

Analisis Ketepatan Pengodean Diagnosis Obstetri Di Rumah Sakit Naili DBS Padang

Ressa Oashttamadea SM
Prodi Ilmu Rekam Medis Apikes Iris Padang
Jl. Gajahmada No. 23 Gn Pangilun, Padang 25143
email: oashttamadea@yahoo.com

Abstract

Coding is a transformation of diagnosis and procedures in health services into alphanumeric code. The codification of diagnosis should be complete and accurate in accordance of ICD 10. According to WHO, the main diagnosis is the main condition handled or investigated during a relevant episode of admission. Obstetrics division was one of the most visited units in Naili DBS Hospital during 2018. A miscoding in obstetrics cases would give a big impact on the hospital, therefore an analysis of its accuracy needs to be made. The aim of this study was to elaborate the coding accuracy of obstetrics diagnosis in Naili DBS Hospital. The design of this study was a descriptive study with cross-sectional approach. The result of this study showed that during the first quarter of 2019, the accuracy rate was 35 accurate codes (58%) and 25 inaccurate codes (42%). Based on 25 inaccurate codes, there are 12 codes (48%) that are inaccurate in determining subcategories, and 13 codes (25%) that are inaccurate in determining categories and subcategories. The management of Naili DBS Hospital should conduct a coding training in order to improve the competency of coder in coding obstetrics cases.

Keyword: coding, obstetrics, ICD 10

Abstrak

Pengodean merupakan sebuah transformasi dari diagnosis dan prosedur di pelayanan kesehatan menjadi kode alfanumerik medis yang universal. Pelaksanaan kodefikasi diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD 10. Menurut WHO, diagnosis utama adalah kondisi utama yang ditangani atau diselidiki selama episode perawatan kesehatan yang relevan. Bagian obstetri merupakan salah satu bagian yang kunjungannya paling banyak di RS Naili DBS selama tahun 2018. Kesalahan dalam pengodean kasus obstetri tentunya akan berdampak besar bagi rumah sakit, untuk itu diperlukan analisis mengenai ketepatan pengodean kasus obstetri agar dapat dijadikan dasar pembuatan keputusan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui ketepatan pengodean diagnosis obstetri di RS Naili DBS. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat akurasi pengodean diagnosis obstetri RS Naili DBS di Triwulan I 2019 adalah 35 kode akurat (58%), dan 25 kode tidak akurat (42%). Berdasarkan 25 kode diagnosis yang tidak akurat, terdapat 12 kode (48%) yang tidak akurat dalam penentuan subkategori, dan 13 kode (52%) tidak akurat dalam penentuan kategori dan subkategori. Pihak manajemen RS Naili DBS sebaiknya melakukan pelatihan pengodean terhadap coder agar dapat meningkatkan kemampuan coder dalam melakukan pengodean kasus obstetri.

Kata kunci: pengodean, obstetri, ICD 10

Pendahuluan

Pengodean merupakan sebuah transformasi dari diagnosis dan prosedur di pelayanan kesehatan menjadi kode alfanumerik medis yang universal. Diagnosis dan prosedur didapatkan melalui dokumentasi rekam medis; seperti catatan dokter, hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi, dan lain-lain. Para profesional di bidang pengodean medis

memastikan bahwa kode yang ditentukan adalah benar untuk digunakan saat penagihan biaya, yang kegiatannya terdiri dari dokumentasi, pengodean, dan membuat klaim untuk dibayar oleh asuransi (AAPC, 2015).

Pelaksanaan kodefikasi diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD 10. Keakuratan kode diagnosis sangat mempengaruhi kualitas data

statistik dan pembayaran biaya kesehatan dengan sistem case-mix (Maryati dkk, 2018). Selain itu, kelengkapan dan ketepatan pengisian rekam medis pada item diagnosis sangat mendukung peningkatan layanan kepada pasien, menurunkan kesalahan pada pengobatan, meningkatkan keamanan pasien, mendukung para pengambil keputusan untuk menganalisis data, serta menghasilkan data yang komprehensif untuk penelitian dan pihak surveilans kesehatan masyarakat (Ilmi, 2018).

The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, atau ICD, yang dirilis oleh WHO merupakan klasifikasi penyakit, gejala dan tanda, penemuan abnormal, keadaan sosial dan penyebab eksternal. ICD digunakan untuk menelusuri statistik morbiditas dan mortalitas dan terkait dengan sistem pembayaran. Walaupun ICD pada awalnya dikembangkan untuk data statistik dan klasifikasi penyakit, namun saat ini ICD juga penting untuk dasar pembayaran klaim. Kode di dalam ICD digunakan untuk memfasilitasi pembayaran klaim, mengevaluasi pola penggunaan sumber daya, dan meninjau kembali biaya pelayanan kesehatan (ACOG, 2016).

Menurut WHO, diagnosis utama adalah kondisi utama yang ditangani atau diselidiki selama episode perawatan kesehatan yang relevan. Jika ada lebih dari satu kondisi seperti itu, yang paling bertanggung jawab untuk penggunaan sumber daya terbesar harus dipilih sebagai diagnosis utama (Ningtyas dkk, 2019). Pada penelitian yang dilakukan Cheng (2009) di pusat trauma tersier di Australia, ditemukan bahwa dari 100 rekam medis yang ditinjau ulang, 28% mengalami kesalahan dalam *casemix* yang berujung pada kesalahan dalam pembiayaan. Sebuah komisi audit di United Kingdom juga menemukan bahwa selama tahun finansial 07/08 terdapat 16,5% kesalahan pengkodean diagnosis dan prosedur atau setara dengan £9 juta (Munyisia, 2017).

Bagian obstetri merupakan salah satu bagian yang kunjungannya paling banyak di RS Naili DBS selama tahun 2018. Kesalahan dalam pengodean kasus obstetri tentunya akan berdampak besar bagi rumah sakit, untuk itu diperlukan analisis mengenai ketepatan pengodean kasus obstetri agar dapat dijadikan dasar pembuatan keputusan bagi direktur rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui ketepatan pengodean diagnosis obstetri di RS Naili DBS.

Metode

Metode yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah studi deskriptif dengan pendekatan cross-sectional. Keakuratan kode diagnosis ditetapkan sesuai ICD 10 revisi tahun 2016.

Akurat ialah kode diagnosis penyakit yang ditetapkan coder sesuai dengan kode yang ada di ICD 10. Tidak akurat ialah tidak sesuai kode diagnosis penyakit yang ditetapkan coder dengan kode ICD 10. Kode kategori adalah 3 karakter pertama Populasi adalah seluruh kasus obstetri bulan Januari hingga Maret 2019, dan sampel merupakan total sampling yaitu 60 dokumen rekam medis pasien rawat inap obstetri selama Triwulan I tahun 2019.

Penelitian ini dilakukan pada bulan April tahun 2019, dan lokasi penelitian di Unit Rekam Medis RS Naili DBS.

Hasil dan Pembahasan

Setelah dilakukan analisis terhadap pengodean 60 kasus obstetri di RS Naili DBS, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Kekuratan Pengodean Diagnosis Obstetri

No	Ketepatan	Jumlah	%
1	Akurat	35	58
2	Tidak akurat	25	42
Total		60	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa terdapat 35 (58%) kode diagnosis yang akurat dan 25 (42%) kode diagnosis yang tidak akurat.

Setelah dilakukan analisis terhadap ketepatan kode, selanjutnya kode yang tidak akurat diklasifikasikan ketidakakuratan kode diagnosis menjadi dua kategori: 1) Tidak akurat dalam menentukan kode subkategori; 2) Tidak akurat dalam menentukan kategori dan subkategori. Hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2. Klasifikasi Ketidakakuratan Kode

No	Klasifikasi Ketidakakuratan	Jumlah	%
1	Tidak akurat dalam menentukan kode subkategori	12	48
2	Tidak akurat dalam menentukan kode kategori dan subkategori	13	52
Total		25	100

Tidak Akurat dalam Menentukan Kode Subkategori

Pada kondisi ini seringkali coder sudah benar dalam menentukan diagnosis utama namun tidak akurat dalam menentukan klasifikasi jenis penyakit yang sesuai, berdasarkan hasil wawancara terdapat kesulitan bagi beberapa coder dalam memahami terminologi medis dan setelah coder melakukan pengodean tidak dilakukan pengecekan ulang, sebagaimana ditemukan dalam kasus berikut:

1. Diagnosis : Janin letak sungsang
Kode RS : O32.2 (*Maternal care for transverse and oblique lie*)
Kode yang tepat : O32.1 (*Maternal care for breech presentation*)
2. Diagnosis : HAP (hemoragik antepartum) et causa placenta previa
Kode RS : O44.0 (*Placenta previa specified as without haemorrhage*)
Kode yang tepat : O44.1 (*Placenta previa with haemorrhage*)
3. Diagnosis : Kehamilan dengan HbsAg(+)
Kode RS : O98.9 (*Unspecified maternal infectious or parasitic disease*)
Kode yang tepat : O98.4 (*Viral hepatitis complicating pregnancy, childbirth and the puerperium*)

Tidak Akurat dalam Menentukan Kode Kategori dan Subkategori

Pada kondisi ini seringkali coder salah dalam menentukan kode diagnosis utama. Berdasarkan hasil wawancara, coder kurang memahami kasus-kasus obstetri terutama penyakit yang menyertai kehamilan/ melahirkan/ nifas, sehingga beberapa diagnosis dikode sebagai diagnosis tunggal di BAB lain, sebagaimana ditemukan dalam kasus berikut:

1. Diagnosis : Hyperemesis gravidarum
Kode RS : O20.0 (*Threatened abortion*)
Kode yang tepat : O21.0 (*Mild hyperemesis gravidarum*)
2. Diagnosis : Kehamilan dengan anemia berat
Kode RS : D64.9 (*Anemia*)

- Kode yang tepat : O99.0 (*Anemia complicating pregnancy, childbirth and the puerperium*)
3. Diagnosis : Abortus inkomplit
Kode RS : O06.9 (*Induced abortion, complete*)
Kode yang tepat : O03.4 (*Spontaneous abortion, incomplete*)
 4. Diagnosis : Kehamilan dengan fetal distress
Kode RS : O33.9 (*Maternal care for disproportion*)
Kode yang tepat : O36.3 (*Maternal care for signs of fetal hypoxia*)

Ningtyas (2019) dalam penelitiannya mengenai pengodean kasus persalinan menemukan bahwa salah satu penyebab kesalahan penetapan kode diagnosis utama ini disebabkan penulisan diagnosis utama oleh dokter yang sering menuliskan metode persalinan, misal *SC emergency*, sebagai diagnosis utama. Hal ini berbeda dengan aturan koding ICD-10 dimana penggunaan kode (O80 – O84) untuk diagnosis utama terbatas pada kasus kasus ketika informasi yang tercatat dalam rekam medis hanya mengenai kelahiran, sehingga koder akan menganalisis dan menentukan kode diagnosis utama berdasarkan diagnosis lain yang telah ditegakkan dokter selain metode persalinan dan merup akan penyulit selama masa kehamilan maupun persalinan yang lebih layak dijadikan kode diagnosis utama.

Sedangkan Karimah (2016) dalam penelitiannya menemukan bahwa penyebab ketidaktepatan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* di RS Balung Jember antara lain karena dokter yang tidak mengisi diagnosis, beban kerja petugas rekam medis, sarana seperti buku ICD – 10, kamus Dorland, buku terminologi medis dan kurangnya pelatihan mengenai pengkodean diagnosis penyakit khususnya *gastroenteritis acute*. Seluruh petugas rekam medis perlu mengikuti pelatihan terkait pengkodean diagnosis dan pengelolaan rekam medis. Menurut Seruni dan Sugiarsi(2015) Kesalahan pemberian karakter ke-tiga yang menyebabkan kode tidak akurat yaitu pada dokumen pasien dengan kasus Obstetri yang didiagnosa oleh dokter Late HPP danoleh petugas koding dikode O73 (*Retained placenta and membranes, without haemorrhage*). Petugas koding dapat mengode dengan melihat informasi penunjang pada anamnesa dan Asuhan Kebidanan.

Diagnosis yang benar dan pengodean untuk keadaan (pasien) Obstetri sangat penting bagi sistem pelaporan rumah sakit karena dapat membantu mengidentifikasi keakuratan masalah Obstetri dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, perencanaan kesehatan dan keamanan, keuangan pelayanan kesehatan dan penelitian. Jika kode yang dihasilkan tidak akurat, maka akan menghasilkan pelaporan yang tidak baik pula sehingga dapat menimbulkan kesalahan dalam pengambilan keputusan dan penelitian (Seruni & Sugiarsi, 2015).

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat akurasi pengodean diagnosis obstetri RS Naili DBS di Triwulan I 2019 adalah 35 kode akurat (58%), dan 25 kode tidak akurat (42%). Berdasarkan 25 kode diagnosis yang tidak akurat, terdapat 12 kode (48%) yang tidak akurat dalam penentuan subkategori, dan 13 kode (52%) tidak akurat dalam penentuan kategori dan subkategori.

Pihak manajemen RS Naili DBS sebaiknya melakukan pelatihan pengodean terhadap coder agar dapat meningkatkan kemampuan coder dalam mengode kasus obstetri.

Daftar Pustaka

- AAPC. Medical Coding. [online]. Diunduh 1 November 2018. Tersedia dari <https://www.aapc.com/medical-coding/medical-coding.aspx>.
- American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Diagnostic Coding in Obstetrics and Gynecology. ACOG 2016.

- Cheng, P., Gilchrist, A., Robinson, K. M., Paul, L. The Risk and Consequences of Clinical Miscoding Due to Inadequate Medical Documentation: A Case Study of The Impact on Health Services Funding. *Health Information Management Journal* 2009; 38: 35-46.
- Ilmi, L. R. 2018. Keakuratan Kode Diagnosis dengan ICD 10 di Puskesmas Pengasih I dan Pengasih II. Karanganyar: *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*.
- Karimah, R. N., Setiawan, D., Nurmalia, P. S. 2016. Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Gastroenteritis Acute Berdasarkan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Balung Jember. Jember: *Journal of Agromedicines and Medical Sciences*.
- Maryati, W., Wannay, A. O., Suci, D.P. 2018. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dan Keakuratan Kode Diagnosis Diabetes Mellitus. Surakarta: *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- Munyisia, E. N., Rein, D., Yu, Ping. Accuracy of Outpatient Service Data for Activity-Based Fundind in New South Wales, Australia. *Health Information Management Journal* 2017; 46(2): 78-86.
- Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., Wariyanti, A. S. 2019. Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Vokasional*. 4(2)
- Seruni, .D. A. F., Sugiarsi, S. 2015. Problem Solving Cycle SWOT Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Pada Lembar Masuk Dan Keluar Pasien Rawat Inap Di RSUD dr Sayyidiman Magetan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan*: 3(2).

Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Remaja Di Puskesmas Bantul II Kabupaten Bantul

Abdillah Azis¹, Muhammad Fakhurrifqi², Dian Budi Santoso³

¹RSU Sakina idaman jl. Nyi Condoro Loekito No 60 Kutu Dukuh Sinduadi Mlati Sleman

¹abdillahazis69@gmail.com

^{2,3}Sekolah Vokasi Univeristas Gadjah Mada

²rifqi_ilkom@mail.ugm.ac.id; ³dianbudisantoso@ugm.ac.id

Abstract

Bantul II Health Center conducts health screening activities for high school students but only class X. The problem that arises is that not all students get screening, recording the results of screening that still uses files, the cost of procuring and doubling screening files, and calculating the screening score of students who still done conventionally. The person in charge of screening at the Bantul II Health Center wants a computerized information system to overcome these problems. The purpose of this study is to analyze the needs of users and develop a youth health information system that can be used in the work area of Bantul II Health Center. This research is research and development with the object of research on development of information systems for adolescent health. In this study an analysis of user requirements, interface design, implementation of the design into an information system, and testing until the system is accepted by the user. Based on the results of the needs analysis, it is known that the user needs an information system that is able to be accessed anywhere and anytime, the privacy of each student is guaranteed, the calculation of the scoring value on the automatic questionnaire. Adolescent Health Information Systems are made with the PHP programming language using framework codeIgniter and MySQL database. At the stage of the system trial, user input is obtained regarding weaknesses of the system that has been developed.

Keywords: information system, adolescent health, community health center

Abstrak

Puskesmas Bantul II melaksanakan kegiatan skrining kesehatan kepada siswa SMA namun hanya kelas X. Permasalahan yang muncul adalah belum semua siswa mendapatkan skrining, pencatatan hasil skrining yang masih menggunakan berkas, biaya pengadaan dan penggandaan berkas skrining yang cukup besar, dan perhitungan nilai skoring skrining siswa yang masih dikerjakan secara konvensional. Penanggung jawab skrining di Puskesmas Bantul II menginginkan adanya sistem informasi berbasis komputerisasi untuk mengatasi permasalahan tersebut. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kebutuhan pengguna dan mengembangkan sistem informasi kesehatan remaja yang dapat dipakai di wilayah kerja Puskesmas Bantul II. Penelitian ini adalah research and development dengan objek penelitian pengembangan sistem informasi kesehatan remaja. Pada penelitian ini dilakukan analisis kebutuhan pengguna, perancangan desain antarmuka, implementasi desain menjadi sistem informasi, serta ujicoba sampai sistem diterima oleh pengguna. Berdasarkan hasil analisis kebutuhan diketahui bahwa pengguna membutuhkan sistem informasi yang mampu untuk diakses dimana saja dan kapan saja, privasi dari setiap siswa terjamin, perhitungan nilai skoring pada kuesioner otomatis. Sistem Informasi Kesehatan Remaja dibuat dengan bahasa pemrograman PHP menggunakan framework codeigniter serta database MySQL. Pada tahapan ujicoba sistem diperoleh masukan dari pengguna terkait kelemahan dari sistem yang telah dikembangkan.

Kata Kunci: sistem informasi, kesehatan remaja, puskesmas

PENDAHULUAN

Menurut Permenkes No 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga dalam Lampiran Bab

II Prioritas Pembangunan Kesehatan Tahun 2015-2019 uraian garis besar kegiatan di anak usia sekolah adalah 1. Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), 2. Menguatkan kelembagaan Tim

Pembina UKS, 3. Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGRAS), 4. Mengembangkan penggunaan rapor kesehatan, 5. Menguatkan SDM Puskesmas. Dalam mendukung keberhasilan pencapaian sasaran pembangunan kesehatan sesuai Renstra Tahun 2015-2019, peningkatan jangkauan sasaran terutama pada keluarga, tanpa mengabaikan pendekatan-pendekatan lain yang selama ini sudah berhasil dilaksanakan salah satunya adalah menjangkau sasaran berbasis UKS (Usaha Kesehatan Sekolah).

Berdasarkan data Riskesdas 2013 (diakses dari www.depkes.go.id), prevalensi pemakaian kacamata/lensa kontak pada kelompok umur 15-24 tahun sebesar 2,9%, *severe low vision* 0,06% dan kebutaan 0,03%. Prevalensi pendek (TB/U) pada usia 15 tahun 35,9% pada laki-laki, 29,7% pada perempuan. Prevalensi pendek (TB/U) pada usia 16 tahun 36,5% pada laki-laki, 26,0% pada perempuan. Prevalensi pendek (TB/U) pada usia 17 tahun 38,9% pada laki-laki, 23,3% pada perempuan. Prevalensi pendek (TB/U) pada usia 18 tahun 37,4% pada laki-laki, 26,2% pada perempuan. Proporsi orang mempunyai masalah gigi dan mulut pada kelompok umur 15-24 tahun 24,3% dan hanya 26,2% yang menerima perawatan dari tenaga medis. Proporsi perokok setiap hari usia 15-19 tahun 11,2% dan perokok kadang-kadang 7,1%.

Keterbatasan tenaga dari puskesmas dan biaya membuat skrining tidak bisa dilakukan di semua siswa kelas X di wilayah kerja Puskesmas Bantul II. Pemeriksaan berkala satu tahun sekali untuk siswa kelas XI dan XII juga tidak dilakukan karena banyaknya program kerja dari Puskesmas Bantul 2.

Program skrining ini menggunakan bentuk IPC atau *Interprofessional Collaboration* adalah gabungan tenaga kesehatan yang mempunyai latar belakang pendidikan dan ketrampilan di bidang kesehatan. Kedudukan perancang dalam IPC adalah anggota yang bertugas mengembangkan rekam medis elektronik. IPC dimaksudkan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada remaja secara komprehensif sesuai dengan bidang keilmuan kesehatan masing-masing yang disebut dengan JUARA (Juru Kesehatan Remaja). Program JUARA ini sudah berlangsung selama hampir 1 tahun. Selama ini apabila dilakukan *screening* dari Tim JUARA catatan hasil *screening* didokumentasikan menggunakan kertas. Jumlah siswa dari kelas X, kelas XI, dan kelas XII berjumlah sekitar 550 orang setiap sekolah. Setiap diadakan *screening* Tim JUARA harus membawa 550 berkas

rekam medis siswa. Permasalahan yang ada selain masalah berkas rekam medis siswa adalah terkait perhitungan nilai skoring pada kuesioner yang masih manual, dan hasil dari pencatatan yang tidak seragam atau standar. Perancang dan Tim ikut dalam kegiatan ini mempunyai tujuan untuk merancang sistem informasi yang dapat mengintegrasikan layanan kesehatan di UKS dan dapat memberikan output laporan kepada Puskesmas Bantul II.

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Usaha Kesehatan Sekolah adalah segala usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan peserta didik pada setiap jalur, jenis dan jenjang pendidikan mulai dari TK/RA sampai SMA/SMK/MA. (Tim Pembina UKS Pusat, 2012:3)

Puskesmas

Menurut Permenkes nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, 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.

Skrining

Penjaringan kesehatan atau skrining merupakan suatu prosedur pemeriksaan kesehatan yang dilakukan untuk memilah anak yang sehat dan anak yang tidak sehat, serta dapat dimanfaatkan untuk pemetaan kesehatan peserta didik (Direktorat Bina Kesehatan Anak, 2015:8).

Pemrograman Web

Pemrograman web sering disebut *coding* atau *scripting*. Karena inputannya berupa koding atau skrip. Penulisan *script* atau *coding* dapat menggunakan editor teks (notepad) atau editor web (dreamweaver atau notepad++) (Sutisna, 2007).

Metode

Perancangan ini menggunakan metode *research and development*. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah Wawancara, kuesioner, dan studi dokumentasi. Subjek pada penelitian ini adalah lima orang tim JUARA dengan rincian satu orang dokter umum tim JUARA, satu orang dokter gigi

Perancang melakukan studi dokumentasi dan wawancara untuk merancang desain basis data. Berdasarkan studi dokumentasi yang dilakukan perancang, dapat diketahui kebutuhan data pada Sistem Informasi Kesehatan Remaja pada Tabel 2:

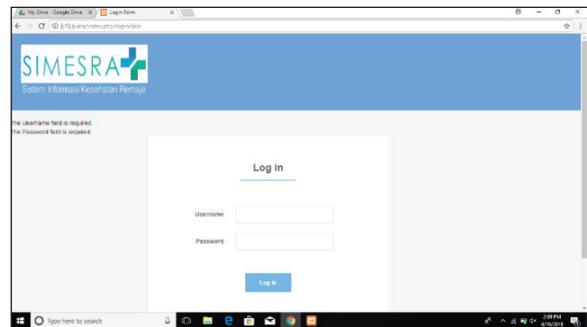
Tabel 2 Kebutuhan Data Sistem Informasi Kesehatan Remaja

No	Jenis Data	Item Data
1	Data Siswa	nomor induk siswa, nama, alamat, kecamatan, desa, tempat lahir, tanggal lahir, sekolah, jenis kelamin
2	Kuesioner	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuesioner Riwayat Kesehatan Peserta Didik 2. Kuesioner Riwayat Kesehatan Keluarga Peserta Didik 3. Kuesioner Gaya Hidup Peserta Didik 4. Kuesioner Kesehatan Reproduksi Peserta Didik 5. Kuesioner Kesehatan Mental Emosional Peserta Didik 6. Kuesioner Intelegensia Peserta Didik
3	Bahan Edukasi dan Konseling	berat badan, mulut dan gigi, mengompol, tinggi badan, sakit kepala, stress, postur tubuh, nyeri dada, kesulitan belajar, diet/makanan/nafsu makanan, sakit perut, sulit konsentrasi, kulit, nyeri saat buang air kecil, cara belajar efektif, bau badan, menstruasi, sulit tidur, pendengaran, organ seksual, NAPZA/narkoba, penglihatan, masturbasi/onani, lainnya
4	Pemeriksaan Tanda Vital	suhu tubuh, status suhu tubuh, denyut nadi, status denyut nadi, tekanan darah, status tekanan darah, frekuensi pernapasan, status frekuensi pernapasan, bising jantung, bising paru

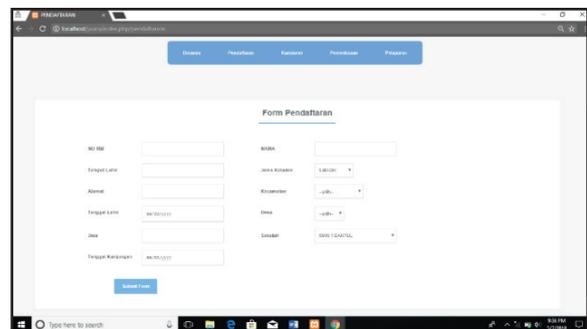
Pembuatan Antarmuka Sistem Informasi Kesehatan Remaja

Perancang dalam membuat antarmuka melalui beberapa tahap. Perancang yang sudah melakukan analisis kebutuhan kemudian menggambar desain rancangan kasar antarmuka sistem informasi kesehatan remaja, lalu menawarkan desain yang dibuat menggunakan aplikasi pencil untuk ditawarkan kepada calon pengguna dan yang terakhir adalah membuat desain perwujudan halaman menggunakan bahasa pemrograman PHP.

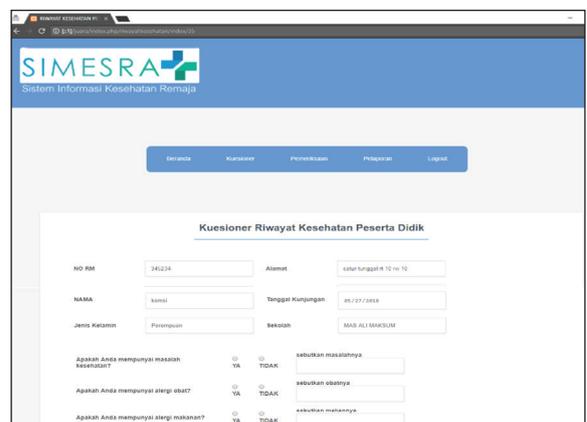
Password yang disimpan di sistem di enkripsi menggunakan metode md5 sehingga tidak mudah untuk diretas oleh orang yang tidak berhak mengakses sistem.



Gambar 2 Halaman Login



Gambar 3 Halaman Pendaftaran



The image shows a questionnaire form with several questions and input fields. The questions are:

- Apakah Anda mempunyai asma/bengkak? (YA/TIDAK)
- Apakah saat ini mengonsumsi obat? (YA/TIDAK)
- Apakah pernah dirawat di rumah sakit? (YA/TIDAK)
- Apakah Anda pernah mengalami kelesakan/lelah otot, patah tulang, dll? (YA/TIDAK)
- Apakah Anda pernah pingsan satu tahun terakhir? (YA/TIDAK)
- Apakah Anda pernah melakukan transfusi darah? (YA/TIDAK)
- Apakah Anda pernah kejang berulang? (YA/TIDAK)
- Apakah Anda mempunyai riwayat penyakit lainnya? (YA/TIDAK)

 There are also input fields for 'sebutkan obatnya', 'perakitnya', 'sakit', 'cedera', and 'lebih dari satu kali'. A 'Submit Form' button is at the bottom.

Gambar 4 Contoh Halaman Kuesioner

The image shows the SIMESRA web application interface. The header includes the logo and name 'SIMESRA Sistem Informasi Kesehatan Remaja'. Below the header are navigation tabs: 'Beranda', 'Dashboard', 'Pemeriksaan', 'Program', and 'Logout'. The main content area is titled 'Pemeriksaan Tanda Vital' and contains a form with the following fields:

- NO RM: [input field]
- Alamat: [input field]
- usia tercapai: [input field]
- NAMA: [input field]
- Tempat Kelahiran: [input field]
- Jenis Kelamin: [input field]
- Sexual: [input field]
- Status tubuh: [input field]
- Status tubuh tubuh: [input field]
- Darajat hall: [input field]
- Status darajat hall: [input field]
- Tekanan darah: [input field]
- ming: [input field]
- Status tekanan darah: [input field]
- Frekuensi pernapasan: [input field]
- menit: [input field]
- Status frekuensi pernapasan: [input field]
- tingg panjang: (YA/TIDAK)
- tingg paru: (YA/TIDAK)

 A 'Submit Form' button is at the bottom.

Gambar 5 Contoh Halaman Pemeriksaan

Pembahasan

Menurut Thor (2008) MD5 atau yang juga dikenal dengan message Digest Algorithm 5, ditemukan pada bulan April 1992. MD5 adalah teknik enkripsi satu arah yang juga menggunakan 128 bit enkripsi. MD5 selalu menghasilkan 32 karakter yang terdiri dari angka dan huruf sebagai hasil akhirnya. Hasil penelitian perancang tidak sejalan dengan penelitian Pambudi (2016) dan Annisa (2016) yang belum mengenkripsi password dalam mengembangkan pengembangan antarmuka sistem pendataan keluarga sehat. Hal ini membuat hasil rancangan dari perancang orisinal dan merupakan sebuah inovasi di Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Univeristas Gadjah Mada. Sistem Informasi Kesehatan Remaja menggunakan metode enkripsi md5. Menurut Thor (2008) MD5 atau yang juga dikenal dengan message Digest Algorithm 5, ditemukan pada bulan April 1992. MD5 adalah teknik enkripsi satu arah yang juga menggunakan 128 bit enkripsi. MD5 selalu menghasilkan 32 karakter yang terdiri dari angka dan huruf sebagai hasil akhirnya.

Kesimpulan

1. Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Remaja disusun sudah berdasarkan kebutuhan pengguna yaitu kebutuhan sistem yang mampu untuk
 - a. Membuat proses pencatatan lebih praktis dengan tidak membawa berkas kemana-mana
 - b. Sistem dapat diakses dimana saja dan kapan saja.
 - c. Menghasilkan data yang sesuai dengan ketentuan pengelompokan indeks.
2. Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Remaja dibuat dengan bahasa pemrograman PHP dan menggunakan framework codeigniter. Proses pengembangan dimulai dari analisis kebutuhan, membuat desain proses, membuat desain basis data, membuat desain tampilan antarmuka.

Saran

1. Sebaiknya kelemahan yang ditemukan saat evaluasi pada sistem informasi kesehatan remaja khususnya pada pencatatan hasil skrining segera diperbaiki dan disempurnakan.
2. Sebaiknya programmer yang akan mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan Remaja khususnya pada pencatatan hasil skrining mengikuti desain antarmuka pencatatan hasil skrining yang telah dibuat perancang

Daftar Pustaka

- Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah. Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar Tim Pembina UKS Pusat. Jakarta. Diakses dari www.kemdikbud.go.id. Pada tanggal 6 Desember 2017
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 *Pusat Kesehatan Masyarakat*. 17 Oktober 2014. Jakarta. Diakses dari www.depkes.go.id. Pada tanggal 6 Desember 2107
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 *Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga*. 19 Agustus 2016. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1223. Jakarta. Diakses dari www.depkes.go.id. Pada tanggal 6 Desember 2018

Petunjuk Teknis Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala di Satuan Pendidikan Sekolah Dasar dan Menengah.2015.Jakarta. Diakses dari www.depkes.go.id. Pada tanggal 10 Januari 2018

Riset Kesehatan Dasar 2013.Jakarta:Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Diakses dari www.depkes.go.id. Pada tanggal 15 Januari 2018

Sutisna, D. 2007. *7 Langkah Mudah Menjadi Webmaster*. Jakarta: Mediakita

Thor. 2008. *Hacker's Biggest Secret: Zero-Knowledge Password*. Jakarta: Elex Media Komputindo

Analisis *Dispute* Kode Diagnosis Rumah Sakit Dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Irmawati¹, Marsum², Monalisa³
¹Poltekkes Kemenkes Semarang
³RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah
¹irmachristanto@gmail.com

Abstract

Ina-CBG's tariff-shaped package consists of all components of hospital cost based on costing data and coding of diseases referring to International Classification of Diseases (ICD) compiled by the WHO consisting of 14,500 diagnostic codes and ICD 9 CM 7,500 code action. BPJS Verificators are aware of the coding, clinical pathway and diagnosis of diseases that must be attached with the process of examination of the patient, if it is not appropriate it will be returned to the hospital. The purpose of this research is to know the analysis dispute Code of hospital diagnosis with BPJS Kesehatan. Research survey with a quantitative descriptive method through the study of documentation and the observation checklist is equipped with qualitative data retrieval in RSUD Ungaran Type C Hospital. It uses Total Sampling in August 2018 as much as 67 claims files with dispute code. The results showed most of the claims files returned were the case with classification of Case-Mix Main Groups (CMG) code A (Infectious and parasitic diseases Groups) as much as 35.82%. Description dispute the diagnostic code by BPJS and the hospital occurs under no specific code conditions, KD code (Key Diagnosis) or SD (Secondary Diagnosis) code is not supported by supporting inspection data, the SD code becomes part or advanced of the Code, code On the suspect diagnosis condition. File completion claims return because the code dispute with the rule code reselection of MB2 as much as 59.70%. The determination of the code should always read again and follow the rules. Medical personnel need to understand that the completeness and consistency in filling medical records is necessary to produce accurate code.

