

Kelengkapan Pengisian Formulir Laporan Operasi Kasus Bedah *Obgyn* Sebagai Alat Bukti Hukum

Listia Nur Febrianti¹, Ida Sugiarti²

^{1,2}Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Jl. Cilolohan No. 35 Kota Tasikmalaya
¹listianurfebrianti@gmail.com ²ida.sugiarti@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id

Abstract

According to the Ministry of Health Decree No. 129 of 2008 concerning Minimum Standards Services in Hospitals, filling medical record include surgery report forms must be 100% that can be used as legal evidence. Preliminary study addressing 10 surgery report form of obgyn surgery cases in December 2017 wasn't filled complete. Knowing how the implementation filling of the surgery report form of obgyn surgery cases as a legal evidence in RSUD Ciamis District Ciamis in quarter IV 2017. Methods: Descriptive with mixed method approach, a total sample is 82 surgery report forms, and the research informant is a obgyn surgeon, coordinator of administration and medical record service, and surgical nurse. The average percentage of completeness surgery report forms of the general surgery cases in the IV quarter of 2017 was 63,78%. Inhibitory factors are limited time, patient quantity, delay in medical record control, too much items filled of form. Average percentage of surgery report form filling still below the Minimum Standards Services. Hospital should improve the causal factors that inhibit the incompleteness of surgery report form.

Keywords: *Filling form, surgery report, legal evidence, obgyn surgery*

Abstrak

Pengisian dokumen rekam medis harus 100% menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Minimal Pelayanan di Rumah Sakit, termasuk formulir laporan operasi yang dapat berfungsi sebagai alat bukti hukum. Hasil studi pendahuluan menunjukan 10 formulir laporan operasi kasus bedah *obgyn* bulan Desember 2017 tidak terisi secara lengkap. Tujuan penelitian untuk mengetahui bagaimana pengisian formulir laporan operasi kasus bedah *obgyn* sebagai alat bukti hukum di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis triwulan IV tahun 2017. Metodologi Penelitian deskriptif dengan pendekatan *mixed methode*, total sample 82 formulir laporan operasi, dan informan penelitian adalah dokter bedah *obgyn*, koordinator administrasi dan pelayanan rekam medis, serta perawat bedah. Hasil Penelitian menunjukkan rata-rata persentase kelengkapan pengisian laporan operasi kasus bedah *obgyn* adalah 63,78%. Faktor penghambat ketidak lengkapan adalah keterbatasan waktu, jumlah pasien, keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis, tidak ada pelaporan ketidaklengkapan pengisian laporan operasi, dan item yang harus diisi banyak. Rata-rata presentase kelengkapan pengisian laporan operasi masih di bawah standar pelayanan minimal. Sebaiknya Rumah Sakit memperbaiki faktor penyebab yang menghambat tidak terisinya laporan operasi.

Kata Kunci : Pengisian formulir, laporan operasi, alat bukti hukum, bedah *obgyn*

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan dengan pasien membentuk suatu hubungan yakni hubungan medis dan hubungan hukum dalam bidang pemeliharaan kesehatan (Purwohadiwaryo dalam Astuti, 2009). Hubungan hukum yang terjadi antara dokter dan pasien berdasarkan pada ikhtiar berupa pelayanan kesehatan yang optimal dengan adanya bukti diantaranya: 1) adanya *informed consent* (IC), 2) sesuai dengan prosedur, 3) sesuai dengan tugas

pokok dan fungsi, dan 4) terdokumentasi di dalam rekam medis (Sugiarti, 2017). Rekam medis dalam pengisiannya dituntut untuk terisi secara lengkap, karena erat kaitannya dengan fungsi keuangan yakni dalam proses pengklaiman serta fungsi hukum yakni sebagai alat bukti hukum. Rekam medis dapat dijadikan sebagai petunjuk dalam pembuktian berupa tulisan atau dokumen apabila terjadi sengketa atau perkara. Hal tersebut dikarenakan rekam medis mempunyai posisi sentral dalam pelayanan medis baik untuk kepentingan tugas

profesi maupun kepentingan pasien terutama bila adanya kemungkinan jika terjadi konflik hukum di pengadilan.

Peran rekam medis salah satunya adalah sebagai aspek hukum, artinya suatu berkas rekam medis sebagai bukti telah terjadinya proses pelayanan kesehatan. Rekam medis memiliki peran penting dalam hukum pembuktian, termasuk formulir – formulir yang terdapat di dalam rekam medis yang mempunyai fungsi dan makna tertentu dalam setiap itemnya. Salah satunya yaitu laporan operasi yang merupakan produk rekam medis yang bersifat kekal atau diabadikan, (Hatta, 2013). Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik Tahun 1995 Nomor HK.00.06.1.5.01160 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah sakit menjelaskan bahwa laporan operasi merupakan salah satu lembar rekam medis yang dipilah atau tidak dimusnahkan (Budi, 2011). Laporan operasi merupakan laporan atau catatan mengenai prosedur pembedahan terhadap pasien (Hatta, 2013).

Laporan operasi merupakan salah satu formulir rekam medis yang akan dijadikan sebagai alat bukti, oleh karena itu berdasarkan Permenkes Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis pasal 2 dinyatakan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Secara hukum, dokumen rekam medis yang tidak diisi dengan lengkap, tidak memenuhi aspek hukum dan lemah sebagai alat bukti, dikarenakan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Minimal Pelayanan di Rumah Sakit, pengisian dokumen rekam medis harus 100%. Hal tersebut berarti bahwa setiap formulir di dalam rekam medis harus diisi secara lengkap. Bila catatan dan data terisi lengkap, maka rekam medis akan menolong semua yang terlibat. Sebaliknya, bila catatan yang ada hanya sekedarnya saja, apalagi kosong pasti akan merugikan dokter dan rumah sakit (Hanafiah dan Amir, 1999).

Penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2012) tentang tinjauan terhadap kelengkapan pengisian laporan tindakan operasi di Rumah Sakit Peln Petamburan menunjukkan 90 formulir laporan operasi 80 diantaranya tidak terisi secara lengkap, yang berarti hanya 10 formulir yang diisi secara lengkap. Dari 20 variabel, hanya 3 variabel yang diisi secara lengkap yaitu nama pasien, operator dan patologi anatomi (Hidayat, 2012). Sedangkan

berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan cara observasi formulir laporan operasi pada dokumen rekam medis di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis, terdapat tiga tenaga medis yang tidak mengisi secara lengkap formulir laporan operasi, mulai dari nama hingga bukti autentikasi yaitu nama dokter yang bertanggungjawab, terutama pada kasus *obgyn* yang merupakan tindakan invasif dengan jumlah terbanyak yang memerlukan formulir laporan operasi sebagai bukti prosedur tindakan operasi yang dilakukan terhadap pasien. Rekapitulasi jumlah pelayanan invasif yang memerlukan formulir laporan operasi pada tahun 2017 adalah kasus *obgyn* 1543 pasien, bedah umum 868 pasien, dan bedah orthopedi 414 pasien. Salah satu kasus tertinggi bedah *obgyn* tahun 2017 terdapat pada triwulan IV yakni sebanyak 448 kasus dibandingkan dengan jumlah kasus pada triwulan lainnya. Hasil studi pendahuluan menunjukan seluruh formulir laporan operasi dari 10 dokumen rekam medis kasus bedah *obgyn* bulan Desember tahun 2017 tidak terisi secara lengkap, yaitu total persentase kelengkapan pengisian adalah 63,5% dengan rincian 146 kolom yang tidak terisi. Item yang paling banyak tidak terisi adalah mengenai jaringan yang dieksisi.

Metode

Jenis penelitian ini adalah deskriptif, dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif (*mixed method*) dengan strategi eksplanatori sekuensial (*sequential explanatory*) yakni melakukan penelitian kuantitatif pada tahap pertama dan penelitian kualitatif pada tahap kedua. Penelitian kuantitatif dilakukan dengan observasi pada formulir laporan operasi kasus bedah *obgyn*, kemudian dilakukan wawancara *in depth interview* untuk memperdalam penelitian. Hasil data observasi dan wawancara akan di analisis bersamaan untuk mendapatkan jawaban atas rumusan masalah pada penelitian ini.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh formulir laporan operasi kasus *obgyn* Triwulan IV tahun 2017 yaitu sebanyak 448 dokumen rekam medis. Subjek Penelitian Informan penelitian adalah 2 orang perawat bedah di ruang *Operative Kamar* (OK), koordinator administrasi dan pelayanan rekam medis, dan dokter bedah *obgyn* yang melakukan tindakan operasi. Sampel penelitian adalah 82 formulir laporan operasi kasus bedah *obgyn* pada triwulan IV tahun 2017.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik pengambilan sampel menggunakan metode *probability sampling* dengan teknik *random sampling*. Pada penelitian kualitatif pemilihan subjek penelitian menggunakan metode *non probability sampling* dengan jenis *snowball sampling*. Informan untuk penelitian kualitatif menggunakan informan yang terdiri dari dokter bedah *obgyn* sebagai informan pertama (I1), petugas rekam medis bagian analising sebagai informan kedua (I2) dan ketiga perawat bedah di ruang OK sebagai informan ketiga dan keempat (I3 dan I4).

Teknik analisis data kuantitatif yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah dengan cara menghitung persentase kelengkapan pengisian formulir laporan operasi dan *informed consent*. Teknik analisis data kualitatif adalah dengan cara analisis hasil wawancara secara tematik. Tahap selanjutnya, membandingkan data hasil penelitian kuantitatif pada tahap pertama, dan data hasil penelitian kualitatif tahap kedua.

Hasil Penelitian

Kelengkapan Pengisian Formulir Laporan Operasi Kasus Bedah *Obgyn* sebagai Alat Bukti Hukum

Hasil analisis formulir laporan operasi kasus bedah *obgyn* pada triwulan IV dengan jumlah sampel 82 dokumen rekam medis yang dilaksanakan oleh penulis adalah sebagai berikut:

Hasil Analisis Berdasarkan Bulan pada Triwulan IV tahun 2017

Tabel 1. Hasil Analisis Kelengkapan Formulir Laporan Operasi Kasus Bedah *Obgyn* Periode Triwulan IV Tahun 2017 di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis

No	Bulan	Jumlah Dokumen	Lengkap	Tidak Lengkap	Rata-rata Pengisian
1	Oktober	27	0	27	64,07%
2	November	28	0	28	68,04%
3	Desember	27	0	27	59,07%
Jumlah		82	0	82	63,78%

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis, diketahui bahwa dari 82 formulir laporan operasi pada triwulan IV tahun 2017, keseluruhan formulir laporan operasi tidak terisi secara lengkap

dengan rata – rata pengisian sebesar 63,78% dengan rincian pengisian laporan operasi per item adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Hasil Analisis Kelengkapan Formulir Per Item Laporan Operasi Kasus Bedah *Obgyn* Periode Triwulan IV Tahun 2017 di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis

Analisis Kelengkapan Form		Pengisian		Jumlah	Persentase
		Ya	Tidak		
1	Teknik Operasi & Temuan Intra Operasi	82	0	82	100.00%
2	Ahli Anestesi	79	3	82	96.30%
3	Jam operasi selesai	78	4	82	95.15%
4	Asisten I	77	5	82	93.92%
5	Jam operasi dimulai	77	5	82	93.92%
6	Ttd Dokter/ Nakes	77	5	82	93.83%
7	Pembedah	76	6	82	92.72%
8	Indikasi Operasi	75	7	82	91.40%
9	Jenis Operasi	75	7	82	91.40%
10	Pernyataan Persetujuan	74	8	82	90.17%
11	Jenis Anestesi	70	12	82	85.27%
12	Nama Operator/ Dokter	65	17	82	79.06%
13	SMF	63	19	82	76.72%
14	Pemberi Informasi	61	21	82	74.47%
15	Perawat Instrumen	60	22	82	72.97%
16	Asisten II	60	22	82	72.93%
17	Informasi yang diberikan	59	23	82	72.13%
18	Titi mangsa	56	26	82	68.03%
19	Komplikasi Intra Operasi	55	27	82	66.93%

Analisis Kelengkapan Form	Pengisian		Jumlah	Persentase
	Ya	Tidak		
20 Desinfeksi Kulit dengan	55	27	82	66.89%
21 Dikirim ke bagian PA	54	28	82	65.70%
22 Penerima Informasi	53	29	82	64.81%
23 Jaringan yang dieksisi	51	31	82	61.99%
24 Yg dikirim ke bagian lab utk pemeriksaan (bila ada)	50	32	82	60.76%
25 Nama	49	33	82	59.92%
26 Penjabaran Komplikasi Intra Operasi	48	34	82	58.29%
27 Lama Operasi Berlangsung	46	36	82	55.69%
28 Diagnosa Pra-Bedah	41	41	82	50.53%
29 Instruksi Pasca Bedah	40	42	82	48.50%
30 Diagnosa Pasca-Bedah	37	45	82	45.55%
31 Operasi Akut/ Terencana	37	45	82	44.58%
32 Ruang Operasi	36	46	82	43.47%
33 JK	33	49	82	40.39%
34 Kamar	29	53	82	35.10%
35 Ruangan	28	54	82	34.13%
36 No RM	27	55	82	33.25%
37 Tanggal Lahir	26	56	82	31.70%
38 Posisi Penderita	14	68	82	17.20%
39 Macam Sayatan	11	71	82	13.49%
40 Pendarahan	8	74	82	9.88%
Rata - rata kelengkapan	2092	1188	3280	63.78%

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa item pada formulir laporan operasi dengan angka kelengkapan terendah adalah item pendarahan (9,88%), macam

sayatan (13,49%), posisi penderita (17,20%), dan tanggal lahir (31,70%) sehingga menyebabkan formulir laporan operasi tidak terisi secara lengkap.

Faktor Penghambat Pelaksanaan Pengisian Formulir Laporan Operasi

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh penulis pada empat informan (karakteristik informan terlampir) menunjukan terdapat 5 tema sebagai faktor penghambat pelaksanaan pengisian formulir laporan operasi, adapun faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan pengisian formulir laporan operasi kasus bedah *obgyn* di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis pada periode triwulan IV tahun 2017 adalah sebagai berikut:

- Tema I: Keterbatasan Waktu
- Tema II: Jumlah Pasien
- Tema IV : Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis
- Tema IV : tidak ada pelaporan kelengkapan pengisian laporan operasi
- Tema VI : Item yang harus diisi banyak

Pembahasan

Persentase Kelengkapan Pengisian Laporan Operasi Kasus Bedah *Obgyn* sebagai Alat Bukti Hukum di RSUD Ciamis Triwulan IV tahun 2017

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa rata-rata kelengkapan formulir laporan operasi kasus bedah *obgyn* periode Triwulan IV tahun 2017 di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis adalah 64%, hasil analisis tersebut menunjukan bahwa angka kelengkapan tersebut kurang dari standar pelayanan minimal rumah sakit, karena standar minimal pengisian dokumen rekam medis termasuk formulir – formulir yang ada di dalamnya, salah satunya yaitu laporan operasimenurut Peraturan Menteri Kesehatan nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal adalah 100%, yang berarti bahwa setiap kolom dalam formulir tersebut harus diisi secara lengkap dan menyeluruh. Berdasarkan SPO dan hasil wawancara kepada petugas di ruang *Operative Kamer* (OK), diketahui bahwa pengisian formulir laporan operasi dilakukan oleh dua petugas yang berbeda, yakni dokter dan perawat. Perawat mengisi item bagian identitas diantaranya SMF (Staf Medik Fungsional), nomor rekam medis, nama, jenis kelamin, tanggal lahir, ruangan, ruang operasi, akut/terencana, kamar, dan pukul. Sedangkan, untuk dokter mengisi item lain selain

yang diisi oleh perawat. Mulai dari pembedah hingga autentikasi (nama dan tanda tangan dokter). Adapun pembahasan dari setiap item pengisian formulir laporan operasi berdasarkan petugas yang mengisi adalah sebagai berikut :

Formulir Laporan Operasi yang Diisi oleh Perawat

Identitas merupakan salah satu aspek kelengkapan pengisian laporan operasi mengenai data demografi yang berisi informasi yang berhubungan dengan pasien. Item-item yang terdapat pada bagian identitas di dalam formulir laporan operasi dapat dijadikan sebagai alat bukti hukum. Identitas di dalam formulir laporan operasi ini dapat digunakan sebagai petunjuk mengenai kepemilikan formulir sehingga dapat menjadi acuan ketika laporan operasi diminta sebagai alat bukti hukum yakni berdasarkan identitas lengkap pasien atau pihak yang terkait (nama, alamat, umur, dan sebagainya) dalam kasus medikolegal. Identitas pasien pada formulir laporan operasi terdiri dari nomor rekam medis, nama, jenis kelamin, dan tanggal lahir. Namun, terdapat beberapa tambahan item mengenai informasi pasien sebelum prosedur pembedahan, diantaranya SMF, ruangan (ruang rawat inap), ruang operasi, operasi akut/terencana dan kamar (kamar operasi).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis menunjukan bahwa pengisian item identitas pada formulir laporan operasi tidak terisi secara lengkap, terutama item tanggal lahir dengan persentase kelengkapan sebesar 31,70% yang berarti bahwa dari 82 formulir hanya 26 formulir yang item tanggal lahirnya diisi. Dengan demikian, angka tersebut masih dibawah standar pengisian minimal, yang mewajibkan dokumen rekam medis termasuk setiap formulir di dalamnya terisi secara lengkap. Berdasarkan hasil wawancara, ketidaklengkapan pengisian item – item pada bagian identitas pasien terjadi karena petugas sibuk mempersiapkan banyak hal sebelum melakukan operasi serta banyaknya formulir yang harus diisi, sehingga beberapa kolom lupa terisi. Menurut Sudra (2013) dijelaskan bahwa setiap dokumen rekam medis wajib mencantumkan identitas, hal ini untuk menghindari kendala apabila formulir terlepas dari folder, sehingga mudah untuk digabungkan kembali dalam satu folder. Formulir yang terlepas dari folder dan di dalamnya tidak mencantumkan identitas yang lengkap, maka akan sulit untuk dikembalikan ke foldernya sehingga dapat menyebabkan salah satu alat bukti hukum hilang. Setiap *point* dalam identitas pasien sangatlah

penting, karena berisi informasi yang hanya dimiliki oleh pasien tersebut. Apabila item identitas hanya terdiri dari nama saja, hal tersebut tidak dapat memberikan informasi yang akurat mengenai siapa pemilik dari formulir tersebut, karena di dalam satu rumah sakit terdapat kemungkinan adanya nama yang sama dengan jenis kelamin sama. Salah satu fungsi dokumen rekam medis khususnya laporan operasi adalah sebagai alat bukti hukum baik alat bukti tertulis, alat bukti surat, dan keterangan ahli. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Rahayu dan Sugiarsi(2014) Dilihat dari fungsinya bahwa nama pasien harus selalu ada pada setiap lembar formulir untuk mencegah apabila ada salah satu formulir lepas dari dokumen rekam medis maka petugas lebih mudah menggabungkan kembali, untuk menghindari tertukarnya dokumen rekam medis antara pasien satu dengan pasien yang lain dan penulisan nama harus dilakukan dengan benar.

Formulir Laporan Operasi yang Diisi oleh Dokter

Pembuatan laporan operasi dilakukan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang sering disebut sebagai operator dimulai dari pengisian diagnosa pre operasi hingga bukti autentikasi berupa tanda tangan dan nama dokter (operator). Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis menunjukan bahwa terdapat item yang belum terisi lengkap, yakni item pendarahan dengan persentase kelengkapan sebesar 9,88%, yang berarti bahwa dari 82 formulir hanya 8 formulir yang diisi, sedangkan item lain yang memiliki kelengkapan rendah diantaranya item macam sayatan (13,49%) dan posisi penderita (17,20%).

Laporan operasi berisi informasi mengenai diagnosa pre dan pasca operasi; deskripsi tentang prosedur pembedahan; deskripsi tentang seluruh temuan normal dan tidak normal; deskripsi tentang kejadian unik dan tidak lazim dalam pembedahan; deskripsi tentang spesimen yang diambil; nama ahli bedah (operator) dan asisten yang membantu; tanggal dan lama proses pembedahan. Item – item tersebut harus diisi secara lengkap, karena dapat menghasilkan informasi mengenai hal-hal yang dilakukan pada saat pelaksanaan tindakan operasi, terutama yang berkaitan dengan kesesuaian dan ketidaksesuaian prosedur tindakan yang telah dilakukan (Hatta, 2013).

Isi dari laporan operasi yang dapat dikategorikan sebagai catatan yang penting adalah satu-satunya aspek yang hanya bisa diisi oleh dokter, sedangkan perawat tidak memiliki kewenangan dalam

pengisian catatan penting tersebut, sehingga dokter bertanggung jawab penuh dalam pengisian aspek tersebut. Hal tersebut dikarenakan praktisi yang melakukan tindakan operasi pada pasien dan bertanggung jawab penuh atas segala sesuatu yang terjadi pada saat proses operasi adalah seorang dokter yang sering disebut sebagai operator. Aspek catatan penting harus diisi secara lengkap, karena salah satunya berkaitan dengan pendokumentasian pelayanan yang dilakukan kepada pasien, yaitu dapat menjadi bukti bahwa dokter telah melakukan tindakan operasi sesuai dengan prosedur.

Laporan operasi tentunya membutuhkan *informed consent* sebagai salah satu bukti adanya transaksi terapeutik atau pernyataan persetujuan antara dokter dan pasien sebelum dilakukannya suatu tindakan terutama untuk tindakan invasif yang memiliki resiko tinggi. Hal tersebut diatur dalam Permenkes nomor 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, pasal 3 ayat (1) yang menyatakan :

“Setiap tindakan kedokteran yang mengandung resiko tinggi harus memperoleh persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan”

Identitas dan isi laporan operasi merupakan hal yang penting, namun autentikasi juga merupakan hal yang harus diperhatikan. Kelengkapan pengisian aspek autentikasi di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis dapat dikatakan cukup baik, karena untuk item tanda tangan dokter memiliki rata-rata pengisian sebesar 93,65%, persetujuan tindakan 90,13% dan nama operator/dokter 78,93%. Namun, hal tersebut masih belum dapat dikatakan lengkap karena seharusnya terisi secara lengkap. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis Pasal 5 ayat (4) menjelaskan :

“Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikann pelayanan kesehatan secara langsung”

Pengisian autentikasi dapat digunakan untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap perawatan yang diberikan kepada pasien. Autentikasi yang dibutuhkan selain dari pihak dokter sebagai penanggung jawab adalah autentikasi pada formulir *informed consent*, yang juga memerlukan autentikasi dari pihak keluarga atau pasien sendiri sebagai tanda persetujuan atas tindakan kedokteran yang akan di terima oleh pasien terkait.

Faktor Penghambat Pelaksanaan Pengisian Formulir Laporan Operasi

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh penulis, terdapat 5 faktor penghambat yang membuat formulir laporan operasi tidak dapat terisi secara lengkap, adapun pembahasan dari setiap faktornya adalah sebagai berikut :

Keterbatasan Waktu

Faktor ini dianggap menjadi faktor penghambat yang paling utama dari ketidaklengkapan pengisian laporan operasi dimana informan menyatakan perbandingan yang tidak sebanding antara jam kerja dokter, waktu yang tersedia dan jumlah pasien yang harus dilayaninya. Meskipun tidak ada hukum yang mengikat mengenai jam kerja dokter, merujuk pada pasal 77 ayat (2) Undang – undang Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan yang mengatur bahwa waktu kerja maksimum seorang tenaga kerja adalah tujuh jam satu hari (untuk lima hari kerja per minggu). Namun, kenyataannya dokter seringkali bekerja lebih lama dari aturan tersebut. Hal tersebut terjadi karena di Indonesia, terdapat regulasi bahwa dokter yang telah memiliki Surat Izin Praktik (SIP) dapat bekerja di tiga tempat sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512 tahun 2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Regulasi tersebut mengakibatkan jam kerja dokter tinggi dan menjadikan dokter harus berpindah tempat ke pelayanan kesehatan lainnya dalam kurun waktu tertentu.

Jumlah Pasien

Jumlah pasien juga menjadi salah satu faktor yang menghambat pelaksanaan pengisian laporan operasi, meskipun jumlah pasien menjadi hal yang relatif karena jumlahnya yang tidak pasti. Namun, di saat pasien yang harus ditangani segera ada pada jumlah yang banyak, maka kewajiban seorang dokter adalah untuk menanganinya segera namun tetap sesuai dengan prosedur, sehingga dapat mempengaruhi waktu yang tersedia untuk pengisian laporan operasi. Berdasarkan hasil wawancara, dinyatakan bahwa untuk tindakan operasi dengan kasus operasi besar contohnya *sectio cesarea* (SC) membutuhkan waktu minimal 30 menit, namun untuk kasus operasi besar dengan komplikasi dapat membutuhkan waktu hingga 3 jam. Hal tersebut berarti bahwa jumlah pasien dapat melipatgandakan beban kerja dokter sehingga dapat mengurangi waktu yang harus digunakan untuk pengisian laporan operasi

yang mengakibatkan laporan operasi diisi secara tergesa – gesa dan tidak terisi secara lengkap yang mengakibatkan laporan operasi tidak memenuhi asas legalitas atau tidak sah secara hukum.

Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis

Salah satu hal yang dapat menghambat dalam pengisian formulir laporan operasi adalah keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dari ruang rawat pasien, sehingga proses analisis kelengkapan pengembalian ke ruang rawat inap untuk dilengkapi pun terhambat. Idealnya, dokumen rekam medis dikembalikan 1x24 jam setelah pasien pulang, namun dalam pelaksanaannya tidak sesuai dengan standar (Sudra, 2011). Pada saat proses pengembalian dokumen rekam medis ke bangsal/ruangan terkait, unit rekam medis tidak memberikan lembar ceklis kepada petugas, sehingga petugas tidak melengkapi bagian yang harus dilengkapi dengan alasan tidak tahu apa yang harus dilengkapi.

Tidak Ada Pelaporan Kelengkapan Pengisian Laporan Operasi

Tidak dibuatnya laporan mengenai hasil analisis kuantitatif pengisian formulir rekam medis khususnya laporan operasi menyebabkan para petugas yang mengisi laporan operasi tidak mengetahui persentase atau tingkat kelengkapan pengisian laporan operasi, sehingga tidak ada bahan untuk dilakukan evaluasi mengenai kelengkapan pengisian. Hal tersebut mengakibatkan tidak adanya tindak lanjut sebagai upaya dalam meningkatkan kelengkapan pengisian formulir laporan operasi.

Tidak dibuatnya laporan hasil analisis kuantitatif juga tidak sesuai dengan salah satu kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan yang tercantum dalam Surat Keputusan DPP PORMIKI Nomor 08/PORMIKI/XI/2016 tentang Standar Kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) pada standar Pemanfaatan Ilmu Statistik Kesehatan untuk Riset salah satunya yaitu mengelola kualitas dan peningkatan kinerja. Berkaitan dengan salah satu standar akreditasi rumah sakit yakni di dalam kelompok standar manajemen rumah sakit pada bagian Manajemen Informasi Rekam Medis (MIRM), pada standar MIRM 13.4 terdiri dari beberapa elemen penilaian diantaranya dilakukan review yang berfokus pada ketepatan waktu, keterbacaan dan kelengkapan rekam medis, kemudian hasil review dilaporkan secara berkala (Standar Nasional

Akreditasi Rumah Sakit, 2018). Dalam penelitian Daryanti dan Sugiarsi(2016) dijelaskan bahwa penyebab tidak terisinya laporan penting terutama pada lembar informed consent adalah kurang kerja sama antara dokter penanggung jawab dengan perawat pendamping untuk menuliskan informasi, antara lain diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis yang dilakukan, alternatif tindakan lain.

Perekam medis dalam melaksanakan tugasnya, diwajibkan untuk melakukan analisis dan mengembalikan setiap dokumen yang tidak lengkap untuk dilengkapi kepada petugas yang terkait. Namun, di RSUD Ciamis, petugas hanya menganalisis melalui lembar ceklis tanpa dibuat laporan kemudian mengembalikannya ke ruangan, sedangkan dokumen yang dikembalikan tetap tidak terisi secara lengkap (dokumen bandel) dan tidak ada tindak lanjut untuk menanganinya.

Item yang Harus Diisi Banyak

Formulir laporan operasi merupakan salah satu hal yang mempengaruhi kelengkapan pengisian laporan operasi, baik dari segi desain formulir maupun item atau konten yang harus diisi. Menurut Hatta (2013), laporan operasi berisi informasi mengenai diagnosa pre dan pasca operasi; deskripsi tentang prosedur pembedahan; deskripsi tentang seluruh temuan normal dan tidak normal; deskripsi tentang kejadian unik dan tidak lazim dalam pembedahan; deskripsi tentang spesimen yang diambil; nama ahli bedah (operator) dan asisten yang membantu; tanggal dan lama proses pembedahan. Namun, item tersebut dipengaruhi oleh kebutuhan dari masing – masing rumah sakit itu sendiri, sehingga terdapat beberapa item yang ditambahkan sesuai dengan kebutuhan. Formulir laporan operasi di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis khusus bagian *obgyn* terdiri dari 36 item yang harus diisi. Item – item tersebut bila dibandingkan dengan item yang dikemukakan oleh Gemala Hata, jumlah item ini terbilang banyak. Berdasarkan hasil wawancara dengan 4 praktisi di rumah sakit yang bertugas mengisi laporan operasi, mengatakan bahwa item yang harus diisi dari laporan operasi terbilang cukup banyak, namun disesuaikan dengan kebutuhan akan informasi dari laporan operasi yang dapat menunjang seluruh proses pemberian tindakan koperasi kepada pasien. Salah satunya terdapat pengulangan item formulir pada formulir satu dengan yang lainnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan I,

item posisi penderita dan macam sayatan terdapat pada formulir bagian anestesi, sehingga untuk pengisian terkadang tidak dilakukan karena sudah diisi oleh petugas lain pada formulir lain. Sedangkan, untuk item pendarahan yang merupakan kelengkapan terendah disebabkan karena dokter bedah mengisi tidak pada kolom item pendarahan, namun diisi pada item teknik dan temuan intra operasi sehingga menjadikan petugas tidak menyadari adanya data mengenai pendarahan. Item tanggal lahir juga, yang merupakan salah satu bagian dari identitas dengan angka kelengkapannya rendah terjadi karena petugas perawat harus mengisi beberapa formulir yang harus diisi sebelum melakukan tindakan operasi serta melakukan persiapan untuk proses operasi, sehingga pengisiannya menjadi tergesa-gesa bahkan hingga tidak diisi. Oleh karena itu, dibutuhkan review atau analisis mengenai desain formulir dari laporan operasi untuk mengetahui item yang harus disediakan dan yang harus diperbaiki, salah satunya pada saat evaluasi bersama komite medik. Mendesain formulir merupakan salah satu standar kompetensi profesi rekam medis sesuai dengan Surat Keputusan DPP PORMIKI Nomor 08/PORMIKI/XI/2016 tentang Standar Kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) pada standar Manajemen Data Kesehatan yakni mengelola isi, struktur dan data kesehatan. Desain formulir tentunya harus didesain berdasarkan kebutuhan dari setiap praktisi yang akan melakukan pengisian pada formulir dan standar item yang harus dipenuhi guna menghasilkan informasi yang dibutuhkan bagi pelayanan maupun dalam pembuktian hukum.

Simpulan

Pelaksanaan kegiatan pengisian laporan operasi sebagai alat bukti hukum di RSUD Ciamis Kabupaten Ciamis belum memenuhi standar pelayanan minimal rumah sakit, sehingga tidak dapat optimal digunakan sebagai alat bukti hukum bila terjadi tuntutan hukum, yang dapat merugikan tenaga kesehatan.

Daftar Pustaka

- Astuti, Endang Kusuma. (2009). *Transaksi Terapeutik dalam Upaya Pelayanan Medis di Rumah Sakit*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Barama, Michael. (2011). *Kedudukan Visum Et Repertum dalam Hukum Pembuktian*. [Online].

Tersedia : http://repo.unsrat.ac.id/69/1/KEDUDUKAN_VISUM_ET_REPERTUM_DALAM_HUKUM_PEMBUKTIAN.pdf. [26 Januari 2018]

- Buamona, Hasrul. (2016). *Medical Record and Informed Consent sebagai Alat Bukti dalam Hukum Pembuktian*. Yogyakarta : Parama Publishing.
- Budi, Savitri Citra. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta : Quantum Sinergis Media.
- Cook, John., Sankaran, Balu., & Wasunna, Ambrose E.O. (1991). *Surgery At The Distric Hospital : Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics, and Traumatology*. WHO.
- Daryanti, Sugiarsi S. (2016). Analisis Kelengkapan Pengisian Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah Mayor di RSUD Ambarawa. *Jurnal Rekam Medis*. Vol.10 No.1
- Eleanora, Fransiska Novita. (2013). *Analisis Yuridis Rekam Medis sebagai Alat Bukti Surat*. Dalam Forum Ilmiah [Online]. Volume 10 Nomor 3. Tersedia: <http://ejurnal.esaunggul.ac.id/index.php/formil/article/view/891>. [24 Januari 2018]
- Guwandi, J. (2004). *Informed Consent*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- _____. (2005). *Rahasia Medis*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Hanafiah, M. Jusuf dan Amir, Amri. (1999). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan* (Edisi 3). Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Haryanto, Eko Yudhi. (2015). *Kedudukan Rekam Medis Dalam Pembuktian Perkara Malpraktek Di Bidang Kedokteran*. Dalam Lex Crimen [Online]. Volume IV nomor 2. Tersedia: <http://media.neliti.com/media/publications/3254-ID-kedudukan-rekam-medis-dalam-pembuktian-perkara-malpraktek-di-bidang-kedokteran.pdf>. [26 Januari 2018].
- Hatta, Gemala R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan* (Edisi Revisi 2) .Jakarta : Universitas Indonesia.
- Hidayat, Sony. (2012). *Tinjauan Terhadap Kelengkapan Pengisian Laporan Tindakan*

- Operasi Di Rumah Sakit Peln Petamburan*. [Online]. Tersedia: <http://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-NonDegree-4819-SONI%2520HIDAYAT.pdf>. [16 Januari 2018]
- KARS. (2012). *Penilaian Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta
- Koeswadi, Hermien Hadiati. (1998). *Hukum Kedokteran (Studi Hubungan Hukum dalam Mana Dokter sebagai Salah Satu Pihak)*. Citra Aditya Bakti : Bandung.
- Komalawati, Veronica. (2002). *Peran Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik*. Bandung : PT. Citra Aditya Bakti.
- Martha, Evi dan Kresno, Sudarti. (2016). *Metodologi Penelitian Kuantitatif untuk Bidang Kesehatan*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2014). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi, Cetakan Kedua. Jakarta: Rineka Cipta.
- Paguci, Sutomo. (2013). *Kasus dr Ayu CS : Malpraktik atau Kriminal Murni?*. [Online]. Tersedia <http://www.kompasiana.com/sutomo-paguci/kasus-dr-ayu-cs-malpraktik-atau-kriminal-murni>. [4 Maret 2018].
- Rahayu NS, Sugiarsi S (2014). Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap pada Kasus Chronic Kidney Disease Triwulan I vdi RSUD Pandan Arang Boyolali. *Jurnal Rekam Medis Vol.7 No.2. Hal 49 -60*
- Saryono dan Anggraeni, Mekar Dwi. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Subekti, R. (2015). *Hukum Pembuktian*. Jakarta : Balai Pustaka.
- Sudra, Rano Indradi. (2017). *Rekam Medis* (Edisi 2). Tangerang Selatan : Universitas Terbuka.
- Sugiarti, Ida. (2017). *Catatan Kuliah*. Tasikmalaya : catatan tidak diterbitkan
- Sujarweni, V. Wiratna. (2014). *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Wahjoepramono, Eka Julianta. (2012). *Konsekuensi Hukum dalam Profesi Medik*. Bandung : Karya Putra Darwati.

