internal oleh dokter dan perawat terhadap pelayanan rekam medis di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan mutu pelayanan rekam medis di rumah sakit tersebut.

Tujuan: Mengetahui tingkat kepuasan dokter dan perawat terhadap pelayanan rekam medis di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga berdasarkan dimensi kualitas jasa/pelayanan.

Metode: Jenis penelitian yang dilakukan menggunakan penelitian kuantitatif deskriptif. Responden dari penelitian ini adalah dokter dan perawat poliklinik RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga berjumlah 42 orang. Teknik pengambilan data menggunakan kuisioner (angket).

Hasil: Hasil dari penelitian ini adalah tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis secara keseluruhan berada dalam kategori cukup puas. Dengan masing-masing persentase pada setiap dimensi yaitu dimensi penampilan sebesar 50,00%, dimensi keandalan sebesar 47,62%, dimensi ketanggapan sebesar 40,48%, dimensi kepastian sebesar 45,24%, dan dimensi empati sebesar 42,86%.

Kesimpulan: Setiap dimensi kualitas pelayanan berada dalam kategori cukup puas. Persentase terendah berada pada dimensi ketanggapan.

Kata Kunci: Tingkat Kepuasan, Rekam Medis

ABSTRACT

Background: Every health facility has various sections of continuous service to one another and can not stand alone. Each service should complement each other in order to create good quality service for patient healing. In improving the quality of service quality, the relationship between health personnel in the health facility should be good. One was the relationship between medical recorder with doctors and nurses. Therefore, internal assessment by doctors and nurses on medical record service in RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga is needed to improve the quality of service of medical records at the hospital.

Objective: To determine the level of satisfaction of doctors and nurses for the services of medical records in RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga based on the dimensions of quality of service.

Methods: The research is conducted using descriptive quantitative research. The respondents of this research are doctors and nurses in outpatient of RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga for 42 peoples. Data collection techniques using a questionnaire.

Results: Results of this study was the level of satisfaction of doctors and nurses in outpatient for medical record service as a whole are in a satisfied category. With each percentage are tangible dimension of 50.00%, amounting to 47.62% for reliability dimension, the dimension of responsiveness by 40.48%, amounting to 45.24% for assurance dimension, and empathy dimension by 42.86%.

Conclusion: Each dimension of service quality are in a satisfied category. Lowest percentage is the dimension of responsiveness.

Keywords: Satisfaction, Medical Record

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat (Kemenkes, 2013). Setiap fasilitas kesehatan memiliki berbagai bagian pelayanan yang saling berkesinambungan satu sama lain dan tidak dapat berdiri sendiri, termasuk rumah sakit.

Menurut UU nomor 36 tahun 2014, dokter, perawat, dan perekam medis termasuk dalam jenis tenaga kesehatan. Dalam peningkatan kualitas mutu pelayanan, hubungan antar tenaga kesehatan dalam satu fasilitas kesehatan juga harus baik. Salah satunya hubungan antara perekam medis dengan dokter dan perawat.

Berdasarkan hasil observasi ketika melakukan kerja pengabdian, hal yang sering dikeluhkan antara lain pendistribusian rekam medis yang lama, pengambilan berkas rekam medis yang tidak sesuai dengan kebutuhan dokter dan perawat, serta berkas rekam medis yang tidak tertata secara rapi. Pelayanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan dokter dan perawat dapat menghambat pelayanan di rumah sakit sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit tersebut. Dengan adanya permasalahan tersebut, maka dilakukan penelitian dengan judul "Tingkat Kepuasan Dokter dan Perawat Poliklinik Terhadap Pelayanan Rekam Medis di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga".

B. Rumusan Masalah

Bagaimana tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga?

C. Tujuan

Mengetahui tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga

berdasarkan 5 (lima) dimensi pelayanan/ jasa.

D. Manfaat

1. Sebagai gambaran dan tolak ukur dalam pengembangan institusi di bidang pendidikan.
2. Sebagai bahan evaluasi bagi rumah sakit untuk memajukan kualitas rumah sakit, terutama kualitas asuhan pelayanan rekam medis di rumah sakit.
3. Memberikan kesempatan dalam membandingkan teori yang telah dipelajari pada saat perkuliahan dengan pelaksanaan di rumah sakit.

METODE

A. Populasi dan Sampel

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh dokter dan perawat poliklinik di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh dokter dan perawat poliklinik di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga dengan jumlah responden 42 orang yang telah menyetujui surat persetujuan responden.

B. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini adalah kuisisioner yang disusun berdasarkan indikator-indikator dari variable penelitian. Indikator tersebut dituangkan secara rinci dalam butir-butir pernyataan yang berupa angket dan dibagikan kepada responden. Penetapan skor yang diberikan pada tiap-tiap butir instrumen dalam penelitian ini, responden diminta untuk mengisi setiap butir-butir pernyataan dengan memilih salah satu dari lima pilihan yang tersedia. Penyekoran dan pengukuran pada alternatif jawaban menggunakan skala *Likert* yang memiliki lima alternatif jawaban yaitu sangat puas, puas, cukup puas, tidak puas, dan sangat tidak puas.

C. Teknik Pengambilan Data

Teknik pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner (angket) yang merupakan teknik pengumpulan data yang

dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2011).

D. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data pada penelitian ini secara umum menggunakan teknik statistik deskriptif. Penyajian data dalam statistik deskriptif ini menggunakan tabel yang berisi persentase kepuasan dari setiap dimensi. Data yang diperoleh dari kuisisioner penelitian akan dikelompokkan berdasarkan dimensi kualitas jasa. Masing-masing jawaban dari pernyataan pada kuisisioner diberikan skor sesuai dengan kelompok skala *Likert*. Dari jumlah skor setiap dimensi diperoleh rentang skor, dimana hasilnya diubah menjadi skala persentase.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah peningkatan pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan yang diharapkan sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan. Salah satu penggambaran mutu adalah adanya manajemen utilisasi yang menggambarkan efisiensi penggunaan sumber daya dari suatu pelayanan kesehatan, hal ini terkait dengan ketepatan informasi yang digunakan untuk melakukan pengukuran sesuai indikator penilaian yang digunakan (Hatta, 2010). Salah satu penilaian mutu pelayanan kesehatan adalah dengan pengukuran tingkat kepuasan petugas medis terhadap pelayanan rekam medis. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 42 responden, tingkat kepuasan untuk masing-masing dimensi kualitas jasa adalah sebagai berikut:

1. Dimensi *Tangible* (Penampilan)

Yaitu pelayanan yang dapat dilihat (berwujud) meliputi penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan dan alat-alat komunikasi.

Tabel 1. Tingkat Kepuasan Berdasarkan Dimensi *Tangible* (Penampilan)

| No | Kategori jawaban | Kepuasan | |
|----|-------------------|-----------|------------|
| | | Frekuensi | Presentase |
| 1. | Sangat Puas | 0 | 0 |
| 2. | Puas | 15 | 35,71 |
| 3. | Cukup Puas | 20 | 47,62 |
| 4. | Tidak Puas | 7 | 16,67 |
| 5. | Sangat Tidak Puas | 0 | 0 |

Berdasarkan distribusi frekuensi yang terangkum dalam tabel distribusi frekuensi di atas dapat diketahui bahwa kepuasan dokter dan perawat poliklinik berdasarkan dimensi *tangible* (penampilan) berada dalam kategori cukup puas dengan persentase tertinggi yaitu sebesar 50,00% (21 responden). Untuk kategori sangat puas hanya 4,76% (2 responden), kategori puas sebesar 35,71% (15 responden), dan kategori tidak puas sebesar 9,52% (4 responden).

2. Dimensi *Reliability* (Keandalan)

Yaitu dimensi yang mengukur keandalan suatu pelayanan jasa kepada konsumen. Dimensi keandalan didefinisikan sebagai kemampuan untuk memberikan jasa yang dijanjikan dengan terpercaya dan akurat.

Tabel 2. Tingkat Kepuasan Berdasarkan Dimensi *Reliability* (Keandalan)

| No | Kategori jawaban | Kepuasan | |
|----|-------------------|-----------|------------|
| | | Frekuensi | Presentase |
| 1. | Sangat Puas | 2 | 4,76 |
| 2. | Puas | 15 | 35,71 |
| 3. | Cukup Puas | 21 | 50,00 |
| 4. | Tidak Puas | 4 | 9,52 |
| 5. | Sangat Tidak Puas | 0 | 0 |

Berdasarkan distribusi frekuensi yang terangkum dalam tabel distribusi frekuensi di atas dapat diketahui bahwa kepuasan dokter dan perawat poliklinik berdasarkan dimensi *reliability* (keandalan) berada dalam kategori cukup puas dengan persentase tertinggi yaitu sebesar 47,62% (20 responden). Untuk kategori puas sebesar 35,71%

(15 responden) dan kategori tidak puas sebesar 16,67% (7 responden).