Keyword : *International Classification of Diseases, Ina-Cbg's, BPJS Kesehatan*

Abstrak

Tarif Ina-Cbg's berbentuk paket yang mencakup seluruh komponen biaya rumah sakit yang berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit mengacu pada *International Classification of Diseases* (ICD) yang disusun oleh WHO yang terdiri dari 14.500 kode diagnosis dan ICD 9 CM 7.500 kode tindakan. Verifikator dari BPJS mencermati diantaranya *coding*, *clinical pathway* dan diagnosis penyakit yang harus dilampiri dengan proses pemeriksaan terhadap pasien, apabila tidak sesuai maka akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis *dispute* kode diagnosis rumah sakit dengan BPJS kesehatan. Penelitian survey dengan metode deskriptif secara kuantitatif melalui studi dokumentasi dan ceklist observasi dilengkapi dengan pengambilan data kualitatif di RSUD Ungaran Rumah Sakit Tipe C. Menggunakan Total Sampling pada bulan Agustus 2018 sebanyak 67 berkas klaim dengan *dispute* kode. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar berkas klaim yang dikembalikan adalah kasus dengan klasifikasi kelompok Case-Mix Main Groups (CMG) kode A (*Infectious and parasitic diseases Groups*) sebanyak 35,82%. Gambaran *dispute* kode diagnosis oleh BPJS dan rumah sakit terjadi pada kondisi kode tidak spesifik, kode DU (Diagnosis Utama) atau kode DS (Diagnosis Sekunder) tidak didukung oleh data pemeriksaan penunjang, kode DS menjadi bagian atau lanjutan dari kode, kode pada kondisi diagnosis *suspect*. Penyelesaian berkas klaim pengembalian karena *dispute* kode dengan reseleksi kode rule MB2 sebanyak 59,70%. Penentuan kode hendaknya selalu membaca kembali dan mengikuti kaidah-kaidah. Tenaga medis perlu memahami bahwa kelengkapan dan kekonsistensian dalam pengisian rekam medis sangat dibutuhkan untuk menghasilkan kode yang akurat.

Kata Kunci: *International Classification of Diseases, Ina-Cbg's, BPJS Kesehatan*

Pendahuluan

Salah satu tugas yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sebagai lembaga sosial masyarakat adalah membayarkan manfaat dan membiayai pelayanan sesuai dengan peraturan jaminan sosial yang telah ditetapkan. Sistem pembiayaan yang digunakan oleh BPJS Kesehatan adalah Sistem Pembayaran pelayanan kesehatan berbasis Casemix Ina-Cbg's (*Indonesia Case Base Group's*) yaitu merupakan aplikasi yang digunakan untuk pengajuan klaim pembayaran oleh rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan. *Case Base Group's* adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Tarif Ina-Cbg's dalam program Jaminan kesehatan nasional (JKN) merujuk pada data *costing* (biaya) 137 Rumah sakit (RS) Pemerintah maupun RS Swasta. Metode perhitungan biaya menggunakan Sistem Ina-Cbg's yang digunakan oleh Rumah Sakit maupun pihak pembayar (pemerintah selaku pihak BPJS) tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, tapi ditentukan oleh beberapa data penting diantaranya Kode DRG (*Disease Related Group*), *Lenght Of Stay* (LOS), Regional Rumah Sakit, Kualifikasi Rumah Sakit (Rujukan Nasional). Tarif Ina-Cbg's berbentuk paket yang mencakup seluruh komponen biaya RS yang berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit mengacu pada *International Classification of Diseases* (ICD) yang disusun oleh WHO yang terdiri dari 14.500 kode diagnosis dan ICD 9 CM 7.500 kode tindakan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software Ina-Cbg's ditentukan oleh kode diagnosis dan tindakan medis yang telah ditetapkan oleh koder rumah sakit. Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas, administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Apabila dalam proses verifikasi terdapat ketidaksesuaian berkas klaim dengan ketentuan dalam tahap verifikasi maka akan terjadi pengembalian berkas klaim dari verifikasi BPJS Kesehatan kepada pihak Rumah Sakit. Apabila masih banyak berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS akan berdampak sangat merugikan terhadap Rumah Sakit karena akan memperlambat proses pembayaran klaim. Hasil penelitian yang dilakukan Irmawati (2016) tentang Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap oleh

Verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Tugurejo didapatkan bahwa dari 97 berkas klaim yang dikembalikan diketahui bahwa sebanyak 62 berkas (64%) disebabkan oleh factor pelayanan kesehatan yaitu ketidaksesuaian kode diagnose dan prosesur tindakan pada tagihan klaim.

Tabel 1 : Prosentase Pengembalian Berkas Klaim oleh BPJS di RSUD Ungaran Periode Januari - Juli 2018

Bulan	Jmlh Ber- kas Kla- im	Diterima		Dikem- balikan		Total	
		F	%	F	%	F	%
Januari	808	700	86,64	108	13,36	808	100
Februari	649	544	83,83	105	16,17	649	100
Maret	829	715	86,25	114	13,75	829	100
April	804	707	87,94	97	12,06	804	100
Mei	802	704	87,79	98	12,21	802	100
Juni	639	537	84,04	102	15,96	639	100
Juli	567	475	86,25	92	13,75	567	100
Total	5.098	4396		702	13,89		
Rata- rata							

Sumber : data klaim pasien RSUD Ungaran

Tabel 1 diketahui bahwa jumlah berkas klaim yang dikembalikan BPJS dalam bulan Januari sampai dengan Juni 2018 mengalami naik turun, dengan rata-rata pengembalian 13,89%. Kecenderungan ini perlu mendapat perhatian karena sesuai dengan perencanaan rumah sakit, dalam pengajuan klaim bahwa kondisi pengajuan klaim adalah *zero rejected*.

Tabel 2 : Prosentase Penyebab Pengembalian Berkas Klaim oleh BPJS di RSUD Ungaran Periode Januari - Juni 2018

Bu- lan	Kla- im yang di- kem- bali- kan	Ketidak lengkapan for-mulir ber- kas klaim		Ketidak- sesuaian kode berkas klaim		Total	
		F	%	F	%	F	%
Januari	108	15	13,89	93	86,11	108	100
Februari	105	12	11,43	93	88,57	105	100
Maret	114	31	27,19	83	72,81	114	100
April	97	22	22,68	75	77,32	97	100
Mei	98	15	15,31	83	84,69	98	100
Juni	102	20	19,61	82	80,39	102	100
Juli	92	14	15,22	78	84,78	92	100

Total	624	115	509
Rata-Rata		18,35	81,64

Sumber : data klaim pasien RSUD Ungaran

Tabel 2 diketahui bahwa alasan pengembalian berkas klaim oleh BPJS dari bulan Januari sampai dengan Juni 2018, sebagian besar adalah karena ketidaksesuaian koding dengan rata-rata 81,64% dan ketidaklengkapan formulir dengan rata-rata 18,35%. Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik melakukan kajian mendalam tentang Dispute Kode diagnosis rumah sakit dengan BPJS Kesehatan.

Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey dengan metode deskriptif yang bertujuan untuk menyajikan gambaran lengkap dengan cara mendeskripsikan sejumlah variabel yang berkenaan dengan masalah yang diteliti. Penelitian ini dilengkapi dengan pengambilan data kualitatif. Pengambilan data kualitatif digunakan untuk menggali data yang belum terkaji secara mendalam pada saat pengambilan data secara kuantitatif melalui studi dokumentasi dan ceklist observasi. Penelitian ini dilakukan di RSUD Ungaran Kabupaten Semarang. Berkas klaim rekam medis RSUD Ungaran yang dikembalikan oleh verifikator BPJS kesehatan yang disebabkan dispute kode pada bulan Agustus 2018 sebanyak 67 berkas klaim. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi Observasi pada jumlah berkas pending klaim, verifikasi BPJS, dispute kode, deskripsi dan kode Ina CBGs, tarif klaim dan tarif rumah sakit. ceklist observasi analisis resume medis digunakan untuk mengetahui kelengkapan dan konsistensi resume medis, ceklist pedoman koding digunakan untuk akurasi kode. Revisi dan penyelesaian *dispute* kode dilaksanakan dengan triangulasi data melalui focus group diskusi antara koder, verifikator dan peneliti.

Hasil dan Pembahasan

Klasifikasi dispute kode berdasarkan kelompok Case-Mix Main Groups (CMG)

Penelitian ini dilakukan pada 67 berkas klaim yang dikembalikan, adapun klasifikasi berkas klaim yang dikembalikan berdasarkan kelompok Case-Mix Main Groups (CMG).

Tabel 3 : Distribusi frekuensi klasifikasi dispute kode berdasarkan kelompok Case-Mix Main Groups (CMG)

NO	DESKRIPSI CMG	KODE CMG	JUMLAH	
			f	%
1	Central nervous system Groups	G	2	2,99
2	Respiratory system Groups	J	11	16,42
3	Cardiovascular system Groups	I	2	2,99
4	Digestive system Groups	K	1	1,49
5	Hepatobiliary & pancreatic system Groups	B	2	2,99
6	Endocrine system, nutrition & metabolism Groups	E	3	4,47
7	Nephro-urinary System Groups	N	5	7,46
8	Deliveries Groups	O	7	10,44
9	Newborns & Neonates Groups	P	2	2,99
10	Myeloproliferative system & neoplasms Groups	C	8	11,94
11	Infectious & parasitic diseases Groups	A	24	35,82
Total			67	100,00

Tabel 3 Berkas klaim berdasarkan klasifikasi kelompok Case-Mix Main Groups (CMG) diketahui bahwa sebagian besar klasifikasi berkas klaim adalah kelompok Case-Mix Main Groups kode A (*Infectious and parasitic diseases Groups*) sebanyak 24 kasus (35,82%), kemudian kelompok Case-Mix Main Groups kode J (*Respiratory system Groups*) sebanyak 11 kasus (16,42%), dan kelompok Case-Mix Main Groups kode C (*Myeloproliferative system & neoplasms Groups*) sebanyak 8 kasus (11,94%).

Berdasarkan hasil penelitian berkas klaim adalah kelompok Case-Mix Main Groups kode A (*Infectious and parasitic diseases Groups*), dimana kondisi ini sesuai dengan RSUD Ungaran yang merupakan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKTRL) dengan klasifikasi tipe C. Sebagian besar jenis kasus yang ditangani oleh rumah sakit adalah jenis kasus ringan yang ditangani oleh dokter spesialis yang tidak memerlukan pemeriksaan penunjang dan prosedur

tindakan medis dengan menggunakan kelengkapan peralatan medis yang berat atau peralatan medis yang menggunakan teknologi tingkat tinggi seperti halnya rumah sakit dengan klasifikasi tipe B dan A

Gambaran analisis dispute kode diagnosis rumah sakit dengan BPJS Kesehatan

Tabel 4 : Distribusi frekuensi dispute kode diagnosis oleh BPJS dan rumah sakit

NO	KATEGORI	JUMLAH	
		f	%
1	Kode tidak spesifik	9	13,43
2	Kode DU atau kode DS tidak didukung oleh data pemeriksaan penunjang	53	79,10
3	Kode DS menjadi bagian atau lanjutan dari kode DU	4	5,97
4	Kode pada kondisi diagnosis suspect	1	1,50
Total		67	100,00

Tabel 4 diketahui *dispute* kode diagnosis rumah sakit dan BPJS sebagian besar adalah pada kondisi kode DU atau kode DS tidak didukung oleh data pemeriksaan penunjang sebanyak 53 kasus (79,10%)

Kondisi kelompok pertama sebagian besar terjadi pada kasus kelompok klasifikasi Case-Mix Main Groups kode A (*Infectious and parasitic diseases Groups*) pada kode A01.0 (*typhoid fever*) dan pada kelompok klasifikasi Case-Mix Main Groups kode J (*respiratory system Groups*) pada kode J18.0 (*bronchopneumonia unspecified*).

Didalam resume medis pasien tercatat diagnosis observasi typhoid dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut mual (+), muntah (+), nyeri perut (+). Widal tes titer O = 1/160. Koder menuliskan kode DU A01.0 (*typhoid fever*), kode DU belum bisa ditegakkan karena tidak didukung data pemeriksaan penunjang. Kode DU A01.0 (*typhoid fever*) dapat di tegakkan apabila hasil pemeriksaan uji widal pada minggu pertama dengan hasil titer antibodi O > 1/320 dan titer antibodi H > 1/640 (WHO). Sehingga kode DU A01.0 direvisi menjadi kode Z03.8 (*Observation for other suspected diseases and conditions*), karena sampai akhir episode perawatan belum ada diagnosis spesifik yang ditegakkan, diagnosis yang tercatat dalam resume medis observasi typhoid.

Selanjutnya pada kondisi kode tidak spesifik sebanyak 9 kasus (13,43%). Ketidakspefisikan kode

terjadi pada kelompok klasifikasi Case-Mix Main Groups kode P (*Newborns and Neonates Groups*) pada kode P21.9 (*Birth asphyxia, unspecified*) dan kelompok klasifikasi Case-Mix Main Groups kode O (*Deleiveries Groups*) pada kode O00.9 (*Ectopic pregnancy, unspecified*) (WHO, ICD-10). Didalam resume medis pasien tercatat diagnosis asfiksia, dengan hasil pemeriksaan bayi baru lahir lemah (+), gerak (+), nags (+) suhu tubuh 36 derajat Celcius, nilai apgar score 7. Koder menuliskan kode DU P21.9 (*birth asphyxia unspecified*), kode DU tidak spesifik tidak sesuai hasil data klinis dimana nilai apgar score 7, sehingga kode direvisi lebih spesifik menjadi P21.1 (*Mild and moderate birth asphyxia*) *Asphyxia with 1-minute Apgar score 4-7* (WHO, ICD-10). Kemudian pada kondisi Kode DS menjadi bagian atau lanjutan dari kode DU sebanyak 4 kasus (5,97%).

Kode DS menjadi bagian atau lanjutan dari kode DU pada kelompok klasifikasi Case-Mix Main Groups kode I (*Cardiovascular system Groups*) pada kode I50.0 (*Congestive heart failure*)

Pada resume medis tercatat beberapa diagnosis CHF, gagal ginjal dan oedem paru hasil pemeriksaan sebagai berikut keluhan sesak, batuk, nyeri ulu hati, dan mual. Tekanan darah pasien 170/90 mmHg. Pasien dirawat selama 4 hari. Pasien sudah menjalani pemeriksaan EKG dan pemeriksaan rongent ada. Koder menuliskan kode DU I50.0 (*Congestive heart failure*) dan kode DS J81 (*Pulmonary oedema*). Kode DS J81 (*Pulmonary oedema*) tidak dapat ditegakkan sendiri, keadaan edema paru pada pasien CHF sudah menjadi satu kesatuan pada CHF sehingga tidak perlu ditagihkan lagi sebagai diagnosis sekunder, Penggunaan Kode J81, di-exclude-kan *with mention heart disease NOS or heart failure* (WHO, ICD-10). Kode DS J81 di exclude karena berdampak terhadap peningkatan severity level dan berdampak terhadap grouping yang mengakibatkan kenaikan data billing.

Paling sedikit adalah pada kondisi diagnosis *suspect* yaitu sebanyak 1 kasus (1,50%). Kode pada kondisi *suspect* pada kelompok klasifikasi Case-Mix Main Groups kode C (*Myeloproliferative system and neoplasms Groups*). Pada resume medis tercatat diagnosis dugaan neoplasma ganas cervix, sampai akhir episode perawatan diagnosis belum ditegakkan. Koder menuliskan kode DU C53.9 (*Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified*). Kode DU C53.9 (*Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified*) belum dapat ditegakkan karena tidak

didukung data pemeriksaan penunjang, sehingga kode DU direvisi dengan kode Z03.1 (*Observation for suspected malignant neoplasm*).

Jika diagnosis yang lebih spesifik belum ditegakkan sampai akhir episode perawatan atau tidak ada penyakit atau cedera pada saat dirawat yang bisa dikode, maka kode dari Bab XVIII dan XXI dapat digunakan sebagai kode diagnosis utama (lihat juga Rules MB3 dan MB5). Kategori Z03.– (observasi dan evaluasi medis untuk penyakit dan kondisi yang dicurigai) digunakan untuk diagnosis “suspek” yang dapat dikesampingkan setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan. (PMK 76 tahun 2016).

Gambaran penyelesaian dispute kode berdasarkan reseleksi kode

Jika beberapa kondisi yang tidak bisa dikode bersamaan tercatat sebagai diagnosis utama, maka dilakukan reseleksi kode dengan memilih salah satu kondisi yang menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah diagnosis utama pada pasien yang selama episode perawatan diberikan asuhan dan menghabiskan sumber daya paling banyak selama episode perawatan, selain itu juga dapat dipilih sesuai dengan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang menangani pasien tersebut.

Didalam resume medis tercatat lebih dari satu kondisi utama, sehingga untuk menentukan kode diagnosis utama, koder melaksanakan reseleksi kode rule MB2, kondisi ini yang seringkali membuat kesalahan atau ketidakakuratan kode. Karena pada saat menentukan kode diagnose utama harus benar-benar menentukan kode yang akurat dan presisi.

Hal ini membutuhkan kemampuan koder dalam menganalisis resume medis dan data-data penunjang lainnya di dalam berkas rekam medis untuk mendukung penegakan kode diagnosis utama.

Reseleksi rule MB4 (kspesifikan) adalah kondisi dimana diagnosis yang tercatat sebagai diagnosis utama menguraikan suatu kondisi secara umum, sedangkan suatu istilah yang bisa memberikan informasi yang lebih tepat mengenai tempat atau bentuk kondisi tersebut tidak tercatat. Untuk menentukan diagnose utama dilakukan reseleksi kode dengan pedoman rule MB4. Apabila sampai akhir periode perawatan pasien dan didalam resume medis pasien tercatat diagnosis yang masih merupakan kondisi umum, maka untuk menentukan kode diagnose utama dipilih kode yang lebih spesifik,

disesuaikan dengan hasil analisis resume medis dan hasil pemeriksaan klinis dan data penunjang dan di sesuaikan dengan pedoman koding yaitu ICD-10 dan ICD-9 CM. Hal ini membutuhkan kemampuan koder dalam menganalisis resume medis dan data-data penunjang lainnya di dalam berkas rekam medis untuk memilih kode yang lebih spesifik.

Kode kondisi supect adalah kondisi dimana jika diagnosis yang lebih spesifik belum ditegakkan sampai akhir episode perawatan atau tidak ada penyakit atau cedera pada saat dirawat yang bisa dikode maka kode dari Bab XVIII dan XXI dapat digunakan sebagai kode diagnosis utama.

Sesuai dengan PMK 76 tahun 2016 tentang pedoman INA-CBG dalam pelaksanaan JKN bahwa Kategori Z03.– (observasi dan evaluasi medis untuk penyakit dan kondisi yang dicurigai) digunakan untuk diagnosis “suspek” yang dapat dikesampingkan setelah dilakukan pemeriksaan lanjutan.

Simpulan

Sebagian besar berkas klaim yang dikembalikan adalah kasus dengan klasifikasi kelompok Case-Mix Main Groups (CMG) kode A (*Infectious and parasitic diseases Groups*) sebanyak 35,82%. Dan sebagian besar penyelesaian berkas klaim pengembalian karena *dispute* kode adalah dengan reseleksi kode rule MB2 sebanyak 59,70%

Dalam rangka menurunkan angka berkas pengembalian klaim BPJS, maka disarankan

1. Bagi tenaga koder
Didalam menentukan kode hendaknya selalu membaca kembali dan mengikuti kaidah-kaidah penentuan kode sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
2. Bagi tenaga medis
Sumber data untuk mengkode INA-CBG berasal dari resume medis dan apabila diperlukan dapat dilihat dalam berkas rekam medis, sehingga tenaga medis perlu memahami bahwa kelengkapan dan kekonsistensian dalam pengisian rekam medis sangat dibutuhkan untuk menghasilkan kode yang akurat.
3. Kepala instalasi rekam medis
Kepala instalasi rekam medis melalau komite medis mengusulkan adanya sosialisasi kepada tenaga medis, tenaga koder, dan verifikator

terkait adanya pedoman-pedoman terkini INA-CBG dalam implementasi JKN

Daftar Pustaka

- Hatta, Gemala.R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana pelayanan kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Jakarta
- Kepmenkes Nomor 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan. Jakarta: Menkes RI
- Mathis R.L dan Jackson J.H, 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta : Salemba Empat
- National Center for Health Statistics. 2008. *International Classification of Disease, Tenth Revision (ICD-10)*. Diunduh : 23 Februari 2016
- Internet : <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvc/icd10des.htm>.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Olivia, Firza. (2016). *Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang Tahun 2016*. Semarang : *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*.
- Oryza, Rizki. (2015). *Identifikasi Kelengkapan Informasi dan Keakuratan Kode Rekam medis Terkait Penentuan Tarif Biaya Pasien BPJS di RSUD Pandan Arang Boyolali*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's*. 2014. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan program JKN pada SJSN*. 2015. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/SK/III/2008 tentang Rekam Medis*. 2008. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 290/Menkes /Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran*. 2008. Jakarta: Menkes RI
- Permenkes RI No. 76 th 2016 tentang Pedoman INA CBGs (*Indonesian Case Base Groups*) dalam pelaksanaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)
- Surat Edaran Menkes HK.03.03/518 Th 2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan klaim INA-CBGs
- SK Menkes RI No. 50/MENKES/SK/I/1998. *Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional Mengenai Penyakit Revisi ke-Sepuluh tertanggal 13 Januari 1998*
- Terry, G.R. *Penelaahan Buku Principles Of Management*. Balai Lektur Mahasiswa UNPAD. Bandung.1980
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-undnag Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN
- World Health Organization, 2004. *International Statistical Classification od Disease and Related Health Problems Tenth Revision Volume 2 second edition*. Geneva: World Health Organization
- www.indonesian-publichealth.com, tentang Unsur-Unsur Managemen diakses pada tanggal 02 Februari 2018
- www.hakayuci.com tentang Sistem kodefikasi, diakses pada tanggal 02 Februari 2018
- WHO. ICD-10 volume1,2,3 revisi ke 10 (*International Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Volume 1,2,3*). 2010
- WHO. ICD-9CM Volume 3 (*The International Clasification of Diseases-Clinical Modification 9th Revision Volume 3*).2010

Hubungan Human, Organisasi, Dan Teknologi Terhadap Kepuasan Penggunaan Aplikasi *Primary Care* Di Klikik Pratama Kota Pekanbaru

Tri Purnama Sari¹, Wen Via Trisna², Haryani Octaria³, Doni Jepisah⁴

^{1,2}STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Email: ¹Tripurnamasari@htp.ac.id

^{2,3,4}Email: ²Wenviatrisna@htp.ac.id, Haryanioctaria@htp.ac.id, donijepisah@htp.ac.id

Abstrac

Satisfaction of Primary Care application users becomes the need to guarantee the accountability of services to BPJS. To measure the level of satisfaction of the Primary Care application, the End User Computation Satisfaction (EUCS) method is used. The aim of the study was to study the relationship between humans, organizations, and technology with EUCS (End User Satisfaction Computing at Pekanbaru pratama city clinic. This type of research is a quantitative cross sectional study with primary information system networks. Variables used were factor-independent variables HOT (human) EUCS (End User Computing Satisfaction) The research subjects were primay care information system operators with a sample of 90 pratama clinics in the city of Pekanbaru that were taken as total samples, which stated that humans were quite good about being satisfied with the use of p care as much as 2 (100%), respondents who stated that the organization was good enough about satisfaction with the use of p care, namely as much as 5 (100%), and respondents who stated that the technology was good enough needed to be satisfied with the use of p care, which was 6 (60%).

Keywords: human, organization, technology, EUCS, Klinik pratama

Abstrak

Kepuasan pengguna aplikasi Primary Care menjadi kebutuhan untuk menjamin kinerja pelaporan pelayanan ke BPJS. Untuk mengukur tingkat kepuasan aplikasi Primary Care tersebut, maka digunakanlah metode End-User Computing Satisfaction (EUCS). Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui hubungan human, organization, dan teknologi dengan EUCS (End User Computing Satisfaction di klinik pratama kota pekanbaru. Jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif bersifat cross sectional dengan obyek sistem informasi Primary Care. Variabel yang diteliti adalah variabel bebas faktor HOT (human, organisasi, dan teknologi) terhadap variabel terikat faktor EUCS (End User Computing Satisfaction). Subyek penelitian adalah operator sistem informasi primay care dengan sampel sebesar 90 klinik pratama yang ada di kabupaten kota pekanbaru yang diambil secara total sampling. Berdasarkan hasil penelitian didapat bahwa reponden yang menyatakan human cukup baik cenderung merasakan puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 2 (100%), reponden yang menyatakan organization cukup baik cenderung merasakan puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 5 (100%), dan reponden yang menyatakan Teknologi cukup baik cenderung merasakan cukup puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 6 (60%).

Kata kunci: human, organization, technology, EUCS, Klinik pratama

Pendahuluan

Teknologi Informasi (TI) semakin berkembang pesat pada zaman sekarang, ini terbukti dengan adanya penggunaan komputer sebagai sarana pendukung kegiatan manusia di berbagai bidang, termasuk dibidang kesehatan (Marcelino et al., 2016)

Sistem informasi kesehatan berbasis komputer telah lama dikenal dan diaplikasikan dibidang kesehatan, bahkan dilevel puskesmas telah mengenal beberapa aplikasi seperti Simpus (Sistem Informasi

Puskesmas), SP3 (Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas), dan Primary care (P-Care) BPJS Kesehatan (Herlina & Kemal N. Siregar, 2014).

Sejak Januari 2014 pemerintah telah memberlakukan program jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh badan berupa BPJS (Badan Pengelola Jaminan Sosial). Dalam perkembangannya, untuk memudahkan verifikasi kepesertaan, serta kebutuhan akan berjalannya sistem rujukan ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi, BPJS meluncurkan aplikasi Primary Care atau dikenal dengan istilah P-Care.

Seluruh klinik pratama dan pelayanan kesehatan dasar lainnya yang bekerjasama dengan BPJS diharuskan untuk menggunakan aplikasi ini.

Primary Care BPJS Kesehatan ini diaplikasikan di bagian registrasi pasien, memiliki bahan masukan, antara lain identitas pasien (nama, alamat, jenis kelamin, tanggal lahir) nomor kepesertaan, poliklinik tujuan, anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, pemeriksaan penunjang sampai pemberian obat-obatan. Adapun output dari aplikasi ini masih sebatas daftar nama pasien yang berkunjung, status pasien (dirujuk/tidak), hasil diagnosa (Purba. H, 2014).

Primary Care memiliki banyak manfaat diantaranya seperti dapat memberikan pelayanan yang cepat kepada peserta BPJS yang dalam hal ini disebut sebagai pasien, dimana data dari pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter yang ada di fasilitas kesehatan tingkat pertama nantinya dapat dibaca secara langsung oleh Rumah Sakit rujukan. Manfaat berikutnya adalah dengan Primary Care petugas bisa mengetahui jumlah peserta yang terdaftar, dapat mengetahui riwayat pelayanan medis masing-masing pasien, dapat mencetak rujukan, penyimpanan data bersifat elektronik dan lain-lain (Senja, 2018).

Kepuasan pengguna aplikasi Primary Care menjadi kebutuhan untuk menjamin kinerja pelaporan pelayanan ke BPJS. Untuk mengukur tingkat kepuasan aplikasi Primary Care tersebut, maka digunakanlah metode End-User Computing Satisfaction (EUCS).

Pengukuran terhadap kepuasan telah mempunyai sejarah yang panjang dalam disiplin ilmu sistem informasi. Dalam lingkup end-user computing, sejumlah studi telah dilakukan untuk meng-capture keseluruhan evaluasi di mana pengguna akhir telah menganggap penggunaan dari suatu sistem informasi (misalnya kepuasan) dan juga faktor-faktor yang membentuk kepuasan ini. (Doll et al. 1995 disitasi oleh Chin et al., 2000)

Yusof et al. (2006, 10) memberikan suatu kerangka baru yang dapat digunakan untuk melakukan evaluasi sistem informasi yang disebut HumanOrganization-Technology (HOT) Fit Model. Model ini menempatkan komponen penting dalam sistem informasi yakni Manusia (Human), Organisasi (Organization) dan Teknologi (Technology). dan kesesuaian hubungan di antaranya.

Berdasarkan hasil survey pendahuluan pada tiga klinik pratama kota pekanbaru, menunjukkan bahwa

masih ada permasalahan pada penggunaan sistem informasi Primary Care, diantaranya sistem yang sering eror, database peserta yang berubah. Struktur organisasi dan SOP yang belum ada juga menjadi suatu permasalahan yang ada. Oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian di klinik pratama kota pekanbaru dengan judul “Hubungan Human, Organisasi, Dan Teknologi Terhadap Kepuasan Penggunaan Aplikasi Primary Care Di Klikik Pratama Kota Pekanbaru”.

Metode

Jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif bersifat cross sectional dengan obyek sistem informasi Primary Care. Variabel yang diteliti adalah variabel bebas faktor HOT (human, organisasi, dan teknologi) terhadap variabel terikat faktor EUCS (End User Computing Satisfaction). Subyek penelitian adalah operator sistem informasi primay care dengan sampel sebesar 90 klinik pratama yang ada di kabupaten kota pekanbaru yang diambil secara total sampling. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Analisis data dilakukan dengan dua tahapan yaitu analisis univariat, bivariate.

Hasil

Univariat

Tabel 1 Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Umur	20-30 Tahun	59	80
	> 30 Tahun	31	20
	Total	90	100
Jenis Kelamin	Pria	33	20
	Wanita	57	80
	Total	90	100
Pendidikan	SMA	44	40
	D III	33	35
	S1	13	25
	Total	90	100
Lama Bekerja	< 5 Tahun	53	75
	5-10 Tahun	29	15
	> 10 Tahun	17	10
	Total	90	100

Dari tabel 1 tersebut, dapat dilihat bahwa :Berdasarkan kelompok umur responden, dapat diketahui bahwa umur responden yang paling banyak adalah dibawah 30 tahun yaitu berjumlah 59 orang (80%).

Berdasarkan jenis kelamin responden, dapat diketahui bahwa responden yang paling banyak adalah berjenis kelamin wanita yaitu berjumlah 57 orang (80%), sedangkan berjenis kelamin pria berjumlah 2 orang (20%).

Berdasarkan tingkat pendidikan responden terlihat bahwa tingkat pendidikan responden yang paling banyak adalah SMA yaitu berjumlah 44 orang (40%).

Berdasarkan lama bekerja responden dapat dilihat bahwa responden yang lama bekerja > 10 tahun (besar dari) berjumlah 17 orang (10%), sedangkan lama bekerja <5 tahun (kecil dari) adalah 53 orang (75%).

Tabel 2 Hasil Univariat Variabel Dependen Dan Independen

No.	Variabel	Frekuensi	Persentase
1	Human		
	Cukup baik	2	2.2
	Baik	25	27.8
	Sangat baik	63	70.0
	Jumlah	90	100%
2	Organization		
	Cukup baik	5	5.6
	Baik	20	22.2
	Sangat baik	65	72.2
	Jumlah	90	100%
3	Technology		
	Cukup baik	10	11.1
	Baik	60	66.7
	Sangat baik	20	22.2
	Jumlah	90	100%
4	EUCS		
	Cukup puas	13	14.4
	Puas	68	75.6
	Sangat puas	9	10.0
	Jumlah	90	100%

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang berjumlah 2 orang (2,2%) menyatakan bahwa faktor Human cukup baik.

berdasarkan faktor organization responden yang menyatakan cukup baik sebanyak 5 (5,6%), faktor teknologi responden yang menyatakan cukup baik sebanyak 10 (11,1%), dan EUCS responden yang menyatakan cukup puas sebanyak 13 (14,4%).

Bivariat

Tabel 3 Hubungan Human Terhadap End User Computing Satisfaction (EUCS)

Human	EUCS						Total	P Value	
	Cukup puas		Puas		Sangat Puas				
	N	%	N	%	N	%			
Cukup Baik	0	0	2	100	0	0	2	100	0,000
Baik	10	40	15	60	0	0	25	100	
Sangat Baik	3	4,8	51	81	9	14,3	63	100	
jumlah	13	14,4	68	75,6	9	10	90	100	

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa reponden yang menyatakan human cukup baik cenderung merasakan puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 2 (100%). Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Fisher's Exact Test, diperoleh nilai P Value 0,000 < Alpa 0,05 sehingga Ho ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *Human* dengan *End User Computing Satisfaction (EUCS)*.

Tabel 4 Hubungan Organization, Terhadap End User Computing Satisfaction (EUCS)

Organi- zation	EUCS						Total	P Value	
	Cukup puas		Puas		sangat Puas				
	N	%	N	%	N	%			
Cukup Baik	0	0	5	100	0	0	5	100	
Baik	8	40	12	60	0	0	20	100	0,002
Sangat Baik	5	7,7	51	78,5	9	13,3	65	100	
jumlah	13	14,4	68	75,6	9	10	90	100	

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa reponden yang menyatakan organization cukup baik cenderung merasakan puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 5 (100%)

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Fisher's Exact Test, diperoleh nilai P Value $0,002 < \text{Alpa } 0,05$ sehingga H_0 ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *organization* dengan *End User Computing Satisfaction* (EUCS).

Tabel 5 Hubungan Teknologi Terhadap End User Computing Satisfaction (EUCS)

Teknologi	EUCS						Total	P Value
	Cukup puas		Puas		Tidak Puas			
	N	%	N	%	N	%		
Cukup Baik	6	60	4	40	0	0	10	100
Baik	7	11,7	48	80	5	8,3	60	100
Sangat Baik	0	0	16	80	4	20	20	100
jumlah	13	14,4	68	75,6	9	10	90	100

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa responden yang menyatakan Teknologi cukup baik cenderung merasakan cukup puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 6 (60%)

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Fisher's Exact Test, diperoleh nilai P Value $0,000 < \text{Alpa } 0,05$ sehingga H_0 ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *technology* dengan *End User Computing Satisfaction* (EUCS).