Perbedaan *Length of Stay* (LOS) Pasien Diabetes Mellitus Berdasarkan Komplikasi Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Marko Ferdian Salim¹, Ismil Khairi Lubis², Sugeng³

^{1,2}Departemen Layanan Informasi dan Kesehatan Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada

³Instalasi Catatan Medik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

markoferdiansalim@ugm.ac.id¹, ismil.khairi@mail.ugm.ac.id², sugeng.icm@gmail.com³

Abstract

Complications are the factors that determine the length of the day of treatment of diabetes mellitus patients in the hospital such as hypertension, stroke, coronary heart disease, cholesterol, obesity and others. This study aims to analyze differences in Length of Stay (LOS) of patients with diabetes mellitus based on complications in RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. This research is an analytic observational quantitative research with cross sectional design. The population is all people with diabetes mellitus from year 2011-2016 recorded in electronic medical record. All the population used as research sample that is as many as 1,554 people. Independent variables in this study were hypertension, nephropathy, neuropathy, obesity, CHD, stroke, and pulmonary TB. Dependent variable is Length of Stay or long treatment of diabetes mellitus patient. Data analysis was performed using Independent T test. Diabetes mellitus patients at RSUP Dr. Sardjito year 2011-2016 amounted to 1,554 people with a trend that tends to decline. Most patients were aged 56 - 63 years (27.86%). The incidence of diabetes mellitus is dominated by type 2 with the highest complications being hypertension, nephropathy, and neuropathy. Based on the result of statistical test, there is a significant difference between the average LOS between patients with diabetes mellitus who have hypertension complications with non-hypertensive ($p\text{-value} = 0.00$), neuropathy with non-neuropathy ($p\text{-value} = 0.00$), coronary heart disease with which is not coronary heart disease ($p\text{-value} = 0.035$), and stroke with non-stroke ($p\text{-value} = 0.032$). Conclusions: There is significant difference in mean LOS among patients with diabetes mellitus who have complications of hypertension, neuropathy, coronary heart disease, and stroke with no complications of the disease.

Keywords: Complications, Diabetes mellitus, Length of Stay (LOS)

Abstrak

Komplikasi merupakan faktor yang menentukan lama hari perawatan pasien diabetes mellitus di rumah sakit seperti hipertensi, stroke, penyakit jantung koroner, kolesterol, obesitas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan Length of stay (LOS) pasien diabetes mellitus berdasarkan komplikasi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*. Populasinya yaitu seluruh penderita diabetes mellitus dari tahun 2011-2016 yang tercatat di rekam medis elektronik RSUP Dr. Sardjito dan besar sampelnya adalah 1.554 orang. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu hipertensi, nefropati, neuropati, obesitas, PJK, stroke, dan TB paru. Variabel dependen yaitu Length of Stay atau lama perawatan pasien diabetes mellitus. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji T Independen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien diabetes melitus berusia 56 - 63 tahun (27,86%). Kejadian diabetes mellitus didominasi oleh tipe 2 dengan komplikasi tertinggi adalah hipertensi, nefropati, dan neuropati. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa terdapat perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang memiliki komplikasi hipertensi dengan yang tidak hipertensi ($p\text{-value}=0.00$), neuropati dengan yang tidak neuropati ($p\text{-value}=0.00$), penyakit jantung koroner dengan yang tidak penyakit jantung koroner ($p\text{-value}=0.035$), dan stroke dengan yang tidak stroke ($p\text{-value}=0.032$). Simpulan penelitian ini adalah terdapat perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang memiliki komplikasi hipertensi, neuropati, penyakit jantung koroner, dan stroke dengan yang tidak memiliki komplikasi penyakit tersebut.

Kata kunci: Diabetes mellitus, Komplikasi, Length of Stay (LOS)

Pendahuluan

Diabetes mellitus merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh gangguan *metabolic* akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif seperti kekurangan dalam peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah sehingga merusak sistem tubuh, khususnya pembuluh darah dan saraf (*World Health Organization*, 2017). Prevalensi diabetes mellitus terus meningkat selama beberapa dekade terakhir yang diikuti oleh prevalensi obesitas dan gaya hidup tidak sehat. Pasien dengan diabetes mellitus memiliki tingkat rawat inap tertinggi dan peningkatan risiko yang merugikan dan bahkan menyebabkan kematian (Ferreira et al., 2019).

Perkiraan dari *International Diabetes Federation* (IDF) terdapat 382 juta orang yang hidup dengan diabetes pada tahun 2013 dan diperkirakan akan terus meningkat sampai 592 juta pada tahun 2035. Dari 382 juta orang tersebut, 175 juta diantaranya masih belum terdiagnosis, sehingga terancam berkembang progresif menjadi komplikasi tanpa disadari dan tanpa adanya tindakan preventif. Beban penyakit tidak hanya berdasarkan peningkatan jumlah orang, tetapi juga karena peningkatan jumlah kematian dini akibat diabetes mellitus. Pada tahun 2013, setengah dari semua kematian karena Diabetes mellitus pada orang dewasa berumur di bawah usia 60 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2014; *International Diabetes Federation*, 2013).

Diabetes mellitus menjadi penyebab morbiditas dan mortalitas di negara-negara miskin dan negara berkembang yaitu sebesar 80%. Diabetes mellitus menimbulkan dampak dan beban yang besar khususnya beban sosial dan ekonomi antara lain biaya pengobatan yang besar, pendapatan keluarga semakin terkuras dan mengganggu aktivitas pekerjaan. Beberapa penelitian mencoba menggambarkan dan membandingkan karakteristik pasien rawat inap diabetes dengan nondiabetes. Karena hasil riset tersebut sangat berharga bagi para profesional kesehatan, perencana perawatan kesehatan, ekonom, dan pembuat kebijakan kesehatan untuk mengatasi masalah tersebut (Donnan, Leese and Morris, 2000)

Indonesia termasuk 10 negara terbesar dengan penderita diabetes mellitus di dunia. Posisi Indonesia berada pada peringkat tujuh dengan jumlah penderita sebanyak 8.5 juta jiwa selain negara Cina 98,4 juta jiwa, India 65,1 juta jiwa, dan Amerika 24.4 juta jiwa (*International Diabetes Federation*, 2013).

Indonesia mengalami peningkatan prevalensi diabetes mellitus dikarenakan adanya pergeseran perubahan pola penyakit berkaitan dengan gaya hidup dari *communicable disease* ke arah *non-communicable disease*. Setengah dari jumlah kasus diabetes mellitus tidak terdiagnosis karena pada umumnya tidak disertai gejala sampai terjadinya komplikasi. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi diabetes mellitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebesar 2,1%. Prevalensi tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%) dan Nusa Tenggara Timur (3,3%) (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Length of stay (LOS) merupakan indikator penting dalam menentukan keberhasilan terapi pasien diabetes mellitus. LOS juga terkait dengan biaya perawatan yang dikeluarkan pasien. Semakin sedikit waktu pasien berada di rumah sakit maka semakin efektif dan efisien pelayanan di rumah sakit. Harapan apabila seseorang dirawat di rumah sakit yaitu adanya perubahan akan derajat kesehatannya sehingga tidak perlu berlama-lama di rumah sakit.

Kualitas pelayanan rumah sakit ditentukan oleh beberapa faktor, salah satunya yaitu LOS atau lama hari perawatan. Sedangkan LOS pasien diabetes mellitus bergantung pada jenis komplikasi yang dialami. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk melihat perbedaan LOS pasien diabetes mellitus berdasarkan jenis komplikasi.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observasional analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Populasinya yaitu seluruh penderita diabetes mellitus dari tahun 2011-2016 yang tercatat di rekam medis elektronik RSUP Dr. Sardjito. Semua populasi dijadikan sebagai sampel penelitian yaitu sebanyak 1.554 orang. Variabel independen dalam penelitian ini yaitu hipertensi, nefropati, neuropati, obesitas, PJK, stroke, dan TB paru. Variabel dependen yaitu *Length of Stay* atau lama perawatan pasien diabetes mellitus. Analisis data dilakukan dengan Uji T Independen.

Hasil dan Pembahasan

Masalah kesehatan yang saat ini sedang terjadi yaitu *double burden disease* dimana terdapat peningkatan

kejadian penyakit tidak menular/ *degenerative* yang diikuti dengan peningkatan kejadian penyakit menular. Salah satu penyakit tidak menular yang saat ini mengancam keberlangsungan hidup manusia yaitu diabetes mellitus (Notoatmodjo, 2003, 2007).

Diabetes mellitus adalah salah satu penyebab utama kematian yang disebabkan oleh karena pola makan atau nutrisi, perilaku tidak sehat, kurang aktifitas fisik dan stres. Menurut laporan Riskesdas 2007, diabetes mellitus menyumbang 4,2% kematian pada kelompok umur 15-44 tahun di daerah perkotaan dan merupakan penyebab kematian tertinggi ke-6. Selain pada kelompok tersebut, diabetes mellitus juga merupakan penyebab kematian tertinggi ke-2 pada kelompok umur 45-54 tahun di perkotaan (14,7%) dan tertinggi ke-6 di daerah perdesaan (5,8%) (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Diabetes mellitus merupakan penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak memproduksi cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah) atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Insulin adalah suatu hormon yang diproduksi dalam pankreas yang memungkinkan glukosa dari makanan untuk memasuki sel-sel tubuh. Glukosa akan diubah menjadi energi yang dibutuhkan oleh otot-otot dan jaringan untuk berfungsi. Seseorang dengan diabetes mellitus tidak menyerap glukosa dengan benar, dan glukosa tetap beredar dalam darah (hiperglikemia) sehingga merusak jaringan tubuh dari waktu ke waktu. Kerusakan ini dapat menyebabkan komplikasi kesehatan (International Diabetes Federation, 2013; WHO, 2017).

Length of Stay (LOS) lama hari perawatan menunjukkan berapa hari seorang pasien dirawat pada satu episode rawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, dan puskesmas. Satuan untuk LOS biasanya menggunakan hari. Kemudian cara menghitungnya yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (tanggal keluar rumah sakit, baik dalam keadaan hidup maupun meninggal) dengan tanggal masuk rawat inap setiap pasien. Khusus pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama maka lama dirawat dihitung sebagai 1 hari.

LOS pasien diabetes mellitus dapat dihitung berdasarkan catatan rekam medis pasien baik secara elektronik maupun manual dengan cara menghitung selisih tanggal keluar dengan tanggal masuk. Berdasarkan data rekam medis pasien diketahui

bahwa data LOS pasien diabetes mellitus seperti tabel berikut.

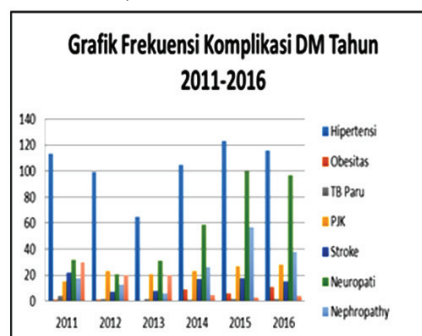
Tabel 1. Hasil Pengukuran LOS Pasien Diabetes Mellitus

No.	Pengukuran	Hasil
1.	Mean	9.93
2.	Median	8.00
3.	Mode	5.00
4.	Std. Deviation	7.77
5.	Variance	60.36
6.	Range	71
7.	Minimum	1
8.	Maximum	73

Berdasarkan tabel 1 di atas diketahui bahwa rata-rata LOS pasien diabetes mellitus yaitu 9.93 hari, yang paling lama yaitu 72 hari, yang paling singkat yaitu 1 hari, dan kebanyakan pasien dirawat yaitu selama 5 hari.

Pasien diabetes mellitus tipe 2 ditemukan lebih sering dan lebih lama mendapatkan perawatan di rumah sakit dibandingkan dengan pasien non-diabetes. Hal ini disebabkan oleh risiko neurologis, kardiovaskular, ginjal, dan oftalmik yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang tanpa diabetes (Donnan, Leese and Morris, 2000).

Penyakit kaki diabetik (*diabetic foot disease*) pada pasien rawat inap dengan diabetes tidak hanya dikaitkan dengan peningkatan LOS tetapi juga dengan mortalitas rawat inap. Penelitian membuktikan tentang mortalitas yang tinggi akibat penyakit kaki diabetik. Penyakit kaki diabetik biasanya merupakan prekursor untuk gejala sisa yang parah seperti amputasi. Studi jangka panjang menunjukkan kualitas hidup yang buruk dan peningkatan mortalitas jangka panjang ditemukan pada pasien penyakit kaki diabetik (Nirantharakumar *et al.*, 2013).



Gambar 1. Grafik Frekuensi Komplikasi Diabetes Mellitus Tahun 2011 - 2016

Berdasarkan grafik pada gambar 1. diketahui bahwa komplikasi pasien diabetes mellitus paling tinggi dari tahun 2011-2016 yaitu hipertensi dengan jumlah kejadian paling tinggi pada tahun 2015 sebanyak 123 kejadian. Diabetes dan hipertensi sering terjadi bersamaan dimana terdapat *substantial overlap* antara diabetes dan hipertensi dalam etiologi dan mekanisme penyakit. Obesitas, peradangan, stres oksidatif, dan resistensi insulin dianggap sebagai *common pathways* (Cheung and Li, 2012).

Tabel 2. Distribusi rata-rata LOS Pasien Diabetes Mellitus Berdasarkan Komplikasi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

No.	Variabel	Mean	SD	P-Value
1.	Hipertensi			
	Hipertensi	11.22	7.56	0.00
	Tidak Hipertensi	9.05	7.79	
2.	Nephropaty			
	Nephropaty	10.07	4.85	0.721
	Tidak Nephropaty	9.91	8.03	
3.	Neuropaty			
	Neuropaty	14.00	9.72	0.000
	Tidak Neuropaty	8.78	6.69	
4.	Obesitas			
	Obesitas	12.25	8.15	0.111
	Tidak Obesitas	9.89	7.76	
5.	PJK			
	PJK	11.26	7.64	0.035
	Tidak PJK	9.80	7.77	
6.	Stroke			
	Stroke	11.67	8.73	0.032
	Tidak Stroke	9.82	7.70	
7.	TB Paru			
	TB Paru	11.14	11.08	0.557
	Tidak TB Paru	9.92	7.74	

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa rata-rata LOS pasien diabetes mellitus yang hipertensi lebih tinggi yaitu 11.22 hari dengan variasi 7.56 hari, dibandingkan dengan LOS pasien diabetes mellitus tidak hipertensi yaitu 9.05 hari dengan variasi 7.79 hari. Hasil uji T didapatkan *p-value*=0.000 berarti secara statistik ada perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang hipertensi dengan yang tidak hipertensi.

Kejadian hipertensi berhubungan dengan diabetes mellitus dimana pasien diabetes mellitus cenderung mempunyai tekanan darah yang lebih tinggi. Dengan demikian, diperlukan intervensi non-farmakologis dan farmakologis pada penderita DM untuk mencegah timbulnya komplikasi hipertensi di masa yang akan datang. Intervensi non-farmakologis yang dapat dilakukan meliputi diet rendah garam ($\leq 2,4$ gram natrium atau 6 gram), olahraga secara teratur, menerapkan pola diet rendah lemak dan gula. Intervensi farmakologis yang dapat dilakukan meliputi penggunaan Obat Hipoglikemik Oral (OHO) dan insulin bagi penderita DM yang memiliki indikasi (Silih, 2012).

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa rata-rata LOS pasien diabetes mellitus yang nephropaty lebih tinggi yaitu 10.07 hari dengan variasi 4.85 hari, dibandingkan dengan LOS pasien diabetes mellitus tidak nephropaty yaitu 9.91 hari dengan variasi 8.03 hari. Hasil uji T didapatkan *p-value*=0.721 berarti secara statistik tidak ada perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang nephropaty dengan yang tidak nephropaty.

Komplikasi yang terkait dengan diabetes mellitus telah meningkatkan jumlah kematian dalam beberapa tahun terakhir. Komplikasi ini adalah hasil dari efek jangka panjang diabetes mellitus pada mikrovaskulatur glomerular ginjal. Diabetik Nefropati (DN) berkembang pada pasien dengan riwayat medis beberapa tahun dari diabetes dan gagal ginjal.

Mortalitas pasien DN sangat tinggi. Sebagai contoh, pasien dengan diabetes tipe 1 memiliki mortalitas 20 kali lebih besar dari pada populasi umum, dan risiko relatif ini dapat diperbesar oleh 25 kali lebih lanjut untuk mereka dengan proteinuria. Mortalitas pasien DN sebagian besar merupakan hasil dari penyakit kardiovaskular komorbiditas. Sebagian besar pasien dengan stadium 4 DN meninggal sebelum mereka mencapai ESRF.

Dalam beberapa tahun terakhir telah banyak kemajuan dalam memahami faktor risiko dan mekanisme DN, tahapan keterlibatan ginjal pada diabetes, dan strategi pengobatan untuk mencegah atau mengganggu perkembangan DN. Deteksi dini DN, adopsi intervensi multifaktorial yang menargetkan faktor risiko utama (hiperglikemia, hipertensi, dislipidemia dan merokok), dan penggunaan agen dengan efek renoprotektif memang memperlambat perkembangan penyakit ginjal. Akan tetapi pengobatan hipertensi

merupakan prioritas pada kasus diabetes mellitus. Perhatian terhadap prosedur ini juga akan memastikan pengurangan mortalitas kardiovaskular (Muhammad and Nazar, 2014).

Nefropati diabetik merupakan komplikasi kronis pada DM tipe 1 (kerusakan sel beta - kekurangan insulin absolut) dan DM tipe 2 (resistensi insulin dan/ atau penurunan sekresi insulin) (Vujičić, Turk and Crnčević-orlić, 2012).

Rata-rata LOS pasien pada tabel 2 diketahui bahwa diabetes mellitus yang neuropati lebih tinggi yaitu 14.00 hari dengan variasi 9.72 hari, dibandingkan dengan LOS pasien diabetes mellitus tidak neuropati yaitu 8.78 hari dengan variasi 6.69 hari. Hasil uji T didapatkan $p\text{-value}=0.000$ berarti secara statistik ada perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang neuropati dengan yang tidak neuropati.

Neuropati diabetik adalah keluarga gangguan saraf yang disebabkan oleh diabetes. Penderita diabetes mengalami kerusakan saraf di seluruh tubuh seiring berjalan waktu. Beberapa orang dengan kerusakan saraf tidak memiliki gejala. Tetapi ada juga yang memiliki gejala seperti nyeri, kesemutan, mati rasa, kehilangan perasaan di tangan, lengan, kaki, dan kaki. Masalah saraf dapat terjadi di setiap sistem organ, termasuk saluran pencernaan, jantung, dan organ seks (NIDDK, 2009).

Sekitar 60 hingga 70 persen orang dengan diabetes memiliki beberapa bentuk neuropati. Orang dengan diabetes dapat mengembangkan masalah saraf setiap saat, tetapi risiko meningkat seiring usia dan durasi diabetes yang lebih lama. Tingkat tertinggi neuropati adalah di antara orang-orang yang menderita diabetes setidaknya selama 25 tahun. Neuropati diabetik juga tampak lebih umum pada orang yang memiliki masalah mengontrol glukosa darah mereka, juga disebut gula darah, serta mereka yang memiliki kadar lemak darah tinggi dan tekanan darah dan mereka yang kelebihan berat badan.

Penyebab dari diabetes neuropati yaitu sebagai berikut:

1. Faktor metabolik, seperti glukosa darah tinggi, durasi diabetes yang panjang, kadar lemak darah yang tidak normal, dan kemungkinan tingkat insulin yang rendah.
2. Faktor neurovaskular, yang menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke saraf.

3. Faktor autoimun yang menyebabkan peradangan pada saraf.
4. Cedera mekanik pada saraf, seperti sindrom terowongan karpal.
5. Sifat yang diwariskan yang meningkatkan kerentanan terhadap penyakit saraf.
6. Faktor gaya hidup, seperti merokok atau penggunaan alkohol.

Diagnosis dini yang akurat memungkinkan untuk perawatan adekuat, mencegah perkembangan neuropati dan komplikasi berat. Dengan demikian, perlu untuk memperoleh riwayat klinis yang akurat, selain tes neurologis menyeluruh dan tes tambahan, untuk mengidentifikasi tanda-tanda keterlibatan serat saraf. Perawatannya tergantung pada kontrol glikemik yang memadai dan perawatan nyeri neuropatik (Nascimento, Pupe and Cavalcanti, 2016).

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa rata-rata LOS pasien diabetes mellitus yang obesitas lebih tinggi yaitu 12.25 hari dengan variasi 8.15 hari, dibandingkan dengan LOS pasien diabetes mellitus tidak obesitas yaitu 9.89 hari dengan variasi 7.76 hari. Hasil uji T didapatkan $p\text{-value}=0.111$ berarti secara statistik tidak ada perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang obesitas dengan yang tidak obesitas.

Diabetes mellitus sangat berkaitan dengan obesitas. Prevalensi obesitas penduduk > 18 tahun di Indonesia sebesar 11,7%, sebesar 7,8% pada laki-laki dan 15,5% pada perempuan.

Kegemukan dan obesitas didefinisikan sebagai akumulasi lemak abnormal atau berlebihan yang dapat mengganggu kesehatan. Indeks massa tubuh (IMT) adalah indeks sederhana berat yang biasanya digunakan untuk mengklasifikasikan kelebihan berat badan dan obesitas pada orang dewasa. Ini didefinisikan sebagai berat seseorang dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi badannya dalam meter (kg/m^2). IMT lebih besar dari atau sama dengan 25 dianggap kelebihan berat badan, dan BMI lebih besar dari atau sama dengan 30 dianggap obesitas. Obesitas sangat terkait dengan resistensi insulin, yang bila digabungkan dengan defisiensi insulin relatif mengarah pada pengembangan diabetes mellitus tipe 2. Pada penelitian yang berbeda disebutkan bahwa diabetes mellitus dan obesitas merupakan factor risiko dari kanker pankreas (Alzaman and Ali, 2016; Başkan and Tan, 2017; Eibl *et al.*, 2017)

Hasil uji statistik pada tabel 2 diketahui bahwa rata-rata LOS pasien diabetes mellitus yang PJK lebih tinggi yaitu 11.26 hari dengan variasi 7.64 hari, dibandingkan dengan LOS pasien diabetes mellitus tidak PJK yaitu 9.80 hari dengan variasi 7.77 hari. Hasil uji T didapatkan $p\text{-value}=0.035$ berarti secara statistik ada perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang PJK dengan yang tidak PJK.

PJK atau penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian paling umum pada pasien diabetes mellitus tipe 2 karena PJK merupakan faktor risiko utama. Beban diabetes mellitus tipe 2 meningkat dimana pada tahun 2050 1 dari 3 individu AS mungkin menderita diabetes mellitus tipe 2, dan pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 akan menjadi bagian yang semakin besar dari populasi penyakit kardiovaskular. Penggunaan terapi sangat terbukti mengurangi risiko penyakit kardiovaskular pada pasien diabetes mellitus tipe 2. Pedoman atau terapi untuk mengurangi risiko tersebut yaitu dengan memperhatikan gaya hidup (olahraga, nutrisi, dan manajemen berat badan) dan manajemen faktor risiko (tekanan darah, kolesterol dan lipid darah, kontrol glikemik, dan penggunaan aspirin) untuk pencegahan penyakit kardiovaskular pada pasien diabetes mellitus tipe 2. Gaya hidup dan manajemen faktor risiko yang tepat memiliki potensi secara signifikan untuk mengurangi beban penyakit kardiovaskular pada pasien diabetes mellitus tipe 2 (Newman *et al.*, 2017). DM tipe 1 sangat terkait dengan peningkatan risiko infark miokard, gagal jantung, dan stroke iskemik. DM tipe 2 dikaitkan dengan peningkatan risiko infark miokard, stroke iskemik, gagal jantung, dan stenosis katup aorta (Larsson *et al.*, 2018).

Hasil statistik pada tabel 2 diketahui bahwa rata-rata LOS pasien diabetes mellitus yang stroke lebih tinggi yaitu 11.67 hari dengan variasi 8.73 hari, dibandingkan dengan LOS pasien diabetes mellitus tidak stroke yaitu 9.82 hari dengan variasi 7.70 hari. Hasil uji T didapatkan $p\text{-value}=0.032$ berarti secara statistik ada perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang stroke dengan yang tidak stroke.

Stroke secara luas diklasifikasikan sebagai iskemik atau hemoragik. Sekitar 85% dari stroke adalah iskemik, akibat dari arteri otak yang tersumbat dan menyebabkan kerusakan permanen dan kehilangan fungsi. Stroke hemoragik (15% dari stroke)

disebabkan oleh darah yang keluar dari arteri otak ke jaringan otak yang berdekatan, menghasilkan kerusakan permanen. Stroke hemoragik biasanya menyebabkan lebih banyak kerusakan daripada stroke iskemik. Ada faktor risiko stroke iskemik yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Usia, riwayat keluarga stroke, dan jenis kelamin adalah risiko yang tidak dapat dimodifikasi sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu diabetes, hipertensi, kolesterol tinggi, penyakit jantung dan merokok (Alloubani, Saleh and Abdelhafiz, 2012; Rammal and Almekhlafi, 2016).

Ada perbedaan pola stroke antara pasien diabetes dengan yang tidak diabetes. Pasien dengan diabetes memiliki proporsi stroke iskemik yang lebih tinggi dibandingkan dengan stroke hemoragik, dan infark lakunar adalah jenis stroke yang paling umum. Hal ini disebabkan karena prevalensi penyakit mikrovaskular yang lebih tinggi dan koeksistensi hipertensi yang terlihat pada kelompok pasien ini (Tun *et al.*, 2017).

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa rata-rata LOS pasien diabetes mellitus yang TB Paru lebih tinggi yaitu 11.14 hari dengan variasi 11.08 hari, dibandingkan dengan LOS pasien diabetes mellitus tidak TB Paru yaitu 9.92 hari dengan variasi 7.74 hari. Hasil uji T didapatkan $p\text{-value}=0.557$ berarti secara statistik tidak ada perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang TB Paru dengan yang tidak TB Paru.

Banyak hasil riset menemukan bahwa diabetes mellitus sering dikaitkan dengan peningkatan risiko TB. Penderita diabetes berisiko lebih tinggi terkena TB daripada mereka yang tidak menderita diabetes. Hubungan antara diabetes dan TB di negara maju sekitar 2.5 kali lebih, sedangkan di negara berkembang di mana prevalensi diabetes 2 kali lebih tinggi pada orang dengan TB daripada pada orang tanpa TB. Orang dengan diabetes mellitus menjadi target penting untuk intervensi seperti penemuan kasus aktif dan pengobatan TB. Sehingga upaya untuk mendiagnosis, mendeteksi, dan mengobati diabetes mellitus juga bisa dilakukan dengan pengendalian kasus TB (Jeon and Murray, 2008; Khalil and Ramadan, 2016).

Pria yang cenderung terkena diabetes mengalami penurunan fungsi paru-paru bertahun-tahun sebelum diagnosis, dibandingkan dengan pria yang tidak mengidap penyakit diabetes. Penurunan fungsi paru-

paru ini tetap terjadi setelah terdiagnosis diabetes. Mekanisme yang terlibat dalam keadaan resisten insulin berkontribusi terhadap penurunan fungsi paru (Litonjua *et al.*, 2005; I. *et al.*, 2013; Zineldin, Hasan and Al-Adl, 2015).

Simpulan

Terdapat perbedaan signifikan rata-rata LOS antara pasien diabetes mellitus yang memiliki komplikasi hipertensi, neuropati, penyakit jantung koroner, dan stroke dengan yang tidak memiliki komplikasi penyakit tersebut. Sehingga perlu perawatan yang intensive oleh pihak rumah sakit terhadap pasien diabetes mellitus yang mengalami komplikasi tersebut agar tetap mempertahankan dan menjaga kualitas pelayanan dalam keadaan baik.

Daftar Pustaka

- Alloubani, A., Saleh, A. and Abdelhafiz, I. (2012) 'Hypertension and diabetes mellitus as a predictive risk factors for stroke', *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 12(4), pp. 577–584. doi: 10.1016/j.dsx.2018.03.009.
- Alzaman, N. and Ali, A. (2016) 'Obesity and diabetes mellitus in the Arab world', *Journal of Taibah University Medical Sciences*. Elsevier Ltd, 11(4), pp. 301–309. doi: 10.1016/j.jtumed.2016.03.009.
- Başkan, S. A. and Tan, M. (2017) 'Research of Type 2 Diabetes Patients' Problem Areas and Affecting Factors', *Journal of Diabetes Mellitus*, 07(03), pp. 175–183. doi: 10.4236/jdm.2017.73014.
- Cheung, B. M. Y. and Li, C. (2012) 'Diabetes and hypertension: Is there a common metabolic pathway?', *Current Atherosclerosis Reports*, 14(2), pp. 160–166. doi: 10.1007/s11883-012-0227-2.
- Donnan, P. T., Leese, G. P. and Morris, A. D. (2000) 'Hospitalizations for People With Type 1 and Type 2 Diabetes Compared With the Nondiabetic Population of Tayside, Scotland', *Diabetes Care*, 23(12). doi: 10.2337/diacare.27.10.2506.
- Eibl, G. *et al.* (2017) 'Diabetes Mellitus and Obesity as Risk Factors for Pancreatic Cancer', *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. Elsevier Inc, 118(4), pp. 555–567. doi: 10.1016/j.jand.2017.07.005.
- I., A. A. E.-A. *et al.* (2013) 'Pulmonary function changes in diabetic lung', *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. The Egyptian Society of Chest Diseases and Tuberculosis, 62(3), pp. 513–517. doi: 10.1016/j.ejcdt.2013.07.006.
- International Diabetes Federation (2013) *IDF Diabetes Atlas*. 6th edn. Brussels: International Diabetes Federation.
- Jeon, C. Y. and Murray, M. B. (2008) 'Diabetes mellitus increases the risk of active tuberculosis: A systematic review of 13 observational studies', *PLoS Medicine*, 5(7), pp. 1091–1101. doi: 10.1371/journal.pmed.0050152.
- Kementerian Kesehatan RI (2012) *Profil Kesehatan Indonesia 2011*. Jakarta. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Kementerian Kesehatan RI (2013) *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI (2014) 'Waspada Diabetes; Eat well, Life well'. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Khalil, N. H. and Ramadan, R. A. (2016) 'Study of risk factors for pulmonary tuberculosis among diabetes mellitus patients', *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. The Egyptian Society of Chest Diseases and Tuberculosis, 65(4), pp. 817–823. doi: 10.1016/j.ejcdt.2016.05.009.
- Larsson, S. C. *et al.* (2018) 'Type 1 and type 2 diabetes mellitus and incidence of seven cardiovascular diseases', *International Journal of Cardiology*. The Authors, 262, pp. 66–70. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.03.099.
- Litonjua, A. A. *et al.* (2005) 'Lung function in type 2 diabetes: The Normative Aging Study', *Respiratory Medicine*, 99(12), pp. 1583–1590. doi: 10.1016/j.rmed.2005.03.023.

- Muhammad, C. and Nazar, J. (2014) 'Diabetic nephropathy; principles of diagnosis and treatment of diabetic kidney disease', 3(1), pp. 15–20.
- Nascimento, O. J. M. do, Pupe, C. C. B. and Cavalcanti, E. B. U. (2016) 'Diabetic neuropathy', 17(Suppl 1), pp. 46–51. doi: 10.5935/1806-0013.20160047.
- Newman, J. D. *et al.* (2017) 'Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus', *Journal of the American College of Cardiology*. Elsevier, 70(7), pp. 883–893. doi: 10.1016/j.jacc.2017.07.001.
- NIDDK (2009) 'Diabetic Neuropathies : The Nerve Damage of Diabetes', in US Department of Health and Human Services (ed.). New York: National Institute of Health.
- Nirantharakumar, K. *et al.* (2013) 'In-hospital mortality and length of stay in patients with diabetes having foot disease', *Journal of Diabetes and its Complications*. Elsevier Inc., 27(5), pp. 454–458. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2013.05.003.
- Notoatmodjo, S. (2003) *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007) *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rhineka Cipta.
- Rammal, S. A. and Almekhlafi, M. A. (2016) 'Diabetes mellitus and stroke in the Arab world', *Journal of Taibah University Medical Sciences*. Elsevier Ltd, 11(4), pp. 295–300. doi: 10.1016/j.jtumed.2016.05.001.
- Silih, Y. (2012) *Hubungan Antara Diabetes Melitus dengan Kejadian Hipertensi di Kecamatan Pontianak Selatan*. Universitas Tanjungpura Pontianak.
- Tun, N. N. *et al.* (2017) 'Diabetes mellitus and stroke: A clinical update', *World Journal Diabetes*, 9358(6).
- Vujičić, B., Turk, T. and Crnčević-orlić, Ž. (2012) 'Diabetic Nephropathy'.
- WHO (2017) 'Diabetes mellitus', *WHO*. World Health Organization.
- World Health Organization (2017) *Diabetes Fact Sheet*. Available at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138en/ (Accessed: 20 February 2017).
- Zineldin, M. A. F., Hasan, K. A. G. and Al-Adl, A. S. (2015) 'Respiratory function in type II diabetes mellitus', *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. The Egyptian Society of Chest Diseases and Tuberculosis, 64(1), pp. 219–223. doi: 10.1016/j.ejcdt.2014.08.008.

Perencanaan Implementasi Rekam Medis Elektronik dalam Pengelolaan Unit Rekam Medis Klinik Pratama Romana

Rani G. H. Silalahi¹, Endang Junita Sinaga²

^{1,2} Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Santa Elisabeth Medan

Email: ranisilalahi.rs@gmail.com¹, endang.junita@gmail.com²

Abstract

Background: Medical records are files that contain identity, history, physical, laboratory, diagnosis and medical treatment of a patient recorded both in writing and electronically. The system for administering medical records starts from recording as long as patients get medical services, followed by organizing, storing and issuing medical record files from storage to serve requests / loans by patients or for other purposes. Currently health facilities are trying to replace manual medical record management into electronics. Klinik Pratama Romana Deli Serdang is one of the clinics in the Deli Serdang area that has management planning to change the implementation of a manual medical record unit that has been running into an electronic medical record. The research objective was to design an electronic medical record concept for the Pratama Romana Clinic. This type of qualitative descriptive researched with informants as many as 5 people. Data were collectioned through observation and interviews. The results of the study showed that the management of medical records required qualifications of officers with a background in D4 management of health information, make procedures from registration to reporting and coding according to the ICD and establishing record access rights. The conclusion was that the management of Pratama Romana Clinic already had high support in the implementation of electronic medical records until the application of the concept can be carried out in stages in accordance with the standards and needs.

Keywords: *Planning, Implementation, Electronic Medical Records*

Abstrak

Rekam medis adalah berkas yang berisi identitas, anamnesa, penentuan fisik, laboratorium, diagnosa dan tindakan medis terhadap seorang pasien yang dicatat baik secara tertulis maupun elektronik. Sistem penyelenggaraan rekam medis mulai dari pencatatan selama pasien mendapatkan pelayanan medik, dilanjutkan dengan penyelenggaraan, penyimpanan serta pengeluaran berkas rekam medis dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman oleh pasien atau untuk keperluan lainnya. Saat ini fasilitas kesehatan berupaya mengganti pengelolaan rekam medis manual menjadi elektronik. Klinik Pratama Romana Deli Serdang merupakan salah satu klinik yang berada di wilayah Deli Serdang yang memiliki manajemen berencana merubah pelaksanaan unit rekam medis manual yang sudah berjalan menjadi rekam medis elektronik. Tujuan penelitian untuk merancang konsep rekam medis elektronik untuk Klinik Pratama Romana. Jenis penelitian dekriptif kualitatif dengan informan sebanyak 5 orang. Pengumpulan data melalui observasi dan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan pengelolaan rekam medis membutuhkan kualifikasi petugas dengan latar belakang D4 manajemen informasi kesehatan, pembuatan prosedur dari pendaftaran hingga pelaporan dan pengkodean sesuai ICD dan penetapan hak akses rekam. Simpulan adalah manajemen Klinik Pratama Romana sudah memiliki dukungan yang tinggi dalam penerapan rekam medis elektronik hingga penerapan konsep dapat dilakukan secara bertahap sesuai dengan standar dan kebutuhan.

Kata Kunci: Perencanaan, Implementasi, Rekam Medis Elektronik

Pendahuluan

Rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas kesehatan yang dilakukan secara manual maupun elektronik. Pengelolaan rekam medis merupakan salah satu bentuk dari pelayanan penunjang medis yang meliputi assembling, indexing, koding, analising dan filing. Manajemen pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan berupa kegiatan menjaga, memelihara dan melayani rekam medis, menyajikan informasi kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjaga rekaman. (Permenkes, 2013).