3. Dimensi *Responsiveness* (Ketanggapan)

Yaitu kemauan untuk membantu dan memberikan jasa dengan cepat kepada konsumen yang meliputi kesiapan tenaga kerja dalam melayani konsumen serta kecepatan tenaga kerja dalam menangani transaksi dan penanganan atas keluhan konsumen. Dimensi daya tanggap merupakan dimensi yang bersifat paling dinamis. Hal ini dipengaruhi oleh faktor perkembangan teknologi.

Tabel 3. Tingkat Kepuasan Berdasarkan Dimensi *Responsiveness* (Ketanggapan)

| No | Kategori jawaban | Kepuasan | |
|----|-------------------|-----------|------------|
| | | Frekuensi | Presentase |
| 1. | Sangat Puas | 2 | 4,76 |
| 2. | Puas | 17 | 40,48 |
| 3. | Cukup Puas | 19 | 45,24 |
| 4. | Tidak Puas | 4 | 9,52 |
| 5. | Sangat Tidak Puas | 0 | 0 |

Berdasarkan distribusi frekuensi yang terangkum dalam tabel distribusi frekuensi di atas dapat diketahui bahwa kepuasan dokter dan perawat poliklinik berdasarkan dimensi *responsiveness* (ketanggapan) berada dalam kategori cukup puas dengan persentase tertinggi yaitu sebesar 40,48% (17 responden). Untuk kategori sangat puas hanya 2,38% (1 responden), kategori puas sebesar 38,10% (16 responden), dan kategori tidak puas sebesar 19,05% (8 responden).

4. Dimensi *Assurance* (Kepastian)

Yaitu dimensi kualitas pelayanan yang berhubungan dengan kemampuan dalam menanamkan kepercayaan dan keyakinan kepada konsumen. Dimensi kepastian meliputi kemampuan tenaga kerja atas pengetahuan terhadap produk meliputi kemampuan pengetahuan

karyawan terhadap produk secara tepat, kualitas keramah-tamahan, perhatian dan kesopanan dalam memberikan pelayanan, keterampilan dalam memberikan pelayanan, keterampilan dalam memberikan keamanan di dalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan serta kemampuan di dalam menanamkan kepercayaan konsumen terhadap jasa yang ditawarkan. Dimensi kepastian atau jaminan ini merupakan gabungan dari aspek-aspek berikut ini: a. Kompetensi (*competence*), b. Kesopanan (*courtesy*), c. Kredibilitas (*credibility*), d. Keamanan (*security*).

Tabel 4. Tingkat Kepuasan Berdasarkan Dimensi *Assurance* (Kepastian)

| No | Kategori jawaban | Kepuasan | |
|----|-------------------|-----------|------------|
| | | Frekuensi | Presentase |
| 1. | Sangat Puas | 1 | 2,38 |
| 2. | Puas | 16 | 38,10 |
| 3. | Cukup Puas | 17 | 40,48 |
| 4. | Tidak Puas | 8 | 19,05 |
| 5. | Sangat Tidak Puas | 0 | 0 |

Berdasarkan distribusi frekuensi yang terangkum dalam tabel distribusi frekuensi di atas dapat diketahui bahwa kepuasan dokter dan perawat poliklinik berdasarkan dimensi *assurance* (kepastian) berada dalam kategori cukup puas dengan persentase tertinggi yaitu sebesar 45,24% (19 responden). Untuk kategori sangat puas hanya 4,76% (2 responden), kategori puas sebesar 40,48% (17 responden), dan kategori tidak puas sebesar 19,05% (8 responden).

5. Dimensi *Empathy* (Empati)

Merupakan kesediaan untuk peduli dan memberikan perhatian pribadi kepada pengguna jasa. Pelayanan yang empatik sangat memerlukan sentuhan/perasaan pribadi. Dimensi empati adalah dimensi yang memberikan peluang besar untuk menciptakan pelayanan yang mengejutkan yaitu

sesuatu yang tidak diharapkan pengguna jasa tetapi ternyata diberikan oleh penyedia jasa. Dimensi empati ini merupakan gabungan dari aspek berikut ini: a. Akses (*access*), b. Komunikasi (*communication*), c. Pemahaman pada konsumen (*understanding the costumer*).