Pembahasan

Hubungan human dengan EUCS

Berdasarkan hasil penelitian tersebut didapatkan hasil penelitian p value adalah 0,000. Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara faktor *Human* dengan tingkat kepuasan penggunaan *Primary Care* di klinik pratama kota Pekanbaru Tahun 2019.

Ada beberapa komponen yang mempengaruhi faktor *Human* yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan. Menurut Notoatmodjo (2010) pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau kepandaian yang dimiliki seseorang yang diperoleh dari pengalaman, latihan, atau melalui proses belajar. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dan tindakan adalah seseorang yang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian

atau pendapat terhadap apa yang diketahui proses selanjutnya melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik).

Kepuasan pengguna adalah salah satu indikator dalam mengevaluasi sistem informasi. Penelitian yang dilakukan oleh Ariaji dkk (2013) dalam jurnal Asih dan Roro (2018) menemukan bahwa antar faktor dalam kepuasan pengguna (isi, keakuratan, format, kemudahan, dan ketepatan waktu) memiliki hubungan yang kuat.

Menurut Kristyanto (2016) menyatakan bahwa faktor manusia memberikan pengaruh terhadap manfaat yang dirasakan dalam pemanfaatan sistem informasi. Hal ini dapat dilihat dari kondisi pada setiap variabelnya yaitu kondisi pada penggunaan sistem, dan kondisi pada kepuasan pengguna.

Dari hasil penelitian yang dilakukan maka peneliti berpendapat bahwa di klinik pratama kota Pekanbaru masih banyak yang cukup puas akan faktor *Human* yaitu 13 orang (14,4%), hal ini dapat dilihat dari beberapa komponen *Human* yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan yang sangat mempengaruhi kepuasan pengguna dalam menggunakan aplikasi *Primary Care*. Untuk itu perlu adanya sosialisasi dan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan petugas pendaftaran dalam menggunakan aplikasi *Primary Care*. Sosialisasi penting untuk menjamin kegiatan terlaksana dengan baik dan pelatihan juga bertujuan untuk meningkatkan skill dalam menjalankan tugas terhadap aplikasi *Primary Care*.

Hubungan organization dengan EUCS

Berdasarkan hasil penelitian tersebut didapatkan hasil penelitian p value adalah 0,002. Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara faktor *organization* dengan tingkat kepuasan penggunaan *Primary Care* di klinik pratama kota Pekanbaru Tahun 2019.

Sri Astuti, (2001) berpendapat bahwa penggunaan teknologi informasi, pemanfaatan informasi oleh individual, kelompok atau organisasi merupakan variabel inti dalam riset sistem informasi, sebab sebelum digunakan pertama terlebih dahulu dipastikan tentang penerimaan atau penolakan di gunakannya TI tersebut, hal ini berkaitan dengan perilaku yang ada pada individu/organisasi yang menggunakan teknologi komputer.

Menurut Boodnar dan Hopwood (1995), pengembangan TI memerlukan perencanaan dan implementasi yang hati-hati untuk menghindari adanya penolakan terhadap sistem yang dikembangkan, dan ini sangat berhubungan dengan perubahan perilaku secara individual dalam melaksanakan pekerjaannya. Lawrence dan Low (1993) dalam Kusnadi (2001) Nur Indriantoro (2000) Jarvenva dan Ives (1991) memberikan sebuah contoh aspek partisipasi dan keterlibatan pengguna sebagai salah satu perwujudan dari aspek keprilaku yang penting diperhatikan untuk menghindari penolakan (resistance) implementasi suatu sistem. Hal ini sejalan dengan pendapat Sabherwal dan Elam (1995) yang menyatakan bahwa Penerapan TI menimbulkan problematik dari berbagai faktor dan diantaranya adalah faktor perilaku. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Guimares dan Ramanujam (1996), Lee (1986), Strassman (1985) dalam Nur Indriantoro (2000), menemukan bahwa penerapan TI dalam suatu organisasi mendorong terjadinya perubahan revolusioner terhadap perilaku individu dalam bekerja, dan dalam konteks penggunaan PC, kemungkinan seseorang mempunyai keyakinan bahwa penggunaan komputer akan memberikan manfaat bagi dirinya dan pekerjaannya (Nur Indriantoro, 2000).

Dari hasil penelitian yang dilakukan maka peneliti berpendapat bahwa di klinik pratama kota Pekanbaru masih banyak yang cukup puas faktor organisasi yaitu 13 orang (14,4%). hal ini dapat dilihat dari aspek organisasi dimana, Kepuasan Pengguna care secara tidak langsung dipengaruhi oleh kesuksesan sistem informasi/ p care itu sendiri. selain itu kepemimpinan, pemantauan serta kebijakan dari pimpinan suatu organisasi juga sangat berpengaruh penting dalam penerapan dan penggunaan aplikasi p care karena dengan puasnya pengguna menggunakan sistem tersebut memberikan manfaat terhadap penggunanya dan perusahaan antara lain yaitu meningkatkan kinerja individu pengguna, menambah pengetahuan pengguna, meningkatkan image klinik, kepercayaan dan loyalitas pelanggan karena semakin baiknya kualitas pelayanan yang diberikan oleh klinik pratama di kota pekanbaru.

Hubungan technology dengan EUCS

Berdasarkan hasil penelitian tersebut didapatkan hasil penelitian p value adalah 0,000. Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna

antara faktor organization dengan tingkat kepuasan penggunaan Primary Care di klinik pratama kota Pekanbaru Tahun 2019.

Teknologi informasi adalah segala bentuk teknologi yang diterapkan untuk memproses dan mengirimkan informasi dalam bentuk elektronik. Komponen teknologi menilai sistem informasi dari sisi kualitas sistem, kualitas informasi, dan kualitas layanan (Musrifah, 2017).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dwi dkk (2015), menyatakan bahwa kualitas sistem, kualitas informasi, dan kualitas layanan memiliki pengaruh terhadap penggunaan sistem dan kepuasan pengguna hal ini berarti semakin meningkat kualitas sistem, kualitas informasi dan kualitas layanan maka akan meningkatkan penggunaan sistem dan kepuasan pengguna.

Dari hasil penelitian yang dilakukan maka peneliti berpendapat bahwa di klinik pratama kota Pekanbaru masih banyak yang cukup puas faktor Teknologi yaitu 13 orang (14,4%). Hal ini dapat dilihat dari aspek kualitas sistem, kualitas informasi, dan kualitas layanan yang memiliki pengaruh terhadap penggunaan sistem dan kepuasan terhadap sistem informasi Primary Care. Untuk itu perlu diperhatikan dan ditingkatkan kualitas sistem, kualitas informasi, dan kualitas layanan untuk menghasilkan kepuasan pengguna yang baik.

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden yang menyatakan human cukup baik cenderung merasakan puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 2 (100%), responden yang menyatakan organization cukup baik cenderung merasakan puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 5 (100%), dan responden yang menyatakan Teknologi cukup baik cenderung merasakan cukup puas terhadap penggunaan p care yaitu sebanyak 6 (60%).

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih diberikan oleh peneliti kepada ristekdikti yang telah mendanai penelitian ini hingga akhir.

Daftar Pustaka

- BPJS online. 2016. Mengenal P-Care BPJS Kesehatan. URL: www.bpjs-online.com. Diakses tanggal 28 Mei 2016.
- Yusof, M. M., Paul, R. J., & Stergioulas, L. K. (2006). Towards a framework for health information systems. In Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences (Vol. 5). [1579480] DOI: 10.1109/HICSS.2006.491
- Eris, L. (n.d.). Sistem Informasi Kesehatan, SIMKES UGM. Retrieved from <https://simkesugm06.wordpress.com/2006/10/03/model-evaluasi-sistem-informasi/>
- Saleh Wiharja, Kemas Rahmat; Santosa, Paulus Insap; and Cahyono, Ari, "Extending the Chin and Lee's End User Computing Satisfaction Model with the Task-Technology Fit Model" (2010). ACIS 2010 Proceedings. 75. <http://aisel.aisnet.org/acis2010/75>
- Doll, W. J., Raghunathan T. S., Lim, J. & Gupta, Y. (1995). A Confirmatory Factor Analysis of the User Information System Satisfaction Instruments. *Information Systems Management*, 6(2), 177-188.
- Hutami, camilla, (2016), Satisfaction Analysis On Tcs System Users Using End User Computing Satisfaction Methods (Case study: pt. tlk, bandung). *Jurnal manajemen indonesia* Vol. 16 - No. 1.
- Rasman, (2012), gambaran hubungan unsur-unsur end-user computing satisfaction terhadap kepuasan pengguna sistem informasi rumah sakit umum daerah kota depok tahun 2012. Skripsi dipublikasikan. Diakses dari <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20318250-SYoel%20Indra%20Kusuma%20Rasman.pdf>
- Daimunthe, Ismianti. (2016), Analisis Tingkat Kepuasan Pengguna Online Public Access Catalog (OPAC) DENGAN METODE EUCS (Studi Kasus: Perpustakaan UIN SUSKA Riau). *Jurnal Rekayasa dan Manajemen Sistem Informasi*, Vol.2, No.1 e-ISSN 2502-8995 p-ISSN 2460-8181
- Arthur., Eka, Andry., Robert., Abdurachman, Edi. (2008). Analisis Tingkat Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Underwriting Pada PT Tugu Pratama Indonesia. *Jurnal Piranti Warta*, 11(1), 28-44.
- Chin, W. W. And Lee, Matthew. K. O. (2000). A Proposed Model And Measurement Instrument For The Formation Of Is Satisfaction : The Case Of End-User Computing Satisfaction
- Krisbiantoro, dkk. Evaluasi Keberhasilan Implementasi Sistem Informasi Dengan Pendekatan Hot Fit Model (Studi Kasus: Perpustakaan Stmik Amikom Purwokerto). Konferensi Nasional Sistem dan Informatika 2015 Stmik Stikom Bali. 2015.
- Monalisa. S., dkk (2018). Analisis Kesuksesan Penerapan Sistem Administrasi Akademik Menggunakan Human Organization Technology Fit Model. *Jurnal Ilmiah Rekayasa dan Manajemen Sistem Informasi*, Vol. 4, No. 1, Februari 2018, Hal. 36-41 e-ISSN 2502-8995, p-ISSN 2460-8181
- Prasetyowati, A., 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): 63-67.
- Musrifah. 2017. Implementasi Teknologi Informasi Menggunakan Human Organization Technology (HOT) Fit Model Di Perpustakaan Perguruan Tinggi. *Jurnal Ilmu Perpustakaan dan Informasi*. 2(2): 222-242.
- Sari, M.M., Sanjaya, G.Y., Meliala, A. 2016. Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (Simrs) Dengan Kerangka Hot – Fit. Seminar Nasional Sistem Informasi Indonesia. 203-208.

Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016

Laela Indawati
Universitas Esa Unggul
E-mail : laela.indawati@esaunggul.ac.id

Abstract

This research is expected to contribute to the development of science and can minimize the refund of claim related BPJS coding. The refund claims related hospitalization of patients BPJS coding accuracy or mismatches coding the diagnosis and procedure amounted to 30% of the file that is returned into the background of this research. The method used is a case study approach. Data collection techniques such as observation, literature study and interviews. Cause refund claim related inpatient coding accuracy of them due to the lack of investigations supporting diagnosis, inaccurate coding by the coder, and incompatibility with MB and consensus rule. It is recommended that the guidelines governing the rights assignment of authority and responsibility of each profession such as a doctor, coder, and verifiers BPJS.

Keywords: Accuracy coding, BPJS, Claims, ICD 10, JKN

Abstrak

Penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap perkembangan keilmuan dan dapat meminimalkan pengembalian klaim BPJS terkait koding. Adanya pengembalian klaim rawat inap pasien BPJS terkait akurasi koding atau ketidaksesuaian pengkodean terhadap diagnosis dan tindakan sebesar 30% dari berkas yang dikembalikan menjadi latar belakang penelitian ini. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data berupa observasi, studi literature dan wawancara. Penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap terkait akurasi koding diantaranya karena kurangnya pemeriksaan penunjang pendukung diagnosis, ketidaktepatan pemberian kode oleh koder, dan ketidaksesuaian dengan rule MB dan konsensus. Disarankan ada satu pedoman kerja yang mengatur tugas hak wewenang dan tanggung jawab dari masing masing profesi seperti dokter, koder, dan verifikator BPJS.

Kata kunci : Akurasi Koding, BPJS, ICD 10, JKN, Klaim

Pendahuluan

Keakurasian dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Beberapa penelitian terdahulu telah membahas keakuratan koding terhadap pembiayaan rumah sakit, namun jumlah studi yang menyelidiki penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait akurasi koding masih terbatas. Dalam studi ini diteliti penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) terkait akurasi koding, serta faktor pendukung dan penghambat koder terhadap akurasi kode data klinis. Penelitian ini dilakukan untuk mendukung atau memperluas penelitian yang sudah ada.

Para peneliti dari berbagai negara telah mempelajari berbagai kesalahan dalam pemberian kode data klinis. Studi pada tahun 1970-an menemukan

kesalahan substansial dalam pemberian kode data klinis berkisar antara 20%-80%. Studi pada 1980-an dilaporkan sedikit meningkat dengan tingkat kesalahan rata-rata sekitar 20%, dan kebanyakan di bawah 50%. Studi pada 1990-an ditemukan dari 1.980 studi, tingkat kesalahan berkisar 0-70% (O'Malley, et.al, 2005). Pada beberapa Negara seperti di Inggris, akurasi kode data klinis berkisar antara 53-100% (rata-rata 97%), di Arab Saudi tingkat kesalahan pemberian kode data klinis dilaporkan 30%, dan studi lain mengungkapkan tingkat akurasi berkisar 85-95% (Campbell, et.al, 2001) (Farhan, et.al, 2005) (Van Walfaven & Demers, 2001). Hasil penelitian di berbagai jurnal menunjukkan bahwa tingkat akurasi kode data klinis telah menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, namun demikian angka keakurasian rata-rata masih berkisar antara 30-70% (Dimick, 2010).

Banyak faktor yang mempengaruhi akurasi kode data klinis. Pada beberapa penelitian tentang faktor penyebab keakuratan kode data klinis di beberapa literatur, diantaranya dijelaskan adalah kurang jelasnya catatan yang dibuat dokter, kejelasan & kelengkapan dokumentasi rekam medis, penggunaan sinonim dan singkatan, pengalaman, lama kerja serta pendidikan koder, perbedaan antara penggunaan rekam medis elektronik dan manual, program jaminan mutu, kesalahan pengindeksan, kualitas koder dimana kurangnya perhatian koder terhadap prinsip-prinsip ICD dan aspek-aspek kunci dari proses pengkodean (O'Malley, et.al, 2005) (Bowman & Abdelhak, 2001) (Eramo, 2012) (Ernawati & Kresnowati, 2013) (Ifalaha, 2013) (Nuryati&Saputro, 2015) (Silfen, 2006).

Pada penelitian lainnya, ketepatan hasil kode data klinis dipengaruhi oleh Dokter (62%), koder (35%) dan ketepatan pengisian ke dalam software (3%). Koder disarankan berkonsultasi dengan dokter tentang kasus sulit dimana koder memiliki pengetahuan terbatas (Farzandipour&Sheikhtaheri, 2009) (Santos; et.al, 2008)

Dampak kerugian dari ketidakakuratan kode data klinis berpengaruh terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan. *Reimbursement* pembiayaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit sangat tergantung dari keakuratan kode data klinis (Cheng; et.al, 2009). Indonesia memberlakukan metode pembayaran prospektif (*Prospective Payment System*) berbasis INA CBGs. Dengan adanya metode pembayaran ini, maka akurasi kode data klinis sangat menentukan pembiayaan pelayanan kesehatan (Danuri, 2006).

Akurasi kode data klinis sangat menentukan kelancaran dari proses pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS. Dalam pelaksanaannya, banyak klaim yang dikembalikan oleh BPJS dikarenakan kurangnya kelengkapan informasi, dan koding yang tidak akurat. Kelengkapan klaim dan kebenaran data menjadi prasyarat utama agar terverifikasi.

Permasalahan pada koder rawat inap di RSUP Fatmawati diantaranya adalah adanya berkas klaim yang beberapa kali dikembalikan dikarenakan konfirmasi koding. Dari berkas klaim rawat inap yang dikembalikan oleh verifikasi BPJS, rata-rata 30% adalah untuk konfirmasi koding. Hal tersebut menghambat kerja koder dimana koder yang seharusnya bisa menangani banyak berkas per

harinya, diharuskan untuk mengkaji ulang kembali koding yang dikembalikan oleh verifikasi BPJS.

Berdasarkan hasil wawancara pendahuluan dengan beberapa koder didapatkan informasi bahwa pengembalian berkas tersebut diantaranya adalah karena adanya perbedaan paham antara dokter dengan verifikasi sehingga sering terjadi ketidaksesuaian antara koding yang sudah dibuat oleh koder, dengan hasil verifikasi BPJS. Koder telah membuat kode sesuai dengan diagnosis yang telah dibuat dokter. Namun walaupun koder sudah sesuai dengan diagnosis dokter, pada hasil verifikasi klaim, ada beberapa kode yang akhirnya berubah. Ada pula yang memang dikembalikan karena kurang telitian membaca diagnosis dari koder, dan tidak adanya pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Pedoman atau aturan yang digunakan oleh verifikasi BPJS maupun oleh rumah sakit adalah ICD 10 untuk kode penyakit, ICD 9 CM untuk kode tindakan, Permenkes No. 27 tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA CBGs, dan surat edaran No.HK.03.03/MENKES/63/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBGs Jaminan Kesehatan Nasional Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), dimana surat edaran ini berisikan pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG yang merupakan hasil analisis dan keputusan bersama yang telah disepakati oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan Perhimpunan/ Organisasi Profesi Dokter Spesialis terkait, dan ditujukan untuk menjadi acuan bagi BPJS Kesehatan serta FKRTL dalam menyelesaikan sejumlah kasus yang pembayaran klaimnya masih tertunda.

Dengan adanya aturan yang berlaku sama antara verifikasi BPJS dan rumah sakit, semestinya tidak terjadi perbedaan pendapat dan ketidaksesuaian pemberian kode data klinis. Untuk itulah penelitian ini dilakukan. Peneliti ingin mengetahui apa yang menyebabkan pengembalian klaim tersebut dengan cara menganalisis akurasi koding pada berkas pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS. Beberapa penelitian telah membahas keakuratan koding terhadap pembiayaan rumah sakit, namun jumlah studi yang menyelidiki penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait akurasi koding masih terbatas. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap perkembangan keilmuan dan dapat meminimalkan pengembalian klaim BPJS terkait koding.

Metode

Dalam penelitian ini rancangan penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus dilakukan peneliti untuk menggali informasi penyebab pengembalian klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS di RSUP Fatmawati. Pendekatan studi kasus bertujuan untuk memahami objek yang ditelitinya. Meskipun demikian, berbeda dengan penelitian yang lain, penelitian studi kasus bertujuan secara khusus menjelaskan dan memahami objek yang ditelitinya secara khusus sebagai suatu 'kasus'. Penelitian dilakukan di bagian rekam medis dan bagian piutang pasien RSUP fatmawati pada bulan Mei-Juni 2016 dengan menelaah berkas pengembalian klaim BPJS yang berada di bagian pengelola piutang pasien. Wawancara dilakukan untuk keterangan tambahan penelitian.

Hasil

Gambaran Pengembalian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS

Tabel 1: Rata-Rata Jumlah Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Dari BPJS Jaminan Kesehatan Nasional [JKN-BPJS] Bulan Januari-April Tahun 2016

Kete-rangan	BULAN									
	Januari		Februari		Maret		April		TOTAL	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
jumlah klaim	1,919		1,881		2,107		2,080		7,987	
jumlah dikembalikan	473	25%	417	22%	463	22%	366	18%	1,719	22%

Tabel 2: 4 Kategori Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Dari BPJS Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional [JKN-BPJS] Tahun 2016

Kete-rangan	BULAN									
	Januari		Februari		Maret		April		TOTAL	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
jumlah dikembalikan	473		417		463		366		1,719	
perbaikan administrasi	105	22%	72	17%	88	19%	70	19%	335	19%
pinjam status	10	2%	19	5%	35	8%	52	14%	116	7%

Kete-rangan	BULAN									
	Januari		Februari		Maret		April		TOTAL	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
konfirmasi koding irmpdi	176	37%	153	37%	169	37%	117	32%	615	36%
kelengkapan resume	182	38%	173	41%	171	37%	127	35%	653	38%

Sumber data : Unit Pengelola Piutang Pasien RSUP Fatmawati tahun 2016

Rata rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan adalah sebesar 22 % dari total keseluruhan berkas yang diklaim. Dari pengembalian berkas klaim pasien rawat inap yang sudah diverifikasi oleh BPJS, dibagi 4 kategori, yaitu :

Perbaikan administrasi : hasil verifikasi menunjukkan ada ketidaksesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs.

Pinjam status : peminjaman dokumen yang ada didalam rekam medis untuk keperluan verifikasi.

Konfirmasi koding : verifikator melihat ada ketidaksesuaian koding yang dibuat dengan diagnosis dan hasil pemeriksaan yang ada di berkas klaim rawat inap.

Kelengkapan resume : pengembalian berkas untuk dilengkapi kembali resume medis dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Dari 4 kategori tersebut, 36% dari total klaim rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator rawat inap adalah pengembalian untuk konfirmasi koding.

Jenis Kasus Penyakit pada Pengembalian Klaim Rawat Inap

Dari 308 berkas klaim yang dikembalikan, terdapat 15 besar kasus penyakit yang sering dikembalikan oleh verifikator BPJS. Kasus tertinggi adalah pada kasus penyakit system sirkulasi sebanyak 62 kasus.

Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS

Peneliti hanya fokus pada kasus penyakit terbanyak yaitu pada kode ICD I00-I99 yaitu penyakit penyakit pada system sirkulasi yaitu sebanyak 62 kasus.

Dari hasil analisis akurasi koding pada klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS, ada beberapa penyebab yang mengakibatkan pengembalian klaim rawat inap terkait konfirmasi koding hasil verifikasi BPJS sebagai berikut :

Pemeriksaan penunjang tidak mendukung diagnosis

Dari pengembalian berkas klaim rawat inap terkait konfirmasi koding yang penulis teliti, 42% berkas dikembalikan karena pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung diagnosis. Koder memberikan kode berdasarkan diagnosis yang telah dibuat oleh dokter. Namun setelah klaim diajukan ke BPJS dan dilakukan pengecekan oleh verifikator, hasil koding tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan penunjang. Sehingga berkas klaim dikembalikan dan dilakukan pengecekan ulang dengan hasil pemeriksaan penunjang di bagian rekam medis. Pada beberapa kasus, hal tersebut menyebabkan perubahan kode ICD 10, dan beberapa kasus lainnya menyebabkan kode ICD 10 tersebut dihilangkan karena pemeriksaan penunjang tidak mendukung diagnosis. Dari 26 kasus tersebut diatas, 11 kasus diantaranya tidak dicantumkan note dari verifikator yang menjelaskan alasan perubahan kode. 6 kasus terdapat kesalahan pemberian kode dikarenakan penulisan diagnosis yang tidak lengkap sesuai dengan ICD 10, dan tidak lengkapnya penulisan hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Ketidaktepatan penentuan kode oleh koder

Pada beberapa kasus dimana koder salah menentukan kode diagnosis sebanyak 16 kasus (25%), 4 kasus diantaranya adalah karena penggunaan singkatan pada penulisan diagnosis, contoh : singkatan dokter "MR" yang seharusnya dikode "Mitral Regurgitation" menjadi dikode "Mitral Rhematoid" dan 2 kasus karena ketidakjelasan tulisan Dokter. 3 kasus karena tertukarnya diagnosis utama menjadi diagnosis sekunder, dan diagnosis sekunder menjadi diagnosis utama (kesalahan penentuan kode diagnosis utama, dimana koder memilih diagnosis sekunder sebagai diagnosis utama), dan 7 kasus lainnya karena kekurangtelitian dalam menentukan kode penyakit atau tindakan.

Ketidaksesuaian dengan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) tentang aturan reseleksi diagnosis

Koder menentukan kode berdasarkan urutan diagnosis yang ditulis dokter. Namun penentuan diagnosis utama dan sekunder yang ada di resume tidak sesuai. Pada Rule MB 4 menyebutkan bahwa bila diagnosis yang terekam sebagai diagnosis utama adalah istilah yang umum, dan ada istilah lain yang memberi informasi lebih tepat tentang topografi atau sifat dasar suatu kondisi, maka reseleksi kondisi terakhir sebagai diagnosis utama : Contoh:

Diagnosis Utama :Cerebrovascular accident

Diagnosis Sekunder: Diabetes mellitus, Hypertensi, Cerebral haemorrhage

Reseleksi cerebral haemorrhage sebagai diagnosis utama (I61.9.)

Ketidaksesuaian dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 (Konsensus) tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

Sebanyak 14 kasus (23%) terdapat ketidaksesuaian dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 atau yang biasa disebut konsensus oleh verifikator BPJS.

Faktor Pendukung dan Penghambat Koder terhadap Akurasi Kode Data Klinis

Dari wawancara yang penulis lakukan terhadap koder rawat inap di RSUP Fatmawati, terdapat beberapa faktor pendukung dan penghambat terhadap akurasi kode data klinis sebagai berikut. Faktor pendukung :

Adanya pemanfaatan teknologi informasi

Pemanfaatan teknologi informasi berupa internet untuk mencari informasi bila ditemukan kasus penyakit atau istilah medis yang tidak dipahami oleh koder. Fasilitas komputer dan internet tersedia di rumah sakit. Namun para koder merasa lebih praktis bila mencari informasi melalui HP. Adanya dukungan dari teman teman seprofesi, dimana mereka saling memberi informasi bila terjadi pengembalian klaim dari verifikator BPJS, agar pengembalian dengan kasus yang sama tidak terulang kembali.

Adanya dukungan dari atasan, yaitu kepala instalasi rekam medis, dimana kepala instalasi adalah dokter. Sehingga bila terjadi pengembalian klaim dan teman sesama koder tidak bisa membantu penyelesaiannya, maka koder langsung berkonsultasi dengan atasannya. Adanya dukungan dari manajemen

rumah sakit berupa pelatihan baik inhouse training maupun pelatihan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi.

Selain faktor pendukung, ada juga faktor penghambat terhadap akurasi kode data klinis sebagai berikut :

Belum adanya rapat rutin khusus koder yang membahas permasalahan yang dialami oleh koder dalam pekerjaannya. Koder sudah berusaha menjaga akurasi koding, namun masih ada berkas klaim yang dikembalikan.

Pengetahuan

Koder merasa pengetahuan yang dimiliki terkait ilmu penyakit, terminology medis, dan farmakologi masih kurang. Mereka merasa ilmu yang mereka dapat di bangku kuliah masih harus ditingkatkan lagi. Dalam era JKN, koder dituntut untuk dapat memahami isi berkas rekam medis. Dari satu diagnosis, koder harus memperhatikan terapi apa yang diberikan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang seperti hasil scan atau rontgen, dan hasil laboratorium untuk mendapatkan hasil koding yang akurat.

Perbedaan persepsi

Adanya perbedaan persepsi antara dokter dan verifikator BPJS terkait penegakan diagnosis membuat koder berada pada posisi sulit. Koder mengkode sesuai dengan tulisan dokter yang dihasilkan berdasarkan pemikiran ilmiah dokter, namun beberapa ada ketidaksesuaian dengan konsensus.

Penyelesaian terhadap Pengembalian Koding

Penyelesaian yang dilakukan oleh koder di RSUP Fatmawati bila ada pengembalian klaim rawat inap terkait konfirmasi koding adalah bertanya dengan rekan sesama koder. Bila tidak menemukan penyelesaian maka ditanyakan ke kepala instalasi rekam medis. Selanjutnya bila tidak diketahui penjelasannya juga maka ditanyakan langsung ke dokter yang menangani pasien. Bila ternyata dari verifikator BPJS masih mengembalikan berkas klaim yang sudah diperbaiki, maka jalan terakhir adalah menyerahkan ke kepala instalasi rekam medis untuk menjembatani berkomunikasi dengan bagian verifikasi BPJS.

Dari penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa perbaikan yang dilakukan terhadap kode data klinis pada berkas klaim rawat inap mengikuti

aturan dari verifikator BPJS. Dimana pedoman yang digunakan oleh verifikator BPJS adalah sama dengan yang digunakan oleh koder RS yaitu buku ICD 10 volume 1,2,3 tahun 2008 dan Permenkes No. 27 tahun 2014. Selain itu pedoman lain yang digunakan adalah panduan praktik klinis (PPK) dan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 atau biasa disebut konsensus oleh verifikator BPJS.

Pembahasan

Kurang Pemeriksaan Penunjang Pendukung Diagnosis

Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan dikoding oleh koder. Pada SK Menkes RI No : 268/Menkes/Per/III/ 2008 tentang rekam medis menyebutkan bahwa data dalam rekam medis dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, karena dokterlah yang mempunyai kewajiban, hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis dan pelayanan yang diberikan, dan oleh karenanya tidak boleh diubah oleh pihak lain. Kualitas kode yang dihasilkan oleh koder terutama ditentukan oleh data dasar yang ditulis dan ditentukan oleh tenaga medis penanggung jawab pasien. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis terkait untuk mengetahui dan memahami proses koding dan data dasar yang dibutuhkan, sehingga dalam proses perekaman dapat memenuhi beberapa persyaratan kelengkapan data guna menjamin keakurasian kode. Dokter diharapkan dapat menulis dengan lengkap diagnosis pasien dan hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Di sisi lain, koder bertanggung jawab atas keakurasian kode data klinis, oleh karenanya apabila ada hal-hal yang kurang jelas atau meragukan dalam penentuan kode, perlu dikomunikasikan terhadap dokter penanggungjawab. Koder disarankan berkonsultasi dengan dokter tentang kasus sulit dimana koder memiliki pengetahuan terbatas (Farzandipour & Sheikhtaheri, 2009) (Santos; et.al, 2008) .

Berdasarkan hasil penelitian *Current clinical coding practices and implementation of ICD-10 in Africa: A survey of Nigerian hospitals* sebesar 91.6% akurasi kode disebabkan karena penulisan yang tidak lengkap pada resume medis dan *medical errors* sebesar 44% (Adeleke, 2015)

Ketidaktepatan Penentuan Kode oleh Koder

Pada penelitian ini, kesalahan pengkodean disebabkan diantaranya oleh penggunaan singkatan pada penulisan diagnosis, kurang jelasnya tulisan dokter, pemilihan diagnosa utama yang salah, dan penulisan diagnosis tidak lengkap. Peninjauan seluruh catatan dalam berkas rekam medis perlu dilakukan untuk mendapatkan hasil koding yang akurat. Adakalanya dokter mengisi diagnosis kurang jelas sehingga koder perlu mensinkronkan dengan isi berkas rekam medis dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya (Kemenkes, 2016) (WHO, 2016).

Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya, dimana beberapa hal yang dapat menyulitkan koder antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan (O'Malley, et.al, 2005) (Santos; et.al, 2008) (Depkes, 2006) Permenkes, 2007).

Ketidaksesuaian dengan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) tentang aturan reseleksi diagnosis Rule MB 4 Spesifitas dan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 (Konsensus)

Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakkan dan menuliskan diagnosis primer dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10, menulis seluruh tindakan/prosedur sesuai ICD-9-CM yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit.

Tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien.

Dalam penelitian ini adanya ketidaksesuaian dengan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) tentang aturan reseleksi diagnosis Rule MB 4 Spesifitas dan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 perlu disikapi dengan adanya satu pedoman kerja yang jelas yang mengatur tentang tugas, wewenang, dan tanggungjawab dari

dokter dan koder. Pada Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) dijelaskan bahwa apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter. Apabila klarifikasi gagal dilakukan maka koder dapat menggunakan aturan (rule) MB 1 hingga MB 5. Sehingga koder harus benar benar memahami kaidah koding dan aturan MB1-MB5 (Permenkes, 2014).

Peran Koder, Dokter, dan Verifikator BPJS terhadap Akurasi Koding pada Klaim BPJS

Dalam era JKN ini koder, dokter, dan verifikator memiliki peranan yang penting. Dengan adanya sistem INA CBGs, koder, dokter, dan verifikator memiliki hubungan yang saling berkaitan. Dari beberapa penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait konfirmasi koding, yang menjadi hambatan terbesar oleh koder adalah kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis serta ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan ICD 10 sehingga koding yang sudah dibuat dipertanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum disertai dengan pemeriksaan pendukung. Informasi yang kurang jelas menyebabkan koder salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan.

Hambatan kedua adalah adanya perbedaan konsep/persepsi terhadap diagnosis dan pengkodeannya antara dokter yang merawat di RS dan verifikator BPJS. Seperti ; untuk diagnosis anemia harus disertai tranfusi, padahal tidak semua anemia harus di tranfusi. Selain itu, dalam konsep INA-CBGs, yang menimbulkan biaya terbesar dan/atau masa rawat inap paling lama adalah diagnosis utama. Hal ini tidak selalu sejalan dengan konsep diagnosis utama bagi para klinisi dimana ada perbedaan antara ranah klinis medis dengan ranah koding administrasi klaim. Dalam ranah klinis medis, diagnosis utama merujuk pada patofisiologi kasus yang menjadi dasar dari kasus pasien dan bisa bergerak dinamis sesuai perkembangan kondisi pasien, dan berdasarkan pemeriksaan penunjang yang tepat. Dasarnya adalah konsep ilmiah. Demikian juga dalam hal menentukan tindakan atau prosedur utama dan prosedur sekunder.