Perkembangan teknologi informasi yang begitu pesat dan telah merambah ke berbagai sektor kehidupan, termasuk di bidang kesehatan mengakibatkan berkembangnya sistem rekam medis berbasis komputer. Rekam medis berbasis komputer atau yang lebih dikenal dengan rekam medis elektronik merupakan salah satu tantangan besar dalam penerapan teknologi informasi dan komunikasi di berbagai pusat pelayanan kesehatan. Rekam medis elektronik merupakan penggunaan metode elektronik untuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan, serta pengaksesan rekam medis pasien yang telah tersimpan dalam suatu manajemen basis data multimedia yang mencatat semua data yang sifatnya sangat pribadi dan mengandung informasi tentang identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, data medis, demografis serta setiap pelayanan dalam manajemen pasien di rumah sakit maupun di klinik. Rekam medis elektronik sudah digunakan di berbagai rumah sakit / klinik di dunia sebagai pengganti atau pelengkap rekam kesehatan berbentuk kertas. Rekam medis elektronik menjadi pusat informasi dalam sistem informasi rumah sakit. Permenkes No. 269 tahun 2008 menjadi dasar hukum penerapan rekam medis elektronik di Indonesia. Namun teknologi rekam medis elektronik ini tidak selalu berkembang dengan cepat di berbagai rumah sakit/klinik/pusat pelayanan kesehatan lainnya.

Menurut Hatta (2011), rekam medis elektronik adalah suatu sistem yang secara khusus dirancang untuk mempermudah kinerja dari petugas medis, karena terdapat berbagai macam fitur yang ditawarkan untuk kelengkapan dan keakuratan data, memberi tanda waspada, peringatan, memiliki sistem untuk mendukung keputusan klinik dan mampu menghubungkan data dengan pengetahuan medis serta alat bantu lainnya.

Klinik merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisik. Klinik dibagi menjadi dua berdasarkan jenis pelayanan yaitu klinik pratama dan klinik utama. Klinik wajib melakukan pencatatan terhadap penyakit dan melaporkan kepada Dinas Kesehatan dalam rangka pelaksanaan program pemerintah. Pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan dilakukan dalam rangka meningkatkan efektifitas pembinaan dan pengawasan pelayanan kesehatan di Indonesia (Undang- Undang Nomor 9 Tahun 2014).

Klinik Pratama Romana merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat I yang melayani pasien rata-rata 50 orang setiap harinya. Klinik Pratama Romana masih menerapkan sistem rekam medis manual menggunakan kertas yang nantinya akan dikelompokkan dan disimpan dalam tempat penyimpanan. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang penulis lakukan, diketahui bahwa dalam pengolahan data dan informasi pada kegiatan rekam medis yang selama ini dikelola oleh Klinik Pratama Romana masih terdapat banyak kendala diantaranya ialah terjadinya redudansi data, serta lamanya proses pencarian dan pengaksesan data/ informasi yang diperlukan karena belum adanya sistem yang terintegrasi antara satu dengan yang lainnya. Sehingga kegiatan-kegiatan yang seharusnya dapat dieliminasi dan diotomatisasi belum dapat dilakukan. Standar prosedur yang dimiliki juga telah disusun dan dilaksanakan. Namun seiring perkembangan teknologi dan pelayanan kesehatan, manajemen Klinik Pratama Romana juga termotivasi ingin meningkatkan pelayanan dengan menerapkan rekam medis elektronik dalam pengelolaan unit rekam medis yang terintegrasi.

Tujuan penelitian ini untuk merencanakan implementasi rekam medis elektronik dalam pengelolaan unit rekam medis Klinik Pratama Romana.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan dekriptif kualitatif, untuk memperoleh informasi mendalam tentang pelaksanaan pengelolaan rekam medis manual dan perencanaan implementasi rekam medis elektronik dalam pengelolaan unit rekam medis Klinik Pratama Romana. Lokasi penelitian ini dilakukan di Klinik Pratama Romana karena klinik Pratama Romana merupakan salah satu klinik pratama di wilayah

Deli Serdang dengan pelayanan pasien yang cukup banyak rata-rata 50 pasien setiap harinya dan sistem rekam medis yang digunakan masih manual. Informan dalam penelitian ini sebanyak 5 orang. Pengumpulan data melalui metode observasi dan wawancara.

Hasil

Perencanaan implementasi rekam medis elektronik dalam pengelolaan Unit Rekam Medis Klinik Pratama Romana melalui identifikasi *man* (sumber daya manusia), *money* (uang yang diperlukan), *methode* (metode), *machine* (mesin) dan *material* (bahan – bahan yang diperlukan dalam kegiatan).

Man (Sumber Daya Manusia)

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Pengelolaan rekam medis membutuhkan sumber daya manusia yang memenuhi kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan. Seorang profesi rekam medis merupakan lulusan dari program diploma hingga sarjana rekam medis dan informasi kesehatan (Permenkes No. 55 Tahun 2013).

Menurut Budi (2011) untuk menjalankan pekerjaan di rekam medis diperlukan sumber daya manusia yang memenuhi kompetensi perekam medis. Seorang profesi perekam medis merupakan lulusan dari program diploma 3 pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan. Profesi perekam medis harus menguasai kompetensinya sebagai seorang perekam medis. Kompetensi pokok meliputi 5 hal, yaitu klasifikasi dan kodifikasi penyakit/tindakan, aspek hukum rekan medis dan etika profesi, manajemen rekam medis dan informasi kesehatan, menjaga dan meningkatkan mutu rekam medis dan informasi kesehatan, statistik kesehatan. Kompetensi pendukung meliputi 2 hal, yaitu kemitraan kesehatan dan manajemen unit kerja rekam medis.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi ditemukan bahwa perawat dan administrasi sekaligus bertugas untuk bagian rekam medis sehingga belum berkualifikasi perekam medis.

Money (Uang yang Diperlukan)

Menurut Rusdarti (2008), *money* merupakan satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai besar kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan.

Money atau Uang merupakan salah satu unsur yang tidak dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai. Besar-kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar dalam perusahaan. Oleh karena itu uang merupakan alat (tools) yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini akan berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi.

Uang merupakan alat yang penting untuk mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional. Hal ini berhubungan dengan anggaran yang digunakan dalam pengelolaan rekam medis untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien. Dana adalah salah satu hal yang paling berperan untuk mencapai suatu sistem di fasilitas kesehatan agar tercapai pelayanan yang baik dan cepat sesuai dengan yang diharapkan pasien. Apabila dana tidak memenuhi dalam pengadaan peralatan pendukung maka kinerja pelayanan akan berkurang.

Klinik Pratama Romana masih menggunakan sistem rekam medis manual sehingga membutuhkan dana khusus untuk pengadaan kertas atau formulir rekam medis. Manajemen membuat perencanaan biaya setiap tahun untuk pengadaan dan penyimpanan rekam medis. Oleh karena itu, manajemen tertarik untuk mengimplementasikan rekam medis elektronik sehingga tidak membutuhkan perawatan khusus terhadap formulir yang sudah ada.

Methode (Metode)

Methode (metode) adalah tata cara kerja yang memperlancar pekerjaan dan ditetapkan melalui standar prosedur. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan-pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dan kegiatan usaha. Perlu diingat meskipun metode baik, sedangkan orang yang melaksanakannya tidak mengerti atau tidak mempunyai pengalaman maka hasilnya tidak akan memuaskan. Dengan demikian,

peranan utama dalam manajemen tetap manusianya sendiri.

Berdasarkan hasil wawancara dengan kelima informan diterima informasi bahwa pengelolaan Klinik Pratama Romana telah memiliki standar prosedur dalam pelayanan kesehatan, khususnya pengelolaan rekam medis. Meskipun beberapa kali tidak terlaksana dengan baik, khususnya dalam pengambilan rekam medis pasien yang berkunjung ulang.

Machine (Mesin)

Mesin merupakan alat yang memberikan kemudahan bagi seseorang melakukan pekerjaan sehingga memberikan keuntungan dan efisiensi kerja. Rekam medis elektronik membutuhkan komputer dan perangkat pendukung lainnya dalam prosesnya. Rekam medis elektronik memberikan banyak kemudahan dan efisiensi waktu dalam proses pelayanan kesehatan. Rekam medis elektronik yang terintegrasi memudahkan penyimpanan riwayat pasien hingga penyusunan laporan.

Bahan – Bahan yang Diperlukan

Material terdiri dari bahan setengah jadi (raw material) dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarana. Sebab materi dan manusia tidak dapat dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki.

Rekam medis berisi data yang bersifat rahasia sehingga harus dilindungi. Oleh karena itu rekam medis elektronik menyediakan fitur yang memastikan kerahasiaan setiap data yang tersimpan di dalamnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan manajemen klinik diperoleh informasi bahwa manajemen telah siap menyediakan semua bahan yang dibutuhkan untuk mendukung pelaksanaan rekam medis elektronik nantinya berupa aplikasi dan perangkat komputer.

Pembahasan

Identifikasi dibutuhkan dalam perencanaan implementasi rekam medis di unit rekam medis. Unsur-unsur yang diidentifikasi antara lain *man* (sumber daya manusia), *money* (uang yang diperlukan), *methode* (metode), *machine* (mesin) dan *material* (bahan – bahan yang diperlukan dalam kegiatan).

Man (Sumber Daya Manusia)

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi ditemukan bahwa petugas kesehatan melakukan uraian tugas sesuai dengan standar prosedur yang sudah ditetapkan. Namun terdapat perawat dan administrasi sekaligus bertugas untuk bagian rekam medis sehingga deskripsi kerja tidak sesuai dengan kompetensinya karena belum berkualifikasi perekam medis. Pihak manajemen Klinik Pratama Romana merencanakan untuk memiliki sumber daya manusia dengan latar belakang perekam medis dan informasi kesehatan sehingga nantinya pengelolaan rekam medis sesuai dengan kompetensinya mulai dari pendaftaran, assembling, indexing, koding, analising, filing dan koding.

Klinik Pratama Romana merupakan salah satu fasilitas kesehatan tingkat I yang melayani pasien BPJS. Oleh karena itu pihak manajemen klinik menginginkan implementasi rekam medis elektronik melancarkan dan mempercepat proses pelayanan pasien hingga klaim.

Money (Uang yang Diperlukan)

Manajemen Klinik Pratama Romana tertarik untuk mengimplementasikan rekam medis elektronik sehingga tidak membutuhkan perawatan khusus terhadap formulir yang sudah ada.

Methode (Metode)

Pengelolaan Klinik Pratama Romana telah memiliki standar prosedur dalam pelayanan kesehatan, khususnya pengelolaan rekam medis. Meskipun beberapa kali tidak terlaksana dengan baik, khususnya dalam pengambilan rekam medis pasien yang berkunjung ulang. Rekam medis elektronik memudahkan setiap proses sub unit rekam medis seperti pendaftaran, assembling, filing, pelaporan dan koding.

Machine (Mesin)

Rekam medis elektronik membutuhkan komputer dan perangkat pendukung lainnya dalam prosesnya. Rekam medis elektronik yang terintegrasi memudahkan proses pendaftaran, penyimpanan riwayat pasien hingga penyusunan laporan.

Bahan – Bahan yang Diperlukan

Implementasi rekam medis manual membutuhkan banyak bahan-bahan yang harus disediakan setiap bulan bahkan tahunan. Bahan – bahan yang dibutuhkan terkadang melebihi perencanaan anggaran klinik.

Rekam medis elektronik menyediakan fitur yang memastikan kerahasiaan setiap data yang tersimpan di dalamnya sehingga klinik tidak harus menyediakan anggaran untuk pengadaan setiap bulannya.

Menurut Hasibuan (2003), motivasi adalah pemberian daya penggerak yang menciptakan kegairahan kerja seseorang agar mereka mau bekerja sama, bekerja efektif dan terintegrasi dengan segala daya upaya untuk mencapai kepuasan. Faktor pendorong penting yang menyebabkan manusia bekerja adalah adanya kebutuhan yang harus dipenuhi. Motivasi dari manajemen Klinik Pratama Romana meningkatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan bahwa riwayat pelayanan pasien harus tersimpan rapi dan dapat diakses secara terintegrasi sehingga pasien atau pun keluarga pasien puas dengan pelayanan Klinik Pratama Romana.

Salah satu pelayanan kesehatan bagi pasien berupa pelayanan rekam medis. Pengelolaan rekam medis di Klinik Pratama Romana sudah berjalan cukup baik namun belum maksimal karena masih belum adanya implementasi rekam medis elektronik yang dapat memudahkan dan mempercepat proses pelayanan kesehatan kepada pasien. Peningkatan pelayanan kesehatan kepada pasien menjadi motivasi bagi manajemen klinik untuk mengimplementasikan rekam medis elektronik.

Simpulan

Manajemen Klinik Pratama Romana memiliki dukungan yang tinggi dalam penerapan rekam medis elektronik hingga penerapan konsep dapat dilakukan secara bertahap sesuai dengan standar dan kebutuhan.

Daftar pustaka

- Budi, Savitri C. 2011. Manajemen Unit Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Hasibuan. 2003. Manajemen Sumber Daya Manusia. Edisi Revisi. Jakarta: PT. Bumi Aksara.

Hatta, G. R.. 2011. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia.

Marthiawati, Noneng, Herry Mulyono. 2017. Analisis Dan Perancangan Sistem Electronic Medical Record (Emr) Berbasis Web Pada Klinik Mata Kambang. JurnalManajemenSistemInformasi Vol. 2, No.3, September 2017.

Notoatmodjo, S. 2009. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis. Jakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9/MENKES/PER/II/2014 tentang Klinik

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 028/MENKES/PER/I/2011 tentang Klinik

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis

Rusdarti, Kusmuriyanto. 2008. Ekonomi: Fenomena di Sekitar Kita 3. Jawa Tengah: Platinum.

Sudirahayu, Ika , Agus Harjoko. 2016. Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik Menggunakan DOQ-IT di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung. Journal of Information Systems for Public Health, Vol. 1, No. 2, Agustus 2016.

Sugiyono. 2011. Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif. Bandung: Alfa Beta.

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Perancangan Sistem Informasi Pelayanan Rekam Medis di Puskesmas Arcamanik Kota Bandung

Sali Setiatin¹, Sinta Rizki Agustin²

^{1,2} Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha Bandung

¹salisetiatin@gmail.com, ²sintarizki007@gmail.com

Abstract

This research was aimed to design and build a medical record service information system using PHP and MySQL at UPT Puskesmas Arcamanik Bandung City. Data collection method which used in this research were direct observation to the research location, interviews and literature review. Design method which used were waterfall method with UML (Unified Modelling Language) as a tools, MySQL as database system, and blackbox method as testing system. Problems found in this research were : (1) all of medical record service still manual start from registration, service till the reporting were still manually and its takes a long time, (2) a medical record which lost or slipped were makes a data duplication because the staff create a new medical record. To solve this problem the author suggest to : (1) design an integrated medical record service information system, (2) arrange a training for staff or user, (3) design a web-based information system.

Keyword : Information System, Medical Record Service, Web

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk merancang dan membangun sistem informasi pelayanan rekam medis dengan menggunakan PHP dan MySQL di UPT Puskesmas Arcamanik Kota Bandung. Metode Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan melakukan observasi langsung ke tempat penelitian, wawancara serta kajian pustaka. Metode perancangan yang digunakan adalah metode *waterfall* dengan alat bantu perancangan sistem berupa UML (*Unified Modelling Language*), database menggunakan MySQL dan pengujian *software* menggunakan metode *blackbox*. Permasalahan yang ditemukan pada penelitian : (1) seluruh pelayanan rekam medis masih dilakukan secara manual mulai dari pendaftaran, pelayanan, hingga kegiatan pelaporan masih dilakukan secara manual sehingga menghabiskan waktu yang lama, (2) rekam medis yang hilang atau terselip menimbulkan duplikasi data karena petugas membuat rekam medis yang baru. Untuk mengatasi masalah tersebut penulis memberikan saran, diantaranya : (1) merancang sistem informasi pelayanan rekam medis yang terintegrasi, (2) mengadakan pelatihan kepada petugas atau pengguna sistem, (3) merancang sistem informasi berbasis web.

Kata Kunci : Sistem Informasi, Pelayanan Rekam Medis, Web

Pendahuluan

Perkembangan teknologi informasi pada saat ini sudah membuat dunia yang lebih canggih dan memberikan banyak kemudahan dengan banyaknya peralatan yang dapat membantu pekerjaan manusia dan dengan mudahnya akses untuk mendapatkan informasi, baik informasi mengenai hal yang berada di sekitar kita maupun informasi yang bahkan berasal dari dunia internasional.

Berbagai teknologi pun terus dikembangkan dengan banyaknya sistem informasi yang diciptakan membuat pengolahan data menjadi lebih mudah dan tentunya akan mempermudah pekerjaan manusia.

Dengan perkembangan teknologi yang terus meningkat, maka semakin tinggi kebutuhan akan teknologi yang sedang berjalan. Hal itu mendorong berbagai instansi menggunakan teknologi baik di bidang pelayanan maupun di bidang pengolahan data.

Sistem informasi yang bertugas menjadi pengolah data sangatlah diperlukan untuk mendapatkan informasi yang sesuai dengan pekerjaan yang lebih mudah dan proses pengolahan yang lebih cepat. Kecerdasan buatan yang dibuat dalam sebuah sistem bisa terus berjalan dengan hasil yang akurat dan tidak akan berubah selama sistemnya tidak diubah. Saat ini sistem informasi banyak digunakan di berbagai bidang, salah satunya adalah di bidang

kesehatan. Sistem informasi akan mengelola data kesehatan seperti data rekam medis pasien, data petugas medis, data dasar fasilitas kesehatan dan sebagainya, kemudian mengolahnya menjadi sebuah informasi yang mudah dipahami dalam bentuk laporan (Jogiyanto, 2005).

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang diselenggarakan pemerintah untuk menciptakan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Peran puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama tentunya sangat penting dalam membangun derajat kesehatan masyarakat baik dengan upaya promotif, preventif maupun kuratif. Dalam usaha kuratif, puskesmas tentunya harus memberikan pelayanan yang tepat dan cepat kepada pasien, sehingga diperlukan dukungan dari pelayanan penunjang medis lainnya. Salah satunya adalah pelayanan rekam medis.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menjelaskan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Sistem Informasi Puskesmas adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas untuk mencapai tertib administrasi melalui kegiatan rekam medis yang terdiri dari identifikasi pasien, pengolahan data, pelaporan dan penyimpanan berkas rekam medis (*filing*). Guna mencapai tujuan tersebut, Departemen Kesehatan menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis.

Puskesmas harus membina dan mengolah rekam medisnya dengan baik sesuai dengan peraturan yang ada, sebagaimana yang telah diungkapkan oleh Edna K. Huffman : “Rekam Medis yang baik akan mencerminkan pelayanan kesehatan yang baik pula”. Rekam medis yang baik adalah rekam medis yang mengandung informasi yang akurat dan dapat dipertanggung jawabkan, dijaga kerapian serta kebersihannya dan hanya terbatas pada hubungan antara dokter, atau dokter gigi, atau tenaga kesehatan

lainnya dan pasien-pasien yang memuat keterangan mengenai riwayat dan perkembangan penyakit, pengobatan serta tindakan yang diberikan tenaga kesehatan kepada pasiennya dan memuat kepastian biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien atas pengobatan dirinya.

Pelaksanaan kegiatan unit rekam medis dimulai dari identifikasi pasien, pengolahan data, pelaporan hingga penyimpanan berkas rekam medis (*filing*). Dalam pengolahan data, terdapat berbagai kegiatan yaitu penataan berkas rekam medis (*assembling*), pemberian kode (*coding*) dan tabulasi (*indeksing*). Kegiatan tersebut saling berkaitan karena berhubungan dengan pengumpulan data untuk penyajian laporan, baik laporan intern maupun ekstern (Depkes RI, 2010).

Rekam medis merupakan dasar dijadikan laporan mengenai kegiatan yang terjadi di Puskesmas, untuk mengetahui gambaran informasi dan merupakan bahan untuk proses perencanaan Puskesmas. Untuk menunjang semua itu perlu adanya laporan yang dibuat oleh rekam medis yang menggambarkan informasi pelayanan yang terjadi di Puskesmas, dengan merekap semua pelayanan dari setiap poliklinik untuk menghasilkan laporan mengenai kondisi kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas, seperti penyakit terbanyak yang menyerang masyarakat di wilayah tersebut, kondisi kesehatan ibu dan anak, banyaknya masyarakat yang menderita penyakit kronis, banyaknya masyarakat yang menderita penyakit menular dan sebagainya (Hatta, 2010).

Untuk mendapatkan suatu laporan kegiatan Puskesmas, maka perlu dilaksanakan pencatatan rekam medis yang menunjang guna menghasilkan laporan yang diperlukan. Pengelolaan rekam medis yang baik akan menghasilkan laporan yang akurat dan dapat membantu dalam pengambilan keputusan.

Berdasarkan hasil pengamatan penulis di UPT Puskesmas Arcamanik Kota Bandung, pelayanan rekam medis masih dilakukan secara manual. Penggunaan komputer hanya untuk membuat register kunjungan harian dan input P-care. Pasien mendaftar dengan mengisi formulir yang disediakan dan mengambil nomor antrian pendaftaran, kemudian di bagian pendaftaran, pencatatan informasi pasien dilakukan secara manual yaitu dengan menulis di buku status pasien (rekam medis). Peningkatan jumlah kunjungan pasien di Puskesmas Arcamanik menuntut petugas untuk melayani pasien lebih

cepat. Namun seringkali muncul permasalahan yang memperlambat pelayanan sehingga antrian pasien menumpuk.

Untuk kunjungan baru, petugas pendaftaran memberikan nomor rekam medis dengan mencatat data kepala keluarga pasien di buku nomor rekam medis, kemudian membuat Kartu Identitas Berobat (KIB) yang diberikan pada pasien dan mencatat data pasien di buku status pasien, untuk kunjungan lama, petugas rekam medis mencari status pasien (rekam medis) di loker penyimpanan, terkadang ada beberapa rekam medis yang hilang yang kemungkinan terselip di loker lain atau tersimpan di tempat yang berbeda, hal tersebut membuat pelayanan menjadi lebih lama karena mencari rekam medis yang hilang. Pasien yang tidak membawa kartu berobat pun dapat memperlambat pelayanan karena petugas harus mencari nomor rekam medis pasien di buku nomor rekam medis, sehingga terkadang petugas membuat nomor rekam medis baru yang mengakibatkan terjadinya duplikasi data. Setelah itu petugas pendaftaran memasukkan data pasien pada register kunjungan pasien yang dibuat dalam bentuk *Ms. Excell*, kemudian petugas pendaftaran mendistribusikan rekam medis ke setiap poli sehingga proses pelayanan di poli menjadi terhambat.

Pencatatan pelayanan pasien oleh dokter dan perawat pun dilakukan secara manual. Terkadang masih ada pengisian rekam medis yang tidak lengkap sehingga petugas rekam medis harus mengembalikan rekam medis pada petugas yang bersangkutan untuk dilengkapi. Pengolahan data pasien seperti pemberian kode penyakit, indeksing dan pelaporan masih dilakukan secara manual. Laporan dibuat dalam bentuk *Ms. Excell* dengan melihat data dari register pelayanan. Belum ada sistem yang terintegrasi yang mampu menghubungkan setiap kegiatan rekam medis dan adanya kemungkinan tak terduga (seperti status pasien tidak ditemukan, pasien tidak membawa kartu berobat, dll) sehingga dapat memperlambat pelayanan (Depkes RI, 2008).

Maka dengan dukungan teknologi sistem informasi yang akan dirancang penulis akan mempermudah pekerjaan pengelolaan data secara langsung dan dapat digantikan dengan suatu sistem informasi yaitu dengan komputer. Selain cepat, tepat, dan mudah, pengelolaan data juga lebih efektif dengan hasil yang akurat.

Hal tersebut sudah cukup baik, namun belum optimal karena dalam pelayanan rekam medis masih dilakukan secara tulis tangan, pelaporannya pun masih menggunakan pembukuan yang kemudian direkap manual dan di *input* satu-persatu ke dalam *Ms. Excell*. Dengan demikian dalam hal tersebut menyebabkan penyampaian informasi menjadi lambat, tidak efektif, dan tidak efisien serta membutuhkan waktu yang cukup lama dalam pelayanan rekam medis.

Metode

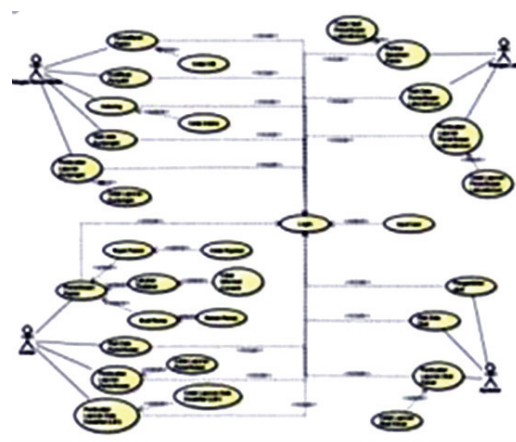
Rancangan penelitian ini adalah evaluasi dan pengembangan dengan menggunakan PHP dan MySQL. Obyek penelitian sistem pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Arcamanik Kota Bandung dan sebagai sunyeknya adalah petugas rekam medis. Teknik pengumpulan data dengan wawancara, studi pustaka. Sedangkan untuk metode pengembangan perangkat lunak dengan metode *waterfall*. UML (*Unified Modelling Language*) digunakan sebagai alat bantu penggambaran perancangan, MySQL sebagai *Database* atau penyimpanan data dan *Blackbox* sebagai pengujian sistem

Hasil dan Pembahasan

Perancangan Sistem Informasi

Pelayanan Rekam Medis yang dirancang ini menggunakan *Unified Modelling Language*. Perancangan sistem yang digunakan, yaitu *Hypertext Preprocessor*, dengan *database* MySQL.

UseCase Diagram Sistem Yang Dirancang



Gambar 1. UseCase Diagram Sistem yang Dirancang

***Class Diagram* Sistem Yang Dirancang**

Class Diagram Pendaftaran Pasien Sistem Yang Dirancang



Gambar 2. *Class Diagram* Pendaftaran Pasien Sistem yang Dirancang

***Class Diagram* Pemeriksaan Pasien Sistem Yang Dirancang**



Gambar 3. *Class Diagram* Pemeriksaan Pasien Sistem yang Dirancang

***Class Diagram* Laboratorium Sistem Yang Dirancang**



Gambar 4. *Class Diagram* Laboratorium Sistem yang Dirancang

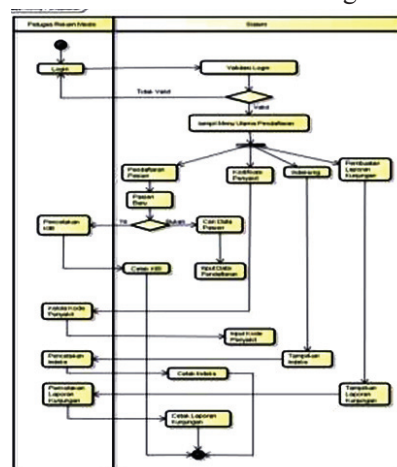
***Class Diagram* Farmasi Sistem Yang Dirancang**



Gambar 5. *Class Diagram* Farmasi Sistem Yang Dirancang

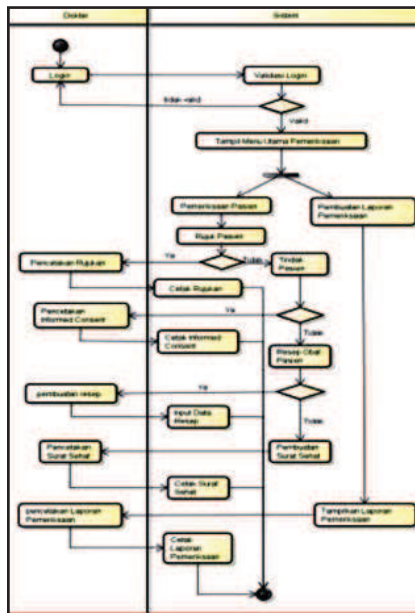
Activity Diagram Sistem Yang Dirancang

Activity Diagram Pendaftaran Pasien Sistem Yang Dirancang



Gambar 6. *Activity Diagram* Pendaftaran Pasien Sistem Yang Dirancang

***Activity Diagram* Pemeriksaan Pasien Sistem Yang Dirancang**



Gambar 7. *Activity Diagram* Pemeriksaan Pasien Sistem yang Dirancang

Activity Diagram Farmasi Sistem Yang Dirancang



Gambar 9. Activity Diagram Farmasi Sistem yang Dirancang

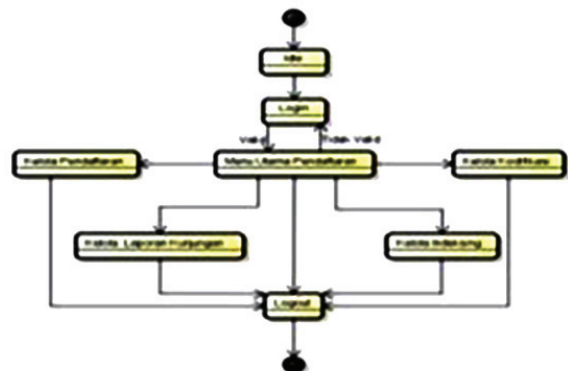
Activity Diagram Laboratorium Sistem Yang Dirancang



Gambar 8. *Activity Diagram* Laboratorium Sistem yang Dirancang

State Chart Diagram Sistem Yang Dirancang

State Chart Diagram Pendaftaran Pasien Sistem Yang Dirancang



Gambar 10. *State Chart Diagram* Pendaftaran Pasien Sistem yang Dirancang

***State Chart Diagram* Pemeriksaan Pasien Sistem Yang Dirancang**



Gambar 11. *State Chart Diagram* Pendaftaran Pasien Sistem yang Dirancang

State Chart Diagram Laboratorium Sistem Yang Dirancang



Gambar 12. *State Chart Diagram* Laboratorium Sistem yang Dirancang

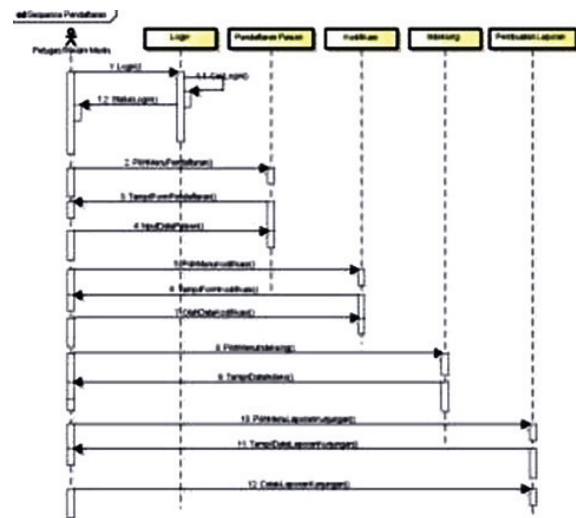
***State Chart Diagram* Farmasi Sistem Yang Dirancang**



Gambar 13. *State Chart Diagram* Farmasi Sistem yang Dirancang

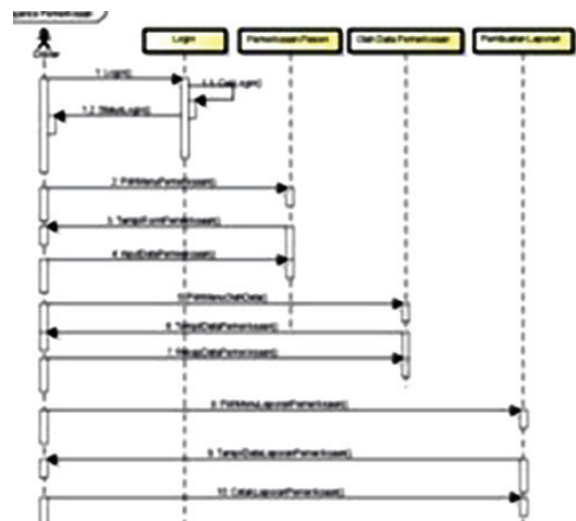
Sequence Diagram Sistem Yang Dirancang

Sequence Diagram Pendaftaran Pasien Sistem Yang Dirancang



Gambar 13. *Sequence Diagram* Pendaftaran Pasien Sistem yang Dirancang

Sequence Diagram Pemeriksaan Pasien Sistem Yang Dirancang



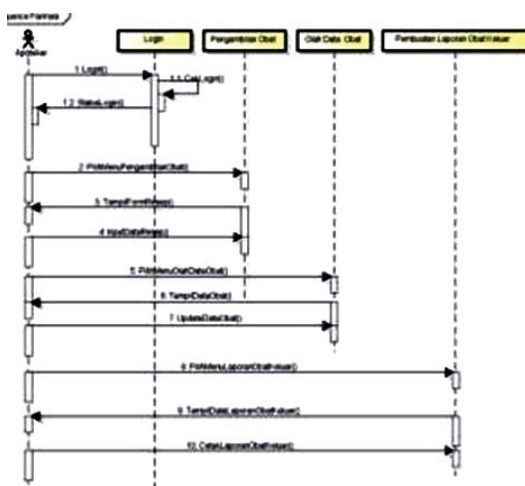
Gambar 14. *Sequence Diagram* Pemeriksaan Pasien Sistem yang Dirancang

Sequence Diagram Laboratorium Sistem Yang Dirancang



Gambar 15. Sequence Diagram Laboratorium Sistem Yang Dirancang

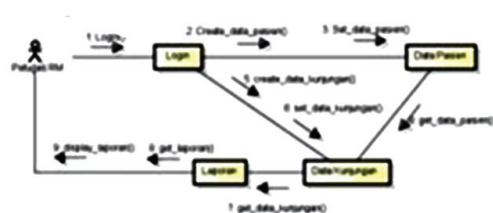
Sequence Diagram Farmasi Sistem Yang Dirancang



Gambar 16. Sequence Diagram Farmasi Sistem Yang Dirancang

Collaboration Diagram Sistem Yang Dirancang

Collaboration Diagram Pendaftaran Pasien Sistem Yang Dirancang



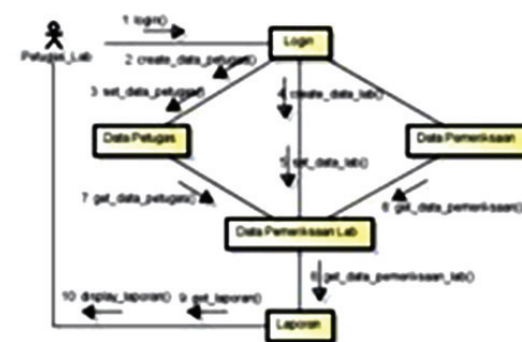
Gambar 17. Collaboration Diagram Pendaftaran Pasien Sistem yang Dirancang

Collaboration Diagram Pemeriksaan Pasien Sistem Yang Dirancang



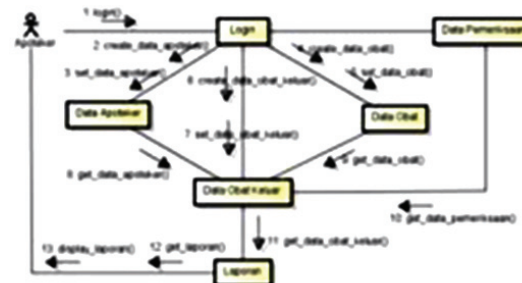
Gambar 18. Collaboration Diagram Pemeriksaan Pasien Sistem Yang Dirancang

Collaboration Diagram Laboratorium Sistem Yang Dirancang



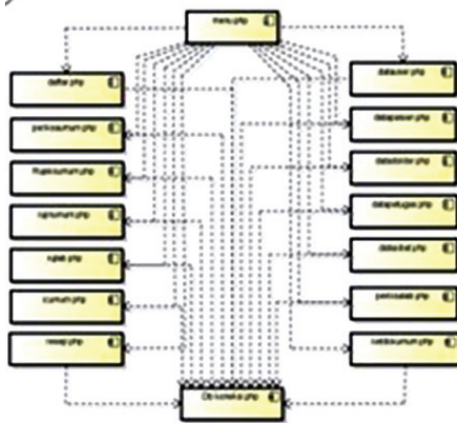
Gambar 19. Collaboration Diagram Laboratorium Sistem yang Dirancang

Collaboration Diagram Farmasi Sistem Yang Dirancang



Gambar 20. Collaboration Diagram Farmasi Sistem yang Dirancang

Component Diagram Sistem Yang Dirancang



Gambar 21. *Component Diagram* Sistem yang Dirancang

Deployment Diagram Sistem Yang Dirancang



Gambar 22. *Deployment Diagram* Sistem yang Dirancang

Rancangan Masukan

Rancangan masukan dalam perancangan sistem informasi ini diawali dengan menampilkan *form login user*, yaitu langkah awal *user* untuk mengakses dan melakukan input data rekam medis pasien ke dalam sistem yang nantinya akan diolah dan menghasilkan keluaran laporan.