Tabel 5. Tingkat Kepuasan Berdasarkan Dimensi *Empathy* (Empati)

| No | Kategori jawaban | Kepuasan | |
|----|-------------------|-----------|------------|
| | | Frekuensi | Presentase |
| 1. | Sangat Puas | 3 | 7,14 |
| 2. | Puas | 17 | 40,48 |
| 3. | Cukup Puas | 18 | 42,86 |
| 4. | Tidak Puas | 4 | 9,52 |
| 5. | Sangat Tidak Puas | 0 | 0 |

Berdasarkan distribusi frekuensi yang terangkum dalam tabel distribusi frekuensi di atas dapat diketahui bahwa kepuasan dokter dan perawat poliklinik berdasarkan dimensi *empathy* (empati) berada dalam kategori cukup puas dengan persentase tertinggi yaitu sebesar 42,86% (18 responden). Untuk kategori sangat puas hanya 7,14% (3 responden), kategori puas sebesar 40,48% (17 responden), dan kategori tidak puas sebesar 9,52% (4 responden).

B. Pembahasan

Dari 5 dimensi pada variabel kualitas pelayanan yaitu *tangible* (penampilan), *reliability* (keandalan), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (kepastian), *empathy* (empati) menunjukkan bahwa dimensi *tangible* (penampilan) menunjukkan persentase tertinggi untuk kategori cukup puas. Hal tersebut dikarenakan penilaian untuk dimensi *tangible* (penampilan) merupakan pelayanan yang dapat dilihat (berwujud) meliputi penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan, dan alat komunikasi yang dapat diperbaharui sesuai perkembangan zaman. Berdasarkan hasil observasi, terdapat

komputer dalam ruang penyimpanan berkas rekam medis yang dapat digunakan untuk melacak berkas rekam medis yang tidak ada pada rak penyimpanan. Komputer tersebut dapat membantu petugas *filig* dalam pencarian berkas rekam medis. Hasil penelitian tersebut berbeda dengan penelitian Shidiq (2014) dengan judul Tingkat Kepuasan Perawat Bangsal Terhadap Pelayanan Petugas Rekam Medis di RSJD Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah yang menunjukkan bahwa persentase tertinggi dari 5 (lima) dimensi kualitas pelayanan adalah *reliability* (keandalan).

Dalam penelitian ini, untuk dimensi *reliability* (keandalan) tidak mencapai persentase tertinggi. Hal tersebut berbeda dengan penelitian Shidiq (2014) yang menunjukkan bahwa dimensi *reliability* (keandalan) mencapai persentase tertinggi. Dimensi *reliability* (keandalan) mengukur mengenai kemampuan petugas dalam memberikan jasa yang dijanjikan dengan terpercaya dan akurat. Untuk dimensi *assurance* (kepastian) tidak berbeda dengan penelitian Shidiq (2014) yang menunjukkan bahwa dimensi tersebut tidak berada pada persentase tertinggi maupun terendah dalam kategori cukup puas. Dimensi *assurance* (kepastian) merupakan dimensi yang berhubungan dengan kemampuan dalam menanamkan kepercayaan dan keyakinan kepada konsumen. Selain itu, untuk dimensi *empathy* (empati) merupakan dimensi terendah dalam penelitian Shidiq (2014). Dimensi *empathy* (empati) merupakan kesediaan untuk peduli dan memberikan perhatian pribadi kepada pengguna jasa.

Sedangkan pada penelitian ini, dimensi *responsiveness* (ketanggapan) menunjukkan persentase terendah untuk kategori cukup puas. Dimensi *responsiveness* (ketanggapan) masih menjadi daya tarik utama bagi pemilihan pelanggan untuk memilih layanan yang diinginkan. Hasil dari

penelitian menunjukkan bahwa harapan dokter dan perawat pada petugas rekam medis lebih mengutamakan dimensi ketanggapan, yaitu kemauan untuk membantu dan memberikan jasa dengan cepat kepada konsumen. Berdasarkan observasi yang dilakukan, sudah terdapat SOP mengenai waktu pendistribusian berkas rekam medis ke poliklinik yang sesuai dengan peraturan yang berlaku. Tetapi ruang penyimpanan berkas rekam medis tidak berada di tengah tempat pelayanan rumah sakit. Hal tersebut membutuhkan alat distribusi untuk mempercepat pendistribusian berkas rekam medis ke poliklinik. Berdasarkan hasil observasi, alat distribusi yang digunakan kurang memadai dalam membantu pendistribusian berkas rekam medis karena alat tersebut sering rusak sehingga menghambat pendistribusian berkas rekam medis. Melakukan jual beli jasa di suatu perusahaan (rumah sakit) yang memiliki daya tanggap yang baik akan membuat pelanggan merasa puas dan akan loyal kepada penyedia jasa tersebut. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Shidiq (2014) yang menunjukkan persentase terendah untuk 5 (lima) dimensi kualitas pelayanan adalah dimensi *reliability* (keandalan).