Di sisi lain, koding adalah upaya menjembatani diagnosis dan tindakan secara klinis medis dengan

kode grouper aplikasi INA-CBGs. Selanjutnya berdasarkan kode tersebut, ditentukan besaran klaim. Diagnosis utama dalam kepentingan ini didefinisikan sebagai: (a) Diagnosis yang paling berbahaya atau mengancam kehidupan, (b) Diagnosis yang paling banyak membutuhkan sumber daya pelayanan, dan/atau (c) diagnosis yang menyebabkan masa perawatan paling lama. Begitu pula, tindakan atau prosedur utama adalah tindakan yang berhubungan dengan diagnosis utama. Seterusnya juga tindakan sekunder mengikuti diagnosis sekunder. Secara umum, tidak banyak hambatan mempertemukan keduanya. Tetapi pada beberapa hal, sangat terasa jarak antara keduanya (Ardyanto, 2016)

Adanya perbedaan konsep ini terkadang membuat koder sebagai pemberi kode merasa berada pada posisi sulit. Koder sudah membuat kode sesuai dengan diagnosis yang ditulis oleh dokter. Namun karena kepentingan pembayaran, ada beberapa diagnosis utama yang berubah urutan menjadi diagnosis sekunder. Begitu pula sebaliknya.

Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakan dan menuliskan diagnosis primer dan diagnosis sekunder apabila ada, sesuai dengan ICD 10, serta menulis seluruh prosedur/tindakan yang telah dilaksanakan dan membuat resume medis secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit. Sehingga koder dapat lebih mudah dalam menentukan kode penyakit maupun tindakan. Namun dokter juga tetap harus berlandaskan prinsip ilmiah dalam penentuan diagnosis dan tindakan. Bila nanti “diterjemahkan” sebagai kode INA-CBGs adalah ranah lain yang juga sudah ada klausul maupun aturannya. (Ardyanto, 2016) . Tugas dan tanggungjawab koder adalah melakukan kodifikasi dari diagnosis dan prosedur/tindakan yang diisi oleh dokter yang merawat sesuai dengan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM untuk prosedur/tindakan. Tugas dan tanggungjawab verifikator adalah memastikan bahwa proses koding berjalan sesuai regulasinya dengan melakukan tujuh tahap proses verifikasi untuk memastikan kelayakan dari berkas yang di klaim.

Baik koder maupun verifikator BPJS memiliki pedoman yang sama terhadap penentuan kode data klinis yaitu ICD 10 volume 1,2,3 tahun 2008. Namun yang perlu disikapi adalah pola pengkodean untuk data statistik dengan pola pengkodean dalam sistem pembayaran INA-CBGs sedikit berbeda karena tergantung dengan logic dalam aplikasi INA-CBGs

itu sendiri, dimana ada beberapa pola pengkodean yang tidak dapat diakomodir dalam aplikasi tersebut, terutama additional code. Additional code harus dikode bersamaan dengan kode utamanya, sedangkan di aplikasi ina cbgs satu kondisi pasien diwakili dengan satu kolom.

Dengan adanya perbedaan tersebut, maka untuk pembuatan laporan penyakit (laporan RL) yang ditujukan ke Dinas Kesehatan, maupun Kementerian Kesehatan di bagian rekam medis RSUP Fatmawati tetap menggunakan aplikasi sistem informasi RS *Medysis* dan tidak menggunakan laporan penyakit dari data aplikasi INA CBGs. Hal ini dikarenakan kode penyakit pada aplikasi INA CBGs telah banyak dilakukan perubahan untuk keperluan pembiayaan, dan beberapa tidak sesuai dengan kaidah koding, maupun ranah medis yang diperlukan untuk data statistik maupun penelitian.

Simpulan

Rata rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan sebesar 20,88 % dimana 36% dari total klaim rawat inap yang dikembalikan adalah pengembalian untuk konfirmasi koding. Penyebab pengembalian klaim terkait konfirmasi koding adalah karena pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung diagnosis, ketidaktepatan penentuan kode oleh koder, ketidaksesuaian dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 dan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs).

Dukungan dari kepala instalasi rekam medis, kebiasaan berbagi informasi dengan rekan sesama koder, dukungan dari manajemen RS terhadap kesempatan pelatihan 20jam/orang/tahun dan teknologi informasi berupa internet merupakan faktor pendukung koder dalam hal keakurasian kode data klinis di RSUP Fatmawati. Faktor penghambatnya adalah adanya keterbatasan pengetahuan yang dimiliki koder terhadap ilmu penyakit, terminology medis, dan farmakologi, adanya perbedaan konsep penentuan diagnosis antara dokter dan verifikator BPJS, banyaknya kasus yang dikode adakalanya membuat koder salah menulis kode, dan belum adanya rapat rutin khusus yang membahas permasalahan pada koder.

Upaya penyelesaian terhadap perbaikan kode data klinis pada berkas klaim rawat inap mengikuti aturan dari verifikator BPJS. Dimana pedoman

yang digunakan oleh verifikator BPJS adalah sama dengan yang digunakan oleh koder RS yaitu buku ICD 10 volume 1,2,3 tahun 2008, Permenkes No. 27 tahun 2014, dan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 atau biasa disebut konsensus oleh verifikator BPJS.

Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini tidak dapat terlaksana tanpa bantuan dari berbagai pihak. Terima kasih yang tak terhingga kepada Pihak RSUP Fatmawati yang telah memberikan ijin penelitian dan bantuan informasi khususnya bagian Rekam Medis, bagian Klaim, dan Bagian Diklat.

Daftar Rujukan

Adeleke, Ibrahim Taiwo.(2015). Current clinical coding practices and implementation of ICD-10 in Africa: A survey of Nigerian hospitals. *American Journal of Health Research*, 2015; 3(1-1): 38-46.

Bowman, E, & Abdelhak, Mervat. (2001). Coding, classification, and reimbursement systems. Health information: management of a strategic resource. 2nd edition. Philadelphia: WB Saunders Company,2001.p229-258.

Campbell, Susan E., Campbell, Marion K., Grimshaw, Jeremy M., & Walker, Anne E.(2001). A systematic review of discharge coding accuracy. *Journal of Public Health*;2001:23(3):205-211.

Cheng, Ping; Gilchrist, Annette.(2009). The Risk and Consequences of Clinical Miscoding Due To Inadequate Medical Documentation : A Case Study of the Impact on Health Services Funding. *Health Information Management Journal*; 2009: Vol. 38 No I.

Danuri, Ahmad.(2006) Analisis penyebab terjadinya data ungroupable menurut tahapan pengumpulan form case-mix IR-DRG 2,0 di RSUP dr Kariadi Semarang. Skripsi Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang.

Dimick, Chris.(2010). Achieving Coding Consistency. *Journal of AHIMA*;2010:81:7.

Dirjen YanMed, Depkes RI, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. DepKes RI, 2006. Jakarta.

Eramo, Lisa A.(2012). Don't let fear prevent coders from learning ICD-10.

Ernawati, D; Kresnowati, L. (2013). Studi Kualitatif tentang Kompetensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit yang Melayani Jamkesmas. Penelitian Internal LPPM Universitas Dian Nuswantoro Semarang. 2013.

Farhan, J., S. Al-Jummaa, A. A. Alrajhi, H. Al-Rayes, and A. Al-Nasser. (2005). Documentation and Coding of Medical Records in a Tertiary Care Center: A Pilot Study. *Annals of Saudi Medicine*;2005:1:46-49.

Farzandipour, Mehrdad, & Sheikhtaheri, Abbas. (2009). Evaluation of Faktors Influencing Accuracy of Principal Procedure Coding Based on ICD-9-CM: An Iranian Study. *Perspectives in Health Information Management*;2009: 6(5):p.1-5.

http://www.kompasiana.com/tonangardiyanto/rs-dan-verifikator-maribergandengtangan_5754b85e727a61750968bec5

Ifalahma, Darah. (2013). Hubungan Pengetahuan Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan ICD-10 Di RSUD Simo Boyolali. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan,INFOKES*; 2 Agustus 2013:VOL.3.

Nuryati, Niko Tesni Saputro.(2015) Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Puskesmas Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*; Maret 2015:Vol.3 No.1.

O'Malley, Kimberly J., Cook, Karon F., Price, Matt D., Wildes, Kimberly Raiford, Hurdle, John F., & Ashton, Carol M.(2005). Measuring Diagnoses: ICD Code Accuracy. *Health Services Research*;2005:40(5p2):1620-1639.

Santos, Suong; Murphy, Gregory; et.al., (2008). Organizational Faktors Affecting The Quality of Hospital Clinical Coding. *Health Information Management Journal*; 2008:Vol. 37 No. I

- Silfen, E. (2006). Documentation and Coding of ED Patient Encounters: An Evaluation of the Accuracy of an Electronic Medical Record. *American Journal of Emergency Medicine*; 2006;6:p. 664–678.
- Republik Indonesia. Permenkes RI No. 337/Menkes/SK III/2007 tentang Rekam Medis
- Republik Indonesia . Permenkes No. 27 Tahun 2014 Tentang Juknis INA CBGs .
- Kementerian Kesehatan. Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Van Walraven, C., & Demers, S. V. (2001). Coding diagnoses and procedures using a high-quality clinical database instead of a medical record review. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*;2001:7(3):289-297.
- World Health Organization. ICD-10. World Health Organization, ICD-10, 2016, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva.

Analisis Ketepatan Koding Dan Kinerja Petugas Di Unit Koding-Indeksing Rumah Sakit Mitra Husada Kota Pring Sewu

Faik Agiwahyunto^{1*}, Tri Indah Sari², dan Shinta Octaviasuni³

^{1,2,3}Dosen Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro Semarang
Email: ¹faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id

Abstract

The unit coding in Mitra Husada Hospital in determining the diagnosis and action codes still uses manual because of the unavailability uses the ICD-10 to determine the diagnostic code and ICD-9 CM to determine the action code. In addition, there are only 2 people coding staff. The research objective is to determine the implementation and performance of coding and indexing officers at Mitra Husada Hospital. The research method uses an explanatory design or sequential transformative strategy. The population are 100 coding cases of hospitalization at Mitra Husada Hospital. The sample are 30 coding cases of hospitalization. Informative informants are 2 coding and indexing officers. Data collection of qualitative and quantitative data analysis. The results show that the coding section already has a code suitability 100%. Implementation of coding officers still need to learn MB rules and the basic causes of death in order to increase already has an SPO which has not run according to the implementation carried out by the officer. The mixing of the coding and indexing procedures which in its implementation was carried out separately so as to indicate the non-compliance of officers against the SPO in the coding and indexing units.

Keywords: coding, indexing, performance

Abstrak

Bagian unit koding di RS Mitra Husada dalam menentukan kode diagnosis dan tindakan masih menggunakan koding manual karena belum tersedianya ICD elektronik. Penentuan kode menggunakan ICD-10 untuk menentukan kode diagnosa dan ICD-9 CM untuk menentukan kode tindakan. Selain itu, petugas koding hanya ada 2 orang. Tujuan penelitian untuk mengetahui pelaksanaan dan kinerja petugas koding dan indeksing di RS Mitra Husada. Metode penelitian menggunakan desain *exploratory design* atau strategi transformatif sekuensial. Populasi adalah koding 100 kasus rawat inap di RS Mitra Husada. Sampel penelitian sebanyak 30 koding kasus rawat inap. Informan informatif adalah petugas koding dan indeksing sebanyak 2 orang. Pengumpulan data fase kualitatif dan kuantitatif. Analisis data menggunakan analisis data kualitatif dan kuantitatif. Hasil menunjukkan bahwa bagian koding sudah memiliki kesesuaian kode sebesar 100%. Pelaksanaan koding petugas masih perlu belajar rule MB dan penyebab dasar kematian guna menambah pengetahuan petugas. Kinerja petugas unit koding indeksing sudah terdapat SPO yang mana belum berjalan sesuai dengan pelaksanaan yang dilakukan petugas. Tercampurnya prosedur koding dan indeksing yang pada pelaksanaannya dilakukan secara terpisah sehingga mengindikasikan ketidakpatuhan petugas terhadap SPO yang terdapat di unit koding dan indeksing.

Kata kunci: kinerja, koding, indeksing

Pendahuluan

RS. Mitra Husada adalah rumah sakit umum yang dimiliki oleh PT. Mitra Husada Bersama. PT. Mitra Husada Bersama berdiri tanggal 14 Nopember 2006, dengan Akta Notaris M Reza Berawi, SH Nomor 32, disahkan dengan SK Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia Nomor W6-00001 HT 01.01-Tahun 2007.

Latar belakang berdirinya RS. Mitra Husada adalah adanya keprihatinan dari beberapa Dokter dan

Paramedis di Pringsewu dan sekitarnya akan belum terdapatnya rumah sakit di Pringsewu yang cukup representatif, padahal animo masyarakat Pringsewu cukup tinggi, di samping dari data statistik dan studi kelayakan menunjukkan bahwa penduduk Pringsewu dan sekitarnya (Tanggaman, Pesawaran dan Lampung Tengah) masih membutuhkan rumah sakit.

Rumah Sakit Mitra Husada terletak di Jalan Jend. Ahmad Yani No. 14 Pringsewu, berdiri di atas tanah

seluas 18.918 m², dengan luas bangunan 12.152,585 m². Registrasi Rumah Sakit : 18 02 0 38 dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tanggal 1 Oktober 2009. Izin Tetap Penyelenggaraan Rumah Sakit Nomor : 440/845/D.02/P/V/2015, dikeluarkan oleh Bupati Kabupaten Pringsewu pada tanggal 1 Juni 2015. Penetapan Kelas sebagai Rumah Sakit Umum dengan Klasifikasi Kelas C dengan Nomor Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia: 762/MENKES/SK/VI/2010, ditetapkan pada tanggal 24 Juni 2010, Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan Status Akreditasi lulus tingkat tingkat PARIPURNA Nomor : KARS-SERT/745/VI/2017.

Pada awal operasional pelayanan meliputi rawat jalan dan rawat inap dengan 57 tempat tidur, pada tanggal 15 Januari 2009 mendapat izin dari Dinas Kesehatan Tanggamus untuk menyelenggarakan rawat inap dengan 100 tempat tidur. Pada tahun 2015 RS. Mitra Husada menyelenggarakan rawat inap dengan kapasitas tempat tidur menjadi 156 tempat tidur. Kemudian di tahun 2018, dengan adanya pembangunan gedung rawat inap baru, kapasitas tempat tidur meningkat menjadi 202 tempat tidur. RS Mitra Husada juga menjadi tempat rujukan pasien selain Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Lampung.

Bagian unit koding di RS Mitra Husada dalam menentukan kode diagnosa dan tindakan masih menggunakan koding manual karena belum tersedianya ICD elektronik. Penentuan kode menggunakan ICD-10 untuk menentukan kode diagnosa dan ICD-9 CM untuk menentukan kode tindakan. Selain itu, petugas koding hanya ada 2 orang.

Pelaksanaan koding yaitu dokumen yang akan dikoding dibagi menjadi dua yaitu koding untuk pasien umum dan BPJS Kesehatan. Koding pasien umum dilakukan setelah dokumen selesai pelayanan di assembling kemudian baru dilakukan proses koding dan indeksing, sedangkan untuk koding pasien BPJS Kesehatan dokumen setelah selesai pelayanan langsung dilengkapi berkas persyaratan dan langsung dikoding baru setelah itu di assembling dan indeksing. Penentuan diagnosa utama dan penyebab dasar kematian ditetapkan oleh dokter yang apabila ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosa dapat melakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pelayanan.

Bagian unit indeksing melakukan kegiatan indeks secara komputerisasi yang terdapat pada SIRS

rumah sakit yang sudah dijadikan satu dalam indeks penyakit sehingga mempercepat pengindeksan yang mana akan digunakan sebagai laporan penyakit maupun kebutuhan laporan lain yang membutuhkan data indeks.

Kinerja petugas koding dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain motivasi (Surbakti, 2013; Asriyanto, 2013; Kusuma, 2013; Gardjito, Musadieg, dan Nurtjahjono, 2014; Tucunan, Supartha, dan Riana, 2014; Kharis, 2015; Apriani dan Hidayat, 2016; Moulana, Sunuharyo, dan Utami, 2017; dan Farizki, 2017), kepuasan dan kompetensi (Sajangbati, 2013; Rosita, 2016; dan Sukidi, 2017),. Faktor eksternal antara lain gaya kepemimpinan atasan (Sariadi, 2013; Sukwadi, 2014; dan Panjaitan, 2017; Surbakti, 2013; Tucunan, Supartha, dan Riana, 2014; Cahyono, Maarif, dan Suharjono, 2014; Subhi dan Yuniati, 2014; Handoko dan Djastuti, 2015; Kharis, 2015; dan Pambudi, Mukzam, dan Nurtjahjono, 2016), lingkungan kerja (Murdiyanto, 2012; Ginanjar, 2013; Asriyanto, 2013; Kusuma, 2013; Gardjito, Musadieg, dan Nurtjahjono, 2014; Budianto dan Katini, 2015; Kirana, Purwinarti, dan Onida, 2015; Apriani dan Hidayat, 2016; Pratama, 2016; Moulana, Sunuharyo, dan Utami, 2017; dan Farizki, 2017), sarana dan prasarana, dan kompensasi (Satedjo, 2017 dan Arifin, 2017).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam meningkatkan kinerja pegawai antara lain adanya motivasi yang tinggi, kompetensi yang memadai, kepemimpinan yang baik, dan adanya lingkungan kerja yang mendukung. Kinerja tinggi yang dimiliki oleh pekerja dapat menjadi sebuah keunggulan kompetitif bagi rumah sakit karena tidak dapat ditiru oleh pesaing rumah sakit. Dengan terbentuknya kinerja pegawai yang baik maka diharapkan perusahaan akan mampu bersaing dengan rumah sakit lain sehingga rumah sakit mampu diakui sebagai rumah sakit yang berkualitas.

Tujuan penelitian untuk mengetahui pelaksanaan dan kinerja petugas koding dan indeksing di RS Mitra Husada.

Metode

Peneliti menggunakan desain *exploratory design* atau strategi transformatif sekuensial. *Exploratory design* adalah tahap awal metode menggunakan metode kuantitatif dan tahap berikutnya menggunakan metode kualitatif. Bobot metode lebih pada metode

tahap kedua yaitu metode kualitatif dan selanjutnya dilengkapi dengan metode kuantitatif. Kombinasi data kedua metode bersifat *connecting* (menyambung) hasil penelitian tahap pertama (hasil penelitian kuantitatif) dan tahap berikutnya (hasil penelitian kualitatif) (Creswell and Clark, 2012). Dalam model ini peneliti memilih untuk menggunakan dua metode dalam penelitian yaitu kuantitatif dan kualitatif dengan partisipatif yaitu ada nilai kolaborasi antara peneliti dan partisipan.

Populasi adalah koding 100 kasus rawat inap di RS Mitra Husada. Sampel penelitian sebanyak 30 koding kasus rawat inap RS Mitra Husada. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi terhadap dokumen rekam medis, wawancara dengan petugas koding dan indeksing RS Mitra Husada sebanyak 2 orang. Analisis data dilakukan dengan cara analisis kuantitatif dan kualitatif.

Hasil

Pelaksanaan Koding dan Indeksing

Berdasarkan analisa terhadap 30 kasus rawat inap didapatkan presentase hasil analisis kesesuaian kode antara kode rumah sakit dan kode mahasiswa, yaitu :

$$\begin{aligned} &= \frac{\text{jumlah kode yang sesuai}}{\text{jumlah seluruh kasus}} \times 100 \% \\ &= \frac{30}{30} \times 100 \% \\ &= 100 \% \end{aligned}$$

Persentase kesesuaian kode adalah 100 %. Selain kode diagnosa dan tindakan terdapat anamnesa, pemeriksaan baik fisik maupun penunjang dan lembar informed consent yang sesuai dan lengkap yang dapat menunjang diagnosa.

Bagian Indeksing di unit rekam medis Rumah Sakit Mitra Husada telah menjalankan tugas pokok dan fungsinya sesuai dengan analisa jabatan staf koding dan indeksing. Dalam melakukan kegiatan indeks penyakit secara komputerisasi yang terdapat pada SIRS rumah sakit dan dilakukan dengan cara mengentry data berupa nomor RM, ruang rawat, tanggal kunjungan, tanggal masuk, tanggal keluar, lama rawat, nama, jenis kelamin, umur, dokter, diagnose, kode ICD 10, dan operasi, kode tindakan ICD 9, keadaan waktu pulang dan cara keluar.

Setelah dientry kemudian disimpan, dimana indeks penyakit, indeks dokter, indeks operasi dan indeks kematian sudah dijadikan satu sehingga mempercepat pengindeksan yang mana akan digunakan sebagai laporan penyakit maupun kebutuhan laporan lain yang membutuhkan data indeks.

Formulir yang digunakan di Indeksing dalam pelayanan rekam medis :

- a. Kartu kendali (KK)
- b. Indeks penyakit
- c. Indeks operasi
- d. Indeks sebab kematian
- e. Indeks dokter

Karena indeks dilakukan secara komputerisasi maka formulir manual seperti kertas indeks sudah tidak digunakan.

Kinerja Petugas Koding dan Indeksing

a. *Man*

- 1) Kurangnya sumber daya manusia bagian petugas koding dan indeksing namun petugas bisa berperan ganda menggantikan bagian petugas lain seperti pendaftaran yang menyebabkan terhambatnya proses koding maupun indeksing.
- 2) Petugas koding belum mengetahui adanya koding morbiditas berupa penggunaan Indeks MB dan penentuan sebab dasar kematian karena di Rumah Sakit Mitra Husada sudah ditentukan oleh dokter.

b. *Method*

Pelaksanaan kegiatan yang tidak sesuai dengan SPO rumah sakit serta tidak adanya kejelasan dari mana dokumen diterima sebelum dikoding dan diindeks. Tercampurnya prosedur antara koding dan indeksing yang pada pelaksanaannya terpisah. Dalam pelaksanaan terdapat perbedaan koding antara pasien umum dan BPJS Kesehatan.

c. *Machine*

Tidak terdapat ICD elektronik yang dapat mempercepat proses pencarian diagnosa dan tindakan.

Pembahasan

Pelaksanaan Koding dan Indeksing

Bagian koding di unit rekam medis Rumah Sakit Mitra Husada telah menjalankan tugas pokok dan fungsinya sesuai dengan analisa jabatan staf

koding dan indeksing. Kode diagnosa dan tindakan masih menggunakan ICD-10 dan ICD-9 CM secara manual tanpa menggunakan ICD elektronik secara komputerisasi serta terdapat buku pedoman singkatan yang dapat membantu dalam memahami singkatan medis di Rumah Sakit Mitra Husada.

Koder melakukan koding sesuai dengan langkah yang benar yaitu dengan memberi kode diagnosa dan tindakan yang ditulis oleh dokter dengan mencari kode diagnosa di buku ICD-10 Vol 3 dan setelah ditemukan dirujuk ke ICD-10 Vol 1, untuk tindakan medis atau operasi mencari kode di buku ICD-9 CM. Kemudian dituliskan pada lembar yang terdapat kode no ICD seperti lembar ringkasan masuk dan keluar serta lembar resume medis untuk kode rawat inap dan lembar ringkasan medis rawat jalan untuk kode rawat jalan. Dokumen yang akan dikode dibedakan antara pasien umum dan BPJS Kesehatan. Untuk koding pasien umum dilakukan setelah dokumen selesai pelayanan di assembling kemudian baru dilakukan proses koding dan indeksing, sedangkan untuk koding pasien BPJS Kesehatan dilakukan di ruangan BPJS Kesehatan, dokumen setelah selesai pelayanan langsung dilengkapi berkas persyaratan dan langsung dikoding baru setelah itu diassembling dan indeksing.

Pada Koding Morbiditas Proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter. Jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosis, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP). Pada koding pemeriksaan penunjang dan tindakan proses koding dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilakukan oleh dokter. Jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan tindakan, maka koder harus melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP). Pada koding kematian proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosa termasuk penyebab kematian yang dianalisa dan ditulis oleh dokter sehingga petugas koding tidak melakukan analisa penyebab kematian dengan menggunakan indeks untuk kematian. Pada koding penyebab luar proses koding dilakukan terhadap kasus yang diperlukan untuk kepentingan seperti karena adanya kasus kecelekaan maka akan dikode sesuai dengan kejadian yang menyebabkan seseorang dirawat atau sakit. Kode dilakukan berdasarkan subyek dan obyek serta waktu terjadinya kejadian tersebut.

Bagian koding di Rumah Sakit Mitra Husada sudah memiliki kesesuaian kode yaitu sebesar 100%.

Pelaksanaan koding petugas masih perlu belajar rule MB dan penyebab dasar kematian guna menambah pengetahuan petugas.

Pelaksanaan koding dan indeksing petugas dipengaruhi oleh motivasi, (Surbakti, 2013; Asriyanto, 2013; Kusuma, 2013; Gardjito, Musadieg, dan Nurtjahjono, 2014; Tucunan, Supartha, dan Riana, 2014; Kharis, 2015; Apriani dan Hidayat, 2016; Moulana, Sunuharyo, dan Utami, 2017; dan Farizki, 2017), kepuasan pegawai, dan kompetensi (Sajangbati, 2013; Rosita, 2016; dan Sukidi, 2017).

Kinerja Petugas Koding dan Indeksing

Man

- 1) Dilakukan penambahan sumberdaya manusia guna menunjang seluruh kegiatan termasuk koding dan indeksing.
- 2) Mempelajari koding morbiditas berupa penggunaan Indeks MB dan penentuan sebab dasar kematian guna menambah pengetahuan petugas yang apabila sewaktu-waktu dalam hal koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada DPJP, maka koder menggunakan *Indeks* MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama ('re-seleksi'). Serta dapat menggunakan MMDS (Medical Mortality Data Sheet) dan pada bayi menggunakan indeks kematian perinatologi untuk menentukan penyebab dasar kematian yang apabila tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada DPJP.

Method

Perlu dilakukan pembaharuan SPO yang lebih sesuai dengan pelaksanaan kegiatan saat ini. Menambahkan keterangan dari mana dokumen diterima dan prosedur yang menjelaskan perbedaan pelayanan pasien umum dan pasien BPJS Kesehatan. Serta pemisahan antara prosedur koding dan indeksing

Machine

Menyediakan ICD elektronik untuk mempercepat pencarian kode diagnosa karena kurangnya sumberdaya manusia.

Kinerja petugas koding dan indeksing dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain motivasi (Surbakti, 2013; Asriyanto, 2013; Kusuma, 2013; Gardjito, Musadieg, dan Nurtjahjono, 2014; Tucunan, Supartha, dan Riana, 2014; Kharis, 2015; Apriani dan Hidayat, 2016; Moulana, Sunuharyo, dan Utami, 2017; dan Farizki,

2017), kepuasan dan kompetensi (Sajangbati, 2013; Rosita, 2016; dan Sukidi, 2017).

Faktor eksternal antara lain gaya kepemimpinan atasan (Sariadi, 2013; Sukwadi, 2014; dan Panjaitan, 2017; Surbakti, 2013; Tucunan, Supartha, dan Riana, 2014; Cahyono, Maarif, dan Suharjono, 2014; Subhi dan Yuniati, 2014; Handoko dan Djastuti, 2015; Kharis, 2015; dan Pambudi, Mukzam, dan Nurtjahjono, 2016), lingkungan kerja (Murdiyanto, 2012; Ginanjar, 2013; Asriyanto, 2013; Kusuma, 2013; Gardjito, Musadieg, dan Nurtjahjono, 2014; Budianto dan Katini, 2015; Kirana, Purwinarti, dan Onida, 2015; Apriani dan Hidayat, 2016; Pratama, 2016; Moulana, Sunuharyo, dan Utami, 2017; dan Farizki, 2017), sarana dan prasarana, dan kompensasi (Satedjo, 2017 dan Arifin, 2017).

Kinerja petugas unit koding indeksing sudah terdapat SPO yang mana belum berjalan sesuai dengan pelaksanaan yang dilakukan petugas. Tercampurnya prosedur koding dan indeksing yang pada pelaksanaannya dilakukan secara terpisah sehingga mengindikasikan ketidak patuhan petugas terhadap SPO yang terdapat di unit koding dan indeksing.

Simpulan

Bagian koding di Rumah Sakit Mitra Husada sudah memiliki kesesuaian kode yaitu sebesar 100%. Pelaksanaan koding petugas masih perlu belajar rule MB dan penyebab dasar kematian guna menambah pengetahuan petugas. Kinerja petugas unit koding indeksing sudah terdapat SPO yang mana belum berjalan sesuai dengan pelaksanaan yang dilakukan petugas. Tercampurnya prosedur koding dan indeksing yang pada pelaksanaannya dilakukan secara terpisah sehingga mengindikasikan ketidak patuhan petugas terhadap SPO yang terdapat di unit koding dan indeksing.

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih ditujukan untuk pihak-pihak yang mempunyai kontribusi di dalam penelitian.

Daftar Pustaka

Apriani, D.R dan Hidayat, W. (2016). Pengaruh Lingkungan Kerja, Kepemimpinan, dan Motivasi Terhadap Kinerja Karyawan

PT. Kereta Api Indonesia (PERSERO) DAOP IV Semarang (Studi Pada PT.Kereta Api Indonesia Wilayah Kota Semarang). *Jurnal Penelitian*. Semarang: Jurusan Ilmu Administrasi Bisnis Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Diponegoro.

Arifin, M. (2017). Pengaruh Kompensasi Dan Kepuasan Kerja Terhadap Kinerja (Studi terhadap Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara). *Jurnal EduTech Vol. 3 No.2 September 2017*. ISSN: 2442-6024. e-ISSN: 2442-7063. Medan: Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Arikunto, S. (2016). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.

Asriyanto, N.A. (2013). Pengaruh Motivasi Kerja Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan CV. Kalika Intergraha Di Semarang. *Jurnal Penelitian*. Semarang: Jurusan Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Semarang.

Budianto, A.A.T dan Katini, A. (2015). Pengaruh Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Pada PT Perusahaan Gas Negara (Persero) Tbk SBU Distribusi Wilayah I Jakarta. *KREATIF. Jurnal Ilmiah Prodi Manajemen Universitas Pamulang. Vol. 3, No.1, Oktober 2015, hlm. 100-124*.

Cahyono U.T., Maarif M.S., dan Suharjono. 2014. Pengaruh Kepemimpinan Transformasional Terhadap Kinerja Karyawan Di Perusahaan Daerah Perkebunan Jember. *Jurnal Manajemen & Agribisnis, Vol. 11 No. 2, Juli 2014, hlm. 68-76*. Jember: Jurusan Produksi Pertanian Program Studi Produksi Tanaman Perkebunan Politeknik Negeri Jember.

Creswell, J.C and Clark, V.L.P. (2010). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. New York: SAGE Publications, Inc.

Farizki, M.R. (2017). Pengaruh Motivasi Kerja Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Medis. *Jurnal Ilmu dan Riset Manajemen Volume 6, Nomor 5, Mei 2017, ISSN : 2461-0593*. Surabaya: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia (STIESIA) Surabaya.

- Gardjito A.H., Musadieg M.A., dan Nurtjahjono G.E. (2014). Pengaruh Motivasi Kerja Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan (Studi Pada Karyawan Bagian Produksi PT. Karmand Mitra Andalan Surabaya). *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*. Vol. 13 No. 1 Agustus 2014. *administrasibisnis.studentjournal.ub.ac.id*. Malang: Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
- GINANJAR, R.A. (2013). Pengaruh Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Pada Dinas Pendidikan, Pemuda, Dan Olahraga Kabupaten Sleman. *Jurnal Penelitian*. Yogyakarta: Program Studi Manajemen Pendidikan Jurusan Administrasi Pendidikan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Yogyakarta.
- Handoko, A dan Djastuti, I. (2015). Pengaruh Kepemimpinan Transformasional Dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Dengan Kepuasan Kerja Sebagai Variabel Intervening (Studi pada PT. Kereta Api Indonesia (Persero) Daop 4 Semarang). *DIPONEGORO JOURNAL OF MANAGEMENT Volume 4, Nomor 4, Tahun 2015, Halaman 1-13*. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/dbr>. ISSN (Online): 2337-3792.
- Kharis, I. (2015). Pengaruh Gaya Kepemimpinan Transformasional Terhadap Kinerja Karyawan Dengan Motivasi Kerja Sebagai Variabel Intervening (Studi Pada Karyawan Bank Jatim Cabang Malang). *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*, Vol. 3 No. 1 Maret 2015, hlm. 1-9. *administrasibisnis.studentjournal.ub.ac.id*. Malang: Fakultas Ilmu Administasi Universitas Brawijaya.
- Kirana, R.A., Purwinarti T, dan Onida, M. (2015). Pengaruh Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan *Outsourcing* Studi Pada Tower Management PT Indosat TBK. *Epigram Vol. 12 No. 2 Oktober 2015, hlm. 127-132*.
- Kusuma, A.Adi. (2013). Pengaruh Motivasi Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Hotel Muria Semarang. *Jurnal Penelitian*. Semarang: Jurusan Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Semarang.
- Moulana, F, Sunuharyo B.S., dan Utami H.N. (2017). Pengaruh Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Melalui Variabel Mediator Motivasi Kerja (Studi pada Karyawan PT. Telkom Indonesia, Tbk Witel Jatim Selatan, Jalan A. Yani, Malang). *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*, Vol. 44 No.1 Maret 2017. *administrasibisnis.studentjournal.ub.ac.id. hlm, 178-185*. Malang: Fakultas Ilmu Administasi Universitas Brawijaya.
- Murdiyanto, A. (2012). Analisis Pengaruh Motivasi Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Motor Hepy Cabang Jawa Tengah. *Tema Vol 9 edisi 1, April 2012 hal. 12 – 28*. Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Stikubank Semarang.
- Pambudi D.S., Mukzam D, dan Nurtjahjono G.E. (2016). Pengaruh Gaya Kepemimpinan Transformasional Terhadap Kinerja Karyawan Melalui Kepuasan Kerja Karyawan Sebagai Variabel Mediasi (Studi pada Karyawan PT Telkom Indonesia Witel Jatim Selatan Malang). *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*, Vol. 39 No.1 Oktober 2016, hlm. 164-171. *administrasibisnis.studentjournal.ub.ac.id*. Malang: Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
- Panjaitan, M. (2017). Pengaruh Gaya Kepemimpinan Dan Komunikasi Terhadap Kinerja Karyawan Pada PT. Putri Megah Asri Indah Medan. *Jurnal Ilmiah Methonomi Vol. 3 No. 1 (Januari – Juni 2017)*. Jakarta: Program Studi Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Methodist Indonesia.
- Pratama, A.N. (2016). Pengaruh Lingkungan Kerja Dan Disiplin Kerja Terhadap Kinerja Karyawan PT. Razer Brothers. *Jurnal Penelitian*. Yogyakarta: Program Studi Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Yogyakarta.
- Rosita, T. (2016). Pengaruh Kepuasan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Dengan Komitmen Organisasional Sebagai Variabel Intervening. *Jurnal Ilmu dan Riset Manajemen: Volume 5, Nomor 1, Januari 2016. ISSN: 2461-0593*. Surabaya: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia (STIESIA) Surabaya.
- Sajangbati, I.A.S. (2013). Motivasi, Disiplin, dan Kepuasan Pengaruhnya Terhadap Kinerja Pegawai PT. Pos Indonesia (Persero) Cabang Bitung. *Jurnal EMBA. Vol.1 No.4 Desember 2013, Hal. 667-678*. Manado: Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Jurusan Manajemen Universitas Sam Ratulangi Manado.