Rancangan Keluaran

Rancangan keluaran berisi gambaran tentang keluaran yang dihasilkan oleh sistem yang dirancang. Dalam hal ini penulis merancang sistem informasi Pelayanan

rekam medis di UPT Puskesmas Arcamanik Kota Bandung. Keluaran yang dihasilkan oleh rancangan sistem informasi yang penulis buat adalah laporan di media kertas (*print out*) yang berasal dari olahan *database*.

Implementasi

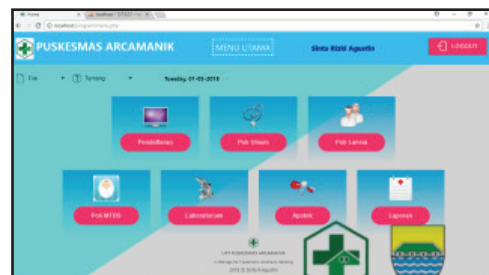
Tahap implementasi sistem merupakan tahap menerjemahkan perancangan berdasarkan hasil analisis dalam bahasa yang dapat dimengerti oleh mesin serta penerapan perangkat lunak pada keadaan yang sesungguhnya.

1. *Form Login*



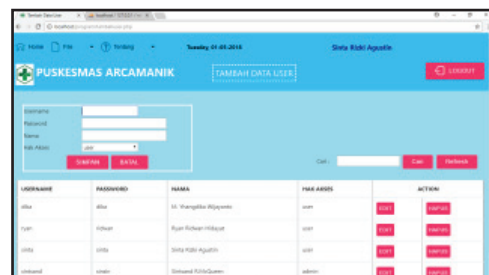
Gambar 23. *Form Login*

2. *Form Menu Utama*



Gambar 24. *Form* Menu Utama

3. *Form* Tambah Data User



Gambar 25. *Form* Tambah Data User

4. **Form Tambah Data Dokter**

Gambar 26. Form Tambah Data Dokter

8. **Form Data Rujukan**

Gambar 30. Form Data Rujukan

5. **Form Tambah Data Pasien**

Gambar 27. Form Tambah Data Pasien

9. **Form Data Informed Consent**

Gambar 31. Form Data Informed Consent

6. **Form Tambah Data Kunjungan**

Gambar 28. Form Tambah Data Kunjungan

10. **Form Data Resep**

Gambar 32. Form Data Resep

7. **Form Data Pemeriksaan**

Gambar 29. Form Data Pemeriksaan
Sumber : Penulis (Sinta Rizki Agustin, 2018)

11. **Form Data Pemeriksaan Lab**

Gambar 33. Form Data Pemeriksaan Lab

12. Form Data Pengambilan Obat

No	No Reep	Nama Obat	Jumlah	Unit	Waktu	Status
1	100001	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
2	100002	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
3	100003	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
4	100004	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
5	100005	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
6	100006	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
7	100007	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
8	100008	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
9	100009	Parasetamol	100	mg	10.00	OK
10	100010	Parasetamol	100	mg	10.00	OK

Gambar 34. Form Data Pengambilan Obat

13. Tampilan Register

No	Tanggal Pendaftaran	No RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Umur	Cara Bayar	Jenis Kelengkapan	Alamat	Relasi	IPK
1	2019-03-18	100001	Maria Dora	Perempuan	28	Umum	Baru	28 Pukul Nelaya	SMK 12	Umum
2	2019-03-18	100002	Sumarta Kusuma	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
3	2019-03-18	100003	Donat	Perempuan	18	Umum	Baru	28 Bering And Saka	SM 31	Umum
4	2019-03-18	100004	Reza Nur Hafid	Laki-laki	18	Umum	Baru	28 Pukul Nelaya	SMK 12	Umum
5	2019-03-18	100005	Herwanda Prastika	Perempuan	18	Umum	Baru	28 Tera	SMK 12	Umum
6	2019-03-18	100006	Rudi Alimiyah	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
7	2019-03-18	100007	Mawar Mahalia	Laki-laki	18	Umum	Baru	28 Jembermading	SM 31	Umum
8	2019-03-18	100008	Jaka Sari	Perempuan	28	Umum	Baru	28 Pukul Nelaya	SMK 12	Umum
9	2019-03-18	100009	Yusuf	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
10	2019-03-18	100010	Adi Sutrisna	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
11	2019-03-18	100011	Mika Al Dora	Perempuan	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
12	2019-03-18	100012	Yusuf	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
13	2019-03-18	100013	Yusuf	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
14	2019-03-18	100014	Yusuf	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
15	2019-03-18	100015	Yusuf	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
16	2019-03-18	100016	Yusuf	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum

Gambar 35. Tampilan Register

14. Tampilan Laporan

No	Tanggal Pendaftaran	No RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Umur	Cara Bayar	Jenis Kelengkapan	Alamat	Relasi	IPK
1	2019-03-18	100001	Maria Dora	Perempuan	28	Umum	Baru	28 Pukul Nelaya	SMK 12	Umum
2	2019-03-18	100002	Sumarta Kusuma	Laki-laki	27	Umum	Baru	28 Jembermading	23 24	Umum
3	2019-03-18	100003	Donat	Perempuan	18	Umum	Baru	28 Bering And Saka	SM 31	Umum
4	2019-03-18	100004	Reza Nur Hafid	Laki-laki	18	Umum	Baru	28 Pukul Nelaya	SMK 12	Umum
5	2019-03-18	100005	Herwanda Prastika	Perempuan	18	Umum	Baru	28 Tera	SMK 12	Umum

Gambar 36. Tampilan Laporan

Spesifikasi Hardware Dan Software

Spesifikasi minimal perangkat keras yang digunakan untuk menggunakan Sistem Informasi Pelayanan Rekam Medis adalah sebagai berikut :

1. *Processor* dengan kecepatan minimal Dual Core 1.60 GHz
2. *RAM* minimal 2 GB
3. Ruang Kosong *Harddisk* minimal 8 GB
4. *VGA* minimal 526 MB
5. Monitor Resolusi minimal 1024 x 768
6. *Keyboard* dan *Mouse* standar
7. *Printer*

Adapun perangkat lunak pendukung yang digunakan untuk membangun sistem informasi pelayanan rekam medis ini adalah sebagai berikut :

1. Sistem Operasi : *Windows 7 Ultimate (Minimum)*
2. Bahasa Pemrograman : *PHP (Hypertext Preprocessor)*
3. Pengolahan Database : *MySQL*
4. Rancangan Diagram : *Astah Profesional*
5. Rancangan Dialog Layar : *Balsamiq Mockups*

Simpulan

Perancangan sistem informasi pelayanan rekam medis dengan bahasa pemrograman *PHP (Hypertext Preprocessor)* dan Database *MySQL*, sehingga sistem informasi ini mengurangi terjadinya duplikasi data, memiliki penyimpanan data yang lebih aman dan mudah untuk memanipulasi data-datanya, mencari data serta mudah untuk mendapatkan laporan.

Sebagai sarannya adalah perlu diadakan latihan dan sosialisasi bagi petugas yang akan menggunakan sistem informasi pelayanan rekam medis di UPT Puskesmas Arcamanik Kota Bandung.

Daftar Pustaka

- Davis, Gordon B, 2002. Kerangka Dasar Sistem Informasi Manajemen. Bina Alumni Indonesia : Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Jakarta.
- Hatta, Gemala R., 2010. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana pelayanan Kesehatan. Universitas Indonesia : Jakarta.
- Jogiyanto, H. M. 2005. Analis dan Desain Sistem Informasi : Pendekatan Terstruktur Teori dan Praktik Aplikasi Bisnis. Andi : Yogyakarta.
- Kadir, Abdul, (2003). Pengenalan Sistem Informasi. Andi : Yogyakarta.
- Kristanto, Andri, (2008). Perancangan Sistem Informasi. Gava Media : Yogyakarta.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER 2008, Tentang Rekam Medis.

SK Menkes No 63/Menkes/SK/II/1981, Tentang Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP).

Pressman, R. S, (2010). **Pendekatan Praktisi Rekayasa Perangkat Lunak**. Andi : Yogyakarta.

Susanto, Azhar. (2013). **Sistem Informasi Manajemen**. Linggar Jaya: Bandung.

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Bagian *Filing*

Irmawati¹, Lily Kresnowati², Edy Susanto³, Teni Ikhsan Nurfalah⁴

¹²³⁴Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang

Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik

¹irmachristanto@gmail.com

Abstract

Occupational risk can result in the decrease of work productivity, so efforts should be made to minimize the occurrence of the impact of occupational risk. Health and safety is intended to prevent, reduce, protect and even eliminate the risk of work accident (zero accident). Behavior of medical recorder filing section in work is one of the causes of risk of work accident, namely unsafe action and unsafe condition. Therefore it is necessary to conduct research on health and safety of medical records officer. To know health and safety of medical record employee of filing department at RSUD Banyumas based on human factor, work equipment factor, and work environment factor. This research type is case study with qualitative approach and cross sectional research design. The subject of this research is the medical recorder of the filing department of RSUD Banyumas while the object of the research is health and safety. Technique of collecting data by way of division of questioner, interview, observation, and study documentation. Data analysis techniques use reduction, data presentation and conclusion. The technique of data validity by means of technique triangulation. The results of this study indicate that the health and safety of medical record officer filing section seen from human factors, work equipment factors, and work environment factors. In Human Factors knowledge recorder filing Health and Safety (K3) is good enough. In environmental factors temperature and humidity are in accordance with the standard, while for lighting need to be a contrast setting light so as not too dim and too bright. On the work equipment factor need maintenance, repair, improvement, replacement, and addition as needed, while for shelf filing integrated mental health needs to be replaced so as not to harm filing officer.

Keywords : Occupational Health and Safety, Medical Record Officer, Human Factor, Work Environment

Abstrak

Risiko kecelakaan kerja dapat menimbulkan turunnya produktivitas kerja, sehingga perlu dilakukan usaha untuk meminimalisasi terjadinya dampak risiko kecelakaan kerja. Kesehatan dan keselamatan kerja dimaksudkan untuk mencegah, mengurangi, melindungi bahkan menghilangkan risiko kecelakaan kerja (zero accident). Perilaku petugas rekam medis bagian filing dalam bekerja merupakan salah satu penyebab risiko terjadinya kecelakaan kerja, yaitu unsafe action dan unsafe condition. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian tentang kesehatan dan keselamatan kerja petugas rekam medis. Tujuan Penelitian adalah Mengetahui kesehatan dan keselamatan kerja petugas rekam medis bagian filing di RSUD Banyumas berdasarkan faktor manusia, faktor peralatan kerja, dan faktor lingkungan kerja. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dan rancangan penelitian secara cross sectional. Subjek penelitian ini adalah petugas rekam medis bagian filing RSUD Banyumas sedangkan objek penelitiannya adalah kesehatan dan keselamatan kerja. Teknik pengambilan data dengan cara pembagian kuisioner, wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Teknik analisis data menggunakan editing, verifikasi organizing, analizing dan tabulasi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kesehatan dan keselamatan kerja petugas rekam medis bagian filing berdasarkan faktor manusia, peralatan kerja, dan lingkungan kerja. Pada Faktor manusia pengetahuan petugas rekam medis bagian filing mengenai Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) sudah cukup baik. Pada Faktor lingkungan suhu belum sesuai standar, kelembapan sudah sesuai dengan standar, sedangkan untuk pecayaan perlu adanya pengaturan kontras cahaya agar tidak terlalu redup dan terlalu terang. Pada faktor peralatan kerja perlu pemeliharaan, perbaikan, peningkatan, penggantian, dan penambahan sesuai kebutuhan, sedangkan untuk rak filing kesehatan jiwa terpadu perlu dilakukan penggantian agar tidak membahayakan petugas filing.

Kata Kunci: Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Petugas Rekam Medis, Faktor Manusia, Faktor Lingkungan Kerja dan Faktor Peralatan Kerja.

Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kepmenkes No. 340 Tahun 2010).

Rekam Medis merupakan suatu dokumen, kertas (berkas) yang didalamnya mengandung tulisan tentang kenyataan, keadaan pasien selama menjalani proses perawatan pada sarana pelayanan kesehatan. Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Sistem manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (K3) berhubungan erat dengan sistem ketenagakerjaan atau sumber daya manusia. Kesehatan dan keselamatan kerja tidak hanya penting tetapi juga dapat menunjang produktivitas kerja.

Salah satu ruang lingkup pekerjaan rekam medis adalah *filing*, petugas *filing* memiliki peran yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Saat menjalankan tugasnya, petugas *filing* tidak bisa lepas dari potensi-potensi bahaya yang akan menyebabkan terjadinya kecelakaan kerja, contoh kecelakaan kerja dan potensi bahaya yang ada di bagian *filing* instalasi rekam medis antara lain kebakaran, kecelakaan instalasi listrik, terjepit lift berkas rekam medis, terjatuh pada saat mengambil berkas rekam medis, pegal-pegal, kurangnya pencahayaan dan kelembapan di ruang *filing* yang berdebu, dan lain sebagainya.

Berdasarkan studi di RSUD Banyumas di ruang *filing* dinyatakan bahwa kesehatan dan keselamatan kerja petugas rekam medis bagian *filing* belum mendapat perhatian yang serius sehingga dapat terjadi kecelakaan kerja. Selain itu, dari hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas *filing*, diketahui bahwa petugas *filing* pernah hampir terjatuh dan tersayat dokumen rekam medis pada saat akan mengambil dokumen rekam medis di rak *filing*, hal ini disebabkan karenaketidakergonomisan sarana, rak *filing* dan lingkungan kerja.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu menggambarkan hasil penelitian sesuai dengan pengamatan untuk menghasilkan gambaran sesuai dengan keadaan sebenarnya. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dan

wawancara dengan pendekatan cross sectional, yaitu dengan mengambil data secara langsung pada saat penelitian. Cara pengambilan data yang digunakan yaitu dengan wawancara, observasi.

Hasil dan Pembahasan

Faktor manusia (petugas rekam medis) di ruang *filing* RSUD Banyumas

Faktor manusia (petugas rekam medis) di ruang *filing* RSUD Banyumas dalam penelitian ini dibagi menjadi dua faktor yaitu, karakteristik responden dan pengetahuan petugas rekam medis terkait dengan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3).

Karakteristik Responden

Tabel 1: Distribusi Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Masa Kerja Dan Umur Petugas Rekam Medis Bagian *Filing* RSUD Banyumas Tahun 2018

No	Karakteristik responden	f	%
1	Jenis kelamin		
	Laki-Laki	7	58.0
	Perempuan	5	42.0
	Total	12	100.0
2	Tingkat pendidikan		
	SMA	8	66.6
	Diploma III (D3)	2	16.7
	Sarjana (S1)	2	16.7
	Total	12	100.0
3	Masa Kerja		
	≤ 5 tahun	3	25.0
	6-10 tahun	3	25.0
	≥ 11 tahun	6	50.0
	Total	12	100.0
4	Umur		
	17-25 tahun	4	33.3
	36-45 tahun	2	16.6
	46-55 tahun	5	41.6
	Total	12	100.0

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan karakteristik responden pada tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki 7 orang (58 %) dan 5 orang perempuan (42 %), sedangkan untuk tingkat pendidikan responden adalah SMA sebanyak 8 orang (66,6 %), Diploma III (D3) 2 orang (16,7 %) dan Sarjana (S1) sebanyak 2 orang (16,7 %). Masa kerja

responden ≤ 5 tahun sebanyak 3 orang (25 %), 6-10 tahun sebanyak 3 orang (25 %) dan ≥ 11 tahun ada 6 orang (50 %), kemudian umur responden untuk kategori remaja akhir (17-25 tahun) ada 4 orang (33,3%), kategori dewasa akhir (36-45 tahun) terdapat 2 orang (16.6 %) dan untuk kategori lansia awal (46-55 tahun) terdapat 5 orang (41,6 %)

Pengetahuan petugas rekam medis bagian *filing* terkait dengan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3).

Tabel 2: Pengukuran pengetahuan petugas rekam medis bagian *filing* tentang kesehatan dan keselamatan kerja (K3) RSUD Banyumas Tahun 2018

No	Pengetahuan	Jumlah	Prosentase %
1	Baik	11	91,6
2	cukup	1	8,3
3	kurang	0	0
Total		12	100

Sumber : Data Primer 2018

Dari jawaban responden yang didapat dari kuisioner apabila dibandingkan dengan teori dapat diketahui bahwa pengetahuan petugas rekam medis bagian *filing* tentang prosedur kerja terkait K3 di rumah sakit sudah baik. Karena sebanyak 11 orang (91,6%) berpengetahuan baik. Selain itu ada 1 orang (8,3%) mempunyai pengetahuan cukup.

Faktor lingkungan kerja di ruang *filing* RSUD Banyumas Pencahayaan

Tabel 3 Pengukuran Tingkat Pencahayaan di Ruang *Filing* RSUD Banyumas Tahun 2018

Ruang		Titik pengukuran (luxI)					Rata-rata
		P1	P2	P3	P4	P5	
Ruang <i>filing</i> umum	A	20	27	36	14	24	31
	B	19	30	38	4	15	
	C	60	47	42	58	31	
Ruang <i>filing</i> kesehatan jiwa terpadu	D	2050	223	222	134	35	595,8

Berdasarkan hasil penelitian yang di dapat bahwa pencahayaan yang ada di *filing* umum didapatkan hasil 31 luks. Nilai ini masih sangat kurang bila dibandingkan dengan teori yang ada sehingga dapat menyebabkan kelelahan mata, berkurangnya

daya dan efisiensi kerja. Hal ini justru berbanding terbalik dengan pencahayaan yang ada di ruang *filing* kesehatan jiwa terpadu yang bernilai 595,8 luks, yang artinya bahwa penerangan di ruang *filing* kesehatan jiwa terpadu melebihi standar yang seharusnya sehingga dapat juga menyebabkan kelelahan mata, berkurangnya daya dan efisiensi kerja, kelelahan mental, keluhan-keluhan pegal di daerah mata dan sakit kepala sekitar mata, kerusakan alat penglihatan, meningkatnya kecelakaan kerja.

Suhu/Temperatur di ruang *filing*

Tabel 4. Hasil pengukuran suhu ruang *filing* RSUD Banyumas Tahun 2018

Ruang		Titik pengukuran (°C)		Rata-rata (°C)
		P1	P2	
Ruang <i>filing</i> umum	A	27,8	28	27,6
	B	27,8	27,4	
	C	27,3	27,5	
Ruang <i>filing</i> kesehatan jiwa terpadu	D	27,6	27,4	27,5

Sumber : Data Primer 2018

Ruangan penyimpanan arsip jangan terlalu lembab, harus dijaga supaya tetap kering. Supaya ruangan tidak terlalu lembab perlu diatur berkisar 65°F sampai 75°F atau 22°C sampai 25°C dan kelembapan udara sekitar 50% sampai 65%. (Depkes,1997). Produktivitas kerja manusia akan mencapai tingkat yang paling tinggi pada temperatur sekitar 24 derajat Celcius sampai 27 derajat Celcius.(Wignjosoebroto,2000). Dari hasil oebervasi jika dibandingkan dengan teori suhu di ruang *filing* umum bernilai 27,6 derajat celcius ,suhu tersebut belum sesuai dengan standar yang ada, meskipun sudah adanya AC di ruang *filing* umum. Suhu yang ada di ruang *filing* kesehatan jiwa terpadu bernilai 27,5 derajat celcius nilai ini juga belum sesuai standar meskipun sudah terdapat AC .

Kelembapan

Tabel 5: Hasil pengukuran kelembapan di ruang *filing* RSUD Banyumas Tahun 2018

Ruang		Titik pengukuran (%)		Rata-rata (%)
		P1	P2	
Ruang <i>filing</i> umum	A	68	67	65,5
	B	65	65	
	C	65	65	

Ruang		Titik pengukuran (%)		Rata -rata (%)
		P1	P2	
Ruang filing kesehatan jiwa terpadu	D	67	69	68

Sumber : Data Primer 2018

Standar kelembapan di tempat kerja adalah 65% - 95%. (Sedarmayanti, 1996). Dari hasil observasi jika dibandingkan dengan teori kelembapan di ruang *filing* bernilai 65,6 % sehingga dapat disimpulkan bahwa kelembapan di ruang *filing* umum sudah sesuai standar yang di ada, Sedangkan kelembapan di ruang *filing* kesehatan jiwa bernilai 68 % yang artinya juga sudah sesuai standar yang ada yaitu diantara 65%-95%.

Faktor Peralatan kerja di ruang *Filing* RSUD Banyumas

Pemeliharaan dan Perbaikan Peralatan Kerja di Ruang *Filing*

Pemeliharaan yang dimaksud adalah perawatan terhadap perlengkapan materiil dengan tujuan agar perlengkapan dapat lebih awet (mengurangi kecepatan rusak). Pemeliharaan lebih ditekankan pada pencegahan sebelum terlanjur rusak, dengan pertimbangan biaya yang lebih ringan. Faktor kedua dari peralatan kerja adalah perbaikan atau reparasi. Reparasi adalah perbaikan terhadap perlengkapan materiil, agar dapat berfungsi sebagaimana mestinya. (Sedarmayanti 1996),

Dari hasil penelitian tentang pemeliharaan peralatan kerja apabila dibandingkan dengan teori dapat diketahui bahwa pemeliharaan peralatan kerja di ruang *filing* belum dilaksanakan secara rutin sehingga mempercepat kerusakan pada peralatan kerja. Peralatan kerja yang mengalami kerusakan menimbulkan risiko kecelakaan kerja yang lebih tinggi.

Dari hasil penelitian tentang perbaikan peralatan kerja apabila dibandingkan dengan teori dapat diketahui bahwa perbaikan peralatan kerja dilaksanakan jika ada keluhan atau laporan kerusakan. Perbaikan dilakukan agar peralatan kerja yang rusak dapat berfungsi seperti semula. Perbaikan dilakukan agar dapat mengoptimalkan produktivitas kerja dan menjaga kesehatan dan keselamatan kerja petugas rekam medis. Menurut Santoso dan Sugiasi (2017) instrumen yang digunakan dalam pelaksanaan monitoring atau review manajemen risiko ini adalah

berupa laporan internal mengenai insiden risiko yang terjadi di unit filing. Monitoring manajemen risiko dilakukan setiap sebulan sekali melalui rapat rutin unit rekam medis dan terkadang dilaksanakan setiap waktu saat insiden tertentu dan yang dibahas dalam rapat atau review tersebut mengenai masalah risiko dan kendala yang sudah terjadi di unit filing. Dan dari hasil rapat evaluasi tersebut biasanya menghasilkan sebuah solusi mengenai masalah manajemen risiko dan bahkan kebijakan atau aturan baru.

Peningkatan Kualitas, Penggantian, dan Penambahan Peralatan Kerja di Ruang *Filing*

Peningkatan adalah mengusahakan perlengkapan materiil pada kondisi yang lebih baik sehingga umur dan nilainya akan bertambah. Penggantian adalah mengganti perlengkapan yang telah ada dengan perlengkapan lain yang lebih sesuai. Sedangkan, penambahan adalah penambahan jumlah perlengkapan yang fungsinya sama, sehingga nilai total dari perlengkapan yang sejenis akan bertambah. (Sedarmayanti, 1996)

Apabila hasil penelitian tentang peningkatan dibandingkan dengan teori maka dapat diketahui bahwa peningkatan kualitas peralatan kerja di ruang *filing* belum dilaksanakan karena minimnya anggaran dan mengoptimalkan peralatan kerja yang ada selama masih dapat digunakan. Peralatan kerja yang digunakan menggunakan kualitas standar sehingga dalam penggunaannya masih dapat digunakan selama belum rusak. Namun, beberapa rak penyimpanan dilakukan peningkatan kualitas dengan penggantian bahan dari kayu menjadi besi agar lebih kuat.

Dari hasil penelitian tentang penggantian dengan teori dapat diketahui bahwa penggantian peralatan kerja yang rusak telah dilakukan. Namun dalam pelaksanaan penggantian harus menunggu persetujuan dari IPSRS. Misalnya pada kerusakan AC di ruang *filing*, dari pihak instalasi rekam medis meminta penggantian karena AC kurang dingin sehingga menimbulkan suhu ruangan menjadi panas. Namun penggantian AC tidak dilakukan karena AC masih bisa diperbaiki.

Apabila hasil penelitian tentang penambahan dibandingkan dengan teori maka dapat diketahui bahwa penambahan peralatan kerja telah dilakukan. Penambahan dilakukan apabila kebutuhan peralatan kerja benar-benar diperlukan. Misalnya penambahan rak penyimpanan mengingat semakin banyak pasien baru sehingga berkas rekam medis semakin

banyak. Penggunaan rak penyimpanan yang terlalu penuh dapat mengakibatkan rak roboh atau ambruk dan menyulitkan petugas rekam medis bagian *filing* kesulitan dalam bekerja. Oleh karena itu, perlu adanya penambahan rak penyimpanan.

Kondisi Rak Penyimpanan di Ruang *Filing*

Ukuran rak diatur sedemikian rupa sehingga petugas penyimpanan tidak perlu memanjat bila akan mencari berkas rekam medis. Usahakan agar tinggi rak tidak melampaui jangkauan tangan manusia sehingga untuk mencari berkas rekam medis petugas perlu ditopang atau memanjat karena tingginya rak penyimpanan berkas bisa terjangkau oleh tangan manusia. (Martono, 1990).

Dari data antropometri untuk orang Indonesia, tinggi jangkauan keatas diukur dari luar ujung jari tengah sampai dengan alas kaki dalam keadaan berdiri adalah 202,01 cm. (Wignjosoebroto, 2000)

Dari hasil penelitian apabila dibandingkan dengan teori dapat diketahui bahwa untuk rak *filing* untuk *filing* umum sudah sesuai standar, karena telah menggunakan Roll, O Pack dengan tinggi rak 200 cm. Sedangkan untuk rata-rata jangkauan tinggi petugas rekam medis dibagian *filing* umum adalah 202,5 cm. Hal ini menunjukkan bahwa tinggi rak *filing* di *filing* umum tidak lebih tinggi daripada jangkauan, sehingga dapat disimpulkan bahwa rak *filing* untuk rak *filing* umum sudah ergonomis. Kemudian untuk rak *filing* di *filing* kesehatan jiwa terpadu masih menggunakan rak yang terbuat dari besi dan kayu dengan tinggi mencapai 350 cm sedangkan tinggi rata-rata jangkauan petugas rekam medis di bagian *filing* kesehatan jiwa terpadu adalah 205 cm. Perbedaan terpaut jauh antara tinggi rak dan jangkauan tinggi rata rata petugas rekam medis di *filing* kesehatan jiwa terpadu. Hal ini menyebabkan petugas harus menggunakan alat bantu berupa tangga lipat untuk menjangkau berkas rekam medis paling tinggi. Penggunaan tangga lipat ini meningkatkan resiko terjatuh bagi petugas. Menurut Santoso dan Sugiarsi (2017) Faktor risiko ergonomi merupakan faktor risiko yang paling kelihatan di unit *filing*, dikarenakan tinggi rak *filing* kurang lebih 3,25 meter. Resiko yang mungkin timbul antara lain adalah petugas terjatuh. Upaya pengendaliannya yaitu digunakannya tangga aluminium dalam mengambil dan menjajarkan dokumen rekam medis.

Simpulan

Pencahayaan di ruang *filing* umum masih sangat kurang sehingga perlu ditambah lampu agar ruangan

lebih terang. Sedangkan pencahayaan di ruang *filing* kesehatan jiwa terpadu justru sangat berlebihan.

Daftar Pustaka

- Azimah, H.U. (2013). Tinjauan Kesehatan dan Keselamatan Kerja di bagian *filing* RSUD Kota Semarang Tahun 2013 (Karya Tulis Ilmiah). Semarang: Program Studi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang.
- Ervianto, W. (2005). *Manajemen Proyek Konstruksi (Edisi revisi)*. Yogyakarta: Andi.
- Hasibuan, M.S.P. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia (Edisi Revisi)*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Huffman, E.K. (1994). *Health Information Management*. Physician Record Company: Berwyn Illinois.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta: Pemerintah.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Pemerintah.
- Kuswana, W.S. (2014). *Ergonomi dan K3*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Martono, E. (1990). *Record Manajemen dan Filing Dalam Praktek Perkantoran Modern*. Jakarta: Karya Utama
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipt
- Santoso, AB, Sugiarsi S. 2017. Tinjauan Penerapan Manajemen Risiko Di Unit *Filing* Rsud Dr. Moewardi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)* Vol 5 No 2.
- Siagian, S. 2003. *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*. Jakarta : Bina Aksara.
- Savitri, C. (2011). *Manajemen Unit Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Soemirat, J. (2000). *Epidemiologi Lingkungan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Pengembangan Interoperabilitas Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) Kabupaten Kebumen

Dian Budi Santoso¹, Angga Eko Pramono², Agasi Gilang Persada³

^{1,2}Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, ³Universitas Amikom Yogyakarta
dianbudisantoso@ugm.ac.id, anggaekopramono@ugm.ac.id, agasigp@live.com

Abstract

The Integrated Emergency Response System (SPGDT) is a web-based system that provides information about the availability of beds in hospitals and health centers inpatient care in Kebumen District. During this time the operators that are medical record officers in each hospital or health center input data manually into SPGDT so that data is not always updated regularly and not realtime. This study aims to develop interoperability of SPGDT so that data synchronization can be done automatically from the Hospital Management Information System (SIMRS) and the Health Center Management Information System (SIMPUS). This type of research is research and development. Needs assessment was carried out with focus group discussions (FGD) involving representatives from hospitals, inpatient health centers, health offices, and the Kebumen District Communication and Information Agency. A web service infrastructure has been developed in the form of an Application Programming Interface (API) that can be used by hospitals and health centers to synchronize data from SIMRS and SIMPUS automatically.

Keywords: SPGDT, interoperability, web service, application programming interface

Abstrak

Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) adalah sistem berbasis web yang memberikan informasi tentang ketersediaan tempat tidur di rumah sakit maupun puskesmas rawat inap di Kabupaten Kebumen. Selama ini operator yaitu petugas rekam medis di masing-masing rumah sakit atau puskesmas memasukkan data secara manual ke SPGDT sehingga data tidak selalu *ter-update* secara rutin dan tidak *realtime*. Penelitian ini bertujuan mengembangkan interoperabilitas SPGDT sehingga dapat dilakukan sinkronisasi data secara otomatis dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS). Jenis penelitian ini adalah *research and development*. Analisis kebutuhan dilakukan dengan *focus group discussion* (FGD) yang melibatkan perwakilan dari rumah sakit, puskesmas rawat inap, Dinas Kesehatan, serta Dinas Komunikasi dan Informatika Kabupaten Kebumen. Sebuah infrastruktur *web service* telah dikembangkan dalam bentuk *Application Programming Interface* (API) yang dapat digunakan oleh rumah sakit dan puskesmas untuk mensinkronkan data dari SIMRS dan SIMPUS secara otomatis.

Kata Kunci: SPGDT, interoperabilitas, web service, application programming interface

Pendahuluan

Penggunaan teknologi informasi pada bidang kesehatan memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan keterlibatan yang lebih besar dari pasien dalam perawatan kesehatan mereka sendiri (Buntin et al, 2011). Saat ini penggunaan sistem berbasis teknologi informasi telah menjadi sebuah kebutuhan pokok terkait dengan pengumpulan, pengolahan, dan penyajian informasi kesehatan. Kualitas informasi yang disajikan menjadi salah satu indikator kualitas

pelayanan di sebuah sarana pelayanan kesehatan (Ratnaningtyas & Surendro, 2013).

Pada era jaminan kesehatan nasional, pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas, Klinik Pratama, dan Dokter Keluarga. Pasien yang terdaftar sebagai anggota BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) hanya dapat dilayani di fasilitas kesehatan tingkat lanjut jika ada surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama

kecuali dalam keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (Bitjoli & Kusuma, 2015).

Pada keadaan darurat, fasilitas kesehatan harus dapat merujuk pasien dengan tepat sesuai dengan pertimbangan kebutuhan sarana prasarana dan dokter spesialis yang berkompeten menangani pasien. Hal yang menjadi permasalahan dalam sistem rujukan saat ini adalah fasilitas kesehatan sering terkendala dengan kurangnya informasi terkait ketersediaan tempat tidur atau kamar rawat inap di tempat tujuan rujukan sehingga seringkali pasien harus menunggu lama atau ditolak di tempat tujuan rujukan tersebut. Untuk menanggulangi hal tersebut, Kabupaten Kebumen telah meluncurkan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) berbasis web yang berisi informasi tentang ketersediaan tempat tidur di rumah sakit dan puskesmas rawat inap. SPGDT di Kabupaten Kebumen telah diluncurkan sejak tahun 2016 dan digunakan sebagai acuan tenaga kesehatan dalam merujuk pasien.

Selama ini informasi di SPGDT diinputkan secara manual dan di-*update* setiap hari oleh operator yaitu petugas rekam medis di masing-masing rumah sakit dan puskesmas. Kebaruan informasi di SPGDT tergantung pada komitmen dan konsistensi dari para operator dalam melakukan pembaruan data. Beberapa rumah sakit di Kabupaten Kebumen telah menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) berbasis elektronik begitu juga puskesmas yang telah menggunakan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) berbasis elektronik. Informasi ketersediaan tempat tidur rawat inap sebenarnya sudah ada pada SIMRS maupun SIMPUS dan selalu diperbarui seiring dengan transaksi data yang berlangsung di rumah sakit maupun puskesmas.

Salah satu kendala yang dihadapi dalam implementasi sistem informasi kesehatan berbasis elektronik adalah terkait interoperabilitas sistem. Sistem informasi kesehatan dibangun secara parsial dan tidak mampu berkomunikasi satu sama lain sehingga menyebabkan terjadinya *double entry* untuk beberapa data tertentu. Perlu dilakukan integrasi antar sistem dengan konsep pengembangan interoperabilitas sistem (Varga et al, 2016). Saat ini SPGDT tidak memiliki interoperabilitas dengan SIMRS dan SIMPUS. Diperlukan sebuah infrastruktur *web service* sehingga data pada SIMRS dan SIMPUS

dapat tersinkron secara otomatis dengan data pada SPGDT.

Metode

Jenis penelitian ini adalah *research and development*. Penelitian dan pengembangan interoperabilitas SPGDT mengadopsi *System Life Cycle Methodologies* yang terdiri dari perencanaan, analisis kebutuhan, perancangan, implementasi, dan penggunaan (McLeod & Schell, 2007). Analisis kebutuhan dilakukan dengan *focus group discussion* (FGD) yang melibatkan perwakilan dari rumah sakit, puskesmas rawat inap, Dinas Kesehatan, serta Dinas Perhubungan, Komunikasi, dan Informatika Kabupaten Kebumen. Perancangan menggunakan Microsoft Office Visio 2016, implementasi menggunakan bahasa pemrograman PHP, XML, serta aplikasi POSTMAN dan Google Chrome. Uji coba penggunaan dilakukan oleh tim teknologi informasi RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen.