Berdasarkan hasil analisis deskriptif yang telah dilakukan, diperoleh hasil bahwa tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis ditinjau dari dimensi *tangible* (penampilan) berada dalam kategori cukup puas (50,00%) atau setengah dari keseluruhan responden. Sedangkan tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis ditinjau dari dimensi *reliability* (keandalan) berada dalam kategori cukup puas (47,62%), dimensi *responsiveness* (ketanggapan) berada dalam kategori cukup puas (40,48%), dimensi *assurance* (kepastian) berada dalam kategori cukup puas

(45,24%), dimensi *empathy* (empati) berada dalam kategori cukup puas (42,86%), persentase tersebut mengartikan bahwa hampir setengah dari keseluruhan responden yang memilih kategori tersebut.

Hasil penelitian ini mendukung pendapat yang dikemukakan oleh Kotler (1993), bahwa salah satu cara membedakan sebuah perusahaan penyedia jasa adalah memberikan jasa dengan kualitas yang lebih tinggi daripada pesaing mereka secara konsisten. Lebih lanjut, Tjiptono (2000) juga mengemukakan bahwa kualitas jasa bukanlah diukur dari sudut penyedia jasa saja, tetapi berdasarkan sudut pandang/persepsi pelanggan. Hal ini karena pelangganlah yang membeli dan memakai jasa sehingga sudah seharusnya penilaian kualitas jasa dilakukan oleh mereka. Pada dasarnya pelanggan adalah pembeli tetap yang berkemampuan membeli dan melaksanakan pembelian pada perusahaan.

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis ditinjau dari dimensi *tangible* (penampilan) berada dalam kategori cukup puas (50,00%). Dimensi ini menjadi dimensi dengan persentase tertinggi. Hal tersebut dikarenakan penilaian untuk dimensi *tangible* (penampilan) merupakan pelayanan yang dapat dilihat (berwujud) meliputi penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan, dan alat komunikasi yang dapat diperbaharui sesuai perkembangan zaman.
2. Tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis ditinjau dari dimensi *reliability* (keandalan) berada dalam kategori cukup puas (47,62%).
3. Tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap

pelayanan rekam medis ditinjau dari dimensi *responsiveness* (ketanggapan) berada dalam kategori cukup puas (40,48%). Dimensi ini menjadi dimensi dengan persentase terendah. Berdasarkan hasil observasi, hal tersebut dikarenakan tata letak ruang penyimpanan yang tidak strategis tanpa didukung alat pendistribusian yang mendukung.

4. Tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis ditinjau dari dimensi *assurance* (kepastian) berada dalam kategori cukup puas (45,24%).
5. Tingkat kepuasan dokter dan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis ditinjau dari dimensi *empathy* (empati) berada dalam kategori cukup puas (42,86%).

B. Saran

1. Bagi Rekam Medis

Secara keseluruhan, setiap dimensi kualitas jasa berada dalam kategori cukup puas, tetapi persentase untuk kategori tersebut belum mencapai nilai maksimum sehingga masih perlu adanya perbaikan terhadap pelayanan rekam medis di RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Persentase terendah dari kelima dimensi kualitas jasa adalah dimensi ketanggapan (*responsiveness*). Dimensi ketanggapan (*responsiveness*) menggambarkan kemampuan untuk memberikan pelayanan dengan cepat kepada pasien. Dalam pelayanan rekam medis ditunjukkan dengan pendistribusian rekam medis ke poliklinik secara cepat dan tepat waktu. Untuk meningkatkan kecepatan dalam pendistribusian berkas rekam medis maka sebaiknya meninjau kembali tata letak ruang penyimpanan yang tidak strategis serta mengevaluasi

alat pendistribusian berkas rekam medis sehingga mendukung pendistribusian berkas rekam medis dari ruang penyimpanan menuju poliklinik.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini hanya menggunakan kuisioner sebagai teknik pengambilan data sehingga jawaban yang diberikan responden terbatas pada pernyataan yang ada di dalam kuisioner. Untuk peneliti selanjutnya, sebaiknya melakukan pengambilan data menggunakan teknik wawancara sehingga pernyataan yang diberikan responden tidak terbatas pada jawaban yang telah tersedia.

DAFTAR PUSTAKA

- Hatta, G.R. (2010). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Kemendes RI. (2013). Undang-Undang Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional. Diakses dari www.depkes.go.id pada tanggal 11 Januari 2016.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Tjiptono, F. (2000). *Strategi Pemasaran*. Yogyakarta: Andi Offset.