- Sariadi, S. (2013). Gaya Kepemimpinan dan Motivasi Pengaruhnya Terhadap Kinerja Pegawai pada Bagian Sekretariat TNI AL Lantamal VIII di Manado. *Jurnal EMBA. Vol.1 No.4 Desember 2013, Hal. 31-39. ISSN 2303-1174*. Manado: Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Jurusan Manajemen Universitas Sam Ratulangi Manado.
- Satedjo, A.D. (2017). Pengaruh Kompensasi Dan Disiplin Kerja Terhadap Kinerja Karyawan PT. Modern Widya Tehnical Cabang Jayapura. *AGORA Vol. 5, No. 3, (2017)*. Surabaya: Program Studi Manajemen Bisnis Fakultas Ekonomi Universitas Kristen Petra.
- Subhi, E.R dan Yuniati, T. (2014). Pengaruh Kepemimpinan Transformasional Terhadap Kinerja Karyawan Dengan Penghargaan Sebagai Variabel Moderating. *Jurnal Ilmu & Riset Manajemen Vol. 3 No. 2 (2014), hlm. 1-18*. Surabaya: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia (STIESIA) Surabaya.
- Sukidi. (2017). Pengaruh Motivasi, Kompensasi, dan Kepuasan Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Dengan Kepuasan Kerja Sebagai Variabel Intervening. *Jurnal Ekonomi Manajemen Sumber Daya Vol. 18, No. 2, Desember 2016*. Surakarta: Magister Manajemen Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sukwadi, R. (2014). Analisis Pengaruh Gaya Kepemimpinan dan Komunikasi Interpersonal Terhadap Kinerja Karyawan UKM. *Jurnal Teknik dan Ilmu Komputer. Vol. 03 No. 11, Jul-Sep 2014*. Jakarta: Program Studi Teknik Industri Universitas Katolik Atmajaya.
- Surbakti, M.P. (2013). Analisis Pengaruh Kepemimpinan Transformasional & Motivasi Terhadap Kinerja Karyawan (Studi pada PT. Kereta Api Indonesia Daop IV Semarang). *Jurnal Penelitian*. Semarang: Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro.
- Tucunan R.J.A., Supartha W.G., dan Riana I.G. (2014). Pengaruh Kepemimpinan Transformasional Terhadap Motivasi dan Kinerja Karyawan (Studi Kasus Pada PT. Pandawa). *E-Jurnal Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana 3.9 (2014) :533-550. ISSN : 2337-3067*. Denpasar: Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana.

Analisis Efektivitas SOP Pelaksanaan Penyimpanan Berkas Rekam Medis Di Puskesmas Lawang

Ina Suhartina¹, Tri Murni, M², Riska Diana, P³

^{1,2,3}Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang
E-mail: ¹inasuhartina57@gmail.com

Abstract

The service of medical record documents, is required to provide files quickly and accurately. Based on the results of observations during street vendors at Lawang Health Center, the authors found that the implementation of medical record file storage in Lawang Health Center was not in accordance with (Standard Operational Procedure). The study was conducted to analyze the effectiveness of medical record file storage SOPs at Lawang Health Center. The type of research used is qualitative research. The phenomenology approach is used in research because it focuses on describing what is common / common to all participants when they experience a phenomenon. Data collected are interview data and documentation. There were 4 officers in the medical record room including 1 medical record graduate, 1 midwifery graduate, and 2 high school graduates who already had basic skills in managing medical record files. At the Lawang Community Health Center there was a policy but there was still no information about the obligations of the officers in carrying out the storage of medical records. The results showed that 30% had not implemented the SOP effectively so that it caused missing and difficult files to track it. In addition, the flow of medical record documents is embedded and written. The medical record room is ± 2 m x 2.5 m with a medical record file of 29200 files. This results in the process of searching the medical record file to be slow and ineffective.

Keywords: Medical Record File, SOP, Storage, Puskesmas.

Abstrak

Pelayanan dokumen rekam medis, dituntut menyediakan berkas secara cepat dan tepat. Berdasarkan hasil pengamatan selama PKL di Puskesmas Lawang, penulis menemukan bahwa pelaksanaan penyimpanan berkas rekam medis di Puskesmas Lawang belum sesuai dengan (Standart Operational Procedure). Penelitian dilakukan untuk menganalisis efektivitas SOP penyimpanan berkas rekam medis di Puskesmas Lawang. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Pendekatan fenomenologi digunakan dalam penelitian karena berfokus untuk mendeskripsikan apa yang sama/umum dari semua partisipan ketika mereka mengalami fenomena. Data yang dikumpulkan adalah data hasil wawancara dan dokumentasi. Terdapat 4 petugas diruang rekam medis diantaranya adalah 1 orang lulusan Rekam medis, 1 orang lulusan kebidanan, dan 2 orang lulusan SMA yang sudah memiliki ketrampilan dasar mengenai pengelolaan berkas rekam medis. Di Puskesmas Lawang sudah terdapat kebijakan akan tetapi masih belum adanya keterangan tentang kewajiban petugas dalam pelaksanaan penyimpanan berkas rekam medis. Hasil penelitian menunjukkan 30% belum melaksanakan SOP dengan efektif sehingga menyebabkan terdapat berkas hilang dan sulit dalam melacaknya. Selain itu alur dokumen rekam medis secara tertempel dan tertulis. Ruang rekam medis berukuran ± 2 m x 2,5 m dengan berkas rekam medis sebanyak 29200 berkas. Hal ini mengakibatkan proses pencarian berkas rekam medis menjadi lambat dan tidak efektif.

Kata kunci: Berkas Rekam Medis, SOP, Penyimpanan, Puskesmas

Pendahuluan

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil

ilmu pengetahuan dan masyarakat. Puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat inap dan rawat jalan (Ismainar, 2015).

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta

tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Butt, 2010). Kegunaan rekam medis menurut Murni, dkk (2018) adalah sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk kepentingan penelitian, sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan. Rekam medis terbagi atas beberapa bagian yaitu (rawat inap, dan rawat jalan), assembling, koding, filling, dan analising /reporting.

Salah satu bagian yang menunjang kelancaran pelayanan di bidang rekam medis adalah bagian filing yang berfungsi sebagai tempat penyimpanan rekam medis. Menurut Budiharjo (2014) "sistem penyimpanan adalah sistem yang digunakan pada penyimpan dokumen agar kemudahan kerja penyimpanan dapat diciptakan dan penemuan dokumen yang sudah disimpan dapat dilakukan dengan cepat bilamana dokumen tersebut sewaktu-waktu dibutuhkan". Hal tersebut harus disesuaikan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan oleh puskesmas sebagai acuan dalam pelaksanaan tugas yang harus dipatuhi oleh semua petugas pada setiap unit.

Setiap perusahaan bagaimanapun bentuk dan apapun jenisnya, membutuhkan sebuah panduan untuk menjalankan tugas dan fungsi setiap elemen atau unit perusahaan. Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, merapikan dan menertibkan pekerjaan. Sistem ini berisi urutan proses melakukan pekerjaan dari awal sampai akhir. Sailendra, (2015) menyatakan "*Standard Operating Procedure (SOP)* merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar". Lebih lanjut Seilendra (2015) menjelaskan bahwa *Standard Operating Procedure (SOP)* adalah satu set instruksi tertulis yang digunakan untuk kegiatan rutin atau aktivitas yang berulang kali dilakukan oleh sebuah organisasi. Sedangkan Budihardjo (2014) menyatakan: "*Standard Operating Procedure (SOP)* adalah suatu perangkat lunak pengatur, yang mengatur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentu."

Berdasarkan survey awal pada bulan April hingga Mei Tahun 2018 di Puskesmas Lawang terlihat pelayanan Berkas Rekam Medis (DRM) lebih dari ketetapan waktu 5 menit pada Standar Operasional Prosedur (SOP) pengukuran sasaran mutu waktu tunggu proses pendaftaran sampai ke poliklinik

dikarenakan sulitnya pengambilan kembali Berkas Rekam Medis saat pasien akan berobat. Selain itu di tempat filing ditemukan bahwa $\pm 15\%$ dokumen rekam medis tidak dirak file karena belum dikembalikan setelah digunakan.

Hal ini dikarenakan tidak digunakannya tracer sebagai pengganti berkas rekam medis keluar sehingga dapat mengalami kesulitan dalam mencari dan mengembalikan berkas rekam medis, sering ditemukannya dokumen rekam medis yang hilang atau salah peletakannya dan tidak digunakannya buku ekspedisi dalam pencatatan dokumen rekam medis yang keluar dan masuk ruang filing juga menjadi faktor lebihnya ketepatan waktu 5 menit pada SOP. Jika hal tersebut terus-menerus dibiarkan tanpa perbaikan maka akan berdampak pada berkurangnya jumlah kunjungan poliklinik puskesmas dan kepercayaan pasien terhadap pelayanan hilang sehingga membuat kerugian pada puskesmas.

Berangkat dari masalah yang telah dipaparkan di Puskesmas Lawang, tujuan penelitian ini adalah mengetahui pelaksanaan penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) di Puskesmas Lawang dan mengetahui alur prosedur pelayanan berkas rekam medis di Puskesmas Lawang.

Metode

Dalam pelaksanaan penelitian harus menggunakan metode yang tepat agar sesuai dengan tujuan penelitian. Pada penelitian ini peneliti menggunakan penelitian kualitatif. Menurut Denzin & Lincoln (2011) Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang melibatkan suatu pendekatan penafsiran yang naturalistik. Hal ini berarti bahwa penelitian kualitatif mempelajari benda-benda dilingkungan alamiah, berusaha untuk menafsirkan fenomena dari sudut pandang makna-makna yang diberikan oleh masyarakat (Cresswell, 2015).

Adapun pendekatan yang digunakan dalam penelitian adalah fenomenologi karena penelitian berfokus untuk mendiskripsikan apa yang sama/umum dari semua partisipan ketika mereka mengalami fenomena. Tujuan utama dari fenomenologi adalah untuk mereduksi pengalaman individu pada fenomena menjadi diskripsi tentang esensi atau intisari (Cresswell, 2015). Dalam proses ini peneliti mendiskripsikan gejala sebagaimana gejala itu menampilkan dirinya pada pengamatan, maksudnya

peneliti menggali data yang dimunculkan lewat pengalaman-pengalaman subjek.

Menggunakan metode kualitatif dirasa sangat sesuai karena mampu menjawab tujuan penelitian yaitu mengetahui penyimpanan berkas rekam medis sesuai dengan SOP di Puskesmas Lawang dan mengetahui alur prosedur pelayanan rekam medis. Tujuan dari penelitian kualitatif yakni mencakup informasi tentang fenomena utama yang dieksplorasi dalam penelitian, partisipan penelitian dan lokasi penelitian (Cresswell, 2015). Melalui tujuan penelitian kualitatif, peneliti melakukan penelitian secara partisipan dengan mengumpulkan data melalui pengamatan, wawancara dan dokumentasi.

Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Lawang di jalan Sumber Waras Kelurahan Kalirejo Kecamatan Lawang pada September 2018. Dasar pertimbangan pengambilan penelitian di puskesmas ini adalah karena sudah melakukan survei dan pengambilan data pada saat pelaksanaan praktek kerja lapangan di Puskesmas Lawang. Lokasi yang digunakan untuk pengambilan data adalah Unit Rekam Medis Rawat Jalan khususnya dibagian Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medis (*Filling*).

Menurut Cresswell (2015), fokus penelitian ini dimaksudkan untuk membatasi penelitian guna memilih mana data yang relevan dan yang tidak relevan, agar tidak dimasukkan ke dalam sejumlah data yang sedang dikumpulkan, walaupun data itu menarik. Perumusan fokus masalah dalam penelitian ini bersifat tentatif, artinya penyempurnaan rumusan masalah masih tetap dilakukan sewaktu penelitian sudah berada dilapangan. Berdasarkan rumusan masalah yang ada maka dapat diuraikan kepada fokus penelitian antara lain:

1. Persyaratan/Kualifikasi Petugas Rekam Medis di Puskesmas Lawang.
2. Kebijakan Penyimpanan Berkas Rekam Medis di Puskesmas Lawang.
3. Alur Berkas Rekam Medis di Puskesmas Lawang.
4. Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medis di Puskesmas Lawang.
5. Sistem Pengambilan dan Pengembalian Berkas rekam medis di Puskesmas Lawang.
6. Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medis dan Letak Arsip di Puskesmas Lawang.
7. Jarak Pendistribusian Berkas Rekam Medis ke poli di Puskesmas Lawang.

Data dikumpulkan dengan mengobservasi perilaku petugas rekam medis, wawancara dan dokumentasi. Kegiatan Observasi ini dilakukan dengan cara mengamati perilaku, kegiatan yang dilakukan rekam medis Puskesmas Lawang untuk mendapatkan data mengenai pelaksanaan penyimpanan berkas rekam medis, alur berkas rekam medis, ukuran ruangan filling, rak filling, dan jarak tempuh rekam medis dalam mendistribusikan berkas rekam medis ke poli tujuan, letak arsip disimpan. Setelah data dikumpulkan, data tersebut akan dianalisis dan disimpulkan untuk dijadikan hasil penelitian.

Hasil

Kualifikasi Petugas Rekam Medis

Kualifikasi petugas rekam medis di Puskesmas Lawang diketahui terdapat 4 petugas rekam medis pada tabel 1.

Tabel 1 Kualifikasi Petugas Rekam Medis Puskesmas Lawang

No	Jabatan	Pendidikan			Total
		SMA	D3	D3	
		RMK	Lain		
1	Koordinator Rekam Medis			1	1
2	Pelaksana	2	1		3
Total Keseluruhan					4

Lulusan SMA sebanyak 2 orang, Lulusan D3 RMK sebanyak 1 orang dan Koordinator Rekam medis lulusan D3 Kebidanan sebanyak 1 orang. Dimana petugas yang berada di Pendaftaran sebanyak 3 orang. Filling sebanyak 1 orang, dan 1 petugas pendaftaran merangkap membantu petugas filling. Semua penyimpanan berkas rekam medis dilakukan oleh petugas rekam medis.

Berdasarkan hasil identifikasi dapat diketahui kualifikasi tenaga pelaksana yang bekerja di sana memiliki standart pendidikan minimal SMA dan maximal adalah D3. Akan tetapi sudah dilakukan pelatihan tentang rekam medis dan manajemen rekam medis dasar. Berdasarkan hasil wawancara dijelaskan bahwa dengan rata-rata pasien 120 perhari

tenaga bagian filling kurang dikarenakan petugas merangkap pekerjaan yaitu penyiapan berkas, assembling, cek data pasien tidak membawa kartu berobat dan mendistribusikan berkas.

SOP Penyimpanan rekam medis

Puskesmas Lawang memiliki SOP khusus untuk penyimpanan berkas rekam medis. Sebagai berikut :

- a. Petugas mengambil dokumen rekam medis dari petugas poli
- b. Petugas mencatat dikumen rekam medis yang keluar pada lembar ekspedisi rekam medis
- c. Petugas mengembalikan rekam medis sesuai dengan nomor urut indexnya dan mengambil tracer ke dalam rak penyimpanan rekam medis masing-masing
- d. Petugas mengurutkan rekam medis sesuai dengan nomor indexnya
- e. Petugas merapikan susunan rekam medis agar tetap rapi dan benar

Hasil pengamatan yang dilakukan terhadap petugas rekam medis Puskesmas Lawang akan dipaparkan pada tabel 2.

Tabel 2. Analisis Pelaksanaan SOP Penyimpanan Berkas Rekam Medis

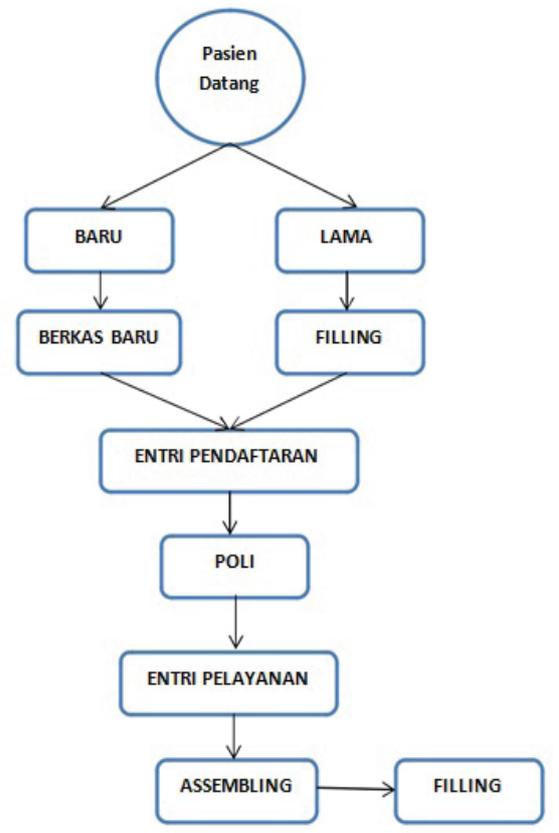
No	Uraian Prosedur	Pelaksanaan	
		Sudah	Belum
1	Petugas mengambil dokumen rekam medis dari petugas poli	✓	
2	Petugas mencatat dikumen rekam medis yang keluar pada lembar ekspedisi rekam medis		✓
3	Petugas mengembalikan rekam medis sesuai dengan nomor urut indexnya	✓	
	Petugas mengambil tracer ke dalam rak penyimpanan rekam medis masing-masing		✓

No	Uraian Prosedur	Pelaksanaan	
		Sudah	Belum
4	Petugas mengurutkan rekam medis sesuai dengan nomor indexnya	✓	
5	Petugas merapikan susunan rekam medis agar tetap rapi dan benar		✓

Berdasarkan hasil observasi, wawancara dan dokumentasi di Puskesmas Lawang petugas 30% belum melaksanakan SOP dengan efektif. Karena petugas tidak mencatat dokumen rekam medis yang keluar maupun berkas rekam medis yang dipinjam ke dalam buku ekspedisi dan buku peminjaman berkas rekam medis.

Alur Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Berikut adalah bagan alur penyimpanan berkas rekam medis Puskesmas Lawang.



Gambar 1. Alur Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan hasil wawancara di Puskesmas Lawang belum terdapat alur berkas rekam medis secara tertulis. Dari bagan di atas dapat dijelaskan pasien datang menuju ke loket pendaftaran kemudian jika pasien baru maka pasien akan dibuatkan berkas baru, jika pasien lama maka akan diambilkan di ruang filling. Berkas dari filling di bawa ke pendaftaran untuk dilakukan pengentrian pendaftaran kemudian didistribusikan ke poli.

Setelah berkas selesai digunakan maka perawat akan mengentri pelayanan medisnya dan petugas rekam medis mengambil kembali berkas rekam medis kemudian dilakukan proses assembling dan berkas dikembalikan ke filling kembali.

Pasien lama di Puskesmas Lawang dibagi menjadi 2 yaitu pasien umum dan pasien BPJS. Jika pasien tidak membawa kartu berobat maka petugas meminta fotocopi data diri pasien dan mengeceknya terlebih dahulu di aplikasi E-puskesmas. Kemudian petugas menulis nomor rekam medis pasien di nomor antrian dan mengambil berkas tersebut di ruang filling dengan cara menarik menonjol 2 berkas kemudian mengambil 1 berkas rekam medis dan qberkas rekam medis lain sebagai tanda jika berkas keluar. Berdasarkan hasil wawancara di Puskesmas Lawang tidak terdapat alur dokumen rekam medis secara tertulis dan tertempel.

Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Tabel 3 Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medis

No	Kategori	Uraian	
		Rawat Jalan	Rawat Inap
1	Sistem Penyimpanan	Sentralisasi	Sentralisasi
2	Sistem Penjajaran	<i>Straight Numerical Filling</i>	<i>Straight Numerical Filling</i>
3	SOP Penyimpanan rekam medis	Ada	Ada

Hasil observasi dan wawancara di atas (Tabel 3) sistem penyimpanan berkas rekam medis menggunakan cara Sentralisasi. Sentralisasi adalah sistem penyimpanan dimana berkas pasien rawat

jalan dan rawat inap disimpan pada 1 ruangan yang sama, sehingga memudahkan petugas dalam mencari berkas rekam medis rawat inap maupun rawat jalan.

Sistem Penjajarannya menggunakan *straight numerical system* yaitu dokumen rekam medis disimpan dalam rak secara berurutan sesuai dengan urutan nomor rekam medis pasien. Di Puskesmas Lawang terdapat SPO tertulis terkait pelaksanaan penyimpanan rekam medis yang mengatur tentang aturan atau langkah-langkah penyimpanan dokumen rekam medis, peminjaman dokumen rekam medis dan pendistribusian rekam medis.

Pengambilan Berkas Rekam Medis

Pengambilan berkas rekam medis tidak menggunakan tracer. Di bawah ini adalah gambar berkas rekam medis keluar tanpa tracer sebagai petunjuk berkas keluar.



Gambar 2. Berkas Rekam Medis keluar tanpa tracer pada tahun 2018

Petugas 90% sudah mengembalikan rekam medis sesuai dengan urutan nomornya tetapi tidak menggunakan tracer saat berkas rekam medis keluar sampai berkas masuk/kembali ke ruang penyimpanan padahal tracer sudah ada. Petugas memilih menggunakan berkas yang berada dibelakang rekam medis keluar, sehingga jika berkas hilang atau belum kembali petugas kesulitan dalam melacaknya. Petugas sudah mengurutkan dan merapikan susunan rekam medis agar tetap rapi dan benar.

Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan observasi dan wawancara dapat disimpulkan dalam table 4 dibawah ini.

Tabel 4. Jarak Pendistribusian dokumen Rekam Medis

No	Ruang	Letak Ruang	Jarak
1	Poli Umum 1	Dalam Gedung	± 4 m
2	Poli Umum 2	Dalam Gedung	± 8 m
3	Poli KIA	Dalam Gedung	± 6 m
4	Poli Gigi	Dalam Gedung	± 5 m
5	Poli TB	Luar Gedung	± 18 m
6	UGD	Luar Gedung	± 22 m

Jarak yang ditempuh petugas rekam medis dalam pendistribusian berkas rekam medis ± 1 menit poli dalam ruangan dan ± 3 menit untuk poli TB dan UGD (luar ruangan).

Ukuran ruang filling berkas rekam medis sangat kecil yaitu 2m x 2,5 m dengan berkas rekam medis sebanyak 29.200 berkas. Hal ini karena pada saat pembangunan ruang filling belum terdapat petugas yang sesuai dengan kualifikasinya sehingga pembangunan ruang filling dilakukan seadanya dengan memanfaatkan lahan yang ada. Kemudian Letak arsip SOP dan SK untuk rekam medis berada di atas meja pelayanan pendaftaran pasien yang terletak di sebelah kiri komputer 2.

Pembahasan

Kualifikasi Petugas Rekam Medis

Faktor terpenting dari suatu pelaksanaan sistem untuk mencapai pelayanan kesehatan yang optimal adalah manusia. Dalam penyimpanan dokumen rekam medis sumber daya manusia adalah faktor yang sangat penting. Berdasarkan data dari identifikasi man secara kualitatif terdapat 4 petugas yaitu lulusan D3 Kebidanan sebanyak 1 orang, D3 RMIK sebanyak 1 orang dan 2 orang petugas lulusan SMA.

Menurut McIlveen (2012) untuk menjalankan pekerjaan rekam medis diperlukan sumberdaya 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 Klarifikasi & kodifikasi Penyakit/Tindakan, Aspek Hukum Rekan Medis & Etika Profesi, Manajemen Rekam Medis & Informasi Kesehatan, Menjaga dan Meningkatkan Mutu Rekam Medis & Informasi Kesehatan, Statistik Kesehatan. Sedangkan untuk kompetensi pendukung meliputi 2 hal, yaitu Kemitraan Kesehatan dan Manajemen Unit Kerja Rekam Medis.

Meskipun telah diberikan pelatihan, namun SDM lulusan SMA tetap saja tidak memiliki dasar pengetahuan terkait berkas rekam medis, hal ini akan berakibat pada kinerja petugas rekam medis yang cenderung berpeluang melakukan kesalahan saat bekerja. Wang, et al (2014) memaparkan bahwa pegawai rumah sakit yang tidak bekerja sesuai dengan bidang keilmuannya akan menyebabkan banyak kesalahan dalam bekerja. Hal ini dikarenakan bidang kesehatan sangat membutuhkan dasar teoritis dan praktis yang kompleks. Sehingga penanggung jawab pekerjaan tersebut harus orang yang memiliki kompetensi yang sesuai (McIlveen, 2012).

SOP Penyimpanan Rekam Medis

Berdasarkan observasi dan wawancara yang dilakukan terdapat perbedaan antara SOP Penyimpanan berkas rekam medis dengan pelaksanaan penyimpanan. Sedangkan secara teori Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, merapikan dan menertibkan pekerjaan. Sistem ini berisi urutan proses melakukan pekerjaan dari awal sampai akhir.

Sailendra, (2015:11) menyatakan “Standard Operating Procedure (SOP) merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar”. Budihardjo (2014) menyatakan :“Standard Operating Procedure (SOP) adalah suatu perangkat lunak pengatur, yang mengatur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentu. Karena pelaksanaan penyimpanan berkas rekam medis di Puskesmas Lawang masih belum sesuai dengan SOP yang ditentukan, mengakibatkan pelayanan kesehatan menjadi kurang efektif.

Alur Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Alur penyimpanan berkas rekam medis Puskesmas Lawang sudah baik. Hal ini sesuai dengan pendapat Hatta (2012) yang memaparkan kelengkapan proses penyimpanan berkas, mulai dari pendaftaran berkas sampai pada penyimpanan berkas. Hatta (2012) menjelaskan bahwa berkas rekam medis harus dikualifikasikan sesuai tipe tindakan dimana Puskesmas Lawang telah mengklasifikasikan berkas menjadi 2, yakni pasien rawat inap dan pasien rawat jalan.

Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan Observasi di Puskesmas Lawang masih ditemukan berkas rekam medis 02-60-01 sampai dengan 02-92-00 yang masih belum menggunakan map. Sedangkan menurut Indradi (2014) berkas rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir berkas rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam folder atau map sehingga setiap folder berisi data dan informasi hasil pelayanan yang diperoleh pasien secara individu.

Untuk perlakuan penyimpanan berkas rekam medis berbeda dengan penyimpanan folder atau map perkantoran. Tujuan penyimpanan dokumen rekam medis adalah untuk mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali berkas rekam medis yang disimpan dalam rak filling, mudah mengambil dari tempat penyimpanan, mudah pengembaliannya, melindungi berkas rekam medis dari bahaya pencurian, bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi.

Pengambilan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan Hasil Observasi, wawancara dan dokumentasi di Puskesmas Lawang. Saat berkas rekam medis akan keluar tracer tidak digunakan dirawat jalan maupun rawat inap. Hal ini dikarenakan petugas yang ada sangat minim dan waktu pengambilan berkas lebih cepat menggunakan berkas lain sebagai alat petunjuk bahwa berkas rekam medis keluar. Dari gambar di bawah terlihat bahwa berkas rekam medis 00-16-70 digunakan sebagai alat petunjuk berkas rekam medis 00-16-71 yang keluar. Sedangkan menurut Widjaya (2014), outguide atau kartu petunjuk atau yang sering disebut dengan tracer

adalah kartu yang digunakan untuk mengganti berkas rekam medis yang diambil untuk berbagai keperluan. Tracer berisi tentang tanggal peminjaman, nama peminjam, unit pengguna, serta keperluan peminjam. Kartu ini harus diisi sebelum rekam medis dipinjam sebagai pengganti rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan.

Menurut (WHO, 2017) menggunakan petunjuk keluar atau tracer meningkatkan kerja instalasi rekam medis dan pengawasan rekam medis. petunjuk keluar atau tracer yaitu untuk memastikan bahwa rekam medis setiap kali akan dipindahkan dari penyimpanan untuk tujuan apapun, harus diganti dengan tracer, yang menunjukkan dimana rekam medis telah dikirim. Tracer juga disebut outguide di banyak negara. Tracer atau outguide memungkinkan rekam medis untuk ditelusuri bila tidak ada di penyimpanan.

Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medis

Almasyah (2011) yang menyatakan bahwa pada unsur material dokumen rekam medis tidak menggunakan map dan DRM, namun menggunakan kertas kuarto. Alat penyimpanan yang baik, penerangan yang baik, pengaturan suhu pemeliharaan ruangan, perhatian terhadap faktor keselamatan, bagi suatu kamar penyimpanan berkas sangat membantu memelihara dan mendorong kegairahan kerja dan produktivitas para pekerja, rak terbuka lebih dianjurkan pemakaiannya

Jarak antara dua buah rak untuk lalu lalang, dianjurkan selebar 90 cm, jika menggunakan jari lima laci satu baris ruangan lowong didepannya harus 90 cm jika diletakkan saling berhadapan harus disediakan ruang lowong paling tidak 150 cm. Untuk memungkinkan terbuka laci-laci tersebut lemari lima laci memang tampak lebih rapi dan berkas dapat terlindung dari debu dan kotoran dari luar, namun satu pemeliharaan kebersihan yang baik, akan memelihara berkas tetap rapi dalam hal penggunaan rak terbuka (DepKes RI, 2006).

Simpulan

Pelaksanaan SOP Sistem Penyimpanan berkas rekam medis tahun 2018 belum efektif: pengambilan yang tidak menggunakan petunjuk berkas keluar (Outguide), tidak terdapat alur dokumen rekam medis secara tertulis dan tertempel.

Ucapan Terima Kasih

Pertama-tama, penulis ingin mengucapkan rasya syukur kepada Tuhan yang Maha Esa. Penulis juga mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang telah banyak berkontribusi dalam penelitian ini. Sealin itu kepada pihak Puskesmas Lawang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan penelitian.

Daftar Pustaka

- Alamsyah, D. (2011). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta:Nuha Medika.
- Budihardjo, M. (2014). *Panduan Praktis Menyusun SOP*. Jakarta: Raih Asa Sukses.
- Butt, M., & de Run, E. (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *Int J Health Care Qual Assur.* 23 (7) : 65-73.
- Cresswell, John W. (2014). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications Ltd:Unite Kingdom.
- Cresswell, John W. (2015). *Penelitian Kualitatif dan Desain Riset:memilih diantara lima pendekatan*. Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Denzin, N., & Lincoln, Y (eds.). 2011. *Handbook of Qualitative Research. Terj. Dariyatno dkk.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Depkes, RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesi(Revisi II)*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Hatta, G.R. (2012). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Indradi, R. (2014). *Rekam Medis*. Tangerang Selatan:Universitas Terbuka.
- Ismainar, H. (2018). *Manajemen Unit Kerja: UntukPerekam Medis dan Informasi Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat Keperawatan dan Kebidanan*. Yogyakarta:Deepublish.
- McIlveen, P. (2012). A Longitudinal Study of The Experience of A Career Development Program For Rural School Students. *Career Education and Higher Education.* 3(1) : 11-14.
- Murni, T., Suhartina, I., & Fransiskus, W. (2018). Analisis Penggunaan Kembali Map Rekam Medis dalam Upaya Memperoleh Efisiensi Biaya di *Siloam Hospitals Surabaya*. *Jkesvo*.3(2): 53-61
- Sailendra, A. (2015). *Langkah-langkah Praktis Membuat SOP*. Yogyakarta: Trans Idea Publishing.
- Wang, Y., Chiang, M., & Lee, Y. (2014). The relationships amongst the intern anxiety, internship outcomes, and career commitment of hospitality college students. *Journal of Hospitality, Leisure, Sport and Tourism Education.* 15 (4) : 86-93.
- Widjaya, L. (2014). *Modul 2B Sistem Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan tentang Pengarsipan Rekam Medis*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- World Health Organization. (2017). *Medical Records Manual, A Guide for Developing Countries*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data.