Hasil dan Pembahasan

Perencanaan pengembangan interoperabilitas SPGDT Kabupaten Kebumen didasarkan pada masukan dari operator di rumah sakit yang telah memiliki SIMRS agar data dari SIMRS dapat langsung ter-*update* ke SPGDT secara otomatis tanpa harus diinput oleh operator secara manual. Dari hasil analisis kebutuhan diketahui bahwa SPGDT di-*update* oleh operator di rumah sakit dan puskesmas rawat inap setiap 3 jam. Data yang di-*update* meliputi data dokter jaga, dokter spesialis, ketersediaan kamar rawat inap, kantong darah, dan ventilator. Dalam prakteknya tidak semua operator meng-*update* data secara periodik. Sering terjadi keterlambatan *update* data sehingga informasi yang ditampilkan dalam website SPGDT tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya. Operator yang menggunakan SIMRS dan SIMPUS juga harus melakukan *double entry* data jika ada pasien masuk atau pulang rawat inap. Data pasien rawat inap harus diinput dua kali ke SIMRS/SIMPUS dan SPGDT, hal ini tentu menambah beban kerja operator. Data pada SPGDT diharapkan dapat ter-*update* secara otomatis seiring dengan *update* data pasien rawat inap pada SIMRS/SIMPUS. Untuk memfasilitasi hal tersebut, dikembangkan *Application Programming Interface* (API) yang memfasilitasi interoperabilitas data antara SPGDT dengan SIMRS dan SIMPUS.

Rancangan interoperabilitas antara SPGDT dengan SIMRS dan SIMPUS dapat dilihat pada Gambar 1. Ketika operator menginputkan data pada SIMRS dan SIMPUS maka data yang diinputkan tersebut juga otomatis akan meng-*update* data yang ada pada SPGDT sehingga operator tidak perlu menginputkan data yang sama dua kali.



- 10 Update kamar ICCU <http://spgdt.kebumenkab.go.id/api/kamar/iccu>
- 11 Update kantong darah <http://spgdt.kebumenkab.go.id/api/kantong-darah>
- 12 Update ventilator <http://spgdt.kebumenkab.go.id/api/kamar/ventilator>

Untuk dapat berkomunikasi dengan SPGDT melalui alamat di atas, pengembang SIMRS harus mendapatkan token autentikasi terlebih dahulu menggunakan *username* dan *password* yang biasa digunakan operator untuk login ke dalam sistem. Jika *username* dan *password* yang dimasukkan benar maka akan muncul respon dari API SPGDT berupa token yang dapat digunakan sebagai autentikasi saat melakukan komunikasi data.

Setelah proses autentikasi berhasil, SIMRS dapat langsung mengirimkan data secara otomatis dan berkala ke server SPGDT sehingga operator rumah sakit tidak perlu lagi menginputkan data secara manual. Teknologi yang digunakan dalam proses ini adalah *web service*. Teknologi *web service* dikenal

sebagai layanan yang disediakan oleh pengembang sebuah sistem agar dapat berkomunikasi dengan sistem lain melalui protokol dan bahasa tertentu (Zhou et al, 2018). Konsep implementasi teknologi *web service* adalah adanya interaksi antara *service provider* dan *service requester* (Kreger, 2003). Dalam hal ini *service provider* adalah SPGDT dan *service requester* adalah rumah sakit atau puskesmas yang akan menggunakan API.

Setelah dipublikasikan, API SPGDT dapat digunakan oleh tim pengembang SIMRS dan SIMPUS untuk mengintegrasikan sistem yang mereka kembangkan dengan SPGDT. Uji coba penggunaan yang pertama dilakukan oleh tim teknologi informasi RSUD Dr. Soedirman Kabupaten Kebumen. Setelah API SPGDT digunakan dan diintegrasikan dengan SIMRS, data ketersediaan tempat tidur pada RSUD Dr. Soedirman dapat di-*update* secara *realtime* tanpa harus menginputkan data secara manual. Pada Gambar 2 dapat dilihat bahwa data RSUD Dr. Soedirman di-*update* terakhir satu detik yang lalu yang menunjukkan bahwa data pada SPGDT sudah tersinkronisasi secara otomatis dengan data pada SIMRS RSUD Dr. Soedirman.



SISTEM PENANGGULANGAN GAWAT DARURAT TERPADU

DINAS KESEHATAN

KABUPATEN KEBUMEN

Jl. Veteran 2 Kebumen || No. Telp. (0278) 381570

[Beranda](#)

[Tentang SPGDT](#)

[Berita](#)

[Download](#)

[Hubungi Kami](#)

Selamat Datang di Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu Kabupaten Kebumen.

JUMLAH TEMPAT TIDUR TERSEDIA RUMAH SAKIT

#	Rumah Sakit													UGD	Ventilator	Dr Umum	Dr Sp	Update Terakhir
		ICCU		Peristi		RB		Poli		Isolasi		Jumlah						
		ap	Ksg	Kap	Ksg	Kap	Ksg	Kap	Ksg	Kap	Ksg	Kap	Ksg					
1	RSUD Dr. Soedirman	5	2	16	5	37	9	0	0	16	8	297	77	27	11	1	0	1 detik yang lalu

Gambar 2. Screenshot informasi pada SPGDT Kabupaten Kebumen yang telah di-*update* secara otomatis dan *realtime*

Operator SPGDT di RSUD Dr. Soedirman dalam hal ini adalah petugas rekam medis merasa sangat terbantu dengan pengembangan interoperabilitas SPGDT. Petugas tidak perlu lagi menginput data dua kali pada SIMRS dan SPGDT.

Dalam beberapa dekade terakhir beberapa negara berinisiatif mengembangkan interoperabilitas sistem informasi kesehatan namun menghadapi beberapa kendala diantaranya adalah tidak adanya standar pertukaran informasi, tidak adanya model bisnis sistem informasi kesehatan yang berkelanjutan, serta

resiko investasi yang tinggi (Zhang et al, 2017). Pengembangan interoperabilitas SPGDT di Kabupaten Kebumen ini menunjukkan bahwa sebenarnya komunikasi data antar sistem informasi kesehatan bisa dengan mudah dilakukan jika semua pihak terkait sepakat dan memiliki komitmen untuk mewujudkannya.

Simpulan

Telah dikembangkan interoperabilitas SPGDT Kabupaten Kebumen dengan memanfaatkan teknologi *web service*. SPGDT menyediakan API yang katalognya dapat diakses secara *online*. Dengan teknologi ini maka rumah sakit dan puskesmas rawat inap dapat mengirimkan data secara otomatis dan berkala ke server SPGDT sehingga operator tidak perlu lagi menginputkan data secara manual.

Daftar Pustaka

- Amanatidis, T., Chatzigeorgiou, A. (2016). Studying the evolution of PHP web applications. *Information and Software Technology*, 72, 48-67.
- Bitjoli, D. & Kusuma, A. P., (2015). *Gambaran Pelaksanaan Rujukan Lanjut Berjenjang Pada Pasien BPJS di Puskesmas Ngesrep Kota Semarang Tahun 2015*. Universitas Dian Nuswantoro. Semarang: Fakultas Kesehatan.
- Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., Blumenthal, D. (2011). The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. *Health Affairs*, 30(3), 464-471.
- Darmadi, H., Liawatimena, S., Abbas, B. S., Trisetyarso, A. (2018). Hypermedia Driven Application Programming Interface for Learning Object Management. 3rd International Conference on Computer Science and Computational Intelligence. *Procedia Computer Science*, 135, 120-127.
- Dharani, R. (2018). *WEB API Design: WEB Application Programming Interface Design*. Independently Published.
- Jacobson, D., Brail, G., Woods, D. (2012). *APIs: A Strategy Guide*. California: Evolved Media.
- Joia, L. A., Vinhasi, J. C. D. S. (2017). From closed source to open source software: Analysis of the migration process to Open Office. *The Journal of High Technology Management Research*, 28(2), 261-272.
- Kreger, H. (2003). Fulfilling The Web Services Promise. *Communication of the ACM*, 46(6), 29-34.
- McLeod, R., Schell, G. (2007). *Management Information System* (10th Edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Ong, P. S., Cholia, S., Jain, A., Brafman, M., Gunter, D., Ceder, G., Persson, K. A. (2015). The Materials Application Programming Interface (API): A simple, flexible and efficient API for materials data based on REpresentational State Transfer (REST) principles. *Computational Materials Science*, 97, 209-215.
- Ratnaningtyas, D. D., & Surendro, K. (2013). Information Quality Improvement Model on Hospital Information System using Six Sigma. *Procedia Technology*, 9, 1166-1172.
- Samra, J. (2015). *Comparing Performance of Plain PHP and Four of Its Popular Framework*. Kalmar: Linnaeus University.
- Varga, P., Blomstedt, F., Ferreira, L. L., Eliasson, J., Johansson, M., Delsing, J., Soria, I. M. (2016). Making system of systems interoperable – The core components of the Arrowhead framework. *Journal of Network and Computer Applications*, 81, 85-95.
- Zhang, H., Han, B., T., Tang, Z. (2017). Constructing a nationwide interoperable health information system in China: The case study of Sichuan Province. *Health Policy and Technology*, 6(2), 142-151.
- Zhou, B., Zhang, Q., Shi, Q., Yang, Q., Yang, P., Yu, Y. (2018). Measuring web service security in the era of Internet of Things. *Computers & Electrical Engineering*, 66, 305-315.

Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis

Lily Widjaja¹, Siswati²

Universitas Esa Unggul, Jakarta, Indonesia

Jl.Pegangsaan Indah Barat II/12, Pegangsaan Dua, Kelapa Gading, Jakarta Utara, 12450

lily.widjaja@esaunggul.ac.id

ABSTRACT

Appropriate and structured Medical Records documentation audit is required in measuring the achievement of Medical Record Completeness (MR) indicators in hospitals. Based on observations of the implementation of MR documentation audit in a hospital, it was found that the measured MR components varied greatly, and did not know the quantitative model of MR documentation audit. This study aims to determine the effect of Quantitative Audit Model Documentation on Completeness of MR. The hypothesis of this study is the influence of Quantitative Audit Model Documentation on Completeness of MR. This type of research is a quasi-experimental using the pretest and Posttest design, Non-Equivalent Control Group Design. The measurement of the completeness of medical records was carried out by students using conventional models and quantitative models of RM documentation audit. The population is 30 students with saturated samples. The dependent variable is MR Completeness and the independent variable is the Audit Model MR Documentation. The research instrument is a checklist. Research analysis using dependent T-test. The results of this study there are significant differences in the average value of the completeness of all components before and after the application of a quantitative audit documentation model reflects that the implementation of this model is better than the conventional model. This Quantitative Model can track each component of the medical record being audited, allowing correction of parts that can still be equipped, structured so that they can measure up to this RM completeness subcomponent.

Keywords: Medical record, documentation audit, quantitative model

PENDAHULUAN

Akreditasi merupakan pengakuan publik oleh badan akreditasi kesehatan nasional untuk pencapaian standar akreditasi oleh organisasi kesehatan, ditunjukkan melalui sebuah penilaian dari badan eksternal yang independen dari tingkat organisasi kinerja yang terkait dengan standar. Tujuan akreditasi adalah peningkatan mutu pelayanan rumah sakit yang bukan semata-mata sertifikat kelulusan. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali (KARS, 2017).

Berdasarkan Profil Rumah sakit (RS) di Indonesia tahun 2015, jumlah rumah sakit umum sebanyak 2488 buah dan RS Khusus sebanyak 539 buah. (Kemenkes, 2016). Sebanyak 849 diantaranya telah terakreditasi dengan menggunakan standar akreditasi 2012. Bab 1 standar akreditasi 2012 “Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit, terkait Peningkatan Mutu Pelayanan Dan Keselamatan Pasien (PMKP)”. Pimpinan rumah sakit perlu menetapkan indikator kunci untuk memonitor

struktur, proses dan hasil (outcome) dari rencana PMKP yang dilakukan berdasarkan tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasarkan evidence-based praktek klinik dan evidence-based praktek manajemen (Toto, 2011). Satu diantara sebelas (11) indikator yang terkait dengan area klinik yang terkait kelengkapan data pasien adalah indikator: Ketersediaan, isi dan penggunaan Rekam Medis (RM). Untuk itu perlu meningkatkan mutu pendokumentasian RM dengan melakukan audit terhadap pendokumentasian dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Selain itu RM penting untuk kelanjutan pelayanan oleh pemberi pelayanan terutama dokter dan perawat, juga sebagai bukti hukum bila digunakan pada kasus pengaduan/ tuntutan dari pasien/ keluarganya yang tidak puas terhadap layanan, pada saat ada tuntutan bila tidak lengkap maka tidak bisa digunakan sebagai bukti bahwa pemberi pelayanan telah dilakukan sesuai dengan Panduan Praktik Klinis untuk dasar pembayaran. RM saat ini digunakan sebagai dasar pembayaran yang dilaksanakan oleh BPJS saat

ini. Bila RS akan menagih biaya dari pasien BPJS maka perlu bukti minimal ringkasan penyakit yang lengkap dan bukti pelayanan/tindakan yang dilakukan. Apalagi bila bukti yang seharusnya ada tidak ditemui dalam RM pasien tersebut, sehingga RS mengalami kerugian. Dengan perlunya rekam medis yang lengkap, maka audit pendokumentasiannya wajib dilakukan.

Berdasarkan Undang-undang Praktik Kedokteran (2004) pasal 46 ayat 1 dikatakan bahwa “Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis”. Pada Pasal 79 ayat 2 menyatakan “Bila dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat Rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah).

Model Audit pendokumentasian yang tepat belum dilakukan sepenuhnya oleh rumah sakit walaupun diwajibkan untuk mengukur indikator kelengkapan RM. Pelaksanaan audit pendokumentasian RM dilakukan oleh Praktisi Manajemen Informasi Kesehatan (PMIK) tetapi belum dapat mengevaluasi dan merekomendasi perbaikan apa yang harus dilakukan demi terciptanya data yang dapat dijadikan evidence base. Dari hasil audit 3 tahun terakhir tidak ada peningkatan kualitas pendokumentasian RM. Dampak dari model Audit yang tidak terstruktur akan sulit untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian RM.

Untuk tingkatan analisis kuantitatif yang lebih mahir praktisi jangan hanya berfokus pada penganalisisan kelengkapan data social pasien dan lembar medis belaka, juga harus mengintegrasikan kegiatan yang berdampak hukum dan atingingive dengan pelayanan kesehatan yang dititik beratkan pada kelengkapan data ating, bukti rekaman yang ada, tanda bukti keabsahan dan tata cara mencatat (Hatta, 2008). Oleh karena itu PMIK di RS harus mempunyai kompetensi terkait memahami jenis formulir yang digunakan, orang yang berhak mengisi RM dan yang melegalisasi penulisan agar hasil audit yang dilakukan maksimal dan RM dapat digunakan untuk berbagai keperluan.

Penelitian Ripto Sayono (2011) dalam penelitian “Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Dalam Di RSUD Pasar Rebo”, disimpulkan terdapat 50 (100%) lengkap dicantumkan identifikasi pasien, 48 (96%) terisi kelengkapan laporan yang diperlukan, 25 (50%) terisi autentikasi penulis dan 13.6 (27.3%) terisi catatan yang baik.

Ayu Lima (2012) dalam Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Pada Pembuatan Resume Medis Di Rumah Sakit Siaga Raya Jakarta”, rata-rata persentase kelengkapan rekam medis rawat inap pada pembuatan resume medis di bulan Februari 2012 adalah 42 %. Kelengkapan rekam medis rawat inap pada pembuatan resume medis di Rumah Sakit Siaga Raya masih kurang baik, karena masih banyak rekam medis rawat inap yang tidak dibuatkannya resume medis oleh dokter. Ketidak lengkapannya rekam medis rawat inap pada pembuatan resume karena kesibukan dokter dan kurangnya pengetahuan tentang pentingnya resume medis.

Pada perbandingan penggunaan model pembelajaran juga dapat dilihat dari penelitian Eka Trisianawati et.al.(2015) dalam penelitian “Pengaruh Model Pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw Terhadap Hasil Belajar Siswa Pada Materi Vektor Di Kelas X SMA Negeri 1 Sanggau Ledo” menyimpulkan bahwa Penerapan model pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw memberikan pengaruh yang signifikan terhadap hasil belajar siswa. Terdapat perbedaan hasil belajar pada materi ating yang diajarkan dengan model pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw dan yang diajarkan dengan model pembelajaran diskusi-ceramah pada siswa kelas

Sani (2016) dalam penelitian “Perbedaan Hasil Belajar Siswa Menggunakan Model Pembelajaran Latihan Inkuiri Dengan Pembelajaran Konvensional Pada Mata Pelajaran Fisika” disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan hasil belajar siswa dalam mata pelajaran fisika yang diajar model inkuiri dengan pembelajaran konvensional.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan di RS Patria IKKT terdapat permasalahan belum terlaksananya pendokumentasi RM yang lengkap. Penggunaan model audit yang konvensional kurang mencerminkan kelengkapan yang dapat dikoreksi. Hal ini memberikan efek kurangnya perhatian para dokter dan tenaga kesehatan yang mengisi RM untuk melakukan peningkatan kelengkapan dalam pendokumentasian. Dan akan berdampak pada ketidaklengkapan pendokumentasian yang berkesinambungan.

Dalam mengatasi permasalahan tersebut maka hendaknya rumah sakit memilih dan menerapkan model audit pendokumentasian yang tepat, memberikan penyajian hasil yang mudah diterima dan memberi dampak, sehingga dapat memberi stimulus bagi para dokter dan tenaga kesehatan untuk melakukan pendokumentasian yang

lengkap dan berkualitas. Dalam hal ini adalah audit pendokumentasian rekam medis dengan menggunakan model kuantitatif sebagai pengganti model yang masih konvensional. Berdasarkan latar belakang tersebut perlu dilakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis Terhadap Kelengkapan Rekam Medis”.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah eksperimen semu (quasi experiment) dengan menggunakan rancangan *Pretest-Posttest, Non-Equivalent Control Group Design*. Pada penelitian ini akan dilakukan pengukuran kelengkapan rekam medis pada penerapan model konvensional audit pendokumentasian rekam medis dan model kuantitatif audit pendokumentasian rekam medis.

Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa D3-Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul semester 3 sebanyak 30 orang. Sampel yang diambil adalah sampel jenuh. Instrumen penelitian ini adalah check list (daftar tilik dan rekapitulasi) dan pedoman wawancara. Cara pengumpulan data dengan melakukan pengukuran kelengkapan pengisian rekam medis dengan model konvensional audit pendokumentasian rekam medis dan model kuantitatif audit pendokumentasian rekam medis.

Teknik pengumpulan data dengan Editing kegiatan koreksi terhadap ketidaklengkapan atau kesalahan data penelitian dengan tujuan untuk segera melakukan perbaikan, kemudian Coding merupakan kegiatan pemberian kode pada lembar observasi/*check list* bertujuan untuk memudahkan pengolahan data, Scoring kegiatan pemberian skor pada variabel kelengkapan rekam medis dan *Entry data* kegiatan memasukkan data penelitian ke komputer untuk memudahkan dalam pengolahan data penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Univariat

a. Rata-rata kelengkapan rekam medis model konvensional dan model kuantitatif audit pendokumentasian

Pada model kuantitatif tiap komponen mempunyai beberapa subkomponen.

Subkomponen dari masing-masing komponen model kuantitatif ini dapat diperinci sebagai berikut dan hasilnya dibandingkan dengan model konvensional:

Tabel 1
Hasil Audit Komponen 1: Kelengkapan Identifikasi pasien dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis

No	Subkomponen Analisis	Kelengkapan	
		Model Konvensional	Model Kuantitatif
Kelengkapan Identifikasi Pasien			
1.	Nama	100.00%	100.0%
2.	No. Rekam Medis	100.00%	100.0%
3.	Tanggal Lahir	83.33%	99.3%
4.	Jenis Kelamin	86.67%	97.3%
	Average	92.5%	99.2%

Dari tabel di atas komponen kelengkapan identifikasi pasien dapat diperinci bahwa ke empat subkomponennya sangat lengkap dari semua subkomponen = 99.2% (97.3% - 100%). Sedangkan model konvensional rata-rata kelengkapannya = 92% (83.33% - 100%)

Tabel 2
Hasil Audi Komponen 2: Kelengkapan Laporan Penting dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis.

No	Subkomponen Analisis	Kelengkapan	
		Model Konvensional	Model Kuantitatif
Laporan yang Penting			
1.	Pengkajian awal	90.00%	100.0%
2.	Cat. Perkembangan	89.33%	97.3%
3.	<i>Informed Consent</i>	85.33%	98.0%
4.	Bukti Pengobatan & Perawatan	91.33%	78.0%
5.	Cat. Saat pulang	97.33%	98.7%
	Average	90.67%	94 %

Dari tabel di atas dari komponen ke 2, kelengkapan laporan penting, dapat diperinci bahwa ada lima subkomponennya dan rata-rata kelengkapan = 94% (78%-100%). Dapat diketahui bahwa catatan pengkajian awal, catatan perkembangan dan informed consent lebih lengkap pada model kuantitatif sedangkan Bukti pengobatan & perawatan serta catatan saat pulang lebih lengkap di banding model konvensional.

Bila dibandingkan dengan hasil rata-rata kelengkapan RM model kuantitatif lebih tinggi kelengkapannya = 84% dibanding model konvensional = 90.67%

Tabel 3

Hasil Audi Komponen 3: Kelengkapan Autentikasi Penulis dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis

No	Subkomponen Analisis	Kelengkapan	
		Model Konvensional	Model Kuantitatif
Kelengkapan Autentikasi Penulis			
1.	Nama Dokter Lengkap	60.67%	78.7%
2.	Tanda tangan	67.33%	90.0%
3.	Nama Perawat	68.00%	86.0%
4.	Tanda tangan Perawat	83.33%	88.0%
	Average	69.83%	85.7%

Dari tabel di atas komponen ke 3, kelengkapan Autentikasi penulis (dokter dan perawat), dapat diperinci bahwa ada empat (4) subkomponennya dan rata-rata kelengkapan model kuantitatif = 85.7%. (78.7%-90%) secara signifikan jauh lebih tinggi atinging kelengkapan pada model konvensional = 69.83% (60.67%-83.33%)

Tabel 4

Hasil Audit Komponen 4: Teknik Pencatatan yang baik dengan menggunakan Model Konvensional dan Kuantitatif Audit Pendokumentasian Rekam Medis

No	Subkomponen Analisis	Kelengkapan	
		Model Konvensional	Model Kuantitatif
Kelengkapan Autentikasi Penulis			
1.	Coretan Tidak ada	84.67%	72.0%

2	Tipp-ex tidak digunakan	94.00%	94.7%
3	Bagian yang kosong tidak ada	23.33%	74.7%
	Average model	67.33%	80.4%

Dari tabel di atas terlihat komponen ke 4, teknik pencatatan yang baik, dapat diperinci bahwa ada tiga (3) subkomponennya dan rata-rata pencatatan yang baik = 80.4% (74.7% - 94.7%). Secara signifikan jauh lebih tinggi atinging pada model konvensional dengan rata-rata = 67.3% (23.33%-94%)

b. Kelengkapan rekam medis sebelum menerapkan model kuantitatif audit pendokumentasian

Tabel 5

Kelengkapan Rekam Medis Sebelum Penerapan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian

No	Review Kelengkapan	N	Mean	SD	Jumlah	%	Kategori
1	Identitas Pasien	150	3,70	0,58	555	92,5	Baik
2	Laporan Penting	150	4,53	0,77	680	90,67	Baik
3	Autentifikasi penulis	150	2,80	1,05	420	70	Cukup
4	Tenik pencatatan yang baik	150	2,02	0,607	303	67,3	Cukup
	Rata-rata kelengkapan					79.98	

Sumber: Hasil Pengolahan SPSS versi 22.00, 2018

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa kelengkapan rekam medis sebelum penerapan model kuantitatif; Mean $\pm$ SD ; Identitas pasien ($3,70 \pm 0,58$) = 92,5%, Laporan penting ($4,53 \pm 0,77$) = 90,67%, Autentifikasi ($2,80 \pm 1,05$) = 70%, pencatatan yang baik ($2,02 \pm 0,607$) = 67,3%. Pencapaian kelengkapan pengisian tertinggi pada identitas pasien dan terendah pada teknik pencatatan yang baik. Rata-rata kelengkapan semua komponen = 79.98%

c. Kelengkapan rekam medis sesudah menerapkan model kuantitatif audit pendokumentasian

Tabel 6
Kelengkapan Rekam Medis Sesudah Penerapan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian

No	Review Kelengkapan	N	Mean	SD	Jumlah	%	Kategori
1	Identitas Pasien	150	3,97	0,21	595	99,2	Baik
2	Laporan Penting	150	4,69	0,50	704	94,0	Baik
3	Autentifikasi penulis	150	3,43	0,96	514	85,6	Baik
4	Tenik pencatatan yang baik	150	2,41	0,66	362	80,4	Baik
Rata-rata kelengkapan						89,8	

Sumber: Hasil Pengolahan SPSS versi 22.00, 2018

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa kelengkapan rekam medis sesudah penerapan model kuantitatif; Mean $\pm$ SD ; Identitas pasien ($3,97 \pm 0,21$), Laporan penting ($4,69 \pm 0,50$), Autentifikasi ($3,43 \pm 0,96$) pencatatan yang baik ($2,41 \pm 0,66$). Kelengkapan pengisian rekam medis pada katagori baik pada semua komponen kelengkapan. Rata-rata kelengkapan semua komponen = 89.8%.

Undang-undang praktik kedokteran (2004) pasal 46 ayat 1 dikatakan bahwa “Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis” . Pada Pasal 79 ayat 2 menyatakan “Bila dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat Rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah). Berdasarkan Permenkes 269, (2008) dikatakan bahwa Rekam Medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Hal ini dilakukan baik secara manual maupun elektronik.

Kelengkapan rekam medis dengan menerapkan model konvensional audit pendokumentasian (sebelum menerapkan model kuantitatif audit pendokumentasian) berdasarkan Tabel 5 dapat diketahui bahwa Rata-rata kelengkapan semua komponen = 79.98%. Pencapaian kelengkapan pengisian identitas pasien dan laporan yang penting masuk dalam kategori “baik” sedangkan komponen Autentikasi penulis dan Teknik pencatatan yang baik masih dalam kategori “cukup” .

Kelengkapan rekam medis dengan menerapkan kuantitatif audit pendokumentasian, berdasarkan Tabel 6 dapat diketahui bahwa kelengkapan rekam medis sesudah penerapan model kuantitatif rata-rata kelengkapan semua komponen = 89.8%. Pencapaian kelengkapan pengisian rekam medis pada katagori “baik” untuk semua komponen.

Analisis Bivariat

Tabel 7
Hasil Uji Hipotesis

No	Review Kelengkapan	Mean	SD	p	Keputusan Ho
1	Identitas Pasien Sebelum_ Sesudah	-0,267	0,598	0,000	Ditolak
2	Laporan Penting Sebelum_ Sesudah	-0,160	0,956	0,042	Ditolak
3	Autentifikasi Sebelum_ Sesudah	-0,627	1,468	0,000	Ditolak
4	Pencatatan yag baik Sebelum_ Sesudah	-0,393	0,889	0,000	Ditolak

Sumber: Hasil Pengolahan SPSS versi 22.00, 2018

Tabel 7 menunjukkan bahwa nilai mean kelengkapan identitas pasien sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif adalah -0,267 ($3,70-3,97$). Kelengkapan sesudah lebih lengkap dibanding kelengkapan sebelum penerapan model kuantitatif. Dan selisih nilai mean tertinggi terdapat pada kelengkapan autentifikasi = -0,627 ($2,80-3,43$).

Kelengkapan autentifikasi sesudah lebih lengkap dibanding sebelum penerapan model kuantitatif. Nilai p pada semua variabel kelengkapan rekam medis adalah <0.05 sehingga H_0 ditolak. Hal ini berarti:

- 1) Ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan identitas pasien sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p = 0.000$
- 2) Ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan laporan penting sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p = 0.042$
- 3) Ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan autentifikasi sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p = 0.000$
- 4) Ada perbedaan yang signifikan nilai rata – rata kelengkapan pencatatan sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p = 0.000$

Nilai p pada semua variabel kelengkapan rekam medis adalah <0.05 sehingga H_0 ditolak. Hal ini berarti ada perbedaan yang signifikan nilai rata-rata semua komponen model audit kuantitatif berupa kelengkapan identitas pasien, laporan yang penting, autentifikasi penulis dan teknik pencatatan yang baik sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian pada nilai $p < 0.05$

Adanya perbedaan yang signifikan nilai rata-rata kelengkapan seluruh komponen sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit pendokumentasian mencerminkan bahwa pelaksanaan model ini lebih baik ataining model konvensional.

Dapat dikatakan bahwa:

- a. Model Kuantitatif ini dapat melacak tiap rekam medis yang diaudit. Adanya data yang lengkap dan terperinci serta dapat dirujuk maka kelengkapan rekam medis dengan model Kuantitatif ini memungkinkan dilakukan koreksi terhadap bagian dari rekam medis yang masih dapat dilengkapi.
- b. Model kuantitatif komponen yang ada terstruktur sehingga para mahasiswa yang diberi pelatihan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian RM dapat dengan pasti dan jelas dalam mengukur subkomponen dari komponen-komponen kelengkapan RM ini.
- c. Model kuantitatif merupakan model yang sesuai

diterapkan bagi mahasiswa sehingga pada saatnya didunia kerja dapat menerapkannya dan hal ini akan meningkatkan mutu RM itu sendiri sehingga

Bila dibandingkan dengan penelitian yang relevan;

Sani (2016) dalam penelitian “Perbedaan Hasil Belajar Siswa Menggunakan Model Pembelajaran Latihan Inkuiri Dengan Pembelajaran Konvensional Pada Mata Pelajaran Fisika” disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan hasil belajar siswa dalam mata pelajaran fisika yang diajar model inkuiri dengan pembelajaran konvensional.

Sejalan dengan Sani, hasil pengukuran dengan model konvensional lebih rendah ataining model Kuantitatif. Juga pada model kuantitatif dapat dijelaskan subkomponen yang perlu diperbaiki dan dapat dikoreksi dalam meningkatkan mutu kelengkapan rekam medis. Secara retrospektif subkomponen dari identifikasi pasien dan autentikasi penulis yang belum tertulis masih dapat ditambahkan karena dilakukan dengan merujuk kembali pada RM yang terkait.

Dengan dilakukannya audit model kuantitatif dilakukan intervensi dengan melakukan tindak lanjut terhadap bagian yang belum lengkap dan masih mungkin dilengkapi oleh pemberi pelayanan seperti penulisan identifikasi pasien, kelengkapan catatan saat pulang, nama dan tandatangan penulis sedangkan kurangnya pencatatan tidak boleh ditambah atau dikurangi dan tidak dapat diintervensi. Demikian juga dan teknik pencatatan. Kedua komponen ini digunakan sebagai informasi audit untuk perbaikan pada masa yang akan ating.

Dapat dibandingkan sebagai berikut :

1. Kelengkapan identifikasi pasien dapat ditingkatkan dari 99.2% menjadi 100%. Identifikasi pasien yang belum terisi masih dapat dilengkapi sehingga pada model kuantitatif dapat ditingkan menjadi 100%
2. Kelengkapan laporan yang penting 90,67% menjadi 94%. Catatan saat pulang/resume medis dapat dilengkapi sesudah proses perawatan dan pengobatan karena dibuat saat pasien akan pulang atau sudah pulang. Sehingga persentase kelengkapan Laporan penting dapat ditingkatkan. Namun demikian ada bagian rekam medis yang tidak bisa dikoreksi atau dilengkapi oleh karena kelalaian penulis tidak mencatat saat pemeriksaan pada perawatan dan pengobatan seperti Pengkajian awal yang dilakukan perawat

dan dokter saat pasien baru masuk rawat atau tidak adanya *Informed Consent* (Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran) yang sangat penting dan wajib adanya persetujuan pasien/keluarganya sebelum dilakukan tindakan. Hal ini akan menjadikan rekam medis tersebut menjadi “*Delinquent Medical Record*”.

Hal ini sejalan dengan ketentuan Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis (2006) bahwa rekam medis yang tidak lengkap masih dapat dilengkapi sesudah pasien pulang.

3. Kelengkapan autentikasi penulis baik dokter maupun perawat juga dapat ditingkatkan dari 85.7% menjadi 100%.

Untuk meningkatkan teknik pencatatan yang baik dapat dilakukan dengan sosialisasi kepada para pemberi pelayanan untuk lebih baik agar pada pelaksanaan pendokumentasian rekam medis pada masa yang akan datang dapat dibaca dengan jelas dan koreksi kesalahan yang dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. Rata-rata kelengkapan Rekam Medis berdasarkan model konvensional audit pendokumentasian RM sebesar = 79.98%. Pencapaian kelengkapan pengisian identitas pasien dan laporan yang penting masuk dalam kategori “baik” sedangkan komponen Autentikasi penulis dan Teknik pencatatan masih dalam kategori “cukup”.
2. Rata-rata kelengkapan Rekam Medis berdasarkan model Kuantitatif audit Pendokumentasian RM sebesar 89.8 %. Pencapaian kelengkapan pengisian rekam medis pada kategori “baik” untuk semua komponen.
3. Adanya perbedaan yang signifikan nilai rata-rata kelengkapan seluruh komponen sebelum dan sesudah penerapan model kuantitatif audit kelengkapan pendokumentasian RM mencerminkan bahwa pelaksanaan model ini lebih baik dibanding model konvensional.
 - a. Model Kuantitatif ini terstruktur. Dapat melacak tiap rekam medis yang diaudit, sehingga diperoleh data yang lengkap dan terperinci
 - b. Dapat dilakukan koreksi terhadap bagian dari rekam medis yang masih memungkinkan untuk dilengkapi.
 - c. Mahasiswa yang diberi pelatihan Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian

RM dapat dengan pasti dan jelas dalam mengukur kelengkapan subkomponen dari komponen-komponen kelengkapan RM ini.

- d. Mahasiswa dapat menerapkan model kuantitatif ini dengan baik dan mengerti

Saran

1. Dengan dilakukannya audit model kuantitatif perlu dilakukan intervensi setelah audit dengan melakukan tindak lanjut terhadap bagian yang belum lengkap dan masih mungkin dilengkapi oleh pemberi pelayanan seperti penulisan identifikasi pasien, kelengkapan catatan saat pulang, nama dan tandatangan penulis sedangkan kurangnya pencatatan tidak boleh ditambah atau dikurangi dan tidak dapat diintervensi. Demikian juga dan teknik pencatatan. Kedua komponen ini digunakan sebagai informasi audit untuk perbaikan pada masa yang akan datang.
2. Untuk meningkatkan teknik pencatatan yang baik dapat dilakukan dengan sosialisasi kepada para pemberi pelayanan untuk lebih baik agar pada pelaksanaan pendokumentasian rekam medis pada masa yang akan datang dapat dibaca dengan jelas dan koreksi kesalahan yang dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Pembelajaran model audit kuantitatif perlu ditingkatkan bagi mahasiswa agar pelaksanaan audit RM dapat terstruktur dan mutu kelengkapan RM dapat ditingkatkan sehingga dapat digunakan untuk berbagai keperluan.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2008. *Standar Pelayanan Minimal*. Dirjen Yanmed Depkes RI, Jakarta.
- Hatta, Gemala R. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan*, UI Press, Jakarta
- KARS, 2017. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*, Komisi Akreditasi RS. Jakarta.
- Kemkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis*. Menkes, Jakarta
- Kemkes RI. 2008. Permenkes no.269/MENKES/PER/III/ 2008, Tentang Rekam Medis. Menkes, Jakarta.

- Kemkes RI. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit, (1)*. Menkes, Jakarta
- Lima, Ayu. 2012. *Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Pada Pembuatan Resume Medis Di Rumah Sakit Siaga Raya Jakarta*. Repositori UEU, Jakarta.
- LaTour, Kathleen M. et al. 2010. *Health Information Management (3)*. AHIMA. Chicago- Illinois
- Ruthann Russo. 2013. *Documentation for MR*. AHIMA. Chicago- Illinois.
- Sabri, Lukito dan Hastono, Sutanto Priyo. (2014), *Statistik Kesehatan (7)*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Sani, RA., et.al. 2011. Perbedaan Hasil Belajar Siswa Menggunakan Model Pembelajaran Latihan Inkuiri Dengan Pembelajaran Konvensional Pada Mata Pelajaran Fisika. *Jurnal Penelitian Inovasi Pembelajaran Fisika*. 3(2) :25-30
- Sayono, Ripto .2011. *Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Dalam di RSUD Pasar Rebo*. Repositori UEU. Jakarta.
- Sekretariat Negara. 2004. UU RI No.29. Praktek Kedokteran.
- Sugiyono. 2007. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Alfabeta. Bandung
- Trisianawati, E., et.al. 2016. Model Pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw Terhadap Hasil Belajar Siswa Pada Materi Vektor Di Kelas X Sma Negeri 1 Sanggau Ledo”. *Jurnal Penelitian Fisika dan Aplikasinya*. JPFA. 6 (2): 51-60
- Widjaja, L. 2013. Pengaruh Peresepan Elektronik Terhadap Mutu Layanan Farmasi Di Rumah Sakit “X” Jakarta Barat, *Jurnal INOHIM* 1(2): 52-56

Penentu Prioritas dan Perbaikan Masalah Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat

Faiqatul Hikmah¹, Rossalina Adi W², Yonica Putra Rahmadtullah³
Prodi Rekam Medik Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember
email : faiqatul@polije.ac.id

ABSTRACT

The return of medical records file of inpatient patient has standard of payback time 2x24 hours after patient returns in accordance with SOP applicable in hospital. However, the delay in returning medical record files in RSD Kalisat is still common. The purpose of this research is to determine the priority and improvement of the problem of delay in return of medical records file of inpatient in RSD Kalisat. This type of research is descriptive qualitative research with interview data collection method, documentation, and brainstorming. The result of identification of factors causing the delay of medical record file stated that the delay of return of medical record file is caused by several things one of them is the incompleteness of the filing of medical record file. Planning done in this research is improvement of Standard Operational Evaluation Procedure of Filling File Record Medical File which aims to support the quality of file in completeness of filling of medical record file and to facilitate administration of return of file. From the results of this study the researchers suggested that there is training on the return of file files to inpatients. It is also necessary to apply standard operational procedures to speed up the timing of completing the medical record file and can be carried out continuous review of this purpose as a reminder that the medical record file can be completed immediately and can be returned within the specified time limit.

Keywords: Hospital, Inpatients, Medical Record

ABSTRAK

Kegiatan pengembalian berkas rekam medis pasien rawat inap memiliki standar waktu pengembalian 2x24 jam setelah pasien pulang sesuai dengan SOP yang berlaku di rumah sakit. Namun keterlambatan pengembalian berkas rekam medis di RSD Kalisat masih sering terjadi. Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan penentuan prioritas dan perbaikan masalah keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap di RSD Kalisat. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif deskriptif dengan metode pengumpulan data wawancara, dokumentasi, dan *brainstorming*. Hasil identifikasi faktor-faktor penyebab keterlambatan berkas rekam medis menyatakan bahwa keterlambatan pengembalian berkas rekam medis disebabkan oleh beberapa hal salah satunya yaitu ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis. Perencanaan yang dilakukan pada penelitian ini adalah perbaikan Standart Operasional Prosedur Evaluasi Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis yang bertujuan untuk menunjang kualitas berkas dalam kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan untuk mempermudah administrasi pengembalian berkas. Dari hasil penelitian ini peneliti menyarankan agar adanya pelatihan tentang pengembalian berkas terhadap petugas rawat inap. Perlu juga adanya penerapan standart operasional prosedur untuk mempercepat waktu melengkapi pengisian berkas rekam medis dan dapat dilakukan peninjauan terus menerus hal ini bertujuan sebagai pengingat agar berkas rekam medis bisa segera dilengkapi dan bisa kembali sesuai dengan batas waktu yang telah ditentukan.

Kata Kunci: Rawat Inap, Rekam Medis, Rumah Sakit

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan

kesehatan kepada pasien. Ketepatan dan kelengkapan berkas rekam medis merupakan salah satu mutu yang dimiliki oleh rekam medik dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit (Hatta, 2008).

Menurut RSD Kalisat (2017), ketidaktepatan waktu pengembalian berkas rekam medis rawat inap di RSD Kalisat ke Unit Rekam Medis lebih dari 2x24 jam.

Ketidaktepatan pengembalian berkas rekam medis tersebut dapat mengganggu dalam segi pelayanan dan kualitas dari RSD Kalisat. Hal ini juga mengganggu dalam proses pengolahan data rekam medis tersebut, dikarenakan petugas terlambat mengisi data-data pasien dengan lengkap, sehingga mengganggu proses kegiatan rekam medis yang lain.

Studi penelitian yang telah dilakukan peneliti menemukan beberapa faktor yang mungkin mengakibatkan keterlambatan berkas terjadi. Dilihat dari faktor petugas sendiri, peneliti melihat adanya beberapa petugas yang memiliki tingkat pendidikan kurang. Terdapat juga beberapa petugas yang belum memahami SOP pengembalian berkas. Jarak ruang rawat inap ke ruang *assembling* menurut peneliti juga termasuk dalam salah satu faktor terjadinya keterlambatan pengembalian. Ada pula faktor lain seperti sarana yang kurang memadai yang menjadi faktor terjadinya keterlambatan berkas di kembalikan ke ruang *assembling*.

Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui prioritas dan perbaikan masalah terhadap ketidaktepatan waktu pengembalian tersebut, guna upaya peningkatan mutu pelayanan di RSD Kalisat untuk mendapatkan gambaran mengenai Penentu Prioritas dan Perbaikan Masalah Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menentukan prioritas dan memperbaiki masalah keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap di RSD Kalisat Tahun 2017

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif deskriptif dengan metode pengumpulan data wawancara, dokumentasi, dan *brainstorming*. Sampel penelitian ini adalah petugas rekam medisn. Teknik analisis interaktif (Miles&Huberman).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Indikator Faktor Masalah Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RSD Kalisat

Man (Manusia/Tenaga Kesehatan)

Menurut Sastrohadiwiryo (2013) mengatakan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja antara lain tingkat pendidikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka hasil kerja akan lebih baik begitu

pula sebaliknya seseorang yang berpendidikan rendah maka hasil kerja rendah pula.

Hasil wawancara yang telah peneliti peroleh terkait faktor keterlambatan pengembalian berkas rekam medis, diketahui bahwa faktor penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis yang berkaitan dengan faktor pendidikan adalah belum adanya pelatihan yang dilakukan oleh rumah sakit berkaitan dengan petugas rawat inap sebagai pengembali berkas rawat inap ke bagian *assembling*. Pelatihan sangat di butuhkan untuk admin rawat inap untuk menunjang pengetahuan yang dimiliki tentang pengembalian berkas rawat inap. Hal ini diperlukan agar pelaksanaan pengembalian berkas dapat berjalan maksimal dan admin rawat inap mengetahui pentingnya administrasi pengembalian berkas yang berkualitas dan tepat waktu. Menurut Rahmadhani & Sugiarsi (2008); ketidaksiplinan dokter dalam pengisian data dokumen rekam medis pada formulir RM, Kurangnya ketelitian perawat dalam pengisian dokumen rekam medis, banyaknya petugas dibagian *assembling* sebagai faktor penyebab keterlambatan pengembalian dokumen.

Method (Prosedur)

Mengingat pentingnya kegunaan rekam medis dan keterlambatan pengembalian berkas rekam medis akan mempersulit tindakan atau kegiatan bagian unit fungsional rumah sakit yang bersangkutan.

Hasil wawancara yang telah peneliti peroleh terkait faktor keterlambatan pengembalian berkas rekam medis, diketahui bahwa faktor penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis salah satunya adalah *faktor* jarak dimana jarak antara ruang rawat inap dengan ruang rekam medis di bilang jauh. Admin rawat inap yang merasa jarak menjadi salah satu kendala dalam pengembalian berkas. Jarak ruang rawat inap paling jauh dari bagian *assembling* berkisar kurang lebih 15-20 meter. Juga dikarenakan ruang *assembling* yang berada di lantai 2 menjadi kendala bagi admin dalam pengembalian berkas. Menurut Dirjen Yanmed (1997) seorang yang menerima dan meminjam rekam medis berkewajiban untuk mengembalikan dalam keadaan baik dan tepat waktu 2×24 jam setelah pasien keluar dari rumah sakit.

Machines (Sarana)

Menurut Hamalik (1980) sarana dan prasarana adalah semua bentuk perantara yang dipakai orang untuk menyebar ide, sehingga ide tersebut bisa sampai pada penerima.

Dari hasil wawancara yang telah peneliti peroleh terkait faktor keterlambatan pengembalian berkas rekam medis, diketahui bahwa faktor penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis salah satunya adalah faktor komunikasi dimana belum digunakannya sarana telepon yang ada secara maksimal untuk mempermudah komunikasi di bagian *filling* dengan admin rawat inap sehingga petugas *filling* masih perlu keliling untuk mengambil berkas rawat inap. Yang menjadi masalah bukan ari sarana telponnya, namun dari penggunaan sarana oleh admin rawat inap yang belum memaksimalkan penggunaan telpon untuk menunjang efektivitas komunikasi dari admin rawat inap dengan bagian *assembling* ataupun *filling*.

Materials (Berkas RM)

Dari hasil wawancara yang telah peneliti peroleh terkait faktor keterlambatan pengembalian berkas rekam medis, diketahui bahwa faktor penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis salah satunya adalah faktor berkas dimana kurang cepatnya pengisian berkas RM untuk di lengkapi sehingga admisi rawat inap tidak segera mengembalikan berkas ke bagian *assembling*, hal ini dikarenakan Dokter penanggung jawab tidak cepat mengisi berkas rekam medis pasien yang pulang. Dokter yang bertugas mengisi kelengkapan berkas tidak konsisten dalam kerjanya. Terkadang di salah satu ruang dokter mengisi kelengkapan tepat waktu, namun terkadang di ruang lain dokter tidak melengkapi berkas pada waktunya.

Penentu Prioritas Penyebab Masalah Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RSD Kalisat

Pelaksanaan Brainstorming

Metode *brainstorming* dikenal juga dengan metode curah pendapat dan sumbang saran. Menurut M. Sobry Sutikno (2007) menyatakan bahwa *brainstorming* merupakan suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman, dari semua peserta.

Dalam agenda *brainstorming* peneliti menyampaikan hasil wawancara yang mendapatkan 4 faktor yang kemungkinan menyebabkan keterlambatan

pengembalian berkas rawat inap ke bagian *assembling* yaitu:

- 1) Berdasarkan hasil wawancara faktor *Man* (Tenaga Kerja) sebagai penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis adalah faktor pendidikan dimana belum adanya pelatihan yang didapatkan oleh admin rawat inap.
- 2) Berdasarkan hasil wawancara faktor *Method* (Prosedur) sebagai penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis adalah faktor jarak dimana ruang rawat inap dengan ruang rekam medis di anggap jauh.
- 3) Berdasarkan hasil wawancara faktor *Machines* (Sarana) sebagai penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis adalah faktor komunikasi dimana belum digunakannya sarana telepon yang ada untuk mempermudah komunikasi di bagian *filling* dengan admin rawat inap sehingga petugas *filling* masih perlu keliling untuk mengambil berkas rawat inap.
- 4) Berdasarkan hasil wawancara faktor *Materials* (Berkas RM) sebagai penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis adalah faktor berkas dimana kurang cepatnya pengisian berkas RM untuk di lengkapi sehingga admisi rawat inap tidak segera mengembalikan berkas ke bagian *assembling*, hal ini dikarenakan Dokter penanggung jawab tidak cepat mengisi berkas rekam medis pasien yang pulang.

Faktor yang didapat dari hasil wawancara, akan di verifikasi kebenarannya dan ditanyakan kepada anggota *brainstorming* yang datang, jika disetujui maka akan di lanjutkan dalam tahap perhitungan reinke.

Pelaksanaan Perhitungan Reinke

Menurut Yusi Oktaviani dalam Penelitiannya (2010) menjelaskan bahwa metode reinke merupakan penyelesaian masalah yaitu dengan menetapkan nilai efektivitas untuk setiap alternative jalan keluar, yakni dengan memberi angka 1 (paling tidak berpengaruh) sampai dengan angka 5 (paling berpengaruh).

Dari keempat masalah yang telah ditentukan dan disetujui saat *brainstorming*, para responden memberi nilai 1-5 terhadap setiap masalah berdasarkan kriteria yang telah disampaikan dengan hasil.

Tabel 4.1 Hasil Perhitungan Reinke

No	Daftar Masalah	M	V	I	C	Total Nilai	Urutan Prioritas (P)
1	Ketidak lengkapan pengisian berkas oleh dokter	5	4	5	4	25	1
2	Belum adanya pelatihan tentang pengembalian berkas rekam medis	3	2	3	2	9	2
3	Jarak antara ruang rawat inap dengan ruang RM dibilang jauh	2	1	1	1	2	3
4	Sarana komunikasi tidak di gunakan secara maksimal	1	1	1	2	0,5	4

Ketidaklengkapan berkas rekam medis oleh dokter menjadi masalah dengan nilai tertinggi karena rekam medis seringkali merupakan satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien di rawat di rumah sakit. Salmah, (2010). Isi rekam medis merupakan sumber informasi pasien sehingga ketidaklengkapan rekam medis dapat memberikan dampak yang tidak baik bagi proses pelayanan kesehatan kepada pasien yang nantinya dapat berdampak pada mutu pelayanan, disamping itu analisis terhadap riwayat penyakit serta tindakan medis yang tidak dapat dilakukan secara baik akan berdampak pada keselamatan pasien.

Berkas rekam medis dikatakan terlambat apabila berkas rekam medis tersebut kembali lebih dari waktu yang telah di tentukan yaitu 2x24 jam, Keterlambatan selanjutnya yang terjadi adalah berkas rekam medis yang belum lengkap pengisiannya dikembalikan ke ruangan untuk di lengkapi dan harus kembali 2x24 jam setelah dikembalikannya berkas rekam medis tersebut akan tetapi pada kenyataannya walaupun sudah diberi waktu untuk melengkapi, berkas belum juga segera dilengkapi dan dikembalikan sesuai

dengan waktu yang telah ditentukan. Maka hal tersebut akan semakin membuat waktu pengembalian berkas rekam medis menjadi lebih lama lagi.

Hasil yang telah peneliti peroleh terkait faktor keterlambatan pengembalian berkas rekam medis, diketahui bahwa faktor penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis salah satunya adalah faktor berkas dimana kurang cepatnya pengisian berkas RM untuk di lengkapi sehingga admisi rawat inap tidak segera mengembalikan berkas ke bagian *assembling*, hal ini dikarenakan Dokter penanggung jawab tidak cepat mengisi berkas rekam medis pasien yang pulang.

Perbaikan Masalah Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RSD Kalisat

RSD Kalisat perlu kebijakan terkait pengembalian berkas rekam medis yang belum lengkap yaitu petugas analisa *assembling* melakukan analisa kualitas dan kuantitas berkas rekam medis, apabila terdapat berkas rekam medis yang belum lengkap akan di kembalikan ke ruang perawatan atau dokter yang bersangkutan untuk dilengkapi, petugas menerima kembali berkas rekam medis yang telah dilengkapi paling lambat 2x24 jam sejak di kembalikan ke ruang perawatan. Tujuannya agar berkas rekam medis yang belum lengkap dapat dilengkapi oleh bagian yang terkait sehingga menghasilkan data medis yang berdaya guna dan berhasil guna. Berkas rekam medis sangat di perlukan untuk kepentingan pasien, tenaga kesehatan, rumah sakit dan untuk kepentingan luar rumah sakit. akan tetapi kelengkapan dan keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap di RSD. Kalisat perlu di perhatikan dikarenakan menjadi prioritas masalah keterlambatan pengembalian berkas rekam medis ke *assembling*.

Rencana Usulan Perbaikan Kebijakan Dokter Pengisian kelengkapan Berkas

Penyusunan rencana usulan kegiatan di dasarkan pada hasil identifikasi faktor-faktor penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam mediskemudian diajukan untuk memperbaiki masalah. Hal ini sesuai dengan pernyataan anggota *brainstorming* dalam hasilnya yaitu:

“...Perlu adanya perencanaan kebijakan yang menyatakan atau menjelaskan rencana perbaikan keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap yaitu dengan dibuatnya

SOP atau ketentuan yang menjelaskan bahwa jika tidak ada dokter pengisi dilimpahkan kepada dokter jaga saat itu. Dan kebijakan ini disepakati bersama dengan tanda tangan dokter diwakilkan ke dokter jaga saat itu agar keterlambatan pengembalian berkas dapat diminimalisir....”

Peneliti merencanakan perbaikan SOP tentang kelengkapan pengisian berkas agar dapat meminimalisir keterlambatan berkas yg di akibatkan oleh ketidaklengkapan pengisian oleh dokter, kegiatan ini diharapkan dapat membantu agar berkas rekam medis dapat terisi dengan lengkap sehingga berkas rekam medis bisa kembali tepat waktu. Perbaikan SOP kelengkapan pengisian berkas diberikan ke kepala unit rekam medis dan nantinya akan dipertimbangkan untuk disepakati kedepannya.

Item yang perlu dimasukkan dan diperhatikan dalam pembuatan SOP nantinya adalah Tanda tangan dokter, nama terang, dan pemberian tanda atas nama (an) di tanda tangan dokter jaga.

Selanjutnya dari hasil tersebut dapat dilakukan perencanaan perbaikan SOP yang berhubungan dengan penanggung jawab pengisian berkas oleh dokter jaga saat itu yang akan disampaikan ke koordinator rekammedis RSD Kalisat.

SOP Evaluasi Kelengkapan Berkas RM telah di sampaikan ke bagian pengambilan kebijakan rumah sakit, dan menyatakan bahwa SOP Evaluasi kelengkapan berkas RM yang di buat oleh peneliti lebih spesifik penjelasannya. Jadi untuk kelengkapan pengisian itu bisa lengkap dan jelas dari tanda tangan dan nama terang, sehingga kejelasannya untuk okter jaga sudah diperinci dan memiliki peraturan yang lebih jelas masalah kelengkapan pengisian berkas. Diharapkan bagian rawat inap menjalankan SOP ini agar berkas segera di lengkapi dan segera di setor ke bagian rekam medis dan SOP ini dapat diterapkan kedepannya.

Rencana Usulan Pelatihan

Perlu adanya pelatihan terhadap petugas rawat inap tentang alur pengembalian berkas rawat inap terutama yang berkaitan dengan pengembalian berkas rekam medis ke bagian *assembling* sebagai bentuk proses pengembangan pendidikan terhadap petugas rawat inap. Rencana pelatihan di RSD kalisat sudah di rencanakan agenda program kerja tahunan rekam medis.

Rencana Usulan Petugas Distribusi

Didapatkan dari hasil wawancara bahwa salah satu factor terjadinya keterlambatan pengembalian berkas di RSD Kalisat adalah jarak antara rawat inap dengan bagian *assembling* yang di anggap jauh. Hal ini dapat di atasi dengan adanya petugas yang memiliki tugas khusus dalam pengambilan berkas di ruang rawat inap setiap harinya.

Usulan peneliti di dukung oleh pernyataan tentang petugas pendistribusi berkas. Menurut Dirjen Yanmed (2006 : 96) Rekam Medis memiliki sifat yang sangat rahasia sehingga tidak semua orang bisa membawanya, maka peranan distribusi sangat penting di dalam penyelenggaraan rekam medis. Ada beberapa cara untuk mengirim berkas rekam medis, pada sebagian rumah sakit, pengiriman dilakukan dengan cara tangan dari tempat satu ke tempat lainnya. Oleh karena itu, bagian rekam medis harus membuat suatu jadwal pengiriman dan pengambilan untuk berbagai bagian yang ada di rumah sakit. Frekuensi pengiriman dan pengambilan ini ditentukan jumlah pemakaian rekam medis.

Ada pula alat penunjang distribusi berkas rekam medis, seperti contohnya di beberapa rumah sakit menggunakan *Pneumatic Tube* (pipa tekanan udara) yang dapat mengantar rekam medis dengan cepat ke berbagai bagian-bagian. Namun, pemakaian pipa ini sering macet karena tebalnya rekam medis yang dikirim. Penggunaan teknologi di bidang komputer diharapkan mempercepat proses penyaluran data-data penderita dari satu tempat ke tempat lain.

Rencana Usulan Komunikasi

Raymond S. Ross (1986) menerangkan dalam bukunya “*Speech Communication*”, bahwa pengertian komunikasi adalah suatu proses menyortir, memilih dan mengirimkan simbol-simbol sedemikian rupa sehingga membantu pendengar membangkitkan makna atau respons dari pikirannya yg serupa dengan yang dimaksudkan komunikator.

Peneliti menyarankan untuk adanya penegasan terhadap setiap ruangnya untuk memaksimalkan penggunaan sarana komunikasi yang telah tersedia, karena komunikasi sangat penting dalam menunjang efisiensi kerja. Hal ini dapat dilakukan dengan cara pengecekan secara intens atau terjadwal dari bagian *filling* terhadap bagian rawat inap. Sehingga ada pengingat ataupun teguran setiap harinya kepada petugas rawat inap untuk segera melengkapi berkas rawat inap pasien pulang dan mengembalikannya tepat waktu.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penelitian di RSD Kalisat tentang penentu prioritas dan perbaikan masalah keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap di RSD Kalisat Tahun 2017 adalah sebagai berikut:

Penentuan faktor-faktor masalah keterlambatan ditemukan 4 masalah yang mengakibatkan keterlambatan pengembalian berkas rekam medis dari rawat inap ke bagian *assembling* diantaranya:

- a. Ketidak lengkapan pengisian berkas oleh dokter
- b. Belum adanya pelatihan tentang pengembalian berkas rekam medis
- c. Jarak antara ruang rawat inap dengan ruang RM terbilang jauh
- d. Sarana komunikasi tidak di gunakan secara maksimal

Sebaiknya kepala unit rekam medis dan petugas *assembling* memberikan teguran atau evaluasi yang lebih ketat kepada petugas atau admin dimasing – masing ruangan yang bertanggung jawab terhadap pengembalian berkas rekam medis rawat inap, dan sering mengingatkan dokter/tenaga medis terkait agar segera mengisi berkas rekam medis dengan lengkap.

Prioritas masalah disepakati dalam agenda *brainstorming* menggunakan perhitungan reinke adalah ketidak lengkapan pengisian berkas rekam medis oleh dokter dengan nilai 25 sebagai nilai tertinggi sebagai factor tertinggi atau factor utama terjadinya keterlambatan pengembalian berkas rekam medis di RSD Kalisat.

Perbaikan masalah yang dapat dilakukan untuk nantinya mengurangi angka keterlambatan akibat ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis di rawat inap RSD Kalisat adalah dengan dibuatnya Keputusan atau SOP tentang penanggung jawab pengisian oleh dokter jaga. Diperlukan pengecekan terhadap pelaksanaan SOP dan sosialisasi tentang dokter penanggungjawab kelengkapan pengisian berkas oleh dokter jaga saat itu untuk memudahkan pekerjaan dan pelaksanaan proses pengembalian dan kelengkapan pengisian berkas rekam medis serta perlunya penelitian lanjutan untuk meninjau efektifitas dalam pelaksanaan kerja berdasarkan SOP yang sudah ada

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Catur,H., dan W,Sulistiowati. 2015 *Penentuan Prioritas Perbaikan Kuaitas Layanan Kesehatan Dengan Metode Servqual*. Jurnal. Sidoarjo:Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.
- Departemen Kesehatan RI. 1994. *Pedoman Pencatatan Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit Di Indonesia*, Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Standar Pelayanan Rumah Sakit*. Direktorat Jendral Pelayanan Medik & Direktorat RSU & Pendidikan : Jakarta
- Departemen Kesehatan R.I. 2006. *Keputusan Menkes Nomor : 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI .
- Direktorat Jendral Pelayanan Medik Nomor 78/ Yan.Med/RS.UM.DIK/YMU/1/91 *Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Medical Record Rumah Sakit*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medis. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Edisi Revisi II*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Hatta, G. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia Press.
- Huffman, E.K. 1994. *Health Information Management Tenth Edition*. Illinois: Physicians Record Company.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2010. *Keputusan Menkes Nomor: 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- RSD Kalisat. 2016. *Data Waktu Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap RSD Kalisat*. Jember
- Hastuti SD, Sugiarsi S, Lestari T. 2009. *Jurnal Rekam Medis*. Vol.3 No. Hal.44 – 59.
- Sugiono.2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suprijanto.2009. *Pendidikan Orang Dewasa*.Jakarta: PT.Bumi Aksara.
- Sutikno, Sobry. 2007. *Menggagas Pembelajaran Efektif dan Bermakna*.Mataram: NTP Press.
- Usman, Moh.Uzer. 2005. *Menjadi Guru Profesional*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Widiastuti,Q., dan R, Astuti. 2013 *Faktor Keterlambatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Dari Bangsal Ke Assembling Di RSJD Dr. Amino Gundohutomo Semarang 2013*.Skripsi. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro Semarang.

Analisis Pengetahuan Petugas Rekam Medis tentang Terminologi Medis di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau

¹Tri Purnama Sari, ²Wen Via Trisna
STIKes Hang Tuah Pekanbaru
Tripurnamasariayi@gmail.com

ABSTRACT

The competence of a medical recorder is to code diagnosis. But in fact there are still many medical record officers who experience some difficulties in coding diagnoses quickly, precisely and accurately. The nomenclature, also known as medical terminology, is a system used to organize a list of medical terminology of diseases, symptoms, and procedures. The use of medical terminology aims at uniformity, universality, and the terms written by doctors in a country are still understood by doctors everywhere in the world. The results of preliminary observations at Annisa Pekanbaru Hospital on medical record documents found different medical terminology such as diagnosis dyspepsia + DM terminology of officers namely gastric disorders so that the disease coding used is K30 should the coding used is K30 + E14.9. This study uses a qualitative method with a phenomenological approach design. The location of this research is Annisa Pekanbaru Hospital. Processing data in this study is to use non-statistics, to maintain the health of the research data carried out by triangulation. The results showed that the medical record staff at the hospital had never attended training in medical terminology, this had an impact on their work and knowledge of medical terminology, especially for medical record officers who did not have a basic medical record. There are still medical record staff at Annisa Pekanbaru Hospital who do not have work experience, based on the length of work of the medical records officer, on average under 5 years and there are still those who do not understand medical terminology, clinical chemistry, and pharmacology. Hospitals should be able to provide opportunities for coders to take part in continuous coding and medical terminology training because they do not add value to the coders if only done once or even those who have never attended training.

Keywords: Medical Terminology, Training, Work Experience

ABSTRAK

Kompetensi dari seorang perekam medis adalah mengkode diagnosis. Namun pada kenyataannya masih banyak petugas rekam medis yang mengalami beberapa kesulitan dalam melakukan pengkodean diagnosis secara cepat, tepat dan akurat. Nomenklatur yang juga dikenal sebagai terminologi medis, merupakan sistem yang digunakan untuk menata daftar kumpulan istilah medis penyakit, gejala, dan prosedur. Penggunaan terminologi medis bertujuan untuk keseragaman, universalitas, serta istilah yang dituliskan dokter di suatu Negara tetap dipahami oleh dokter dimanapun di seluruh dunia. Hasil observasi awal di rumah sakit annisa pekanbaru terhadap dokumen rekam medis ditemukan terminologi medisnya yang berbeda seperti pada diagnosis dispepsia + DM terminologi petugas yaitu gangguan lambung sehingga pengkodean penyakit yang digunakan adalah K30 seharusnya pengkodean yang digunakan adalah K30 + E14.9. Penelitian ini menggunakan metode Kualitatif dengan rancangan pendekatan *fenomenologi*, Lokasi penelitian ini adalah Rumah Sakit Annisa pekanbaru. Pengolahan data pada penelitian ini adalah dengan menggunakan *non-statistik*, Untuk menjaga kesehatan data penelitian dilakukan dengan triangulasi. Hasil penelitian didapat bahwa Petugas rekam medis di rumah sakit annisa belum pernah mengikuti pelatihan tentang terminologi medis, hal ini berdampak terhadap pekerjaan dan pengetahuan mereka tentang terminologi medis, terutama bagi petugas rekam medis yang tidak memiliki basic rekam medis. Petugas rekam medis di rumah sakit annisa pekanbaru masih ada yang belum memiliki pengalaman kerja, berdasarkan lama kerja petugas rekam medis rata-rata dibawah 5 tahun dan masih ada yang belum memahami terminologi medis, kimia klinik, dan farmakologi. Sebaiknya rumah sakit agar memberikan kesempatan para koder untuk mengikuti pelatihan koding dan terminologi medis secara berkesinambungan karena tidak memberi nilai tambah untuk koder bila hanya dilakukan sekali atau bahkan ada yang belum pernah mengikuti pelatihan.

Kata Kunci: Terminology Medis, Pelatihan, Pengalaman Kerja

PENDAHULUAN

Salah satu kompetensi dari seorang perekam medis adalah mengkode diagnosis. Namun pada kenyataannya masih banyak petugas rekam medis yang mengalami beberapa kesulitan dalam melakukan pengkodean diagnosis secara cepat, tepat dan akurat. Sebagaimana yang kita ketahui, petugas rekam medis memegang peranan strategis dalam melaporkan status kesehatan di Indonesia.

Menurut Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perakam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia dan diakui secara internasional yaitu menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*) berdasarkan jenis penyakit dan tindakan medis yang diberikan selama proses pelayanan kesehatan.

Nomenklatur yang juga dikenal sebagai terminology medis, merupakan sistem yang digunakan untuk menata daftar kumpulan istilah medis penyakit, gejala, dan prosedur. Penggunaan terminology medis bertujuan untuk keseragaman, universalitas, serta istilah yang dituliskan dokter di suatu Negara tetap dipahami oleh dokter dimanapun di seluruh dunia. Dengan adanya perkembangan zaman, telah terjadi adaptasi, dan perubahan dalam penulisan diagnosis pasien karena adanya pengaruh bahasa local menyebabkan petugas koding kesulitan dalam menentukan kode diagnosis pasien, sehingga diperlukan keseragaman penulisan diagnosis berdasarkan terminology medis yang sesuai dengan ICD-10 untuk memudahkan petugas koding dalam menentukan kode diagnosis pasien (Khabibah, 2013: 46).

Menurut WHO (2004), Kondisi data dan informasi status kesehatan penduduk di negara berkembang masih lemah, termasuk Indonesia. Terdapat sekitar 65% rumah sakit di Indonesia, belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya (Oktamianiza, 2011). Salah satu penyebabnya adalah pengetahuan petugas rekam medis yang masih rendah dalam memberi kode sesuai tabel klasifikasi penyakit (morbiditas) rumah sakit (Hatta, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian Khabibah dan Sri (2013), Terdapat ketidaktepatan penggunaan istilah

berdasarkan terminologi medis sebesar 39,74% dan ketidaktepatan penggunaan singkatan sebesar 29,49% dalam penulisan diagnosis pada Lembaran Masuk dan Keluar di RSUD Jati Husada Karanganyar. Selain itu, telah dilakukan juga penelitian yang menguji hubungan antara beberapa faktor yang mempengaruhi ketepatan kode diagnosis dengan ketepatan kode diagnosis yang dihasilkan. Ada hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis kasus obstetri gynaecologipasien rawat inap di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang (Hamid, 2013). Berdasarkan penelitian Sari. Tri P dan Hertapela. T (2017) menyatakan bahwa petugas koding masih ada yang belum memahami terminologi medis, kimia klinik, dan farmakologi. Dan berdasarkan penelitian Janah (2015), Ada hubungan antara kualifikasi coder yang meliputi latar belakang pendidikan dan masa kerja dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito.

Berdasarkan hasil observasi awal di Rumah Sakit Annisa Pekanbaru terhadap dokumen rekam medis ditemukan terminology medisnya yang berbeda seperti pada dignosa dispepsia + DM terminology petugas yaitu gangguan lambung sehingga pengkodean penyakit yang digunakan adalah K30 seharusnya pengkodean yang digunakan adalah K30 + E14.9.

Berdasarkan permasalahan di atas maka kami tertarik mengambil judul tentang Faktor yang mempengaruhi pengetahuan Petugas Rekam Medis Terhadap Terminologi Medis di Rumah Sakit Annisa Pekanbaru tahun 2018.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode Kualitatif dengan rancangan pendekatan *fenomenologi*. informan dalam penelitian ini berjumlah 5 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar observasi dan pedoman wawancara. Analisis data dengan metode kuotasi.

HASIL

Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini berjumlah 5 orang dengan latar belakang pendidikan DIII dan S1, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1
Karakteristik informan

No	Informan	Jenis kelamin	Latar belakang pendidikan	Jabatan
1	I	Perempuan	D III rekam medis	Kepala instalasi rekam medis
2	II	Perempuan	S1	Petugas rekam medis
3	III	Perempuan	D III rekam medis	Petugas rekam medis
4	IV	Perempuan	D III rekam medis	Petugas rekam medis
5	V	Perempuan	S1	Petugas rekam medis

Berdasarkan tabel 1 informan dalam penelitian ini terdiri dari 5 orang informan, dimana informan 1 memiliki jabatan Ka. instalasi Rekam Medis sekaligus sebagai petugas koding yang memiliki latar belakang pendidikan DIII rekam medis, 2 orang petugas rekam medis berlatar pendidikan S1, 2 orang petugas rekam medis berlatar pendidikan DIII Rekam Medis.

Pelatihan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada informan didapat bahwa dari 5 orang petugas rekam medis belum pernah mengikuti pelatihan tentang terminologi medis. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dari pernyataan informan berikut:

“Semua petugas koding berjumlah 6 orang dan belum pernah ikut pelatihan tentang terminologi medis tapi kalau seminar tentang koding sudah pernah” (informan 1).

“Saya belum pernah ikut pelatihan tentang terminologi” (informan 2).

“Belum pernah tapi kalau kayak seminar pernah bu seminar tentang pengkodean itu juga Cuma sekali bu” (informan 3,4).

“Belum pernah bu” (informan 5).

Pengalaman kerja

Dari hasil wawancara yang dilakukan oleh penulis kepada petugas rekam medis di rumah sakit annisa masih ada yang belum memiliki pengalaman kerja khususnya di pengkodean penyakit yaitu seperti pernyataan informan di bawah ini:

“Saya sudah lama kerja disini kira-kira 6 tahunan, kalau untuk pedoman terminologi medis disini belum ada, kalau saya pribadi selama ini tidak ada kendala dalam melakukan pengkodean walaupun buku pedoman tidak ada, makanya istilah medis itu harus dipahami. Adek-adek disini juga saya kasih arahan kalau masih belum memahami istilah medis berarti masih belum memiliki pengalaman” (informan 1).

“Saya kerja disini sudah 2 tahun kk, ya kalau masalah kendala dalam koding pasti ada karna terkait basic juga kk, tapi saya kalau tidak mengerti saya tanyakan lagi ke kepala rekam medisnya kk” (informan 2).

“Saya sudah bekerja selama 3 tahun disini bu, kalau untuk pedoman tak ada bu, kalau terkendala dalam mengkode ada bu karna tak ada buku pedoman, ICD yang digunakan juga masih yang lama bukan yang terbaru, penguasaan istilah medis tu penting bu tapi itulah bu kalau ada yang kurang paham kami tanyakan langsung ke kepala Rmnya” (informan 3,4).

“Kalau saya baru 2 bulan bu jadi masih baru disini belum punya pengalaman untuk mengkode” (informan 5).

Pengetahuan tentang terminologi medis

Dari hasil wawancara yang dilakukan oleh penulis kepada petugas rekam medis di rumah sakit annisa masih ada yang belum memahami terminologi medis, kimia klinik, dan farmakologi yaitu seperti pernyataan informan di bawah ini :

“Istilah terminologi medis, kimia klinik dan farmakologi, cukup paham karena background saya dari pendidikan DIII rekam medis dan waktu saya kuliah juga ada materi tentang terminologi medis. Menurut saya terminologi medis ini juga sebagai dasar untuk melakukan pengkodean penyakit kalau kita tidak tahu dasarnya gimana mau mengkode” (informan 1).

“Kalau mengenai terminologi medis buk sedikit banyaknya paham tetapi kendala dalam mengkode penyakit tulisan dokter yang tidak terbaca, kalau mengenai kimia klinik dan farmakologi saya kurang paham karna memang agak sulit dipahami makanya kalau mengkode terkadang sering salah buk” (informan 3,4).

“Terminologi medis banyak yang tak paham, apalagi kimia klinik dan farmakologi bahasa indonesia diubah menjadi bahasa inggris, karna basic pendidikan saya bukan dari kesehatan” (informan 2).