Tinjauan Pelaksanaan Pelepasan Informasi Medis Untuk Keperluan *Visum Et Repertum* Di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama

Pina Lapenia¹, Imas Masturoh²
^{1,2} Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
vinalapenia53@gmail.com¹, imas.mth74@gmail.com²

Abstrak

Berdasarkan studi pendahuluan di RS Singaparna Medika Citrautama ditemukan adanya keterlambatan penyerahan hasil visum et repertum dan tidak adanya prosedur tetap untuk pelepasan visum et repertum sehingga bagi pemohon dalam hal ini kepolisian dapat menyebabkan terhambatnya penyelidikan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran proses pelepasan visum et repertum di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Subjek penelitian terdiri dari petugas rekam medis, kepala rekam medis dan petugas kepolisian. Analisis data menggunakan analisis tematik. Hasil penelitian ini ditemukan 6 (enam) tema, yaitu surat permintaan visum et repertum yang seringkali terlambat dari pihak kepolisian, ketidaksesuaian prosedur pelaksanaan pelepasan visum dengan SOP dimana surat permintaan tidak diberi disposisi dari direktur rumah sakit, pemeriksaan visum kasus tertentu terkadang tidak dilakukan oleh dokter ahli, tulisan dokter pada pemeriksaan visum kadang-kadang tidak terbaca, pencatatan jenis visum dalam buku ekspedisi tidak dicantumkan, dan terjadinya keterlambatan pelepasan visum. Pelaksanaan pelepasan Visum et Repertum di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama belum sesuai dengan SOP yang berlaku dan masih terdapat permasalahan keterlambatan dalam pelepasan visum. Disarankan agar dapat meningkatkan pelaksanaan pelepasan visum sesuai SOP melalui sosialisasi dan komitmen kepada semua pihak yang terkait.

Kata Kunci : Pelepasan Informasi medis, Visum et Refertum

Abstract

Based on a preliminary study at the Singaparna Medika Citrautama Hospital, there was a delay in the submission of the results of the post mortem examination and the absence of a fixed procedure for the release of the post mortem report so that the police could cause delays in the investigation. The purpose of this study was to determine the description of the release process of post mortem repertum at the Singaparna Medika Citrautama Hospital. This type of research is qualitative with a case study approach. The research subjects consisted of medical record officers, medical record heads and police officers. Data analysis using thematic analysis. The results of this study found 6 (six) themes, namely the letter of request for post mortem et repertum which is often late from the police, incompatibility of procedures for the implementation of post mortem release with an SOP where the request letter is not disposition from the director of the hospital experts, the doctor's writing on the post mortem examination is sometimes illegible, the recording of the post mortem type in the expedition book is not included, and the delay in post mortem release. The release of Visum et Repertum at the Singaparna Medika Citrautama Hospital is not in accordance with the applicable SOP and there are still problems with delay in post mortem release. It is recommended that it can improve the implementation of post mortem release in accordance with the SOP through socialization and commitment to all parties involved.

Keywords: Release of medical information, Visum et refertum

Pendahuluan

Sistem informasi kesehatan merupakan salah satu bentuk pokok Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dipergunakan sebagai dasar dan acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman, dan

arahan penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta pengembangan berwawasan kesehatan. (Rustiyanto, 2009). Berdasarkan Undang-undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan

oleh pelayanan kesehatan. Hal ini membutuhkan campur tangan pelayanan kesehatan agar tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang sesuai dengan cita-cita bangsa dengan pelayanan yang efektif, efisien dan terarah. Oleh karena itu, rumah sakit sebagai unit pelayanan kesehatan masyarakat harus memberikan pelayanan medik dan penunjang medik yang bermutu. Salah satu bentuk pelayanan yang diberikan adalah pelayanan administrasi berupa pelayanan rekam medis (Hosizah, 2014).

Rekam Medis sebagai bagian dari pelayanan umum di sebuah Rumah Sakit yang salah satu pelayanannya adalah menyelenggarakan pelepasan informasi isi rekam medis pasien yang sesuai dengan standar yakni berisi informasi lengkap perihal proses pelayanan kesehatan dimasa lalu, masa kini, dan perkiraan dimasa mendatang. (Hatta, 2012). Berdasarkan PerMenKes RI No.269/MENKES/ PER/ III/ 2008 pasal 1 menyatakan bahwa “Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien”. Rekam Medis memiliki peran dan fungsi yang sangat penting, yaitu sebagai dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan terakhir sebagai bahan untuk membuat statistik kesehatan (Hosizah, 2014).

Dokumen rekam medis hanya dapat dikeluarkan berdasarkan kebijakan rumah sakit yang berwenang serta kerahasiaan isinya dikeluarkan berdasarkan izin dari pihak pasien yang bersangkutan, sehingga secara hukum dapat dipertanggung jawabkan. Isi dalam dokumen rekam medis digunakan sebagai sumber data yang dapat dimanfaatkan untuk berbagai keperluan salah satunya *visum et repertum*. (Setiady, 2009)

Informasi medis bersifat rahasia, maka dalam pelepasan informasi kepada pihak lain (*secondary release*) sarana kesehatan bertanggung jawab untuk melindungi informasi kesehatan yang terdapat didalam Rekam Medis terhadap kemungkinan hilang, rusak, pemalsuan dan akses yang tidak sah. Rekam Medis hanya dapat dikeluarkan berdasarkan otoritas Rumah Sakit yang berwenang, dan kerahasiaan isinya dikeluarkan berdasarkan izin dari pasien yang bersangkutan, sehingga informasi yang terdapat didalamnya dapat dipertanggung jawabkan. (Hatta, 2010)

Secara umum dapat disadari bahwa informasi yang terdapat dalam rekam medis bersifat rahasia dan harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter maupun tenaga profesi kesehatan lainnya. Hal pembukaan rahasia kedokteran dipertegas dalam PerMenKes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 BAB IV Pasal 10 Ayat 2 “ Informasi tentang identitas, diagnosa, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal : Untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan, permintaan dan atau persetujuan pasien sendiri, permintaan istitusi/ lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan dan untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.” (Hosizah, 2014)

Pelepasan informasi kesehatan dari rekam medis atau yang biasa disebut surat keterangan medis adalah suatu surat keterangan yang dibuat dan ditandatangani oleh staff medis fungsional dan tim medis yang berisi informasi medis sesuai dengan isi berkas rekam medis pasien, ahli waris pasien, institusi pemerintah atau swasta. Surat keterangan medis secara umum dibagi menjadi dua yaitu surat keterangan medis non pengadilan dan untuk pengadilan.

Jenis surat keterangan medis untuk pengadilan adalah *visum et repertum*. *Visum et repertum* adalah keterangan yang dibuat oleh dokter forensik atas permintaan tertulis dari penyidik berdasarkan sumpah tentang apa yang dilihat dan ditemukan pada benda yang diperiksa berdasarkan pengetahuan yang sebaik baiknya untuk kepentingan pengadilan. Dalam pembuatan *visum et repertum* dibutuhkan kerjasama antara dokter forensik dan perekam medis. Untuk itu penerapan etika profesi harus diterapkan dalam kerjasama ini supaya menghasilkan hubungan yang baik antar profesi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan (Waluyadi, 2005).

Visum et repertum memiliki peranan yang penting untuk bukti hukum pengadilan. *Visum et repertum* adalah sebuah kenyataan bahwa masyarakat menghendaki agar setiap orang yang bersalah harus dipidana, sementara yang tidak bersalah tidak harus dihukum (dibebaskan). Logika yang demikian adalah benar adanya baik berdasarkan alasan yuridis konstitusional maupun berlandaskan akal sehat manusia. (Setiady, 2009)

Penyelenggaraan rekam medis yang baik bukan semata-mata untuk keperluan medis dan administrasi, tetapi juga karena isinya sangat diperlukan oleh individu dan organisasi yang secara hukum berhak untuk mengetahuinya. Pengadilan sebagai salah satu badan resmi secara hukum berhak untuk meminta pemaparan isi rekam medis jika kasus yang sedang ditanganinya membutuhkan rekam medis sebagai alat bukti penyelidikan.

Untuk pelepasan informasi medis tersebut dibutuhkan ketentuan yang mengatur pelaksanaan pelepasan informasi medis ketentuan itu disebut juga dengan prosedur tetap (protap). Prosedur tetap adalah aturan yang mengatur tentang alur atau pedoman kerja untuk penyelenggaraan rekam medis rumah sakit. (Huffman, 1994)

Petugas rekam medis harus memahami dan mengerti bagaimana prosedur pemaparan isi rekam medis untuk pengadilan. Peraturan ataupun prosedur tersebut disosialisasikan untuk dilaksanakan oleh pihak-pihak yang bersangkutan dengan pemaparan isi rekam medis, sehingga tidak terjadi kesalahan prosedur dan tidak menimbulkan adanya tuntutan dimasa yang akan datang.

Berdasarkan hasil penelitian Faizal (2010) menyebutkan banyak terjadi ketidaksesuaian terjadi antara protap dan hukum kesehatan diantaranya adalah dalam pelaksanaan *visum et repertum*, pengekspedisian dilakukan dibagian URMINKES/ unit rekam medis, sedangkan pada prosedur tetap pengekspedisian dilakukan dibagian tata usaha. Oleh karena itu pelaksanaan *visum et repertum* tidak sesuai dengan prosedur tetap yang sudah ada di rumah sakit. Isi dari prosedur tetap juga belum sesuai dengan hukum kesehatan.

Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama adalah salah satu rumah sakit yang sudah mengadakan pelayanan *visum et repertum* Seperti kasus Penganiayaan, Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), Kecelakaan, Pemerkosaan, Pencabulan, Persetubuhan, dan lain-lain. Pada tahun 2014-2016 terdapat pelayanan *visum et repertum* sebanyak 146 kasus yang terdiri dari kasus penganiayaan sebanyak 86 kasus, kasus seksual sebanyak 29 kasus, kasus kecelakaan lalu lintas sebanyak 13 kasus, kasus pencabulan 22 kasus, dan kasus pengeroyokan sebanyak 6 kasus.

Berdasarkan observasi ditemukan adanya keterlambatan pemberian hasil *visum et repertum* dan adanya tenaga kesehatan yang tidak menjalankan

sistem informasi rekam medis sesuai SOP Rumah Sakit. Petugas rekam medis belum memahami alur dan sistem sesuai SOP rekam medis sehingga rekam medis yang dilakukan petugas tidak berjalan dengan baik dan tidak sepenuhnya sesuai SOP.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan pada tanggal 9 Mei - 11 Juni 2017 di RS Singaparna Medika Citrautama. Subjek penelitian dipilih secara *Purposive Sampling* yaitu petugas pelepasan informasi rekam medis untuk kepentingan visum sebagai informan 1, kepala rekam medis sebagai informan 2 dan pihak kepolisian sebagai informan 3. Teknik pengumpulan data melalui wawancara dan observasi. Analisis data yang digunakan adalah analisis tematik.

Hasil

Surat Permintaan Pemeriksaan *Visum et Repertum* yang Seringkali Terlambat dari Pihak Kepolisian

Surat permintaan pemeriksaan visum yang seringkali tidak diserahkan kepada pihak rumah sakit bersamaan dengan proses pemeriksaan rumah sakit, namun seringkali menyusul di hari berikutnya bahkan 2 hari berikutnya. Hal tersebut tidak sesuai dengan SOP yang ada karena proses pemeriksaan visum dilakukan tanpa adanya surat permintaan, hanya melalui lisan.

Surat permintaan pemeriksaan visum juga seharusnya harus dibawa dan diserahkan langsung oleh pihak kepolisian dan pasien tidak bisa diwakilkan oleh pihak yang lain. Pada pelaksanaannya surat permintaan visum itu diajukan kepada pihak kepolisian setelah proses pelaksanaan pemeriksaan visum itu diproses kemudian diserahkan oleh pihak kepolisian ke bagian rekam medis sebagai administrasi. Hal tersebut dikarenakan surat permintaan visum belum sempat dibuatkan oleh pihak kepolisian.

Surat permintaan visum yang diserahkan ke pihak rumah sakit adalah surat yang ditandatangani oleh kepala kesatuan di polisi misalnya Kasat Reskrim atau penyidik yang menangani kasus tersebut minimal pangkat Aipda

Ketidaksesuaian Prosedur Pelaksanaan Pelepasan Visum dengan Standar Operasional Prosedur (SOP)

Berdasarkan SOP yang ditandatangani direktur utama tentang prosedur pelepasan *visum et repertum* di rumah sakit (Lampiran 5) dalam kebijakannya pada nomor 4.1 polisi datang membawa surat permintaan visum dari kepolisian, nomor 4.2 surat tersebut diberi disposisi dari direktur untuk dibuatkan visum ke bagian rekam medis, nomor 4.3 Petugas rekam medis mencatat dalam buku ekspedisi permintaan visum, dan nomor 4.5 petugas rekam medis meminta dokter yang merawat untuk mengisi informasi yang terkandung dalam berkas rekam medis ke dalam formulir visum.

Pihak kepolisian sebagian besar tidak menyerahkan langsung surat permintaan pemeriksaan visum yang ditujukan ke Direktur Rumah sakit untuk dibuatkan pemeriksaan visum tetapi surat permintaan tersebut langsung dibawa ke bagian rekam medis untuk diperiksa. Pihak polisi bahkan meminta pemeriksaan visum dengan lisan tanpa adanya surat permintaan pemeriksaan visum. Padahal menurut SOP surat permintaan visum diserahkan dan diberi disposisi dari direktur Rumah sakit kepada bagian rekam medis untuk dibuatkan pemeriksaan visum.

Terjadinya ketidaksesuaian prosedur pelaksanaan pelepasan visum dengan SOP (Standar Prosedur Operasional) yang ada dikarenakan petugas visum tidak mengetahui prosedur seharusnya yang sudah ditentukan oleh pihak rumah sakit pada SOP Pembuatan Visum, kemudian SOP tersebut hanya untuk sekedar ada atau tersedia

Buku yang digunakan dalam pendokumentasian visum di rumah sakit terdiri dari buku register, buku ekspedisi pengambilan, dokumen rekam medis dan pengantar visum. Pada pencatatan permintaan visum tidak dituliskan pada buku permintaan oleh petugas rekam medis dikarenakan pencatatan permintaan dan pengambilan digabungkan pada buku ekspedisi.

Pemeriksaan Visum Kasus Tertentu Terkadang tidak Dilakukan oleh Dokter Ahli

Dokter yang memeriksa visum sebagian besar dilakukan oleh dokter umum. Apabila memang membutuhkan penanganan yang lebih lanjut, maka dari dokter umum dapat mengkonsultasikan kepada dokter spesialis sesuai dengan keadaan pasien. Tetapi untuk kasus tertentu pembuatan visum seharusnya langsung ditangani oleh dokter spesialis atau ahli seperti kasus kekerasan seksual yang diperiksa oleh dokter obgyn. Pada kenyataannya pemeriksaan visum

tersebut di RS Singaparna terkadang dilakukan oleh dokter umum yang ada di IGD

Tulisan Dokter pada Pemeriksaan Visum Kadang-kadang Tidak Terbaca

Hasil visum yang masih dalam bentuk tulisan tangan dokter akan diketik dan dirapuhkan oleh bagian administrasi visum, namun seringkali tulisan dokter tidak terbaca sehingga harus konfirmasi kembali kepada dokter yang bersangkutan. Kemudian setelah selesai, memintakan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab terhadap pemeriksaan pasien tersebut

Pencatatan Jenis Visum dalam Buku Ekspedisi

Buku ekspedisi merupakan buku yang memuat bukti-bukti keluar masuknya hasil visum di rumah sakit. Buku ini biasanya terdiri dari buku penerimaan dan pengambilan hasil visum. Dalam pencatatan buku ekspedisi di RS Singaparna ditemukan tidak dituliskan jenis kasus yang dimintakan hasil visumnya, sehingga jika ada pihak rumah sakit atau pihak lain yang memerlukan data mengenai permintaan dan pengeluaran visum yang di lihat pada buku ekspedisi harus mencari pada dokumen permintaan dan pengeluaran visum satu-persatu.

Pihak rumah sakit akan menghubungi pihak kepolisian atau pemohon apabila hasil visum telah selesai dibuat. Selanjutnya pihak kepolisian mengambil hasil visum tersebut dengan memberikan surat kuasa pengambilan hasil visum yang ditandatangani oleh pasien di atas materai atas persetujuan pasien atau keluarga pasien dalam waktu paling lama 3 hari setelah visum selesai. Dalam pengambilan hasil visum pihak kepolisian harus mengurus administrasi pada bagian administrasi visum terlebih dahulu yaitu mengisi buku ekspedisi pengambilan. Jika kasus tidak untuk kepentingan peradilan (berakhir damai) biasanya hasil visum tidak diambil oleh pihak kepolisian melainkan hanya menjadi arsip rumah sakit.

Terjadinya Keterlambatan Pelepasan Visum

Pelepasan visum terkadang mengalami keterlambatan dikarenakan dokter spesialis atau ahli tidak ada di tempat, sehingga dokter jaga/dokter umum yang menggantikannya. Pembuatan surat keterangan visum oleh bagian administrasi visum harus menunggu hasil dari verifikasi dokter yang memeriksa, dan apabila

masih terdapat revisi maka akan menghambat dalam pembuatan dokumen visum karena harus dua kali mengerjakan dokumen visum.

Pembahasan

Surat Permintaan Pemeriksaan *Visum et Repertum* yang Seringkali Terlambat dari Pihak Kepolisian

Surat permintaan visum merupakan syarat utama untuk dilaksanakannya pemeriksaan visum oleh dokter dan yang berhak meminta visum adalah penyidik dengan pangkat polisi yang menandatangani surat permintaan visum minimal berpangkat Aipda. Surat permintaan visum pada umumnya diserahkan bersama pasien/keluarga pasien. Namun pelaksanaan di RS Singaparna Medika Citrautama surat permintaan tidak diserahkan sebelum pemeriksaan visum seringkali diserahkan menyusul di hari berikutnya bahkan 2 hari berikutnya setelah pemeriksaan visum dilakukan. Surat permintaan visum yang diserahkan ke pihak rumah sakit Singaparna Medika Citrautama tidak ada ketentuan yang harus ditandatangani oleh polisi sesuai KUHAP pasal 179 minimal Aipda, tetapi ditandatangani oleh Kasat/penyidik atas nama Kepala Kepolisian Resort Tasikmalaya.

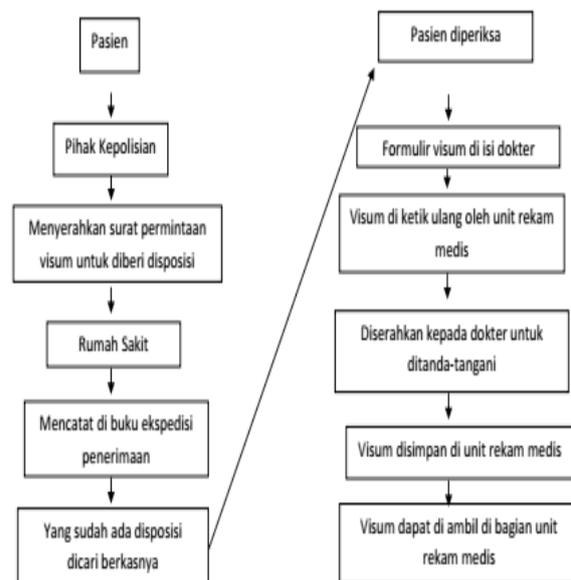
Berbeda menurut Hatta (2009) bahwa syarat pelepasan *Visum et Repertum* adanya surat permintaan sebagai persetujuan pasien untuk membuka informasi medis dan yang berhak meminta visum adalah penyidik yang merupakan polisi negara tertentu dengan pangkat serendah-rendahnya Pelda. Sedangkan pangkat terendah untuk penyidik pembantu adalah Serda. Di daerah terpencil mungkin saja seorang dengan pangkat Serda diberi wewenang sebagai penyidik karena ia komandan.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maria (2014) bahwa di Rumah Sakit dr Cipto Semarang surat keterangan diberikan sebelum pemeriksaan visum dilaksanakan dan pihak yang dapat meminta visum adalah pihak kepolisian/penyidik. Sedangkan pihak pengadilan tidak dapat meminta langsung kepada pihak rumah sakit tanpa melalui kepolisian/penyidik. Dalam protap sudah sesuai dengan menjelaskan permintaan *Visum et Repertum* dari kepolisian. Syarat lainnya berkaitan dengan isi hasil *Visum et Repertum*, yaitu: (a) sesuai dengan kenyataan yang ada pada obyek yang diperiksa, (b) tidak bertentangan dengan teori kedokteran yang telah teruji kebenarannya.

Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama surat permintaan pemeriksaan visum diserahkan kepada pihak rumah sakit setelah pemeriksaan visum dilakukan bukan sebelum pemeriksaan visum. Hal ini tidak sesuai dengan prosedur tetap yang ada di rumah sakit dikarenakan pihak kepolisian telat memproses surat permintaan pemeriksaan visum tersebut.

Ketidaksesuaian Prosedur Pelaksanaan Pelepasan Visum dengan Standar Oprasional Prosedur (SOP) yang Ada

Prosedur/alur pelepasan *Visum et Repertum* menurut SOP yang ada di RS Singaparna Medika Citrautama diawali dengan pasien datang membawa surat permintaan visum dari polisi, polisi menyerahkan surat tersebut untuk diberi disposisi dari direktur untuk dibuatkan visum ke bagian rekam medis. Setelah itu petugas rekam medis mencatat dalam buku ekspedisi permintaan visum, permintaan yang sudah ada disposisinya di cari berkasnya di ruang penyimpanan rekam medis. Setelah itu petugas rekam medis meminta dokter yang merawat untuk mengisi informasi yang terkandung dalam berkas rekam medis ke dalam formulir visum, proses ini diselesaikan maksimal dalam waktu 3 hari. Setelah selesai petugas kepolisian mengambil berkas visum ke bagian rekam medis, petugas rekam medis mencatat di buku ekspedisi pengambilan visum. Untuk prosedur/alur pelepasan *Visum et Repertum* dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar.1 Prosedur Pelepasan *Visum et Repertum* di RS Singaparna Medika Citrautama

Pelaksanaan pelepasan *Visum et Repetum* di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama belum sesuai dengan SOP yang berlaku karena ketidaktahuan petugas rekam medis terhadap SOP dan SOP tersebut hanya untuk memenuhi ketersediaan tanpa ada sosialisasi ataupun komitmen bersama dari semua pihak yang terkait untuk pelaksanaannya. Pada pelaksanaannya diawali dengan pasien/keluarga pasien mendatangi unit IGD untuk melakukan visum, dan dibuatkan visum sementara. Kemudian pasien/keluarga pasien mengajukan surat permintaan ke Polres membawa surat permintaan visum dari kepolisian. Setelah surat permintaan visum diterima lalu diberikan ke bagian rekam medis Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama untuk dibuatkan visum. Dilanjutkan dengan pemeriksaan visum oleh dokter umum dan mengisi formulir visum. Kemudian hasil formulir visum diisi dan diketik ditandatangani oleh dokter yang memeriksa. Setelah hasil visum selesai maka pihak yang meminta visum dalam hal ini pihak kepolisian dihubungi untuk mengambil hasil visum dan dituliskan dalam buku ekspedisi pengambilan visum.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Novita (2013) tentang tinjauan pelaksanaan prosedur pelepasan *Visum et Repetum* di RSUD Karanganyar diawali dengan adanya surat pengantar atau permintaan dari kepolisian yang langsung diproses oleh rekam medis seperti melacak nomor dan dokumen rekam medis (apabila pasien lama). Setelah itu diajukan ke dokter untuk melakukan pemeriksaan dengan blangko *Visum et Repetum* yang disediakan oleh Instalasi rekam medis (dokter membuat konsep). Petugas rekam medis menerima konsep dari dokter untuk selanjutnya diketik dan hasil dikembalikan ke dokter untuk dikoreksi dan ditanda tangani. Setelah tanda tangan dokter selanjutnya ditanda oleh Direktur Rumah sakit. *Visum et Repetum* diambil oleh pihak kepolisian.

Berbeda dengan penelitian Sinta Puspita Sari (2013) prosedur pelepasan *Visum et Repetum* di Rumah Sakit Tugurejo Semarang diawali dengan pasien/keluarga pasien memberikan surat permintaan secara tertulis dari pihak kepolisian yang ditujukan kepada Direktur Rumah Sakit. Kemudian Direktur mendisposisikan kepada Wakil Direktur dan selanjutnya Wakil Direktur merekomendasikannya kepada Kepala Bidang Pelayanan untuk kemudian diserahkan ke Kasi Pelayanan Rawat Jalan agar segera ditindaklanjuti Kasi Pelayanan Rawat Jalan mengkoordinasikan

secara lisan kepada bagian rekam medis terutama bagian *fling* untuk mencarikan Dokumen Rekam Medis (DRM) pasien. Setelah DRM ditemukan maka diserahkan kepada kasi pelayanan rawat jalan untuk diserahkan ke dokter yang memeriksa pertama kali (Dokter Umum) agar segera dibuatkan visumnya. Jika memang membutuhkan penanganan yang lebih lanjut, maka dari Dokter Umum dapat mengkonsultasikan kepada Dokter Spesialis sesuai dengan keadaan pasien. Tetapi untuk kasus tertentu pembuatan visum langsung ditangani oleh Dokter Spesialis seperti pada kasus Psikologi. Dalam pengambilan hasil visum pihak kepolisian harus mengurus administrasi pada bagian Administrasi Visum terlebih dahulu yaitu mengisi Buku Register Pengambilan *Visum et Repetum* yang di dalamnya mencantumkan tanggal pengambilan, nomor *Visum et Repetum*, nama dokter, nama pengambil, pangkat, NRP, wilayah, tanggal pengambilan dan tanda tangan pengambil.

Pemeriksaan Visum Kasus Tertentu Terkadang tidak Dilakukan oleh Dokter Ahli

Dalam pemeriksaan visum kasus tertentu di RS Singaparna Medika Citrautama dokter yang memeriksa visum terkadang tidak dilakukan oleh dokter ahli namun dilakukan oleh dokter umum di IGD. Seharusnya pemeriksaan visum itu dilakukan oleh dokter ahli/spesialis seperti kasus kekerasan seksual yang diperiksa oleh dokter obgyn. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Faizal (2014) di RST Bhakti Wira Tamtama bahwa *Visum et Repertum* dibuat oleh dokter yang pertama kali menangani korban. Pada prosedur tetap siapa yang membuat visum hanya mencantumkan bendel dokumen rekam medis dan formulir *Visum et Repertum* / jasa raharja diserahkan ke dokter yang pertama kali menangani korban.

Seharusnya pemeriksaan visum itu dilakukan oleh dokter ahli seperti yang tercantum dalam KUHAP pasal 133 ayat 1, dimana dalam hal penyidik atau kepentingan peradilan menangani seorang korban baik luka, keracunan ataupun mati, yang diduga karena peristiwa tindak pidana, ia berwenang mengajukan permintaan keterangan ahli kepada ahli Kedokteran Kehakiman atau Dokter Ahli Forensik dan atau Dokter lainnya

Tulisan Dokter pada Pemeriksaan Visum Kadang-kadang Tidak Terbaca

Hasil visum harus di tandatangi oleh dokter yang memeriksa. Dalam mencatat formulir visum, hasil visum yang masih dalam bentuk tulisan tangan dokter akan diketik dan dirapikan oleh administrasi visum dalam mengetik hasil visum dan setelah selesai hasilnya akan dimintakan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Triyo (2015) untuk hasil *Visum et Repertum* bahwa dokter yang merawat membuat visum dan petugas di IGD memberikan kepada petugas rekam medis untuk diketik setelah itu dikonfirmasi kembali hasil visum yang sudah diketik dan menandatangani hasil visum tersebut.

Dalam pelaksanaannya di RS Singaparna Medika Citrautama penulisan hasil visum dituangkan kedalam tulisan yang diketik. Hal ini sejalan dengan KUHAP pasal 133 ayat (2) menjelaskan keterangan ahli dibuat secara tertulis dan berperan sebagai alat bukti pengadilan. Dalam penulisan *Visum et repertum*, dianjurkan untuk dibuat menggunakan komputer. Penulisan dilakukan pada sebuah kertas putih kosong yang harus disertakan dengan adanya kop surat yang berasal dari institusi yang mengeluarkan *Visum et Repertum* tersebut. Menggunakan singkatan, bahasa asing termasuk bahasa medis tidak dianjurkan dalam pembuatan visum. Jika terpaksa menggunakan bahasa asing, maka keterangan jelas menggunakan bahasa Indonesia harus disertakan. Tulisan dokter pada hasil pemeriksaan visum kadang-kadang tidak terbaca. Sehingga hasil visum yang sudah diketik tersebut sebelum ditandatangani harus di konfirmasi ke dokter yang memeriksa. Dan apabila ada revisi maka dibuatkan kembali hasil visum yang baru sesuai hasil konfirmasi dokter.

Pencatatan Jenis Visum dalam Buku Ekspedisi

Pengekspedisian visum dituangkan dalam buku ekspedisi diawali dengan mengisi nama pasien, nomor RM, dan asal permintaan visum. Namun penulisan pada buku ekspedisi tidak dicantumkan jenis kasus visum apa yang dikeluarkan pada saat itu, sehingga jika ada pihak rumah sakit atau pihak lain yang memerlukan data mengenai permintaan dan pengeluaran visum yang di lihat pada buku ekspedisi harus mencari pada dokumen permintaan dan pengeluaran visum satu-persatu, dikarenakan pada buku ekspedisi tidak dicantumkan kasus visum tersebut. Dan pengambilan dapat di ambil oleh pihak kepolisian dengan memberikan surat kuasa pengambilan hasil visum yang yang ditandatangani

oleh pasien di atas materai atas persetujuan pasien atau keluarga pasien. Apabila hasil visum tidak diambil oleh pihak kepolisian maka hasil visum tersebut hanya menjadi arsip rumah sakit.

Dalam pelaksanaan ekspedisi di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama belum sesuai dengan prosedur yang berlaku, karena dalam SOP disebutkan permintaan visum itu harus dicatat dalam buku ekspedisi permintaan sedangkan di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama petugas rekam medis hanya mencatat pada buku ekspedisi pengambilan.

Dalam pengekspedisian visum penulisan pada buku ekspedisi seharusnya dicantumkan jenis kasus visum namun pada kenyataannya tidak dicantumkan jenis kasus visum apa yang dikeluarkan. Sehingga apabila ada pihak rumah sakit atau pihak lain yang memerlukan data mengenai permintaan dan pengeluaran visum harus dicari pada dokumen permintaan dan pengeluaran visum satu-persatu. Berbeda dengan hasil penelitian Maria (2014 di RS Dr. Cipto Semarang bahwa pengagendaaan pada buku ekspedisi mencantumkan pula jenis kasus yang ditangani, identitas korban, identitas yang meminta visum, dan no telepon pihak yang dapat dihubungi.

Faktor Keterlambatan Pelepasan Visum di Rumah Sakit

Pelepasan visum terkadang mengalami keterlambatan dikarenakan dokter spesialis yang memeriksa tidak ada di tempat, sehingga dokter jaga/dokter umum dapat menggantikan pemeriksaan visum dan mengkonfirmasi ke dokter spesialis. Apabila dokter ahli/spesialis tersebut tidak ada maka harus menunggu sampai dokter tersebut datang ke rumah sakit dan menandatangani hasil visum pasien. Tidak hanya itu pencatatan petugas rekam medis masih ditemukan tidak sinkronnya tulisan hasil visum dokter yang memeriksa dengan pemahaman petugas rekam medis

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Triyo (2015) untuk hasil *Visum et Repertum* dimana harus dokter yang merawat yang menandatangani, apabila dokter sedang berada diluar kota atau dokter tersebut tidak ada ditempat, maka hasil visum dikomunikasikan kembali dengan dokter yang menggantikannya sehingga pembuatan surat keterangan visum maupun surat keterangan lainnya harus menunggu hasil dari verifikasi dokter spesialis. Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit Medika

Citrautama pelepasan *Visum et Repertum* kadang-kadang terjadi keterlambatan dikarenakan dari proses pemeriksaan dan menginput data hasil visum oleh petugas rekam medis memerlukan waktu dan jadwal dokter yang tidak menentu. Ketika ada permintaan visum dan dokumen telah siap tetapi jadwal dokter yang memeriksanya tidak ada untuk menandatangani berkas rekam medisnya maka berkas tersebut belum bisa diambil oleh pihak kepolisian. Dan apabila ada revisi juga menghambat dalam pembuatan dokumen visum karena harus dua kali mengerjakan dokumen visum.

Keterlambatan pelepasan visum dari rumah sakit berdampak pada pelayanan terhadap pasien menjadi terhambat, pembuatan laporan serta pengajuan klaim menjadi terlambat. Dalam kasus pengadilan menghambat proses hukum yang sedang dijalani.

Simpulan

Pelepasan visum di RS Singaparna Medika Citrautama mengalami keterlambatan dikarenakan dokter spesialis yang memeriksa tidak ada di tempat, sehingga dokter jaga/dokter umum menggantikannya dan mengkonfirmasi ke dokter spesialis, serta tidak terbacanya tulisan hasil visum dokter sehingga harus dilakukan revisi yang berulang kali.