“Terminologi medis sayatak paham buk, apalagi kimia klinik dan farmakologi belum mengerti karna basic saya sl akuntansi buk” (informan 5).

PEMBAHASAN

Pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan petugas rekam medis tentang terminologi medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada informan didapat bahwa dari 5 orang petugas rekam medis belum pernah mengikuti pelatihan tentang terminologi medis, hal ini berdampak terhadap pekerjaan dan pengetahuan mereka tentang terminology medis, terutama bagi petugas rekam medis yang tidak memiliki basic rekam medis

Pelatihan sebagai sarana motivasi yang mendorong para karyawan untuk bekerja dengan kemampuan yang optimal, yang dimaksudkan untuk meningkatkan performa dari karyawan tersebut. Pemberian pelatihan dimaksudkan agar dapat memenuhi standar kerja yang telah ditetapkan oleh perusahaan. Pelatihan dapat diartikan sebagai suatu usaha yang terencana untuk memfasilitasi pembelajaran tentang pekerjaan yang berkaitan dengan pengetahuan, keahlian dan perilaku oleh para pegawai.

Menurut Mathis (2006), “Pelatihan adalah suatu proses dimana orang-orang mencapai kemampuan tertentu untuk membantu mencapai tujuan organisasi”. Oleh karena itu, proses ini terikat dengan berbagai tujuan organisasi, pelatihan dapat dipandang secara sempit maupun luas. Secara terbatas, pelatihan menyediakan para pegawai dengan pengetahuan yang spesifik dan dapat diketahui serta keterampilan yang digunakan dalam pekerjaan mereka saat ini.

Pelatihan menurut Dessler (2010) adalah “Proses mengajarkan karyawan baru atau yang ada sekarang, ketrampilan dasar yang mereka butuhkan untuk menjalankan pekerjaan mereka”. Pelatihan merupakan salah satu usaha dalam meningkatkan mutu sumber daya manusia dalam dunia kerja. Karyawan yang baru ataupun yang sudah bekerja perlu mengikuti pelatihan karena adanya tuntutan pekerjaan yang dapat berubah akibat perubahan lingkungan kerja, strategi, dan lain sebagainya.

Pelatihan dan pendidikan dapat dipandang sebagai salah satu bentuk investasi. Oleh karena itu setiap organisasi atau instansi yang ingin berkembang, maka pendidikan dan pelatihan bagi karyawannya harus memperoleh perhatian yang besar. Pentingnya pendidikan dan pelatihan bukanlah semata-mata bermanfaat bagi karyawannya atau pegawai yang bersangkutan, tetapi juga keuntungan bagi organisasi. Karena dengan meningkatkannya kemampuan atau keterampilan para karyawan, meningkatkan produktivitas kerja para karyawan (Notoatmodjo, 2009).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Trisna (2017) menyatakan bahwa Pelatihan dapat meningkatkan keakuratan pengodean tindakan pada berkas rekam medis, hal ini dapat dilihat dari nilai yang diberikan petugas sebagian besar ada peningkatan antara *pre-test* dan *post-test*. dimana untuk variabel peningkatan kemampuan sebelum dan sesudah pelatihan didapat *Pvalue* 0,034 (*Pvalue* <0,05), variabel kode sesuai sebelum dan sesudah pelatihan didapat *P value* 0,014 (*Pvalue* <0,05), variabel keakuratan, komplet, konsisten sebelum dan sesudah pelatihan didapat *Pvalue* 0,046 (*Pvalue* <0,05), dan variabel keakuratan kode tindakan pada berkas rekam medis sebelum dan sesudah pelatihan didapat *Pvalue* 0,001 (*Pvalue* <0,05).

Berdasarkan penelitian Widjaya, Rumana (2014) menyatakan bahwa rata-rata jumlah pelatihan yang pernah diikuti koder yang akurat adalah 0.56 (± 1 kali pelatihan) dan yang tidak akurat adalah 1.40 kali (± 2 kali pelatihan). Pelatihan tersedikit adalah 0 kali dan yang terbanyak 5 kali. terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata pelatihan yang diikuti koder antara koder yang mengkode dengan akurat, dengan yang tidak akurat. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata pelatihan yang diikuti koder antara koder yang mengkode dengan akurat, dengan yang tidak akurat.

Dalam hal ini pelatihan hanya menambah wawasan dan tidak meningkatkan akurasi koding.

Peneliti berasumsi bahwa pelatihan pada dasarnya meliputi proses belajar mengajar dan latihan bertujuan untuk mencapai tingkatan kompetensi tertentu atau efisiensi kerja. Setiap petugas rekam medis mempunyai tingkat pekerjaan yang berbeda-beda dalam melaksanakan tugasnya, dan perkembangan teknologi yang semakin lama semakin meningkat menuntut perekam medis untuk bisa meningkatkan mutu pekerjaannya agar menjadi sumber daya yang berkualitas baik dari segi pengetahuan, keterampilan bekerja, tingkat profesionalisme yang tinggi dalam bekerja agar bisa meningkatkan kemampuan untuk mencapai tujuan-tujuan perusahaan dengan baik. Untuk itu sangat diperlukan pelatihan bagi perekam medis agar bisa paham dan mengerti atas pekerjaan mereka sehingga apa yang menjadi tujuan rumah sakit bisa dengan cepat terlaksana dan mencapai target yang diharapkan.

Pengaruh pengalaman kerja terhadap pengetahuan petugas rekam medis tentang terminologi medis

Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada informan didapat bahwa sebagian petugas rekam medis di rumah sakit Annisabelum memiliki pengalaman kerja, berdasarkan lama kerja petugas rekam medis rata-rata dibawah 5 tahun dan masih ada yang belum memahami terminologi medis, kimia klinik, dan farmakologi.

Masa kerja erat kaitannya dengan waktu dimulainya bekerja dan menentukan pengalaman yang didapat. Semakin lama masa kerja maka akan semakin banyak pengalaman yang didapatkan dan kecakapan dalam melakukan pekerjaan akan menjadi lebih baik. Menurut Hani T Handoko faktor-faktor yang mempengaruhi pengalaman kerja adalah sebagai berikut:

1. Latar belakang pribadi, mencakup pendidikan, kursus, latihan, bekerja. Untuk menunjukan apa yang telah dilakukan seseorang di waktu yang lalu.
2. Bakat dan minat, untuk memperkirakan minat dan kapasitas atau kemampuan jawab dan seseorang.
3. Sikap dan kebutuhan (*attitudes and needs*) untuk meramalkan tanggung jawab dan wewenang seseorang.
4. Kemampuan-kemampuan analitis dan manipulatif untuk mempelajari kemampuan

penilaian dan penganalisaan. Ketrampilan dan kemampuan tehnik, untuk menilai kemampuan dalam pelaksanaan aspek-aspek tehnik pekerjaan (T Hani Handoko, 2009)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Widjaya, Rumana (2014) menyatakan bahwa jumlah koder yang berpengalaman dan tidak berpengalaman sedikit beda proporsinya (58.3% berpengalaman dan tidak berpengalaman 41.7%). Bahwa ada sebanyak 5 (36%) koder yang berpengalaman dapat mengkode secara akurat. Sedangkan diantara koder yang tidak berpengalaman, ada 4 (40%) yang mengkode secara akurat. Hasil uji statistik menyimpulkan tidak ada perbedaan proporsi keakurasian koding antara koder yang berpengalaman dengan koder yang tidak berpengalaman. Berarti yang bekerja sebagai koder ada yang kurang dan lebih dari 2 tahun. Selain itu juga diketahui bahwa tidak semua melaksanakan pengkodean diagnosa pasien rawat inap, khususnya koding diagnosa ibu melahirkan dan bayi, berdasarkan pengamatan dilakukan hanya oleh koder yang berpengalaman, sedangkan yang tidak pengalaman atau yunior hanya melakukan pengkodean diagnosa pasien rawat jalan.

Asumsi peneliti mengatakan bahwa Pelatihan atau seminar biasanya dikaitkan dengan hasil kerja seseorang, sehingga semakin sering mengikuti pelatihan maka akan memiliki pengetahuan dan pengalaman yang nantinya akan bermanfaat dalam bekerja. Semakin lama seseorang bekerja semakin bertambah pengalamannya terhadap pekerjaannya. Dengan banyaknya pengalaman kerja yang dimiliki seseorang pekerja maka orang tersebut akan lebih menguasai pekerjaannya, sehingga dapat menyelesaikan pekerjaannya dengan baik ini berarti orang tersebut mempunyai efektifitas kerja yang baik.

SIMPULAN DAN SARAN

Petugas rekam medis di rumah sakit Annisa belum pernah mengikuti pelatihan tentang terminologi medis, hal ini berdampak terhadap pekerjaan dan pengetahuan mereka tentang terminology medis, terutama bagi petugas rekam medis yang tidak memiliki basic rekam medis. Sebaiknya rumah sakit memberi kesempatan para koder untuk mengikuti pelatihan koding dan terminologi medis secara berkesinambungan karena tidak memberi nilai tambah untuk koder bila hanya dilakukan sekali atau bahkan ada yang belum pernah mengikuti pelatihan.

Petugas rekam medis di rumah sakit annisa masih ada yang belum memiliki pengalaman kerja, berdasarkan lama kerja petugas rekam medis rata-rata dibawah 5 tahun dan masih ada yang belum memahami terminologi medis, kimia klinik, dan farmakologi. selanjutnya perlu dilakukan penelitian di beberapa rumah sakit yang memiliki koder yang lebih banyak, agar mendapat responden yang lebih banyak, juga penelitian yang tidak hanya melihat kodernya tetapi juga pengaruh dari praktisi (dokter) yang menegakkan diagnosa dari terminologi medis

DAFTAR PUSTAKA

- Delpiana, Sandila. (2016). *Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Diagnosa Penyakit Pada Ibu Hamil Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Umum Daerah Petala Bumi Provinsi Riau Tahun 2016*. Karya Tulis Ilmiah tidak diterbitkan. Program Studi D3 RMIK STIKesHangtuahPekanbaru, Pekanbaru.
- DepKes, RI(2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta
- Dorland, W A Newman (2012). *Kamus Saku Kedokteran Dorland, Edisi 28*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hatta, Gemala R (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Khabibah, S., Sugiarsi, S. (2013). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, (Online), Vol. 1, No.2, (<http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/50>, diakses 26 April 201).
- Kemenkes No. 377 Tahun 2007 tentang *Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. (2007). Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Notoatmodjo, S (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang *Rekam Medis*. (2008). Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Rustiyanto, E (2009). *Etika Propesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan.
- (2010). *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Indikator Input Sistem *Surveillance* Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Yogyakarta

M. Syairaji¹, Dian Budi Santoso²

^{1,2}Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada

email: 1msyairaji@ugm.ac.id², dianbudisantoso@ugm.ac.id²

ABSTRACT

To control the burden of the disease, surveillance system have a major role. The aim of study is to evaluate DHF surveillance system particularly in input indicators such as personnel, finance, standard and guidelines, forms, and also computers. A quantitative approach with descriptive cross sectional study design was conducted in August 2017. Population are all DHF surveillance officer in primarily health care around Yogyakarta City. Total sampling as sampling method and interviewed using structured questionnaire for data collection. Univariate data analysis involved to describe percentage distribution of research variables. Personnel indicators, average of age is 46 years old, 88.89% graduated from D3 environmental health. 44.44% have attended training for DHF Surveillance and 61% have doubled job. In budgeting aspect, 72.22% have funding for operational of DHF surveillance and most of it came from regional expenditure budget. More than 70% Primarily Health Care have Standard Operating Procedure (SOP) and computers. For availability of forms, 38% did not have forms K-DBD, W2 DBD, KD/PKM, and DP-DBD. There are some lacks on DHF Surveillance in Yogyakarta City. Major findings of this research are, in man aspect, age and doubled job and unavailability of some important forms for DHF Surveillance such as K-DBD, W2 DBD, KD/PKM, and DP-DBD. Recommendation for Primarily Health Care are to do rejuvenation of personnel and do new staff recruitment to complete all kind of health staff that should be in there.

Keyword: evaluation, surveillance, DHF

ABSTRAK

Surveilans memiliki peranan yang sangat penting dalam hal deteksi pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) dan analisis tren. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi sistem surveilans DBD khususnya pada indikator input yakni petugas, pembiayaan, ketersediaan SOP, formulir pelaporan, dan komputer. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan cross sectional deskriptif. Waktu penelitian selama bulan Agustus 2017. Populasi adalah seluruh petugas surveilans Puskesmas wilayah Kota Yogyakarta. Metode sampling adalah total sampling dimana pengambilan data dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Analisis univariat dalam bentuk persentase. Indikator petugas, rata-rata berumur 46 tahun. 88.89% lulusan D3 kesehatan lingkungan, 44.44% pernah mengikuti 2 kali atau lebih pelatihan mengenai program surveilans DBD. 61% petugas surveilans DBD memiliki jabatan rangkap. Aspek pembiayaan, 72.22% menyatakan terdapat biaya untuk operasional surveilans DBD dengan sumber utama APBD. Lebih dari 70% Puskesmas memiliki *Standard Operating Procedure* (SOP) surveilans DBD dan komputer pada aspek ketersediaan formulir, lebih dari 38% Puskesmas tidak tersedia formulir K-DBD, W2 DBD, KD/PKM, dan DP-DBD. Temuan *major* yang didapatkan antara lain pada aspek umur dan jumlah jabatan rangkap (Man), serta ketersediaan formulir khususnya formulir yang wajib diisi dan dilaporkan oleh Puskesmas seperti formulir K-DBD, W2 DBD, KD/PKM, dan DP-DBD. Saran yang dapat diberikan antara lain peremajaan petugas surveilans DBD Puskesmas dan melakukan rekrutmen petugas baru untuk melengkapi kurangnya jenis-jenis tenaga kesehatan di Puskesmas yang nantinya diharapkan petugas dengan jabatan rangkap akan berkurang.

Kata kunci: evaluasi, surveilans, DBD

PENDAHULUAN

Sampai sekarang Demam Berdarah Dengue (DBD) masih menjadi prioritas internasional terkait masalah penyakit menular. Pada tahun 2012, DBD menduduki ranking pertama sebagai *mosquito-borne viral disease* yang paling penting di dunia. DBD dapat menyebabkan beban masalah yang besar (*burden of disease*) pada masyarakat, sistem kesehatan, dan ekonomi pada negara-negara endemik. Selama 5 dekade terakhir insidensi DBD meningkat 30 kali lipat. WHO memperkirakan 50-100 juta infeksi baru terjadi setiap tahunnya di lebih dari 100 negara-negara endemik dengan peningkatan ratusan ribu kasus yang parah termasuk 20.000 orang yang meninggal akibat DBD dan 264 *disability-adjusted life years* per satu juta penduduk pertahunnya hilang (WHO, 2012).

DBD di Indonesia masih merupakan masalah yang cukup besar. Pada tahun 2014 terdapat 100.347 kasus DBD dengan IR sebesar 39,80 per 100.000 penduduk. Angka ini meningkat pada tahun 2015 menjadi 129.650 dengan IR 50,75 per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2016). Kota Yogyakarta menjadi salah satu daerah dengan IR DBD yang tinggi bahkan melebihi angka nasional yakni 101 per 100.000 penduduk pada tahun 2014, sedangkan untuk *Case Fatality Rate* (CFR) masih berada di bawah batas nasional ($CFR < 1\%$) yakni sebesar 0,73% (DKK Yogyakarta, 2015).

Surveilans adalah kegiatan mengumpulkan, analisis, dan interpretasi data outcome spesifik secara terus menerus dan digunakan dalam hal perencanaan, implementasi, dan evaluasi kebijakan kesehatan. Surveilans penyakit menular memiliki dua fungsi utama yakni kewaspadaan dini terhadap masalah-masalah kesehatan seperti KLB dan untuk memonitoring fungsi program-program kesehatan (WHO, 2006). Penyelenggaraan surveilans kesehatan dilakukan melalui pengumpulan data, analisis data, dan diseminasi sebagai satu kesatuan yang tidak terpisahkan untuk menghasilkan informasi yang objektif, terukur, dapat dibandingkan antar waktu, antar wilayah, dan antar kelompok masyarakat sebagai bahan pengambilan keputusan. Surveilans memiliki peranan penting dalam penanggulangan penyakit menular khususnya DBD. Dengan adanya sistem surveilans DBD yang berkualitas maka diharapkan insidensi dapat ditekan dan KLB dapat di cegah dan dikendalikan penyebarannya (Permenkes, 2014).

Evaluasi sistem surveilans dapat mendukung penggunaan sumber daya dalam upaya kesehatan masyarakat secara optimal dengan memastikan hanya masalah kesehatan penting yang akan dipantau, selain itu evaluasi juga berguna agar pelaksanaan surveilans dapat berjalan dengan efisien (CDC, 1988)

Menurut WHO (2006), dibutuhkan indikator-indikator sebagai alat dalam monitoring dan evaluasi. Indikator tersebut adalah variabel yang dapat diukur berulang kali dan dapat menyediakan pengukuran untuk mendeteksi perubahan dalam sistem surveilans. Indikator-indikator ini menyediakan informasi terhadap status sistem serta bagian-bagian yang perlu ditingkatkan. Indikator biasanya disajikan bisa dalam bentuk perhitungan sederhana, proporsi, rates, atau rasio. Berdasarkan *Logical Framework Approach* (LFA), terdapat lima tipe indikator, yakni *input*, *proses*, *output*, *outcome* dan *impact*. Indikator input adalah sumber daya yang dibutuhkan dalam pengimplementasian sistem surveilans. Indikator ini terdiri atas petugas, *budgeting*/pembiayaan, standar dan *guidelines*, fasilitas komunikasi, formulir surveilans, *computer*, persediaan untuk respon darurat, dan logistik lain yang diperlukan (WHO, 2006).

Penelitian terkait evaluasi surveilans Demam Berdarah Dengue di Kota Yogyakarta yang terpublikasi masih sangat jarang ditemukan sehingga penelitian ini perlu dilakukan untuk dapat mengetahui situasi dan kondisi sistem surveilans di Kota Yogyakarta khususnya pada aspek input. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran sistem surveilans DBD di Kota Yogyakarta pada indikator input yakni petugas (*Man*), pembiayaan (*Money*), standar dan guideline (*Method*), formulir surveilans (*Material*), dan Komputer (*Machine*).

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian *observational deskriptif*. Lokasi penelitian adalah seluruh Puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) dengan waktu penelitian dari Bulan Juli – Oktober 2017.

Populasi dalam penelitian ini adalah petugas surveilans DBD Puskesmas di seluruh wilayah Kota Yogyakarta yang terdiri dari 18 Puskesmas. Metode pengumpulan data menggunakan total sampling dengan *eligibility criteria* bersedia

menjadi responden penelitian. Instrument penelitian menggunakan kuesioner untuk indikator petugas dan pembiayaan dengan poin pertanyaan terbuka dan tertutup. Lembar observasi digunakan untuk pengukuran indikator ketersediaan standar/guidelines, ketersediaan formulir-formulir surveilans, dan komputer. Analisis data univariat dengan perhitungan persentase untuk setiap indikator.

HASIL

Pada karakteristik responden, rata-rata umur petugas surveilans DBD adalah 49 tahun, dan 61% diantaranya adalah perempuan. Pada aspek petugas, sebagian besar responden (89%) memiliki tingkat pendidikan diploma dengan *background* keilmuan kesehatan lingkungan, terdapat satu petugas surveilans Puskesmas dengan bidang keilmuan diluar kesehatan yakni pariwisata perhotelan.

Terkait jabatan rangkap yang dimiliki oleh responden di Puskesmas, sebagian besar responden (61%) menyebutkan bahwa mereka memiliki jabatan rangkap.

Tabel 1
Karakteristik petugas (*Man*) surveilans

No.	Variabel	Jumlah (n=18)	Persentase (%)
1. Umur		48,72 ± 7,61*	
2. Jenis Kelamin			
Laki-laki	7	38.89	
Perempuan	11	61.11	
3. Tingkat Pendidikan			
Sarjana (S1)	2	11.11	
Diploma (D4/D3/D2/D1)	16	88.89	
4. Background Pendidikan			
Keperawatan (D3)	1	5.56	
Kesehatan Lingkungan (D3)	14	77.78	
Kesehatan Masyarakat (S1)	1	5.56	
Pariwisata Perhotelan (D3)	1	5.56	
Teknik Lingkungan (S1)	1	5.56	
5. Berapa kali mengikuti disinfo/review/pelatihan mengenai program surveilans DBD			

No.	Variabel	Jumlah (n=18)	Persentase (%)
	Belum pernah mengikuti	5	27.78
	Sekali mengikuti	2	11.11
	Dua kali mengikuti	3	16.67
	Lebih dari dua kali mengikuti	8	44.44
6. Jumlah Jabatan			
	1 Jabatan	7	38.89
	2 Jabatan	4	22.22
	3 Jabatan	4	22.22
	4 Jabatan	3	16.67
	Lama Bekerja sebagai surveilans DBD	15.97 ± 11,37*	

*mean ± Standar deviasi

Tabel 2
Pembiayaan (*Money*) surveilans di Puskesmas

No.	Variabel	Jumlah (n=18)	Persentase (%)
1. Ketersediaan dana surveilans di Puskesmas			
	Tersedia	13	72.22
	Tidak tersedia	5	27.78
2. Sumber dana kegiatan surveilans Puskesmas			
	APBD	6	33.33
	APBD & APBN	1	5.56
	APBD & BOK	4	22.22
	BOK	2	11.11

Tabel 3
Ketersediaan SOP surveilans DBD (*Method*) dan Komputer di Puskesmas (*Machine*)

No.	Variabel	Jumlah (n=18)	Persentase (%)
1. Ketersediaan Standar Operasional Prosedur terkait pelaksanaan surveilans			
	Tersedia	13	72.22
	Tidak tersedia	5	27.78
2. Ketersediaan komputer di Puskesmas			
	Tersedia	2	11.11
	Tidak tersedia	16	88.89

Tabel 4
Ketersediaan formulir surveilans DBD di Puskesmas(Material)

Variabel	Tersedia		Tidak tersedia	
	Freq	%	Freq	%
1. Formulir K-DBD (Laporan bulanan penderita DD/DBD/SSD)	11	61.11	7	38.89
2. Formulir W2-DBD (Laporan mingguan penderita DD/DBD/SSD)	10	55.56	8	44.44
3. Formulir W1 (Laporan Kejadian Luar Biasa)	14	77.78	4	22.22
4. Formulir KD/PKM DBD (Pemberitahuan penderita infeksi dengue)	11	61.11	7	38.89
5. Formulir DP-DBD (Data dasar perorangan penderita DD/DBD/SSD)	9	50	9	50.00
6. Kartu Jentik Rumah dan Bangunan	13	72.22	5	27.78
7. Formulir JPJ-1 (Hasil pemeriksaan jentik)	16	88.89	2	11.11
8. Formulir PJB-1 (Rekapitulasi hasil pemeriksaan jentik)	14	77.78	4	22.22

Berdasarkan tabel 1 diatas diketahui bahwa pada indikator petugas (*Man*), rata-rata berumur 48 tahun dan sebagian besar adalah perempuan (61.11%). 88.89% petugas memiliki merupakan lulusan diploma dengan latar belakang pendidikan terbanyak adalah D3 kesehatan lingkungan. Meskipun 94% petugas surveilans DBD memiliki latar belakang kesehatan atau lingkungan, terdapat 1 orang (5.56%) yang berasal dari pariwisata perhotelan. Pada aspek

pengalaman mengikuti pelatihan, sebagian besar petugas (44.44%) pernah mengikuti 2 kali atau lebih disinfo/ review/ pelatihan mengenai program surveilans DBD. Sebanyak 61% petugas surveilans DBD memiliki tugas rangkap di Puskesmasnya masing-masing. Terkait lama bekerja, rata-rata petugas telah bekerja selama 16 tahun sebagai surveilans DBD di Puskesmas.

Pada aspek pembiayaan, 72.22% petugas menyatakan bahwa terdapat biaya untuk operasional program surveilans DBD dengan sumber utama adalah APBD. Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa 72.22% Puskesmas memiliki guidelines dan *Standard Operating Procedure*(SOP) surveilans DBD. Dalam hal ketersediaan komputer, 88.89% Puskesmas memiliki komputer untuk pengolahan dan analisis data. Pada aspek ketersediaan formulir, lebih dari 38% Puskesmas tidak tersedia formulir K-DBD, W2 DBD, KD/PKM, dan DP-DBD.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata umur petugas surveilans DBD di Puskesmas adalah 48.72 tahun yang mana angka tersebut dapat digolongkan sebagai kategori tua. Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil, usia pensiun untuk pejabat administrasi, pejabat fungsional ahli muda, pejabat fungsional ahli pratama, serta pejabat fungsional keterampilan adalah 58 tahun dan sebagian besar petugas surveilans Puskesmas Kota Yogyakarta masuk kedalam kategori ini. Apabila dilihat dari PP tersebut, maka rata-rata umur petugas sudah mendekati masa pensiun. Selain dilihat dari regulasi nasional, umur juga berpengaruh terhadap *performance* ditempat kerja. Berdasarkan Safari, et.al (2013), terdapat hubungan yang signifikan antara *Work Ability Index* (WAI) dengan umur, semakin tua umur seseorang maka kemampuan bekerjanya juga semakin menurun.

Pada aspek latar belakang pendidikan, menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1116/SK/VII/2003, dalam penyelenggaraan surveilans, setiap Puskesmas wajib memiliki minimal 1 orang tenaga epidemiologi terampil. Akan tetapi pada kenyataannya masih terdapat petugas dengan latar belakang yang berbeda bahkan diluar rumpun kesehatan. Menurut Rahayu (2012), agar dapat menjalankan pelayanan kesehatan yang bermutu

maka dibutuhkan beberapa hal yang mana salah satunya adalah tenaga kesehatan yang memenuhi kualifikasi. Dalam hal pengalaman mengikuti disinfo/review/pelatihan mengenai program surveilans DBD, 72.22% petugas Puskesmas Kota Yogyakarta pernah mengikuti minimal satu kegiatan tersebut dan 61.53% diantaranya pernah mengikuti pelatihan terkait surveilans DBD lebih dari 2 kali. Pelatihan ini sangat dibutuhkan agar petugas menjadi terampil dalam menjalankan kegiatan surveilans (Maharani et al, 2014) Segala bentuk pelatihan bertujuan sebagai *refreshing* dan peningkatan pengetahuan khususnya aspek kognitif. Menurut Chung et.al (2015) terdapat hubungan signifikan antara pelatihan dengan peningkatan pengetahuan kognitif pekerja. Sebanyak 61% petugas memiliki lebih dari 1 jabatan di Puskesmasnya. *Double job* baik secara langsung ataupun tidak langsung dapat mengganggu pelaksanaan tugas surveilans khususnya dalam hal pembagian waktu kerja (Anggraini et.al, 2016).

Dalam aspek pembiayaan, masih terdapat 27.72% petugas yang menyatakan bahwa tidak terdapat alokasi dana khusus untuk operasional kegiatan surveilans DBD. Pendanaan atau biaya merupakan salah satu indikator penting untuk berjalannya sebuah organisasi, ketiadaan pendanaan akan mengakibatkan organisasi tidak dapat menjalankan program-program yang telah direncanakan Berdasarkan aspek ketersediaan *method* dan *machine*), lebih dari 70% Puskesmas telah menyediakan SOP dan komputer yang digunakan sebagai *guidelines* dalam pelaksanaan dan pengolahan data surveilans DBD (Mufidz, 2016).

Indikator terakhir dalam evaluasi surveilans adalah material, yakni ketersediaan formulir-formulir untuk pelaporan rutin. Berdasarkan hasil temuan, dilebih dari 38% Puskesmas tidak tersedia formulir K-DBD, W2 DBD, KD/PKM, dan DP-DBD. Padahal menurut Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2011) disebutkan bahwa setiap Puskesmas wajib melaporkan kasus infeksi dengue yang dapat didiagnosis di Puskesmas dalam waktu 24 jam menggunakan form KD-PKM DBD. Selain itu Puskesmas juga wajib membuat laporan pada formulir K-DBD, rekapan W2 sebagai rekapan mingguan, dan formulir kasus DBD perorangan (DP-DBD).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian diketahui beberapa kekurangan pada indikator - indikator input kegiatan surveilans DBD di Kota Yogyakarta. Temuan *major* yang didapatkan antara lain pada aspek umur dan jumlah jabatan rangkap (Man), serta ketersediaan formulir khususnya formulir yang wajib diisi dan dilaporkan oleh Puskesmas seperti formulir K-DBD, W2 DBD, KD/PKM, dan DP-DBD. Saran yang dapat diberikan antara lain peremajaan petugas surveilans DBD Puskesmas dan melakukan rekrutmen petugas baru untuk melengkapi kurangnya jenis-jenis tenaga kesehatan di Puskesmas yang nantinya diharapkan petugas dengan jabatan rangkap akan berkurang.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, R., D., Chatarina, U.W., Bambang, W.K. (2016). Evaluasi Sistem Surveilans Campak di Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan. Jurnal Wiyata. 3(2): 174-186.
- CDC. (1988). Guidelines for Evaluating Surveillance System. Atlanta: Center for Disease Controls and Prventions
- Chung, J., Park, J., Cho., M., Park, Y., Kim, D., Yang, D., Yang, Y. (2015). A Study on The Relationships Between Age, Work Experience, Cognition, and Work Ability in Older Employees Working in Heavy Industry. J. Phys. Ther. Sci. 27(1): 155-157.
- Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. (2015). *Profil Kesehatan Kota Yogyakarta Tahun 2015*, Yogyakarta: Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2011). Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan No. 1116/SK/VII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan.
- Maharani, B.E. and Hargono, A., 2014. Measles Surveillance Attributes Assesment Based on The Puskesmas Surveillance Officers Perception in Surabaya. Jurnal Berkala Epidemiologi 2(2): 174-186.

- Mufidz, M. (2016). Evaluasi Input Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue di Dinas Kesehatan Kab. Tegal. *Unnes Journal of Public Health*. 5(2): 156-166.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 *Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia. Jakarta.
- Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil.
- Rahayu, T, 2012, Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Ketapang 2 (Studi di Kecamatan Mentawa Baru Ketapang Kabupaten Kotawaringin Timur Propinsi Kalimantan Tengah), *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol. 1, No. 2, Tahun 2012, Hal. 479 – 492.
- Safari, S., Akbari, J., Kazemi, M., Mououdi, M.A., M.B. (2013). Personnel's Health Surveillance at Work: Effect of Age, Body Mass Index, and Shift Work in Mental Workload and Work Ability Index. *Journal of Environmental and Public Health*. Vol.2013: 1-6.
- WHO, (2006). *Communicable disease surveillance and response systems. Guide to monitoring and evaluating*.
- WHO. (2012). *Global Strategy For Dengue Prevention And Control*. Swiss : WHO Press.

Metode *Hot Fit* untuk Mengukur Tingkat Kesiapan SIM RS dalam Mendukung Implementasi *E-Health*

Titin Wahyuni¹, Anif Parasetorini²

¹Prodi Rekam medis dan Informasi Kesehatan, ²Prodi Administrasi Rumah Sakit
STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo
email: titin@stikes-yrsds.ac.id

ABSTRACT

E-Health is part of the Surabaya city e-governance and it is applied to two hospitals that are chosen as pilot projects, one of them is RSUD Dr. Soewandhie. E-Health aims to save outpatients' queuing time. This breakthrough through E-Health is expected to make it easier for patients to register from home through the website. However, the application need some support by hospital's information system which is easy to access by the registration officer and for filing officers about some information of patients. This study aims to identify SIM RS readiness in the application of e-health by using the HOT Fit model. The Hot Fit method has several variables, namely: human, organization, technology and net benefits. The population in this study were all registration officers and filling officers of RSUD dr. M. Soewandhi who was taken in total sampling. The variables studied are elements of the HOT Fit model. Data from the questionnaire were analyzed using descriptive statistics. The results of the study are that Organization is a factor that must be corrected immediately because it has a bad rating of 10%, good enough 70% and very good at 20%. Technological factors considered to be good at 85% and very good at 15%. Human factors achieve a bad rating at 5% while 30% are in a good rating, and 65% are in very good rating. Net benefits state to be in a beneficial condition to the point of being very useful, which ranges from 20-80%. This can be said that the benefits of SIMRS are at good level perceived by the user.

Keywords: e-health, HOT Fit, outpatient, hospital, Information System

ABSTRAK

E-Health merupakan bagian dari e-governance pemerintah kota Surabaya dan diterapkan kepada dua RS yang menjadi pilot project, salah satunya RSUD Soewandhie, yang bertujuan untuk menghemat waktu antrian pada instalasi rawat jalan melalui pemanfaatan teknologi informasi. Terobosan melalui E-Health ini diharapkan dapat memudahkan pasien untuk mendaftarkan diri dari rumah melalui website. Penerapan system ini memerlukan dukungan SIM RS yang mudah untuk diakses oleh petugas pendaftaran dan bagi petugas filing memudahkan untuk mencari rekam medis pasien melalui perintah pencarian dan histori pasien di SIM RS. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kesiapan SIM RS dalam penerapan aplikasi *e-health* dengan menggunakan model *HOT Fit*. Metode Hot Fit memiliki beberapa variabel yaitu : human, organization, technology dan net benefit (manfaat). Populasi pada penelitian ini adalah semua petugas pendaftaran dan petugas *filling* RSUD dr. M. Soewandhi yang diambil secara *total sampling*. Variabel yang diteliti adalah unsur-unsur dari model *HOT Fit*. Data hasil penyebaran kuisioner dianalisis menggunakan statistik deskriptif. Hasil penelitian adalah Organisasi merupakan faktor yang harus segera diperbaiki karena memiliki penilaian tidak baik sebesar 10%, cukup baik 70% dan sangat baik sebesar 20%. Faktor teknologi dinilai cukup baik sebesar 85% dan sangat baik sebesar 15%. Faktor human menunjukkan dalam keadaan 5% berada dalam keadaan tidak baik sedangkan 30% berada dalam keadaan cukup baik dan 65% berada dalam keadaan sangat baik. Manfaat (net benefit) dapat dikatakan berada dalam keadaan cukup bermanfaat sampai dengan sangat bermanfaat, yaitu berkisar 20-80%. Hal ini dapat dikatakan manfaat SIMRS berada pada level dirasakan oleh pengguna. Kesimpulan adalah Kekuatan faktor HOT-FIT SIMRS di Rumah Sakit Dr. Soewandhie ini terletak pada faktor manfaat dan teknologi dan kelemahannya adalah pada faktor organisasi

Kata kunci: e-health, HOT Fit, Rawat Jalan, Rumah Sakit, Sistem Informasi

PENDAHULUAN

Berdasarkan Peraturan Walikota Surabaya No.5 tahun 2013 tentang pendoman pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi, Pemkot Surabaya mengembangkan beberapa teknologi informasi di bidang pemerintahan atau *e-government*. Salah satu inovasi *e-government* di bidang pelayanan kesehatan adalah *e-health* yang merupakan sebuah sistem informasi kesehatan terintegrasi yang dibangun dan dikembangkan oleh pemerintahan Kota Surabaya atas gagasan dari Dinas Kota Kesehatan Kota Surabaya (<http://dinkes.surabaya.go.id>).

Layanan *e-health* diterapkan pada 62 Puskesmas dan 2 RSUD milik Pemkot Surabaya yaitu RSUD dr. M. Soewandhi dan RSUD Bhakti Dharma Husada. Pelayanan *e-health* ditujukan terutama untuk pendaftaran *online*. Selain itu *e-health* juga digunakan untuk menjadi bagian manajemen logistik obat, data pengunjung, 10 pelayanan terbanyak di kedua rumah sakit tersebut (<http://jpnn.com>).

Pendaftaran *online* melalui pemanfaatan *e-health* bertujuan untuk menghemat waktu antrian pada insulasi rawat jalan. Dengan adanya pendaftaran *online* ini, pasien dapat mendaftarkan diri di rumah, melalui web yang dapat diakses dengan. Setelah selesai mendaftarkan diri, pasien akan mendapatkan nomor antrian yang dapat digunakan untuk registrasi ulang dibagian pendaftaran agar bisa langsung menunggu untuk mendapatkan pelayanan pengobatan.