Daftar pustaka

- Hamdani, Njowito. (2007). *Ilmu Kedokteran Kehakiman*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Hatta, Gemala R. (2012). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press

- Hosizah. (2014). *Kumpulan Peraturan Perundangan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (Manajemen Informasi Kesehatan)*. Yogyakarta: aptiRMik Press
- Huffman, Edna K, RRA. (1994). *Health Information Managemant*, Tenth Edition, Berweyn, Illinois Physicians' Record Company
- Natara, Inovi Maria (2014). *Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Pelepasan Informasi Medis untuk Keperluan Visum et Repertum dari Aspek Teori di Rumah Sakit Pantiwilasa Dr Cipto Semarang Tahun 2014*. *Jurnal Visikes* - Vol. 12 / No. 4 / Oktober 2010
- Novita. (2013). *Analisis Pelaksanaan Visum et Repertum di RSUD Karanganyar*. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, ISSN:2337-585X, Vol 1 No 2 Oktober 2013
- Rachman, Faizal. (2010). *Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Pelepasan Informasi Medis untuk Keperluan Visum Et Repertum dari Aspek Teori di RST Bhakti Wira Tamtama Semarang*. *Jurnal Visikes* - Vol. 9 / No. 1 / April 2010
- Rustiyanto, Ery. (2009). *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiady, Tolib. (2009). *Pokok-Pokok Ilmu Kedokteran Kehakiman*. Bandung: Alfabeta.
- Soeparmono,R.(2012).*Keterangan Ahli dan Visum et Repertumm dalam Aspek Hukum Acara Pidana*. Bandung: Mandar Maju
- Rachmadi, Triyo. (2010). *Pelepasan Informasi Rekam Medis Kepada Pihak Ketiga di Rumah Sakit Muhammadiyah Sruweng*. *Jurnal Visikes* - Vol. 11 / No. 2 / April 2014

Faktor Penyebab Missfile Pada Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit

Wahyuana Amelia Putri¹, Nabilla Wahyu Nur Aini², Lilis Masyfufah A.S³, Nuril Istifadah⁴, Ratih Damayanti⁵, Seliyana⁶, Septanti Wahyu Azizah⁷, Sonieu Ayu Naima Gati⁸, Tahta Pratiwi⁹, Hani Jumrotin¹⁰, Yessi Priyatini Trisnawati Susia¹¹

¹STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya
Ameliaputri.ap367@gmail.com

Abstract

This study was aimed to identified missfile in medical records' file. Missfile frequently happening when storing a medical records' file, specifically a file that which will borrowed or which will returned that causes the service not going properly. The study was to oversees a health quality service is by giving a quick and appropriate service in medical records' retrieval. The aim of this study was to analyze missfile factor of medical records' file. The approach of this study was descriptive, observing a medical records' file while being stored were used as the instruments of eliciting data. This article was a review from several journal. After the data was collected and being analyzed, the results showed that there was 70% causative missfile factor (such as; education, age, and length of work) from medical record operator. Another factor that really matters is Standart Operational Procedure and Tracer. Therefore, it is necessary to set up a training and to improve the quality of medical record operator, by adjusting the Standard Operating Procedure (SOP) with work process, and provide the medical records' file.

Keywords: Education, Standart Operational Procedur, Tracer

Abstrak

Kegiatan pelaksanaan penyimpanan berkas rekam saat ini masih ditemukan terjadinya missfile baik berkas yang akan dipinjam maupun dikembalikan yang dapat menyebabkan pelayanan menjadi terganggu. Salah satu upaya dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan adalah dengan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat dalam pengambilan berkas rekam medis. Pelaksanaan pelayanan kesehatan tidak lepas dari berkas rekam medis pasien. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor penyebab missfile berkas rekam medis. Jenis penelitian yang dilakukan adalah deskriptif dengan cara mengobservasi kegiatan penyimpanan berkas rekam medis. Artikel ini merupakan review paper dari beberapa jurnal. Setelah data terkumpul dan dianalisis maka diperoleh hasil penelitian yaitu sebesar 70% faktor penyebab missfile adalah karakteristik petugas rekam medis (pendidikan, usia dan lama bekerja). Namun beberapa faktor yang lain adalah SOP dan tracer. Oleh sebab itu perlu mengadakan pelatihan serta meningkatkan tingkat pendidikan petugas rekam medis, melakukan kesesuaian SOP dengan proses kerja dan juga menyediakan tracer berkas rekam medis.

Kata Kunci: Pendidikan, Standar Prosedur Operasional, Tracer

Pendahuluan

Rumah Sakit sebagai instalasi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat instalasi ini dapat menghasilkan data dan informasi dengan kecepatan dan ketepatan yang tinggi. Demi terselenggaranya pelayanan rumah sakit yang baik, maka suatu rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis (Anunggra Dian Ingwi, 2013).

Pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit dibutuhkan rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang

berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang berikan kepada pasien. Catatan tersebut tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam pemberian pelayanan kesehatan dari dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan rekam medis (K. Kesehatan, n.d.).

Berdasarkan beberapa jurnal didapatkan bahwa data dalam satu hari proses pencarian berkas rekam medis (BRM), minimal tiga kali terjadi tidak ditemukannya berkas rekam medis pasien yang

akan berobat. Perlu adanya pengendalian kejadian salah sisip dokumen rekam medis tersebut agar kejadian salah sisip dokumen rekam medis dapat berkurang. Pengendalian merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menjamin agar setiap kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana dan apabila terjadi kesalahan dapat dikoreksi sehingga yang diharapkan dapat tercapai (Shinta Yuliana Anastasya, Afandi Dedi, 2018)

Ketidaktepatan penyimpanan berkas rekam medis (*missfile*) dapat menghambat pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor penyebab terjadinya *missfile* berkas rekam medis. Penelitian tentang *missfile* dan duplikasi berkas rekam medis dapat memberikan manfaat bagi yang bersangkutan untuk membenahi sistem pada unit rekam medis agar tercapai tertib administrasi serta kesinambungan data rekam medis (Karlina, Putri, & Santoso, 2017).

Metode Penelitian

Metode penelitian ini adalah penelitian deskriptif yaitu dengan cara mengobservasi kegiatan penyimpanan berkas rekam medis. Subjek dari penelitian ini adalah 10 jurnal yang sudah ditelaah untuk mendapatkan data. Data diperoleh dari lembar observasi setelah data diperoleh dilakukan proses pengolahan dengan cara perhitungan presentase.

Hasil Penelitian

Setelah dilakukan observasi dan melakukan perhitungan data maka didapatkan hasil presentase penyebab *missfile* dari beberapa jurnal yaitu :

Faktor penyebab Missfile berkas rekam medis		Frekuensi	Presentase
Man	Pendidikan	4	40
	Usia	2	20
	Lama Bekerja	1	10
Methode	Ketidaksesuain SOP	1	10
Machine	Tidak adanya tracer	2	20
Jumlah		10	100

Berdasarkan tabel penelitian diperoleh hasil bahwa penyebab *missfile* berkas rekam medis paling besar

disebabkan oleh faktor *Man* dengan karakteristik tingkat pendidikan dengan presentase sebesar 40%. Faktor lain yang menyebabkan terjadinya *missfile* adalah *Methode* yang berupa SOP tidak sesuai dan *Material* yang berupa *tracer* belum tersedia.

Pembahasan

Hasil penelitian yang dilakukan juga menunjukkan bahwa dalam sehari terjadinya sebanyak 3 berkas yang salah simpan oleh petugas penyimpanan.

Faktor-faktor yang dapat menjadi penyebab *missfile* di Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

Karakteristik petugas rekam medis di bagian penyimpanan di Rumah Sakit yang dapat mempengaruhi terjadinya *missfile* yaitu

Tingkat pendidikan

Dilihat dari hasil penelitian yang sudah dilakukan diketahui bahwa tingkat pendidikan petugas rekam medis mempunyai pengaruh yang cukup besar. Hal ini dikarenakan pendidikan yang tidak sesuai dengan standar dan kompetensi yang seharusnya dilakukan oleh petugas rekam medis. Menurut Permenkes petugas rekam medis dengan tingkat pendidikan minimal D3 Rekam Medis dan Informasi (M. Kesehatan, n.d.). Petugas dengan tingkat pendidikan yang sesuai standar dan memiliki kompetensi dapat dengan cepat melakukan dalam pencarian dan pengembalian berkas rekam medis. Umumnya bahwa semakin tinggi pendidikan yang dimiliki akan meningkatkan produktivitas kerja karyawan (Simanjuntak & Sirait, 2018). Hal tersebut terjadi karena para petugas sudah mendapatkan pengetahuan dan pendidikan tentang rekam medis selama menempuh pendidikan. Ditambah petugas dengan tingkat pendidikan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sering mengikuti pembelajaran diluar lembaga pendidikan seperti seminar yang membuat petugas dengan tingkat pendidikan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan mendapatkan pengetahuan lebih. Berdasarkan hasil pengamatan petugas dengan tingkat pendidikan SMA tanpa melakukan pelatihan mengenai rekam medis menyebabkan petugas tidak memiliki kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis (Karlina et al., 2017). Petugas dengan tingkat pendidikan SMA hanya mendapatkan pengetahuan dari pengalaman dan informasi yang diberikan oleh petugas dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Oleh sebab itu disarankan petugas

memiliki tingkat pendidikan minimal D3 rekam medis dan informasi kesehatan.

Usia

Menurut hasil penelitian yang sudah dilakukan usia dapat mempengaruhi produktivitas kerja (Kumbadewi, Suwendra, & Susila, 2016). Dari hasil penelitian yang sudah dilakukan diketahui bahwa usia petugas rekam medis juga mempunyai pengaruh terhadap terjadinya *missfile*. Hal ini dikarenakan usia yang sudah tidak produktif lagi dan beban kerja yang bertambah membuat petugas sering merasa lelah sehingga dapat melakukan kesalahan dalam pencarian ataupun pengembalian berkas rekam medis. Oleh karena itu petugas yang sudah tidak produktif lagi saat bekerja dibantu dengan petugas yang masih berusia produktif.

Lama Bekerja

Dilihat dari hasil penelitian yang sudah dilakukan Karyawan yang mempunyai pengalaman yang lebih lama akan mempunyai keterampilan yang lebih tinggi (Sulaeman, n.d.). Oleh sebab itu petugas rekam medis yang mempunyai jangka waktu bekerja lebih lama hanya sedikit melakukan kesalahan dalam pengambilan atau pengembalian berkas rekam medis. Hal ini disebabkan karena sudah mempunyai pengalaman lebih banyak. Petugas dengan pengalaman bekerja yang belum lama tentunya belum terbiasa untuk melakukan pekerjaan dibagian pengambilan atau pengembalian berkas rekam medis sehingga hal ini mempengaruhi kelihaihan dalam melakukan tugasnya sebagai petugas rekam medis dibagian pengambilan atau pengembalian berkas rekam medis walaupun petugas tersebut adalah lulusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Oleh karena itu dalam melakukan penempatan petugas rekam medis yang baru harus dilakukan orientasi terlebih dahulu dan didampingi oleh pekerja dengan pengalaman kerja lebih lama.

Metode yang dapat mempengaruhi terjadinya *missfile* di bagian penyimpanan berkas rekam medis adalah ketidaksesuaian proses kerja yang dilakukan petugas rekam medis dengan SOP yang telah dibuat. Hasil pengujian hipotesis ditemukan bukti bahwa standar operasional prosedur berpengaruh positif dan signifikan terhadap produktivitas kerja karyawan (Abdulloh Yayan, 2017). Petugas rekam medis melaksanakan pekerjaan tidak sesuai SOP yang ada hal tersebut dikarenakan petugas mempunyai pemikiran bahwa dengan melakukan pekerjaan

sesuai SOP maka akan membuat pekerjaan petugas semakin lama. Petugas juga kurang menyadari bahwa dengan adanya SOP maka pekerjaan petugas akan semakin mudah. Oleh karena itu setiap petugas diwajibkan menjalankan SOP yang sudah ditetapkan.

Machine yang dapat mempengaruhi terjadinya *missfile* berkas rekam medis adalah tidak adanya *tracer*. *Tracer* sebagai alat bantu dalam melakukan pengambilan ataupun pengembalian berkas rekam medis agar mengurangi kejadian *missfile* (Anunggra Dian Ingwi, 2013). Tidak adanya *tracer* tersebut dikarenakan untuk perlengkapan atau bahan pembuatan *tracer* belum disediakan (Masyfufah & ., 2017). Petugas dengan lama bekerja yang lebih lama mempunyai tingkat pemahaman lebih tentang tata letak berkas rekam medis, sehingga petugas yang sudah mempunyai pengalaman lebih lama tidak memperdulikan aturan rekam medis mengenai *tracer*. Berbeda dengan petugas baru dan mempunyai tingkat pendidikan rekam medis, mereka akan merasa kesulitan dalam pencarian berkas rekam medis dikarenakan tidak sesuai dengan kaidah rekam medis. Hal tersebut membuat petugas memerlukan waktu yang cukup lama dan juga dapat membuat berkas rekam medis sulit dicari dan ditemukan. Oleh karena itu setiap rumah sakit dibagian penyimpanan berkas rekam medis diwajibkan memiliki *tracer* untuk mempermudah petugas dalam menjalankan tugasnya

Simpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa penyebab *missfile* berkas rekam medis paling besar disebabkan oleh faktor SDM dengan presentase sebesar 70%. Meliputi tingkat pendidikan yang belum sesuai standar dan kompetensi yang ada, usia kerja yang sudah produktif dan lama bekerja petugas rekam medis 10%. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya *missfile* adalah ketidaksesuaian dalam pelaksanaan SOP yang membuat petugas kesulitan dalam pengembalian ataupun pengambilan berkas rekam medis. dan tidak adanya *tracer* menyebabkan terjadinya *missfile* dengan presentase sebesar 20%. Saran dalam penelitian ini adalah meningkatkan kesadaran petugas agar melakukan pekerjaan sesuai SOP yang ada dengan cara memberikan reward kepada petugas yang melakukan pekerjaan sesuai SOP. Memberikan motivasi kepada petugas bahwa SOP dapat memudahkan dalam produktivitas kerja.

Daftar Pustaka

- Abdulloh Yayan, Y. S. A. (2017). Pengaruh Penerapan Sistem Manajemen Mutu Dan Pelaksanaan Sistem Shift Kerja Terhadap Produktivitas Kerja Karyawan Dimoderasi Standar Operasional Prosedur (Studi Pada Pt. Pan Maritime Wira Pawitra Jakarta). *Jurnal Online Internasional & Nasional*, 5(2), 27–38.
- Anunggra Dian Ingwi. (2013). *Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Missfile Di Bagian Filing Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Tahun 2013*. 1–15.
- Karlina, D., Putri, I. A., & Santoso, D. B. (2017). Kejadian Misfile dan Duplikasi Berkas Rekam Medis Sebagai Pemicu Ketidaksinambungan Data Rekam Medis. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 44. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27477>
- Kumbadewi, L. S., Suwendra, I. W., & Susila, G. P. A. J. (2016). Pengaruh Umur, Pengalaman Kerja, Upah, Teknologi, dan Lingkungan Kerja Terhadap Produktivitas Karyawan. *Journal Bisma Universitas Pendidikan Ganेशha Jurusan Manajemen*, 4, 1–11. Retrieved from <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JJM/article/viewFile/6729/4590>
- Masyufah, L., & . R. (2017). Factors Affecting Implementation of Standard Operating Procedures Tracer of Medical Record of Islamic Hospital Surabaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki)*, 5(2), 148–152. <https://doi.org/10.33560/V5I2.170>
- Shinta Yuliana Anastasya, Afandi Dedi, W. A. (2018). ANALISIS PENGENDALIAN KEJADIAN SALAH SISIP DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT ISLAM IBNU SINA PEKANBARU TAHUN 2018. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health Sciences)*, 7(1), 1–10.
- Simanjuntak, E., & Sirait, L. W. O. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Missfile Di Bagian Penyimpanan Berkas Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Medika Medan Tahun 2017. *Ilmiah Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 3(1), 370–379. Retrieved from <http://ojs.stikes-imelda.ac.id/index.php/jipdik/article/view/48>.
- Sulaeman, A. (n.d.). *Pengaruh Upah dan Pengalaman Kerja terhadap Produktivitas Karyawan Kerajinan Ukiran Kabupaten Subang*.

Tren Insiden Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien Incident Trends Based On Patient Safety Targets

^{1*}Savitri Citra Budi, ²Sunartini, ³Lutfan Lazuardi, ⁴Fatwa Sari Tetra

^{1,2,3,4}Program Doktorat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, UGM,

¹Departemen layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, UGM

email: ¹savitri@ugm.ac.id

Abstract

Incidents related to patient safety indicators for patients in hospitals. Monitoring incidents have done through analysis of incident reports. This article describes incidents based on 6 patient safety goals. Type of descriptive quantitative research with cross-sectional design. The research location is a one of Type B teaching hospital in the Special Region of Yogyakarta. The study population is a report on incidents in 2017. The number of incidents reported in 2017 was 138 incidents consisting of incidents related to SKP.1 to SKP.6 and facility-related incidents were 31.88%; 7.97%; 41.30%; 2.90%; 1.45%; 13.04%; and 1.45% of facilities related incidents. Conclusion: Regular monitoring of incident rates and timely reporting feedback processes are good learning to avoid second incidents.

Keywords: Trends, Incidents, Patient Safety Targets.

Abstrak

Insiden terkait keselamatan pasien menjadi salah satu indikator penilaian mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. Monitoring insiden dilakukan melalui analisis laporan insiden. Artikel ini bertujuan untuk mendeskripsikan angka kejadian insiden berdasarkan 6 sasaran keselamatan pasien. Jenis penelitian kuantitatif deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Lokasi penelitian di salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Populasi penelitian adalah laporan insiden tahun 2017. Jumlah insiden yang dilaporkan pada tahun 2017 ada 138 insiden terdiri dari insiden terkait SKP.1 sampai SKP.6 dan insiden terkait fasilitas adalah 31,88 %; 7,97%; 41,30%; 2,90%; 1,45%; 13,04%; dan 1,45% insiden terkait fasilitas. Simpulan penelitian ini adalah Pemantauan angka insiden secara rutin dan proses umpan balik pelaporan yang tepat waktu menjadi pembelajaran yang baik untuk mencegah terjadinya insiden kedua.

Keywords : Tren, Insiden, Sasaran Keselamatan Pasien.

Pendahuluan

Isu keselamatan pasien muncul dari hasil penelitian yang menyampaikan banyaknya biaya perawatan yang dikeluarkan rumah sakit karena cedera pasien yang seharusnya tidak perlu dikeluarkan. Monitoring keselamatan pasien dilakukan melalui penerapan pelaporan insiden. Penerapan budaya pelaporan insiden ini sebagai salah satu upaya penjaminan mutu pelayanan (JCI, 2014). Proses pelaporan dimulai dari ditemukannya insiden untuk selanjutnya petugas yang menemukan membuat laporan. Laporan di validasi di tiap unit layanan, sebagai upaya *cross cek* kronologi insiden. Laporan ini ditindaklanjuti oleh Program Kerja (POKJA) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) untuk melakukan telaah dan manajemen insiden (KARS, 2017).

Keselamatan pasien di Indonesia mengacu pada beberapa regulasi seperti Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009 pasal 43 bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 yang menyatakan setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien. Selanjutnya, Komite Akreditasi Rumah Sakit merumuskan standar keselamatan pasien menjadi bagian dari standar akreditasi. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) meliputi: SKP.1 Mengidentifikasi pasien dengan benar; SKP.2 Meningkatkan komunikasi yang efektif; SKP.3 Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai; SKP.4 Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar; SKP.5 Mengurangi risiko infeksi

akibat perawatan kesehatan; dan SKP.6 Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh (KARS, 2017).

Berdasarkan wawancara, salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta mengembangkan budaya pelaporan insiden dimulai pada tahun 2015. Satu tahun kemudian dokumentasi laporan insiden mulai diterapkan dan berjalan sampai sekarang. Format pelaporan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Berdasarkan gambaran tersebut, peneliti tertarik untuk mendeskripsikan angka kejadian insiden di salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2017.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Lokasi penelitian di salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Populasi penelitian ini adalah laporan insiden tahun 2017. Teknik pengumpulan data yaitu studi dokumentasi terhadap laporan insiden tahun 2017. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*.

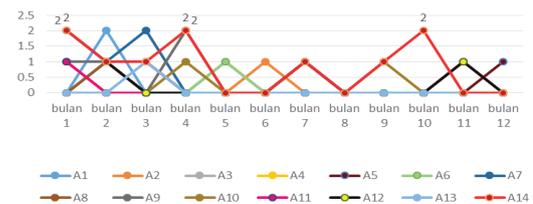
Hasil dan Pembahasan

Jumlah kejadian insiden yang dilaporkan pada tim mutu dan keselamatan pasien dalam kurun waktu tahun 2017 adalah 138 insiden. Berdasarkan studi dokumentasi laporan insiden yang diarsip oleh tim keselamatan pasien rumah sakit terdapat 136 insiden (9,86%) terkait SKP.1 sampai 6 dan 2 insiden (0,14%) terkait fasilitas. Berikut adalah variasi dan tren insiden terkait SKP.1 sampai 6:

1. Insiden Terkait SKP.1 Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

Kejadian insiden terkait SKP.1 pada tahun 2017 sebanyak 31,9% (44 insiden), dengan 14 jumlah variasi insiden sebagai berikut: Insiden gelang identitas lepas (A1), Kesalahan identifikasi tim gizi (A2), Ketidaksesuaian identitas hasil pemeriksaan penunjang pada rekam medis (A3), Ketidaksesuaian identitas hasil pemeriksaan penunjang pada sampel (A4), Ketidaksesuaian identitas pada etiket obat (A5), Ketidaksesuaian identitas pada gelang (A6), Ketidaksesuaian identitas pada resep (A7),

Ketidaksesuaian identitas pada rekam medis (A8), Ketidaksesuaian identitas pada sampel (A9), Ketidaksesuaian identitas pemberian obat (A10), Ketidaksesuaian pelaporan identitas hasil pemeriksaan penunjang (A11), Ketidaksesuaian warna gelang (A12), Insiden sampel darah tanpa identitas (A13), Tidak terpasang gelang (A14) (Budi, Rismayani, Lazuardi, & Tetra, 2017). Jumlah dan variasi insiden terkait SKP.1 yang terjadi pada tiap bulan pada tahun 2017 disajikan dalam Gambar 1.



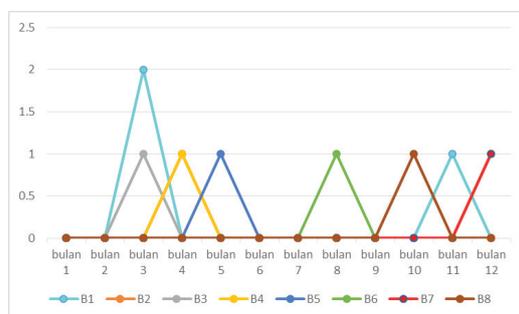
Gambar 1. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.1

Pada tiap bulannya, variasi kejadian yang sama paling banyak terjadi sebanyak 2 insiden. Variasi insiden tersebut meliputi Gelang identitas lepas (bulan Februari), Ketidaksesuaian identitas pada resep (bulan Maret), Ketidaksesuaian identitas pada sampel (bulan April), Ketidaksesuaian warna gelang (bulan Januari), dan Tidak terpasang gelang (bulan Januari, April, Oktober) (Gambar 1).

Untuk mencegah terjadinya insiden terkait identifikasi ini, Indonesia menerapkan sasaran keselamatan pasien yang pertama yaitu ketepatan identifikasi pasien. Langkah pendekatan untuk meningkatkan ketelitian identifikasi pasien berupa kebijakan identifikasi pasien, pedoman identifikasi pasien yang dijadikan acuan seluruh unit, prosedur identifikasi pasien melalui pemasangan gelang identitas (minimal dua identitas), prosedur pemasangan dan pelepasan tanda identitas risiko bagi pasien yang datang ke rumah sakit, dan prosedur pemasangan dan pelepasan gelang identitas (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Peran tenaga kesehatan dalam melakukan identifikasi yang tepat dapat meminimalkan terjadinya insiden. Kesalahan identifikasi dapat disebabkan karena tiga hal, yaitu kesalahan dalam pemasangan lebel, kesalahan penulisan, dan kesalahan dalam konfirmasi identitas kepada pasien atau keluarga (Anggraeni, Hakim, & Widjiati, 2014).

2. Insiden Terkait SKP.2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Sasaran meningkatkan efektifitas komunikasi verbal dan telepon sebagai upaya untuk mengurangi terjadinya insiden terkait SKP ini. Angka kejadian insiden terkait SKP.2 pada tahun 2017 sebanyak 7,97% (11 insiden) dengan 8 variasi insiden meliputi: Insiden akibat riwayat alergi (B1), Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium (B2), Kesalahan komunikasi antara perawat dengan petugas laboratorium (B3), Ketidaksesuaian hasil pemeriksaan antara laboratorium dengan bank darah rumah sakit (B4), Ketidaksesuaian jadwal fototerapi (B5), Pasien kabur sebelum operasi (B6), Percobaan bunuh diri pada pasien (B7), dan Sampel darah hilang (B8) (Budi et al., 2017).



Gambar 2. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.2

Berdasarkan Gambar 2. angka insiden paling tinggi terjadi pada bulan Maret dengan jumlah insiden 2 dan variasi berupa kesalahan komunikasi antara perawat dengan petugas laboratorium (B3).

Contoh kronologi insiden yang terjadi adalah perawat meminta petugas laboratorium yang mengambil sampel darah pasien pada pagi hari untuk melakukan pemeriksaan darah lengkap, tetapi pada siang hari disampaikan hasilnya hanya darah rutin saja. Petugas laboratorium belum melakukan pemeriksaan darah tambahan. Pada sore harinya pasien diambil darah lagi untuk pemeriksaan darah tambahan.

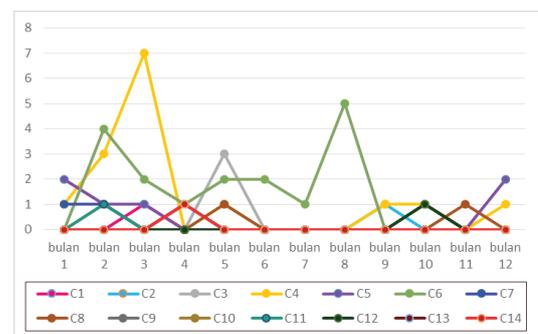
Komunikasi antar perawat dengan tenaga kesehatan lain dapat dibangun dengan memunculkan rasa empati, kejelasan komunikasi, dan humor secara signifikan mempengaruhi hasil kepuasan kerja perawat (Wanzer et al., 2009).

Insiden terkait prosedur pemeriksaan dilaboratorium ini dapat dikurangi dengan

meningkatkan komunikasi melalui program intervensi. Intervensi yang telah berhasil dilakukan terdiri dari: 1) melakukan peninjauan tes yang akan dilakukan, 2) meredesain formulir pesanan menjadi lebih efektif, 3) pendidikan staff medis, 4) melakukan simulasi, 5) pemantauan intensif hasil intervensi (Wanzer et al., 2009).

3. Insiden Terkait SKP.3 Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai

Ketelitian petugas dalam memberikan obat diperlukan untuk menunjang keselamatan pasien. Pada tahun 2017, terdapat 57 insiden (41,30%) insiden terkait penggunaan obat. Ada 14 variasi insiden terkait SKP.3 ini meliputi: Duplikasi pemberian vaksin (C1), Injeksi tidak diberikan (C2), Ketidaksesuaian dosis injeksi (C3), Ketidaksesuaian dosis obat (C4), Ketidaksesuaian jadwal pemberian obat (C5), Ketidaksesuaian obat atau injeksi (C6), Ketidaksesuaian obat dan dosis obat (C7), Ketidaksesuaian penyerahan obat (C8), Ketidaksesuaian rute pemberian obat (C9), Obat kedaluarsa (C10), Obat tidak diberikan (C11), Pemberian obat kurang (C12), Penggunaan obat berlebihan (C13), Perubahan warna obat (C14)(Budi et al., 2017). Angka kejadian insiden terkait SKP.3 pada tahun 2017 disajikan pada Gambar 3.



Gambar 3. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.3

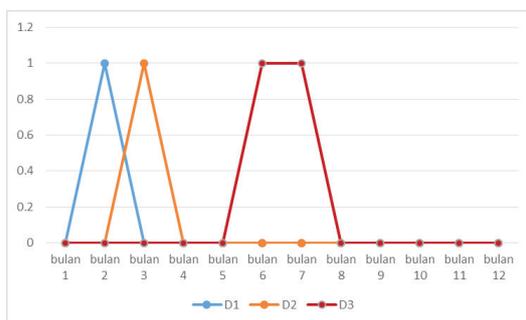
Pada Gambar 3 terlihat insiden paling tinggi pada SKP.3 terjadi pada bulan Maret dengan 7 insiden karena Ketidaksesuaian dosis obat (C4).

Faktor-faktor berikut berkontribusi terhadap kesalahan pengobatan yang melibatkan antikoagulan seperti: kurangnya standarisasi untuk penamaan, “pelabelan” dan “pengemasan antikoagulan menciptakan kebingungan”,

menjaga rejimen dosis yang berbeda untuk berbagai populasi pasien, “metode pengujian baru”, “daftar yang berkembang” interaksi obat “, dan” strategi pembalikan potensial dapat menjadi tantangan bagi penyedia layanan “, instruksi spesifik dan individual dan informasi pemantauan yang menyertai peresepan dan pemberian antikoagulan mungkin gagal didokumentasikan atau dikomunikasikan selama transfer dan pemberian, neonatus dan pasien anak lainnya bermasalah untuk diobati, “khususnya karena obat-obatan tersebut diformulasikan dan dikemas terutama untuk orang dewasa” (Joint Commission, 2008). Penggunaan resep elektronik dalam perawatan dapat mencegah cedera dan mengurangi biaya perawatan kesehatan di Massachusetts (Weingart, 2009).

4. Insiden Terkait SKP.4 Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Untuk melakukan tindakan medis diperlukan perencanaan sebelum, saat, dan sesudah tindakan medis dilakukan. Upaya ini dilakukan untuk meminimalisir bahkan menghindari kejadian yang tidak diharapkan. Pada tahun 2017 terjadi 4 insiden (2,90%) insiden terkait SKP ini. Terdapat 3 variasi insiden terdiri dari Kesalahan rencana operasi (D1), Kesalahan prosedur pengecekan peralatan operasi (D2), dan Insiden yang terjadi setelah dilakukan operasi (D3) (Budi et al., 2017). Gambar 4. Menyajikan angka kejadian insiden terkait SKP.4.



Gambar 4. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.4

Pada tren setiap bulannya, terdapat 3 variasi insiden terkait SKP ini yang menyumbang masing-masing 1 insiden pada bulan yang berbeda yaitu: bulan Januari (D1), Maret (D2), Juni (D3), dan Juli (D3).

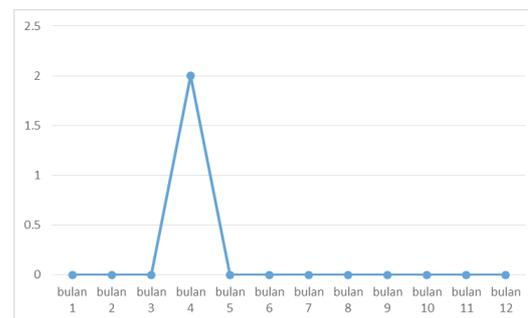
Salah satu contoh kronologi insiden yang dilaporkan adalah pasien setelah menjalani operasi laparotomy mengalami batuk-batuk dan terlihat baju bagian perut basah. Ketika dibuka ternyata usus pasien keluar. Perawat segera melaporkan insiden ini kepada dokter bedah dan memberikan pertolongan pertama.

Untuk melakukan tindakan medis diperlukan perencanaan sebelum, saat, dan sesudah tindakan medis dilakukan. Upaya ini dilakukan untuk meminimalisir bahkan menghindari kejadian yang tidak diharapkan. Monitoring insiden untuk proses pembelajaran perlu ditingkatkan sehingga mutu pelayanan dan keselamatan pasien semakin meningkat.

Rumah sakit mengembangkan dan mengimplementasikan prosedur yang dilakukan di ruang operasi segera sebelum dimulainya operasi untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien (JCI, 2014).

5. Insiden Terkait SKP.5 Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan Pengurangan

Risiko infeksi dapat timbul saat aktifitas pengobatan. Risiko ini dapat dicegah dengan manajemen risiko infeksi yang baik. Edukasi kepada pasien membantu mengurangi risiko infeksi selama pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pada tahun 2017, terdapat 2 insiden (1,45%) insiden terkait SKP.5 Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan, dengan 1 variasi insiden yaitu *phlebitis* (Budi et al., 2017).



Gambar 5. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.5

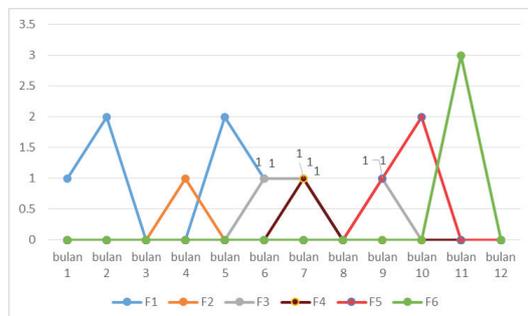
Phlebitis dilaporkan sebagai insiden sebanyak 2 kali pada bulan April 2017 (Gambar 5).

Risiko infeksi juga terjadi pada pasien saat pembedahan akibat dari tangan tenaga medis

yang tidak bersih (Jane & Sewell, 2000). Indonesia menerapkan sasaran keselamatan pasien ke lima (pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan) dengan indikator pengembangan kebijakan tentang pencegahan infeksi, pedoman pencegahan infeksi, SPO cuci tangan, rumah sakit melakukan sosialisasi alat bantu yang digunakan untuk pencegahan infeksi (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Indikator ini digunakan oleh seluruh rumah sakit di Indonesia berdasarkan ketentuan pedoman nasional keselamatan pasien rumah sakit “patient safety”.

6. Insiden Terkait SKP.6 Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Kejadian pasien jatuh pada saat mendapatkan pelayanan baik rawat darurat, rawat jalan dan rawat inap termasuk dalam insiden terkait keselamatan pasien komponen ke enam. Pada tahun 2017, terdapat 18 insiden (13,04%) dengan 6 variasi insiden pasien jatuh. Variasi pasien jatuh meliputi: Pasien jatuh di kamar (F1), Pasien jatuh di kamar mandi (F2), Pasien jatuh saat menunggu antrian (F3), Pasien kejang dan jatuh saat pelayanan (F4), Pasien jatuh dari *bed* tempat tidur (F5), Pasien jatuh di lingkungan rumah sakit (F6) (Budi et al., 2017).