Sistem pendaftaran manual di fasilitas pelayanan kesehatan yang berlaku sebelum diberlakukan *e-health* yaitu pasien mengantri dalam pengambilan nomor lalu menunggu hingga nomor antriannya terpanggil dan menunggu lagi untuk mendapatkan pelayanan yang sesungguhnya. Banyak waktu yang digunakan untuk menunggu, sehingga dapat menyebabkan pasien jenuh. Akibat dari kondisi tersebut tidak sedikit pasien yang mengajukan komplain akan lamanya pelayanan yang diterima.

Keberhasilan *e-health* ini juga memerlukan faktor kesiapan rumah sakit, khususnya bagian pendaftaran pasien terkait dengan kesiapan rekam medis pasien. Berdasarkan observasi awal selama 5 hari, petugas pendaftaran akan menyiapkan rekam medis bagi pasien yang sudah melakukan pendaftaran melalui *e-health* pada malam hari sebelum pelayanan dilaksanakan. Masalah yang kami temukan selama observasi adalah tidak semua rekam medis ditemukan pada rak penyimpanan (*misfile* rekam medis),

dan juga ditemukan rekam medis tanpa nama pasien. Tingkat kecepatan petugas dalam mencari rekam medis sangat dibantu oleh keberadaan SIM RS. Begitu juga petugas pendaftaran di loket juga memerlukan SIM RS yang mumpuni dalam menunjang aktifitasnya sehari-hari. Oleh karena itu penelitian bertujuan untuk mengevaluasi tingkat kesiapan SIM RS dengan menggunakan model HOT-FIT dalam mendukung implementasi *e-health* yang merupakan bagian dari *e-governance* di wilayah pemerintah kota Surabaya.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan Analisa data deskriptif dengan pengambilan data secara cross sectional. Populasi penelitian adalah seluruh petugas pendaftaran di loket dan petugas filing di bagian RM. Instrumen penelitian adalah kuesioner.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Variabel HOT-FIT terdiri dari *human* yaitu *system use* dan *satisfaction user*; *technology* yang terdiri dari faktor *system quality*, *information quality* dan *service quality*; *Organization* yaitu *structure organization* dan *environment organization* dan manfaat. Saputra, Bayu Andika dan Muhimmah Izzati, 2013 dalam penelitiannya yang berjudul “Evaluasi Faktor-Faktor Kesuksesan Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di PKU Muhammadiyah Sruweng dengan Menggunakan Metode HOT-FIT” menggunakan estimasi model PLS untuk menggambarkan pengaruh antar variable. Penelitian tersebut menyatakan semakin baik dan tepat ketiga faktor (human, teknologi dan organisasi) maka semakin tinggi manfaat yang didapatkan dari penerapan SIMRS. Variabel HOT-FIT terdiri dari human yaitu *system use* dan *satisfaction user*; *technology* yang terdiri dari faktor *system quality*, *information quality* dan *service quality*; *Organization* yaitu *structure organization* dan *environment organization* dan manfaat.

Faktor human menunjukkan dalam keadaan 5% berada dalam keadaan tidak baik sedangkan 30% berada dalam keadaan cukup baik dan 65% berada dalam keadaan sangat baik. Berdasarkan hal itu maka faktor human dapat dikatakan dalam keadaan baik. Faktor yang perlu diperbaiki dalam human adalah kepuasan pada pengguna, karena memiliki angka

ketidakpuasan terhadap SIMRS sebesar 1%. Hasil ini sejalan dengan mayoritas latar belakang pendidikan, usia responden yang berada dalam usia produktif dan dewasa muda.

Faktor teknologi secara bersama dengan manfaat (net benefit) merupakan faktor yang paling baik penilaiannya diantara faktor HOT-FIT yang lain yaitu dengan oranisasi dan human. Hal ini disebabkan technology tidak memiliki penilaian tidak baik, dan hanya memiliki penilaian cukup baik sebesar 85% dan sangat baik sebesar 15%.

Organisasi merupakan faktor yang harus segera diperbaiki karena memiliki penilaian tidak baik sebesar 10%, cukup baik 70% dan sangat baik sebesar 20%. Terutama pada faktor struktur organisasi yaitu pada perlunya dilakukan penambahan pelatihan bagi pengguna SIMRS, kebijakan mengenai bantuan fasilitas penggunaan dan perbaikan jaringan sehingga mengurangi angka kejadian eror pada jam sibuk dan peningkatan kepuasan pengguna SIMRS.

Manfaat (*net benefit*) dapat dikatakan berada dalam keadaan cukup bermanfaat sampai dengan sangat bermanfaat, yaitu berkisar 20-80%. Hal ini dapat dikatakan manfaat SIMRS berada pada level dirasakan oleh pengguna.

Tabel Distribusi Kesiapan SIMRS dalam Mendukung Pelayanan *E-Health* Berdasarkan Model HOT-FIT

Variabel	Sub variabel	Pilihan Jawaban						Total
		Sering digu-nakan	Cukup sering digu-nakan	Jarang digu-nakan	Tidak puas	Cukup puas	Puas	
Human	system use	8 (40%)	12 (60%)	0				20 (100%)
	user satis-faction				(5%)	5 (25%)	14 (70%)	20 (100%)
Tech-nology	sistem quality				0	20 (100%)	0	20 (100%)
	infor-mation quality				1 (5%)	7 (35%)	12 (60%)	20 (100%)
	service quality				3 (15%)	10 (50%)	7 (35%)	20 (100%)
Organi-zation	struc-ture organi-zation				1 (5%)	15 (75%)	4 (20%)	20 (100%)
	envi-ron-ment				2 (10%)	6 (30%)	12 (60%)	20 (100%)
Manfaat					0	16 (80%)	4 (20%)	20 (100%)

Tabel Kategori Penilaian HOT pada Kategori *Human, Technology dan Organization*

Variabel HOT	Penilaian			Total
	Tidak baik	Cukup Baik	Sangat Baik	
Human	1(5%)	6 (30%)	13 (65%)	20 (100%)
Technology	0	17 (85%)	3 (15%)	20 (100%)
Organization	2 (10%)	14 (70%)	4 (20%)	20 (100%)

Tabel Kategori Penilaian HOT pada Manfaat

Variabel HOT	Penilaian			Total
	Tidak ber-manfaat	Cukup ber-manfaat	Sangat ber-manfaat	
Manfaat	0	16 (80%)	4 (20%)	20 (100%)

Hasil dari sisi human pada penelitian ini menunjukkan 5% berada dalam keadaan tidak baik sedangkan 30% berada dalam keadaan cukup baik dan 65% berada dalam keadaan sangat baik.

Kepuasan pengguna yang berada pada kategori baik pada penelitian ini dan frekuensi pemanfaatan SIMRS yang cukup tinggi menunjukkan bahwa system ini tidak menunjukkan adanya masalah dari sisi variable human. Dan juga ditunjang dari sisi pengguna yang berada pada usia muda, dengan tingkat pendidikan yang cukup tinggi dan pengalaman kerja yang berada pada level motivasi dan produktivitas tinggi.

Faktor yang perlu diperbaiki dalam human adalah kepuasan pada pengguna, karena memiliki angka ketidakpuasan terhadap SIMRS sebesar 1%. Hasil ini sejalan dengan mayoritas latar belakang pendidikan, usia responden yang berada dalam usia produktif dan dewasa muda. Perlu dilakukan peningkatan pelatihan dan perlu dijelaskan secara terinci dan jelas mengenai pengguna sistem informasi dalam job deskripsi, dan Standart Operasional Prosedur (SOP).

Penelitian Pratiwi, Sudjaswadi and Kusnanto, 2012; Diantono and Winarno, 2018 bahwa variabel *human* dan *technology* bersama-sama memberikan pengaruh terhadap *net benefit*. Hasil Diantono and Winarno, 2018 menyatakan semakin tinggi kepuasan

pengguna maka semakin baik net benefit yang diterima. Kepuasan pengguna juga mempengaruhi penggunaan system, hal ini dinyatakan dari hasil penelitian Saputra, Andika Bayu, 2016.

Hasil berbeda didapatkan pada penelitian yang dilakukan oleh Murnita, R., Sedyono, E. and Purnami, C.T., 2016 dimana menyatakan bahwa faktor human yang disebabkan oleh belum adanya pelatihan dan kepatuhan petugas yang kurang baik pada SPO yang menyebabkan keterlambatan pembetulan jika terjadi kesalahan pada system. Lebih lanjut hasil penelitian ini menyatakan bahwa faktor human berkaitan erat dengan organisasi. Senada dengan hasil penelitian Prasetyowati, A. and Kushartanti, R., 2018, meskipun faktor human sudah baik, pelatihan tetap perlu untuk ditingkatkan. Dalam mengadopsi suatu teknologi informasi di rumah sakit, maka perlu untuk mempertimbangkan kapabilitas dari sumber daya manusia (Lian, Yen and Wang, 2016). Organisasi merupakan faktor yang harus segera diperbaiki karena memiliki penilaian tidak baik sebesar 10% dan terutama pada faktor struktur organisasi yaitu pada perlunya dilakukan penambahan pelatihan bagi pengguna SIMRS, kebijakan mengenai bantuan fasilitas penggunaan dan perbaikan jaringan sehingga mengurangi angka ketidakpuasan pengguna.

Aspek human berkaitan dengan organisasi, misalnya dari kebijakan pelatihan terutama bagi pegawai baru atau pegawai yang belum pernah mendapatkan pelatihan. Meskipun pelatihan ini ada namun apabila pengguna ternyata merasa bahwa ketrampilannya tidak berasal dari hasil pelatihan namun dari bantuan dari rekan kerja maka bisa dikatakan, pelatihan yang telah dijalani juga tidak bermanfaat (Saputra, Bayu Andika dan Muhimmah Izzati, 2013; Murnita, R., Sedyono, E. and Purnami, 2016).

SIMRS perlu dilakukan monitoring dan evaluasi untuk menunjukkan bahwa organisasi memberikan dukungan nyata pada pengorasan SIMRS. Peran organisasi sangat penting terutama saat pengenalan system sehingga dapat meningkatkan penerimaan penggunaan dan partisipasi dari *system use* (Murnita, R., Sedyono, E. and Purnami, 2016). Sedangkan pada penelitian Pratiwi, Sudjaswadi and Kusnanto, 2016 human dan organisasi bersama-sama mempengaruhi *net benefit*.

Faktor teknologi secara bersama dengan manfaat (*net benefit*) merupakan faktor yang paling baik penilaiannya diantara faktor HOT-FIT yang lain yaitu

dengan organisasi dan human. Hal ini disebabkan technology tidak memiliki penilaian tidak baik, dan hanya memiliki penilaian cukup baik. Variabel human, organisasi dan teknologi bersama-sama mempengaruhi net benefit (Diantono and Winarno, 2018; Pratiwi, Sudjaswadi and Kusnanto, 2016) dan keberhasilan teknologi memberikan pengaruh kepada kepuasan pengguna (Prasetyowati, A. and Kushartanti, 2018). Hasil yang berbeda didapatkan pada penelitian Murnita, R., Sedyono, E. and Purnami, 2016, meskipun variabel human dan organisasi memberikan penilaian kurang baik, namun sepanjang system bekerja dengan baik, maka tetap memberikan kepuasan kepada pengguna.

SIMPULAN

Variabel HOT yang paling baik adalah human (*system use*) dan teknologi (*system quality*) dan manfaat. Variabel HOT yang perlu diperbaiki adalah organisasi. Kekuatan faktor HOT-FIT SIMRS di Rumah Sakit Dr. Soewandhie ini terletak pada faktor manfaat dan teknologi dan kelemahannya adalah pada faktor organisasi

Penelitian ini merekomendasikan Rumah Sakit Dr. Soewandhie untuk meningkatkan faktor yang berhubungan dengan peningkatan faktor human yaitu peningkatan pelatihan, kebijakan mengenai bantuan fasilitas mengenai bantuan fasilitas penggunaan dan perbaikan jaringan sehingga mengurangi angka kejadian eror pada jam sibuk dan peningkatan kepuasan pengguna SIMRS. Disamping itu RSUD Dr. Soewandhie harus meningkatkan sub variabel service quality yaitu komunikasi antara bagian IT dengan pengguna dan segi kebijakan pihak manajemen rumah sakit dalam mendukung implementasi SIMRS.

DAFTAR PUSTAKA

Bayu, Andika & Muhimmah, Izzati. 2013. Evaluasi Faktor-Faktor Kesuksesan Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di PKU Sruweng dengan Menggunakan Metode HOT fit. Seminar Nasional Informatika Medis (SNIMed) IV, p.78. 2013. 9 November 2013, Magister Teknik Informatika, Fakultas Teknologi Industri, Universitas Islam Indonesia.

- DeLone, W.H. dan E. R. McLean. 2003. The DeLone and McLean Model of Information System Success: A ten-Year Update. *Journal of Management Information Systems*, 19 (4), 9-30. Diakses tanggal 16 Maret 2017
- Diantono, P. and Winarno, W. W. (2018) 'Evaluasi Penerapan SIMRS Menggunakan Metode HOT-Fit Di RSUD Dr. Soedirman Kebumen', *Jurnal Ilmiah Penelitian dan Penerapan Teknologi Sistem Informasi*, 2(1), pp. 46–56.
- Eritamala, Shofana. 2013. Pendekatan hot-Fit Framework dalam Generalized Structural Component Analysis pada Sistem Informasi Manajemen Barang Milik Daerah: Sebuah Pengujian Efek Resiprokal. *Jurnal Akuntansi dan Investasi*, Vol.17 No.2, Hlm:141-157, Juli 2016.
- Krisbiantoro, Dwi., Suyanto, M., & Luthfi, Emha Taufiq. 2015. Evaluasi Keberhasilan Implementasi Sistem Informasi Dengan pendekatan HOT FIT Model. Konferensi Nasional Sistem dan Informatika 2015. STMIKSTIKOM Bali, 9-10 Oktober 2015.
- Lian, J. W., Yen, D. C. and Wang, Y. T. (2016) 'An exploratory study to understand the critical factors affecting the decision to adopt cloud computing in Taiwan hospital', *International Journal of Information Management*. Elsevier Ltd, 34 (1), pp. 28–36. doi: 10.1016/j.ijinfomgt. 2013. 09.004.
- Ma, WaiWing Ada. 2016. *Usability Test of E-Health Promotion @ HKIEd – a Community of Practice Platform to Promote Healthy Lifestyles*. *Health*, 2016, 8, 615-622. Published on May 2016 in SciRes. <http://www.scrip.org/journal/health>
- Mediakom Kemenkes RI. 2015. E-Health, Layanan Kesehatan Ramah Masyarakat di Jawa Timur. <http://mediakom.sehatnegeriku.com/e-health-layanan-kesehatan-ramah-masyarakat-di-jawa-timur/>. Diakses tanggal 24 Maret 2017
- Murnita, R., Sedyono, E. and Purnami, C. T. (2016) 'Evaluasi Kinerja Sistem Informasi Manajemen Farmasi di RS Roemani Muhammadiyah Dengan Metode HOT Fit', *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 04(01), pp. 11–19.
- Muhimmah, I., 2013. Evaluasi Faktor-Faktor Kesuksesan Implementasi Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit di PKU Muhammadiyah Sruweng dengan Menggunakan Metode Hot-Fit. In *Seminar Nasional Informatika Medis (SNIMed)*.
- Nielson, Jacob, *Usability 101: Introduction to usability*. <http://www.useit.com/alertbox/20030825.html>. Diakses tanggal 24 Maret 2017
- Prasetyowati, A. and Kushartanti, R. (2018) 'Pengaruh Faktor HOT (Human, Organisasi, Dan Teknologi) Terhadap Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Primary Care Di Wilayah Kota Semarang', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6 (1), pp. 63–67.
- Pratiwi, A., Sudjaswadi, R. and Kusnanto, H. (2016) 'Analisis Penerapan Sistem Informasi Manajemen Farmasi Di Rumah Sakit Mata Dr. Yap Yogyakarta Dengan HOT-FIT Model', *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 2 (1), pp. 45–49.
- Saputra, A.B., 2016. Identifikasi Faktor-Faktor Keberhasilan Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Jurnal Penelitian Pers dan Komunikasi Pembangunan*, 19(3).
- Yusof, M.M., Kuljis, J., Papazafeiropoulou, A. and Stergioulas, L.K., 2008. An evaluation framework for Health Information Systems: human, organization and technology-fit factors (HOT-fit). *International Journal of Medical Informatics*, 77 (6), pp.386-398.
- Zulkifli, Nurul Ilmi & Sutomo, AdiHeru. 2016. Usability Testing Sistem Informasi Pendorong Darah (Studi kasus di Unit Pelayanan Transfusi Darah RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta). *Journal of System Information for Public Health*, Vol1, No.1, April 2016. Hal 10-15.

Gambaran Pengetahuan Tentang Hak dan Kewajiban Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen

Ayuk Aji Pratiwi¹, Antik Pujiastuti²
STIKes Mitra Husada Karanganyar
ayukaji97@gmail.com, att2a2000@yahoo.com,

ABSTRACT

Based on introduction survey result by deploy questionnaire it can be known that from 15 inpatient who as respondent, there are 5 (33%) respondent have less knowledge about authority on medicines secret and 2 (13%) respondent have less knowledge about patient duty. The objective of research is to know visible image of patient knowledge about authority and duty inpatient at Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen. The kind of this research is descriptive. The research variable is patient knowledge on patient authority and patient knowledge on patient duty. The population and sample of research is inpatient at Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen. The technique of take the sample by sample purposive technique. The instrument of research is closed questionnaire. The technique of processing data includes Collecting, Editing, Scoring, Coding, Tabulating, and Data Presentation. The data analysis is in a descriptive manner. The result of research shows that most of patient knowledge on authority medical information is good category (64%) and partly little is fewer categories (13%). Most of patient knowledge about authority to give approval medical action is good category (60%) and partly little is fewer categories (15%). Most of patient knowledge about authority on medicines secret is good category (39%) and partly little is fewer categories (28%). Most of patient knowledge about authority on second opinion is good category (52%) and partly little is fewer categories (18%). Most of patient knowledge about patient duty to hospital is good category (68%) and partly little is fewer categories (8%).

Key word: Patient knowledge, Patient authority, Patient duty

ABSTRAK

Berdasarkan hasil survei pendahuluan dapat diketahui bahwa dari 15 pasien rawat inap yang dijadikan responden, terdapat 5 (33%) responden memiliki pengetahuan kurang tentang hak atas rahasia kedokteran dan 2 (13%) responden memiliki pengetahuan kurang tentang kewajiban pasien. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran pengetahuan pasien tentang hak dan kewajiban pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen. Jenis penelitian ini *deskriptif*. Variabel penelitian adalah pengetahuan pasien tentang hak pasien dan pengetahuan pasien tentang kewajiban pasien. Populasi dan sampel penelitian yaitu pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen. Teknik pengambilan sampel dengan teknik *purposive* sampel. Instrumen penelitian adalah kuesioner tertutup. Analisis data dilakukan secara *diskriptif*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan pasien tentang hak atas informasi medis sebagian besar adalah kategori baik (64%) dan sebagian kecil adalah kategori kurang (13%). Pengetahuan pasien tentang hak memberikan persetujuan tindakan medis sebagian besar adalah kategori baik (60%) dan sebagian kecil adalah kategori kurang (15%). Pengetahuan pasien tentang hak atas rahasia kedokteran sebagian besar adalah kategori baik (39%) dan sebagian kecil adalah kategori kurang (28%). Pengetahuan pasien tentang hak atas pendapat kedua sebagian besar adalah kategori baik (52%) dan sebagian kecil adalah kategori kurang (18%). Pengetahuan pasien tentang kewajiban pasien terhadap rumah sakit sebagian besar adalah kategori baik (68%) dan sebagian kecil adalah kategori kurang (8%). Simpulan penelitian ini adalah hampir lebih dari 40% pasien tidak mempunyai pengetahuan yang baik tentang hak dan kewajiban pasien di rumah sakit.

Kata kunci: Pengetahuan pasien, hak pasien, kewajiban pasien

PENDAHULUAN

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam pelayanan kesehatan, setiap pasien mempunyai hak dan kewajiban sebagai pasien di rumah sakit.

Hak dan Kewajiban pasien diatur dalam Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Macam-macam hak pasien meliputi hak atas informasi, hak memberikan persetujuan tindakan medis, hak atas rahasia kedokteran dan hak atas pendapat kedua. Sedangkan kewajiban pasien adalah memberikan informasi yang benar kepada dokter, mematuhi anjuran dokter atau perawat, memberi imbalan jasa yang layak dan tidak memaksakan keinginannya agar dilaksanakan oleh dokter apabila berlawanan dengan kebebasan dan keluhuran profesi dokter.

Secara formal penyedia pelayanan kesehatan khususnya Rumah Sakit mengakui bahwa pasien mempunyai hak dan kewajiban, tetapi kebanyakan pasien dan petugas kesehatan belum mengetahui hak dan kewajiban tersebut. Hal ini ditunjukkan dari hasil penelitian Yani (2011) dengan judul Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Hak dan Kewajiban Pasien Atas Informasi Medis Pasien Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar menunjukkan bahwa sebagian besar adalah tingkat pengetahuan kurang 15 (50,0%) responden dan sebagian kecil adalah tingkat pengetahuan baik 3 (10,0%) responden.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan dengan menyebarkan kuesioner dapat diketahui bahwa dari 15 pasien rawat inap yang dijadikan responden, terdapat 5 (33%) responden memiliki pengetahuan kurang tentang hak atas rahasia kedokteran dan 2 (13%) responden memiliki pengetahuan kurang tentang kewajiban pasien. Sehubungan dengan hal tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Pengetahuan Pasien Tentang Hak Dan Kewajiban Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen”.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah *deskriptif* yaitu menggambarkan pengetahuan pasien tentang

hak dan kewajiban pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen. Populasi pada penelitian ini adalah 471 pasien rawat inap, dengan besar sampel 118 pasien rawat inap. Teknik pengambilan sampel yaitu *purposive* sampel. Instrumen penelitian yaitu kuesioner tertutup. Analisis data menggunakan analisis *diskriptif*.

HASIL

Karakteristik Pasien Rawat Inap

Tabel 1
Karakteristik Pasien Rawat Inap Berdasarkan Umur dan Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen

Variabel	Kategori	Jumlah Responden	Presentase (%)
Umur	Remaja	24	20
	Dewasa	39	33
	Manula	55	47
Pendidikan	SD	30	25
	SMP	33	28
	SMA	39	33
	Perguruan Tinggi	16	14

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Informasi Medis

Tabel 2
Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Informasi Medis di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen

Kategori	Jumlah Responden	Persentase (%)
Baik	75	64
Cukup	28	25
Kurang	15	13
Jumlah	118	100

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa pengetahuan pasien rawat inap tentang hak atas informasi medis sebagian besar adalah kategori baik (64%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SMA, sedangkan sebagian kecil adalah kategori kurang (13%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SD.

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Memberikan Persetujuan Tindakan Medis

Tabel 3
Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Memberikan Persetujuan Tindakan Medis di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen

Kategori	Jumlah Responden	Persentase (%)
Baik	71	60
Cukup	29	25
Kurang	18	15
Jumlah	118	100

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa pengetahuan pasien rawat inap tentang hak memberikan persetujuan tindakan medis di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen sebagian besar adalah kategori baik (60%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SMA, sedangkan sebagian kecil adalah kategori kurang (15%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SD/SMP.

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Rahasia Kedokteran

Tabel 4
Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Rahasia Kedokteran di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen

Kategori	Jumlah Responden	Persentase (%)
Baik	46	39
Cukup	39	33
Kurang	33	28
Jumlah	118	100

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa pengetahuan pasien rawat inap tentang hak atas rahasia kedokteran di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen sebagian besar adalah kategori baik (39%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SMA, sedangkan sebagian kecil adalah kategori kurang (28%) dengan umur lansia (46–65 tahun) dan pendidikan SD.

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Pendapat Kedua

Tabel 5
Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Pendapat Kedua di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen

Kategori	Jumlah Responden	Persentase (%)
Baik	61	52
Cukup	36	30
Kurang	21	18
Jumlah	118	100

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa pengetahuan pasien rawat inap tentang hak atas pendapat kedua di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen sebagian besar adalah kategori baik (52%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SMA, sedangkan sebagian kecil adalah kategori kurang (18%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SD/ SMP.

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Kewajiban Pasien Terhadap Rumah Sakit

Tabel 6
Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Kewajiban Pasien Terhadap Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen

Kategori	Jumlah Responden	Persentase (%)
Baik	80	68
Cukup	28	24
Kurang	10	8
Jumlah	118	100

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan bahwa pengetahuan pasien rawat inap tentang kewajiban pasien terhadap rumah sakit di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen sebagian besar adalah kategori baik (68%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SMA, sedangkan sebagian kecil adalah kategori kurang (8%) dengan umur dewasa (26–45 tahun) dan pendidikan SD/SMP.

PEMBAHASAN

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Informasi Medis

Berdasarkan hasil penelitian terhadap gambaran pengetahuan pasien rawat inap tentang hak atas informasi medis di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen, diketahui bahwa sebagian besar adalah kategori baik (64%) dan sebagian kecil adalah kategori kurang (13%). Pasien berhak untuk mendapatkan informasi dari dokter tentang hal-hal yang berhubungan dengan kesehatannya. Setiap tenaga kesehatan mempunyai kewajiban memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi kesehatan pasien. Informasi medis yang disampaikan kepada pasien meliputi penyakit yang diderita, tindakan medis yang hendak dilakukan, akibat dari tindakan medis, alternatif terapi lainnya, prognosis, dan perkiraan biaya. Hal ini sesuai dengan Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Terendah pada item dokter harus menjelaskan kondisi pasien tanpa harus diminta oleh pasien. Informasi medis harus disampaikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien baik diminta atau tidak. Informasi harus diberikan secara lengkap dan jujur, kecuali dokter menilai bahwa informasi tersebut dapat merugikan kepentingan atau kesehatan pasien atau pasien menolak untuk diberikan informasi. Ketidapahaman pasien mengenai hak atas informasi medis dikarenakan dokter tidak menjelaskan kepada pasien atau keluarganya secara langsung sebelum pasien dirawat mengenai informasi apa saja yang akan diterima pasien misalnya informasi perawatan, pengobatan dan pelayanan. Pasien sendiri hanya menerima apa saja yang sudah dijelaskan oleh dokter tentang kondisi kesehatannya kepada keluarga mereka. Dokter harus lebih menjelaskan apa saja yang menjadi hak pasien saat menjalankan pengobatan seperti informasi mengenai penyakit yang diderita oleh pasien, dimana hal ini bisa meningkatkan pengetahuan pasien terhadap hak pasien di rumah sakit.

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Memberikan Persetujuan Tindakan Medis

Berdasarkan hasil penelitian terhadap gambaran pengetahuan pasien rawat inap tentang hak

memberikan persetujuan tindakan medis di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen, diketahui bahwa sebagian besar adalah kategori baik (60%) dan sebagian kecil adalah kategori kategori kurang (15%). Pasien berhak mendapatkan informasi tentang tindakan medis yang akan dilakukan oleh tenaga medis dan berhak untuk menyetujui ataupun menolak tindakan tersebut. Salah satu kewajiban yang harus dilakukan oleh dokter terhadap pasiennya dalam memberikan tindakan medis adalah pasien mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis yang akan dilakukan oleh dokter tersebut. Untuk setiap tindakan kedokteran yang akan dilakukan oleh dokter terhadap pasiennya harus mendapat persetujuan (*Informed consent*), persetujuan diberikan setelah pasien mendapat penjelasan yang lengkap mengenai tindakan medis yang akan dilakukan dengan segala resikonya. Hal ini sesuai dengan PerMenKes RI No.290/MENKES/PER/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran pasal 8 yaitu informasi medis yang perlu disampaikan kepada pasien antara lain temuan klinis dari hasil pemeriksaan medis, diagnosis penyakit, tujuan tindakan kedokteran, tata cara pelaksanaan tindakan medis, efek samping yang mungkin terjadi, alternatif tindakan lain berikut kelebihan dan kekurangannya dibandingkan dengan tindakan yang direncanakan, serta risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi pada masing-masing alternatif tindakan.

Terendah pada item pasien berhak menolak atau menyetujui operasi yang akan dilakukan setelah dijelaskan oleh dokter. Kurangnya pemahaman pasien dikarenakan pasien tidak mengetahui kegunaan *informed consent* dan dalam penjelasan informasi tentang hak pasien untuk memberikan persetujuan tindakan medis kurang jelas dan dipahami oleh pasien. *Informed consent* merupakan hak pasien yang harus dipenuhi sebelum pasien menjalani suatu upaya medis yang akan dilakukan oleh dokter terhadap pasien, semua tindakan medis memerlukan *Informed consent* secara lisan maupun tertulis. Hal ini selaras dengan penelitian Yani (2011) yang menyebutkan bahwa dampak yang terjadi jika pengetahuan pasien tentang hak memberikan persetujuan kurang adalah seorang tenaga kesehatan dapat melakukan tindakan medis terhadap pasien tanpa persetujuan pasien atau keluarga. Hal ini dapat merugikan pasien atau keluarga apabila setelah dilakukannya tindakan medis menimbulkan efek samping yang merugikan pasien dan terjadinya malpraktik karena tidak adanya transaksi terapeutik antara dokter dengan pasien.

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Rahasia Kedokteran

Berdasarkan hasil penelitian terhadap gambaran pengetahuan pasien rawat inap tentang hak atas rahasia kedokteran di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen, diketahui bahwa sebagian besar adalah kategori baik (39%) dan sebagian kecil adalah kategori kategori kurang (28%). Pasien berhak mendapat privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya sekalipun ia telah meninggal dunia. Setiap tenaga kesehatan wajib menyimpan rahasia kedokteran. Rahasia Kedokteran mencakup informasi mengenai identitas pasien, kesehatan pasien dan hal lain yang berkenaan dengan pasien. Pengungkapan rahasia kedokteran dapat dibuka hanya dalam kepentingan tertentu. Hal ini sesuai dengan PERMENKES RI No. 36/MENKES/PER/III/2012 tentang Rahasia Kedokteran yang menyebutkan bahwa Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparat penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan peraturan perundang-undangan, dan pembukaan rahasia kedokteran dilakukan terbatas sesuai kebutuhan.

Terendah pada item untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis informasi medis pasien boleh dibuka sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien. Kurangnya pemahaman pasien dikarenakan pasien tidak tahu atau tidak memahami dengan benar informasi tentang hak dan kewajiban pasien yang dipasang pada dinding bangsal perawatan saat pasien datang atau dirawat di rumah sakit. Data-data medis atau rahasia penyakit seorang pasien harus dijaga kerahasiaannya agar tidak terjadi pembocoran rahasia penyakit pasien oleh orang yang tidak bertanggungjawab yang dapat menimbulkan kerugian pasien. Hal ini selaras dengan penelitian Yani (2011) yang menyebutkan bahwa dampak yang terjadi jika pengetahuan pasien tentang hak atas rahasia kedokteran kurang adalah timbulnya pembocoran rahasia data-data medis rumah sakit oleh orang-orang yang tidak bertanggungjawab.

Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Hak Atas Pendapat Kedua

Berdasarkan hasil penelitian terhadap gambaran pengetahuan pasien rawat inap tentang hak atas pendapat kedua di Rumah Sakit Umum PKU

Muhammadiyah Sragen, diketahui bahwa sebagian besar adalah kategori baik (52%) dan sebagian kecil adalah kategori kategori kurang (18%). Pasien boleh meminta *copy* rekam medis yang mungkin akan digunakan untuk mendapatkan *second opinion* atau pendapat kedua, dimana *copy* rekam medis itu sangat dibutuhkan oleh pemiliknya. Hal ini selaras dengan penelitian Yani (2011) yang menyebutkan bahwa pengetahuan pasien tentang hak atas *second opinion* meliputi hak memilih dokter, hak memilih rumah sakit atau layanan medis lain dan hak mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis.

Terendah pada item pasien berhak meminta konsultasi kepada dokter lain yang terdaftar di rumah sakit tersebut terhadap penyakit yang dideritanya, sepengetahuan dokter yang merawat. Kurangnya pemahaman pasien dikarenakan petugas tidak menjelaskan hak dan kewajiban pasien secara lisan. Hak dan kewajiban pasien hanya ditempelkan pada setiap dinding bangsal perawatan sehingga tidak semua pasien membacanya. Hal ini selaras dengan penelitian Yani (2011) yang menyebutkan bahwa dampak yang terjadi jika pengetahuan pasien tentang hak *second opinion* kurang adalah pasien menjadi tidak nyaman selama menjalani pengobatan yang dijalani masih kurang atau belum cukup karena masih ingin berkonsultasi dengan dokter lain untuk melakukan pemeriksaan lanjutan.

Pengetahuan Pasien Rawat Inap tentang Kewajiban Pasien Terhadap Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian terhadap gambaran pengetahuan pasien rawat inap tentang kewajiban pasien di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Sragen, diketahui bahwa sebagian besar adalah kategori baik (68%) dan sebagian kecil adalah kategori kurang (8%). Seorang pasien dalam menerima pelayanan kesehatan tidak hanya mempunyai hak tetapi juga mempunyai kewajiban yang harus dilaksanakan seorang pasien di Rumah Sakit. Hal ini sesuai dengan Undang-undang No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran dan kedokteran gigi pasal 53 yang menyebutkan bahwa pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran mempunyai kewajiban memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya, mematuhi nasihat dan petunjuk dokter atau dokter gigi, mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan dan memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Terendah pada item pasien harus memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuatnya. Kurangnya pemahaman pasien dikarenakan pasien tidak membaca atau menghiraukan informasi yang tertempel di bangsal perawatan. Setiap pasien perlu dijelaskan secara langsung mengenai hak dan kewajibannya sebagai pasien. Pengetahuan yang kurang tentang kewajiban pasien di rumah sakit menyebabkan pasien tidak menaati peraturan yang ada di rumah sakit, tidak mematuhi petunjuk dokter, dan tidak jujur dalam memberikan informasi tentang penyakitnya sehingga keberhasilan pengobatan menjadi kurang maksimal. Hal ini selaras dengan penelitian Yani (2011) yang menyebutkan bahwa dampak yang terjadi jika pengetahuan pasien tentang kewajiban pasien terhadap rumah sakit kurang adalah pasien tidak mematuhi petunjuk dokter sehingga keberhasilan pengobatannya akan menjadi kurang, tidak mengetahui adanya surat-surat persetujuan tindakan medis pasien, memberikan informasi yang tidak lengkap tentang penyakitnya.

SIMPULAN

Sebesar hampir 40% pasien mempunyai pengetahuan yang kurang tentang hak dan kewajiban pasien rawat inap di rumah sakit. Disarankan pihak rumah sakit melakukan sosialisasi atau pendidikan terkait hak dan kewajiban pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief M. 2008. *Pengantar Metodologi Penelitian Untuk Ilmu Kesehatan*. Surakarta: LPP UNS dan UNS Press.
- Arikunto S. 2010. *Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan dan Praktik)*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008 *Tentang Rekam Medis*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- _. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.290/MENKES/PER/III/2008 *Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- _. 2012. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.36/MENKES/PER/III/2012 *Tentang Rahasia Kedokteran*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- _. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.69/MENKES/PER/III/2014 *Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien*. Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Hardiwinoto dr. 2011. *Kategori Umur* dalam <http://ilmu-kesehatan-masyarakat.blogspot.com/2012/05/kategori-umur.html>. Diakses : 01 Mei 2018 Jam 10.56 WIB.
- Magdalena EL. 2014. *Tingkat Pengetahuan Pasien Rawat Inap Tentang Sistem Pembayaran Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Sukoharjo Tahun 2014*. [Karya Tulis Ilmiah]. Karanganyar : STIKes Mitra Husada.
- Mubarak WI. 2011. *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jl. Raya Lenteng Agung No.101 Jagakarsa, Jakarta 12610.
- Notoatmodjo S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- _. 2012. *Promosi Kesehatan Teori & Aplikasi*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- _.No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
- _.No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Yani. 2011. *Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Hak Dan Kewajiban Pasien Atas Informasi Medis Pasien Rawat Inap Kelas III Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar Tahun 2011*. [Karya Tulis Ilmiah]. Karanganyar : STIKes Mitra Husada.
- Wijono D. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.