Gambar 6. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.6

Variasi insiden jatuh di lingkungan rumah sakit (F6) pada bulan November paling banyak terjadi diantara variasi insiden lain (Gambar 6). Sebagai contoh kronologi insiden yang dilaporkan adalah pasien anak rawat inap sedang bermain tiup kantong plastik di luar kamar. Pasien mengejar kantong plastik yang terbang dan masuk ke selokan. Pasien tersungkur di selokan, terdapat luka robek pada bibir bawah. Perawat memberikan pertolongan untuk menghentikan pendarahan dan melapor pada dokter yang merawat.

Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh sebagai upaya mencegah terjadinya insiden ini (JCI, 2014). Tenaga kesehatan perlu mempertimbangkan faktor penyebab gangguan keseimbangan atau faktor lain sebagai penyebab pasien cedera akibat pasien jatuh dan diidentifikasi sebagai faktor risiko pengobatan (Barker, Kamar, Graco, Lawlor, & Hill, 2011; Chan, Wadsley, & Ferriere, 2017; Cumbler, Simpson, Rosenthal, & Likosky, 2013; Hoffmann, Neumann, Golgert, & von Renteln-Kruse, 2015; Hung et al., 2017; Latt, Loh, Ge, & Hepworth, 2016; Milisen et al., 2007; Oliver, Britton, Seed, Martin, & Hopper, 1997).

Simpulan

Salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta telah melaksanakan monitoring insiden terkait sasaran keselamatan pasien satu sampai enam. Budaya pelaporan dimulai dari tahun 2015 dan berjalan sampai sekarang. Persentase insiden berdasarkan SKP secara berurutan dari paling tinggi jumlah kejadiananya adalah SKP.3, SKP.1, SKP.6, SKP.2, SKP.4, dan SKP.5 dengan persentase berturut-turut adalah 41,30%; 31,88%; 13,04%; 7,97%; 2,90% dan 1,45%. Upaya terus ditingkatkan untuk memonitor insiden terkait sasaran keselamatan pasien.

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian ini.

Referensi

- Anggraeni, D., Hakim, L., & Widjiati, C. (2014). Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Evaluation on Patient Identification System Implementation in Hospital's Inpatient Unit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28.
- Barker, A., Kamar, J., Graco, M., Lawlor, V., & Hill, K. (2011). Adding value to the STRATIFY falls risk assessment in acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 450–457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05503.x>

- Budi, S. C., Rismayani, R., Lazuardi, L., & Tetra, F. S. (2017). Variasi insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, 59–69. Retrieved from <https://ojs.uadb.ac.id/index.php/smiknas/article/view/702/670>
- Chan, S. Q., Wadsley, M., & Ferriere, S. (2017). Quality assurance of falls reduction in an orthopaedic ward using a novel bedside trolley table set-up strategy. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4), 318–323. <https://doi.org/10.1111/ajag.12428>
- Cumbler, E. U., Simpson, J. R., Rosenthal, L. D., & Likosky, D. J. (2013). Inpatient Falls. *The Neurohospitalist*, 3(3), 135–143. <https://doi.org/10.1177/1941874412470665>
- Hoffmann, V. S., Neumann, L., Golgert, S., & von Renteln-Kruse, W. (2015). Pro-active fall-risk management is mandatory to sustain in hospital-fall prevention in older patients - validation of the LUCAS fall-risk screening in 2,337 patients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 19(10), 1012–1018. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0557-1>
- Hung, C.-H., Tang, T.-C., Wang, C.-J., Liu, L.-K., Peng, L.-N., & Chen, L.-K. (2017). Impact of living arrangements on clinical outcomes among older patients with dementia or cognitive impairment admitted to the geriatric evaluation and management unit in Taiwan. *Geriatrics & Gerontology International*, 17, 44–49. <https://doi.org/10.1111/ggi.13036>
- Jane, B., & Sewell, E. (2000). CESAREAN SECTION -- A BRIEF HISTORY The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- JCI. (2014). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals standards-only version, 35.
- KARS. (2017). *Efektif 1 Januari 2018*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *National Guideliness for Hospital Patient Safety*.
- Latt, M. D., Loh, K. F., Ge, L., & Hepworth, A. (2016). The validity of three fall risk screening tools in an acute geriatric inpatient population. *Australasian Journal on Ageing*, 35(3), 167–173. <https://doi.org/10.1111/ajag.12256>
- Milisen, K., Staelens, N., Schwendimann, R., De Paepe, L., Verhaeghe, J., Braes, T., ... Dejaeger, E. (2007). Fall Prediction in Inpatients by Bedside Nurses Using the St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY) Instrument: A Multicenter Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 725–733. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01151.x>
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C., & Hopper, A. H. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 315(7115), 1049–1053. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9366729>
- Wanzer, M. B., Wojtaszczyk, A. M., Kelly, J., Bekelja, M., Wojtaszczyk, A. M., Nurses, J. K., ... Wojtaszczyk, A. M. (2009). Nurses' Perceptions of Physicians' Communication: The Relationship Among Communication Practices, Satisfaction, and Collaboration Nurses' Perceptions of Physicians' Communication: The Relationship Among Communication Practices, Satisfaction, and Collaboration, 0236(September 2015). <https://doi.org/10.1080/10410230903263990>

Analisis Pelaksanaan Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas Nanggalo Padang

Linda Handayuni

STIKES Dharma Landbouw Padang dan Jalan Jhoni Anwar No. 29 Ulak Karang Kota Padang

Email: lindahandayuni@yahoo.co.id

Abstract

Integrated Puskesmas Recording and Reporting System (SP2TP) is a comprehensive (integrated) Puskesmas recording and reporting activity with the concept of the Puskesmas working area. Based on the initial survey at the Nanggalo Health Center already using the e-Puskesmas application in the recording and reporting section only the officers still use manual reporting because of the lack of facilities in the implementation of recording and reporting and work placement not in accordance with the profession. The purpose of this research is to analyze the implementation integrated puskesmas recording and reporting system at the Nanggalo Padang Health Center in 2018. The study was conducted at the Nanggalo Health Center on 02 to 14 July 2018, the type of research conducted was qualitative with a phenomenological approach. The informants in this study were 4 people, all informants were scrutinized by using in-depth interview guidelines. Data analysis in this study uses the Colaizzi model approach. The sampling technique is purposive sampling. The results obtained are for input components such as human resources are quite good, but for SP2TP officers there is no information technology department, there is no special facility for SP2TP, and no special funds for SP2TP. For the process component, the manual recording and reporting of the SP2TP implementation is not yet available, and there is no monitoring and evaluation at the Nanggalo health center. Based on the above conclusions, the researcher suggested to the Puskesmas that there should be additional human resources for D3 graduates medical records and health information in accordance with Permenpan No. 30 of 2013, providing facilities and funds to support the implementation of SP2TP, in the process of recording and reporting should use the e-Puskesmas application and need the existence of monitoring and evaluation in the implementation of SP2TP.

Keyword: Recording, Reporting, Integrated

Abstrak

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) merupakan kegiatan pencatatan dan pelaporan puskesmas secara menyeluruh (terpadu) dengan konsep wilayah kerja puskesmas. Berdasarkan survey awal di Puskesmas Nanggalo sudah menggunakan aplikasi e-Puskesmas pada bagian pencatatan dan pelaporan hanya saja petugas masih menggunakan pelaporan secara manual di karenakan kurangnya fasilitas dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan dan penempatan kerja tidak sesuai dengan profesi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas di Puskesmas Nanggalo Padang tahun 2018. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Nanggalo pada tanggal 02 s/d 14 Juli tahun 2018, jenis penelitian yang dilakukan adalah *Kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologis*. Informan dalam penelitian ini sebanyak 4 orang, seluruh *informan* di teliti dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *model Colaizzi*. Teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling*. Hasil penelitian yang didapatkan yaitu untuk komponen *input* seperti SDM cukup bagus, tetapi untuk petugas SP2TP tidak ada yang jurusan teknologi informasi, fasilitas khusus untuk SP2TP belum ada, dan dana khusus untuk SP2TP tidak ada. Untuk komponen *proses* yaitu pencatatan dan pelaporan masih manual kebijakan tentang pelaksanaan SP2TP belum ada, dan monitoring dan evaluasi di puskesmas Nanggalo belum ada dilaksanakan. Berdasarkan kesimpulan di atas, peneliti menyarankan kepada Puskesmas agar dilakukan penambahan SDM lulusan D3 rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan Permenpan No 30 Tahun 2013, menyediakan fasilitas dan dana untuk menunjang pelaksanaan SP2TP, dalam proses pencatatan dan pelaporan sebaiknya menggunakan aplikasi e-Puskesmas dan perlu adanya monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan SP2TP.

Kata kunci: Pencatatan, pelaporan, terintegrasi

Pendahuluan

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut WHO yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Oleh sebab itu, upaya kesehatan upaya kesehatan ini mengandung makna bahwa kesehatan seseorang, kelompok, atau individu harus selalu diupayakan sampai tingkat yang optimal. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan yang disebut sarana kesehatan. Jadi sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Peraturan Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan. Informasi atau laporan haruslah mempunyai kualitas yang relevan, tepat waktu, dan efisien agar dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan sebagai dasar pengambilan keputusan. Sedangkan informasi yang dibuat dengan cara manual mempunyai risiko kebenaran dan keakuratan lebih kecil. Kemungkinan terjadi kesalahan baik yang disengaja maupun yang tidak disengaja, sehingga keakuratan informasinya pun berkurang.

Sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP) merupakan kegiatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan Kesehatan di masyarakat (SK Menkes No 63/Menkes/SK/11/1981). Departemen Kesehatan telah mengembangkan Sistem Informasi Puskesmas (SP2TP), namun sistem tersebut belum terintegrasi dengan baik dan sempurna. Pelaksanaan Sistem Informasi Kesehatan telah mengalami kemunduran secara nasional seperti menurunnya kelengkapan dan ketepatan waktu penyampaian data SP2TP / SIMPUS, karena belum adanya kebijakan tentang standar pelayanan bidang kesehatan termasuk mengenai data dan informasi mengakibatkan persepsi masing-masing pemerintah daerah berbeda-beda hal ini menyebabkan Sistem Informasi Kesehatan yang dibangun tidak standar, baik variabel maupun format input/output yang berbeda, sistem dan aplikasi yang dibangun tidak dapat saling berkomunikasi, akibatnya

data yang dihasilkan dari masing-masing daerah tidak seragam, akurasi dan validitas data diragukan, apalagi ditambah dengan lambatnya pengiriman data baik ke Dinas Kesehatan maupun ke Kementerian Kesehatan, pada akhirnya para pengambil keputusan/pemangku kepentingan mengambil keputusan dan kebijakan kesehatan tidak berdasarkan data yang akurat (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan hasil wawancara peneliti kepada 1 orang petugas SP2TP di puskesmas nanggalo sewaktu praktek kerja lapangan IV pada tanggal 12 Februari-3 Maret tahun 2018, Puskesmas Nanggalo sudah menggunakan aplikasi E-puskesmas pada bagian pencatatan dan pelaporan hanya saja pada bagian pelaporan petugas masih menggunakan sistem pelaporan secara manual. Puskesmas Nanggalo belum memanfaatkan secara maksimal aplikasi E-puskesmas, dimana petugas masih menggunakan sistem pelaporan manual sehingga ini berakibat kepada petugas harus mengerjakan pekerjaan dua kali. Dimana petugas harus mengentrikan data ke aplikasi E-puskesmas dan format yang diberikan oleh dinas kesehatan kota. Dimana format dari dinas kesehatan kota berbeda dengan format yang ada di E-puskesmas. Format yang sudah dientrikan di aplikasi E-puskesmas hanya sebagai arsip. Sedangkan format dari dinas kesehatan kota yang dientrikan oleh petugas digunakan sebagai laporan bulanan yang akan di laporkan ke dinas kesehatan kota.

Metode

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Nanggalo pada tanggal 02 s/d 14 Juli tahun 2018 untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas Nanggalo Padang tahun 2018. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologis dan penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam. Validasi data penelitian ini dilakukan dengan cara menggali kebenaran informasi tertentu melalui dokumen tertulis, rekaman suara, catatan resmi, catatan atau tulisan pribadi dan gambar foto (triangulasi sumber data).

Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil wawancara bahwa SDM dalam pelaksanaan SP2TP di Puskesmas Nanggalo untuk petugas SP2TP tidak ada yang jurusan D3 rekam

medis dan informasi kesehatan karena petugas yang tersebut di letakkan di bagian depan yaitu bagian piker atau ruang rakam medis. Jadi yang mengkoordinir pelaksanaan SP2TP tersebut lulusan dari S2 keperawatan, sejauh ini belum ada di temukan masalah dalam pelaksanaan SP2TP dikarenakan petugas sudah lama dan terbiasa melakukan pekerjaan tersebut dan sudah tau apa yang mau di kerjakan dalam pelaksanaan SP2TP tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa fasilitas untuk pelaksanaan SP2TP belum ada seperti komputer dan printer masih memakai komputer ruangan program dan printer ruangan TU, kalau untuk kendaraan khusus mengantar laporan ke dinas kesehatan kota belum ada tapi bisa menggunakan ambulans kalau tidak di pakai untuk mengantarkan pasien dan untuk ruangan khusus SP2TP belum ada masih digabung dengan ruangan program. Dana khusus untuk pelaksanaan SP2TP tidak ada tetapi sebagai penanggung jawab yang bersangkutan itu diberikan reward berupa poin, artinya ketika akhir bulan mendapat kan poin kinerja atas jasa petugas yang bersangkutan.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa pencatatan dan pelaporan di puskesmas Nanggalo masih banyak yang manual belum menggunakan aplikasi E-puskesmas. Untuk pelaporan di kumpulkan ke koordinator SP2TP setelah di rekap oleh program perpoli-poli dan diperiksa laporan yang sudah lengkap akan di kirim ke dinas kesehatan kota paling lama tanggal 2.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa SOP untuk pelaksanaan SP2TP tidak ada tapi uraian tugas setiap koordinator program ada. Untuk pengumpulan laporan SP2TP ada kebijakan dari kepala puskesmas bahwa siapa yang terlambat mengumpulkan laporan maka sanksinya akan mengantar sendiri ke dinas kesehatan kota. Berdasarkan hasil wawancara bahwa monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan khusus SP2TP belum ada tapi kalau untuk puskesmas sudah ada dilakukan sewaktu puskesmas sedang melaksanakan akreditasi. Saran petugas untuk kegiatan SP2TP sebaiknya dilakukan monitoring dan evaluasi dan perlu penambahan petugas dalam membantu koordinator dalam kegiatan pelaksanaan SP2TP.

Pembahasan

Menurut peneliti sumber daya manusia di Puskesmas cukup bagus tetapi dalam penempatan pekerjaannya

belum sesuai dengan jurusan atau profesi dari petugas yang ada dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan di puskesmas Nanggalo Padang yaitu D3 Rekam medis dan informasi kesehatan, di Puskesmas Nanggalo hanya mempunyai 1 orang tenaga yang jurusan D3 Rekam Medis itupun di letakkan di bagian depan yaitu bagian piker karna keterbatasan sumber daya manusia juga. Sebaiknya perlu penambahan sumber daya manusia yang sebaiknya merupakan tamatan dari D3 rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan Permenpan No 30 Tahun 2013 dan penempatan pekerjaan harus sesuai dengan profesinya, agar pelaksanaan proses pencatatan dan pelaporan bisa berjalan sesuai dengan aturan puskesmas dan petugas yang bertanggung jawab sesuai profesi.

Menurut Peneliti walaupun petugas mengetahui dalam kegiatan pelaksanaan SP2TP tersebut dan sudah lama dalam melakukan kegiatan tersebut sebaiknya harus sesuai juga dengan profesinya seperti yang tertuang dalam Kemenkes no 377 tahun 2007 tentang standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan, menyebutkan tentang kompetensi perekam medis yang terdiri dari kompetensi pokok dan pendukung. Kompetensi pokok merupakan kompetensi mutlak yang harus dimiliki oleh profesi perekam medis. Sedangkan kompetensi pendukung merupakan kemampuan yang harus dimiliki sebagai pengembangan pengetahuan dan keterampilan dasar untuk mendukung tugas.

Menurut peneliti dana khusus untuk pelaksanaan SP2TP belum ada, tetapi dana yang ada di Puskesmas Nanggalo yang di gunakan untuk keperluan SP2TP seperti alat tulis, kertas, buku dan lain-lainnya. Seharusnya untuk dapat melaksanakan pencatatan dan pelaporan dengan baik, perlu dipenuhi prasyarat tersebut seperti ketersediaan biaya, adanya biaya khusus untuk pelaksanaan kegiatan baik biaya yang bersifat langsung untuk pelaksanaan kegiatan, biaya tidak langsung yang tetap dan biaya tidak langsung yang sifatnya relatif pelaksanaan SP2TP dapat berjalan dengan lancar, kemudian kendaraan khusus harus di sediakan untuk mengantar kan laporan ke dinas kesehatan kota, dan ruangan khusus untuk kegiatan SP2TP harus di sediakan untuk mempermudah dalam pelaksanaan SP2TP.

Menurut peneliti di Puskesmas Nanggalo dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan masih manual, padahal di Puskesmas tersebut sudah ada aplikasi E-Puskesmas tapi belum di manfaatkan

dengan baik. Sebaiknya dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan ini menggunakan aplikasi E-Puskesmas agar mempermudah dalam proses kegiatan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan di Puskesmas Nanggalo. Menurut peneliti dana khusus untuk pelaksanaan SP2TP belum ada, tetapi dana yang ada di Puskesmas Nanggalo yang digunakan untuk keperluan SP2TP seperti alat tulis, kertas, buku dan lain-lainnya. Seharusnya untuk dapat melaksanakan pencatatan dan pelaporan dengan baik, perlu dipenuhi prasyarat tersebut seperti ketersediaan biaya, adanya biaya khusus untuk pelaksanaan kegiatan baik biaya yang bersifat langsung untuk pelaksanaan kegiatan, biaya tidak langsung yang tetap dan biaya tidak langsung yang sifatnya relatif.

Menurut peneliti kebijakan atau SOP tentang pelaksanaan pencatatan dan pelaporan di puskesmas Nanggalo belum ada, tapi SK atau uraian tugas dari koordinator SP2TP ada. Untuk kebijakan dari kepala puskesmas ada tetapi tidak tertulis yaitu siapa yang telat mengumpulkan laporan dalam waktu yang sudah ditetapkan akan di beri sanksi dia sendiri yang mengantarkan laporan tersebut ke Dinas Kesehatan Kota. Sebaiknya ada SOP atau kebijakan tertulis yang mengatur tentang pelaksanaan pencatatan dan pelaporan di puskesmas Nanggalo agar proses pelaksanaannya berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada.

Menurut peneliti monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan di Puskesmas Nanggalo belum ada di adakan, tapi untuk puskesmas sudah ada dilakukan sewaktu akreditasi. Sebaiknya monitoring dan evaluasi diadakan dalam pelaksanaan SP2TP agar permasalahan-permasalahan yang ada dalam pelaksanaan SP2TP bisa diatasi, serta perubahan dan hasil yang didapat juga lebih baik guna meningkatkan lagi kualitas puskesmas menjadi lebih baik.

Simpulan

Untuk komponen *input* seperti SDM cukup bagus, tetapi untuk petugas SP2TP tidak ada yang jurusan rekam medis, fasilitas khusus untuk SP2TP belum ada, dan dana khusus untuk SP2TP tidak ada. Untuk komponen *proses* yaitu pencatatan dan pelaporan masih manual kebijakan tentang pelaksanaan SP2TP belum ada, dan monitoring dan evaluasi di puskesmas Nanggalo belum ada dilaksanakan.

Daftar Pustaka

- Ferri, Anton. 2009. *Evaluasi pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas di Kabupaten Karimun*. Skripsi. FKM UGM. Yogyakarta.
- Hartono, Bambang. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hatta, Gemala, 2016. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Mangaro, H.A.; Setyowati, M. 2014. *Evaluasi Penerapan Simpus untuk Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas di Puskesmas Pandanaran Semarang Tahun 2014*. Artikel Ilmiah. FKM Universitas Dian Nuswantoro. Semarang.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2012. *Promosi Kesehatan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269, 2008, *Rekam Medis*, Menteri Kesehatan, Jakarta : PerMenkes RI.
- Permenkes RI, 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. 2014.
- Putri, A.T.A. 2013. *Analisis Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) dengan Penerapan Simpus Puskesmas Karangmalang Semarang Tahun 2013*. Artikel Ilmiah. FKM Universitas Dian Nuswantoro. Semarang.
- Rustiyanto, Ery, 2012, *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Supraba, A. 2013. *Analisis dan Perancangan Sistem Informasi Pendaftaran Pasien pada Puskesmas Pakem Yogyakarta*. Skripsi. Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen Informasi dan Komputer Amikom Yogyakarta. Yogyakarta.
- Suryani, N.D; Solikhah. 2013. *Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Dompu Provinsi NTB*. Jurnal Kesmas Vol. 7 No. 1. FKM Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Yogyakarta. tahun 2014, tentang *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.

- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga.
- Djamal, M. 2015. *Paradigma Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Effendy, Nasrul. 1998. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Rajab, Wahyudin. 2009. *Buku Ajaran Epidemiologi Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Potret Kelengkapan Rekam Medis Puskesmas Sebelum dan Setelah Akreditasi (Puskesmas Grogol dan Sukoharjo)

Astri Sri Wariyanti¹, Harjanti², Sri Sugiarsi³
^{1,2,3}STIKES Mitra Husada Karanganya
Email: astri_new89@yahoo.com

Abstract

This research aims to describe the completeness of filling the community health centers medical record. This type of research is descriptive. The sample size was 240 medical record at each the community Health centers. variables in this study: completeness. Data in the study were collected through observation and interviews. The results showed that the completeness of filling the patient's identity had reached 100%; before & after accreditation at Sukoharjo and Grogol Health Centers. The average completeness of authentication before and after the accreditation increased, although it was still below 65%. The completeness of the most important reports is lowest on the diagnostic items both before accreditation; 83 (69.2%) and after accreditation; 115 (95.8%). The procedure for documenting by giving a fixed line in an empty area has not been done by a medical record officer. The conclusion of this research is the conclusion of this research is the technique of recording medical records of health centers is not in accordance with the provisions and needs to be arranged in operational procedures related to these matters

Keywords: *Completeness, medical record, community health center*

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kelengkapan pengisian rekam medis sebelum dan setelah pelaksanaan akreditasi. Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian dilakukan di Puskesmas Grogol dan Sukoharjo pada bulan Maret s.d Juni 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis pasien rawat jalan tahun 2017 s.d 2018. Sampel sebesar 240 dokumen rekam medis pada masing – masing puskesmas ditentukan dengan *purposive sampling*. Sebagai variabelnya adalah kelengkapan pengisian rekam medis. Data dikumpulkan dengan cara observasi menggunakan lembar observasi dan wawancara dengan pemberi pelayanan kesehatan. Analisis data penelitian dilakukan secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian identitas pasien telah mencapai 100%; sebelum & sesudah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol. Rata – rata kelengkapan pengisian autentifikasi sebelum dan sesudah akreditasi terjadi peningkatan, meskipun masih dibawah 65%. Kelengkapan laporan penting paling rendah terdapat pada item diagnosis baik sebelum akreditasi; 83(69,2%) maupun sesudah akreditasi; 115(95,8%). Tata cara pendokumentasian dengan pemberian garis tetap pada area kosong belum dilakukan oleh petugas rekam medis. Simpulan penelitian ini adalah cara pendokumentasian rekam medis puskesmas belum sesuai dengan ketentuan dan perlu disusun standar prosedur operasional terkait hal tersebut.

Kata kunci: Kelengkapan, rekam medis, puskesmas

Pendahuluan

Akreditasi wajib bagi puskesmas untuk diselenggarakan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu standar penilaian yang ditetapkan dalam akreditasi puskesmas adalah kelengkapan pengisian rekam medis. Kelengkapan pengisian rekam medis ini sangat penting dan diperlukan guna

menjamin kesinambungan pelayanan, memantau perkembangan pasien terhadap asuhan yang diberikan tenaga kesehatan.¹

Rekam medis berisi informasi penting dan utama tentang proses asuhan pasien dan perkembangan pasien sehingga berfungsi sebagai alat komunikasi antar praktisi pemberi asuhan pasien, untuk itu rekam medis harus selalu tersedia setiap pasien berkunjung

ke puskesmas. Catatan pada rekam medis yang baik dan lengkap sangat bermanfaat bagi petugas kesehatan untuk memudahkan dalam penentuan strategi pengobatan pasien (Mongli, 2006).

Yulian (2016) dalam penelitiannya “Pemenuhan Standar Manajemen informasi – rekam medis di Puskesmas” ditemukan bahwa nilai capaian rata – rata adalah 65 pada kriteria rekam berisi informasi yang memadai dan dijaga kerahasiaannya tentang identifikasi pasien, dokumentasi prosedur kajian, masalah, kemajuan pasien dan hasil asuhan. Satu diantara sebelas (11) indikator yang terkait dengan area klinik yang terkait kelengkapan data pasien adalah indikator: Ketersediaan, kelengkapan isi dan penggunaan Rekam Medis (RM). Lebih lanjut dijelaskan bahwa untuk menjaga mutu rekam medis maka instansi rumah sakit/puskesmas melakukan analisis kelengkapan berkas rekam medis secara reguler. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap status akreditasi puskesmas.

Pengkajian pasien rawat jalan meliputi asesmen medis dan asesmen keperawatan. Hasil asesmen harus dicatat dalam lembar catatan medis pasien rawat jalan. Informasi yang harus terdapat dalam rekam medis rawat jalan sekurang – kurang nya adalah identitas pasien(nama lengkap, nomor dokumen & tanggal lahir), Tanggal&waktu pengkajian, hasil anamnesis (keluhan&riwayat pasien), hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan atau tindakan, pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, untuk kasus pasien gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; persetujuan tindakan jika diperlukan, nama dan paraf pemberi asuhan(Gosanti,2017). Metode penulisan catatan perkembangan terdapat tiga poin utama penjelasan yaitu: apa yang terjadi dengan pasien, apa yang direncanakan untuk pasien, dan bagaimana pasien bereaksi terhadap terapi, yang ditempuh dalam 4 langkah proses pengambilan keputusan secara sistematis yang dikenal dengan sebutan *SOAP(Subjective, Objective, Assessment, Planning)* (Hatta, 2010).

Permasalahan pencatatan data rekam medis puskesmas rawat jalan antara lain; pencatatan hasil pemeriksaan fisik tidak lengkap, diagnosis tidak ditulis, nama dan paraf pemberi asuhan pasien tidak dicantumkan. Bagi pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan, catatan rekam medis yang lengkap berguna sebagai catatan rinci tentang

jenis layanan yang telah diterima (Trihono, 2005). Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan kelengkapan pengisian rekam medis puskesmas.

Metode

Rancangan penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian dilakukan bulan Maret s.d Juni 2019. Populasi penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Sukoharjo dan Puskesmas Grogol. Besar sampel pada masing – masing puskesmas adalah 240, yang terbagi menjadi 120 dokumen rekam medis sebelum pelaksanaan akreditasi dan 120 setelah pelaksanaan akreditasi; pada masing – masing puskesmas. Variabel dalam penelitian ini adalah kelengkapan pengisian. Data dikumpulkan dengan cara observasi langsung terhadap rekam medis dengan menggunakan checklist. Analisis data dilakukan secara deskriptif.

Hasil

Tabel 1 Kelengkapan Pengisian Rekam Medis (Sebelum dan Sesudah Akreditasi) di Puskesmas Grogol & Sukoharjo

No	Review Kelengkapan	Puskesmas Sukoharjo		Puskesmas Grogol	
		Sebelum n (%)	Sesudah n (%)	Sebelum n (%)	Sesudah n (%)
Identifikasi					
1	Nomor Rekam Medis	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
2	Nama Pasien	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
3	Tgl Lahir/ Umur	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
	Rata - Rata	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
Laporan Penting					
1	Tanggal periksa	120 (100)	120 (100)	120 (100)	120 (100)
2	Anamnesis	119 (99,2)	120 (100)	115 (95,8)	120 (100)
3	Pemeriksaan fisik	117 (97,5)	120 (100)	103 (85,8)	119 (99,2)
4	Diagnosis	104 (86,7)	118 (98,3)	83 (69,2)	115 (95,8)
5	Pengobatan	118 (98,3)	120 (100)	120 (100)	120 (100)

Rata - Rata	116 (96)	119,6 (99,6)	102 (85)	119 (99,2)
Autentifikasi				
1. Nama dr/ perawat	51 (42,5)	86 (71,6)	4 (3,3)	22 (18,3)
2. Tanda tangan dr perawat	75 (62,5)	104 (86,6)	74 (61,7)	109 (90,8)
Rata -Rata	65 (52,5)	78 (64,7)	39 (33)	77 (64)
Tata Cara Pendokumentasian				
1. Penulisan terbaca	114 (95)	119 (99,2)	112 (93,3)	119 (99,2)
2. Pembetulan kesalahan	114 (95)	114 (95)	115 (95,8)	120 (100)
3. Garis tetap	0	0	0	0
Rata - Rata	76 (63,3)	80 (66,4)	76 (63)	80 (66,5)
Rata – rata	94	99,4	84	99
Kelengkapan	(78,5)	(82,8)	(70)	(82,5)

Tabel 1 menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian identitas pasien (nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir) telah mencapai 100%; sebelum & sesudah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol. Kelengkapan pengisian laporan penting sesudah akreditasi pada item tanggal pemeriksaan, anamnesis, pengobatan telah mencapai 100% di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol. Kelengkapan pengisian diagnosis di Puskesmas Grogol lebih rendah dibanding Puskesmas Sukoharjo dengan selisih 17,5%. Rata – rata kelengkapan laporan penting secara umum sebelum – sesudah akreditasi terjadi peningkatan; 3,6% -14,2%.

Kelengkapan pengisian autentifikasi (nama dokter/perawat) lebih tinggi di Puskesmas Sukoharjo (42,5% - 71,6%) daripada di Puskesmas Grogol (3,3% - 18,3%). Namun demikian rata-rata kelengkapan secara umum setelah akreditasi hampir sama yaitu mencapai (64,7%). Kelengkapan tata cara pendokumentasian item penulisan terbaca mencapai 99,2% ;setelah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo & Grogol. Kelengkapan item pembetulan kesalahan lebih tinggi (100%) di Puskesmas Grogol daripada Puskesmas Sukoharjo(95%). Pemberian garis tetap pada area kosong tidak dilakukan oleh petugas rekam medis di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol.

Terjadi peningkatan 4,3% - 10,2% rata – rata kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dari 4 komponen penilaian sebelum – Sesudah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo dan Bendosari. Tingkat kelengkapan pengisian dokumen rekam

medis di Puskesmas Sukoharjo sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan Puskesmas Grogol. Kedua puskesmas tersebut telah terakreditasi madya

Pembahasan

Pada Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas dalam kriteria 8.4.4 menyatakan bahwa rekam medis harus berisi informasi yang memadai salah satunya mengenai identifikasi pasien. Menurut Huffman (1994) setiap lembar rekam medis harus ada identitas pasien, minimal terdapat keterangan mengenai nomor rekam medis dan nama pasien. Jika terdapat suatu halaman yang belum tertulis identifikasi, maka harus di review untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Bila tidak suatu lembar tidak dapat diketahui kepemilikannya, maka dapat memungkinkan terjadinya kesalahan diagnosis maupun pemberian obat/tindakan kepada pasien. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa rata-rata persentase kelengkapan pengisian identifikasi di Puskesmas Grogol dan Sukoharjo baik, sebelum dan sesudah akreditasi telah mencapai 100%. Hal ini menunjukkan bahwa pengisian identitas pasien yang dilaksanakan petugas telah berjalan dengan baik dan telah sesuai dengan kriteria 8.4.4 dalam Permenkes Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas dan Huffman (1994) yang mengungkapkan bahwa data identifikasi harus ditulis pada setiap lembar rekam medis pasien.

Autentifikasi adalah suatu proses yang merupakan tindakan pembuktian terhadap identitas seseorang yang bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan kesehatan atau asuhan keperawatan bagi pasien yang datang berobat. Autentifikasi ini sangat penting dilakukan sebagai bahan bukti secara legal yang menunjukkan bahwa pasien telah mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan tenaga kesehatan telah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Autentikasi ini terdiri dari tandatangan atau paraf dan nama terang dari dokter atau tenaga kesehatan yang memberikan perawatan kepada pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kelengkapan secara umum setelah akreditasi hampir sama yaitu mencapai (64,7%). Kelengkapan pengisian autentifikasi di Puskesmas Grogol baru mencapai 3,3% - 18,3%. Penyebab rendahnya capaian kelengkapan adalah aspek desain formulir;

kurang lengkapnya item data yang tercantum dalam formulir rekam medis yang disediakan sehingga belum dapat mendukung kelengkapan pengisian yang dilaksanakan petugas khususnya pada item nama dokter/pemberi asuhan pasien. Pemberi asuhan pasien belum paham tentang pentingnya nama & paraf. Namun demikian setelah proses akreditasi kelengkapan pengisian nama pemberi asuhan dan paraf mengalami peningkatan. Disarankan untuk dilakukan desain ulang formulir rekam medis dengan menambahkan item nama & paraf.

Pada Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis menyatakan bahwa setiap pencatatan yang ditulis dalam rekam medis harus dibubuhi nama, dan tandatangan dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Hal ini sejalan dengan Huffman (1994) bahwa seetiap pencatatan yang dilakukan tenaga kesehatan harus terdapat autentifikasi dari pencatatan berupa tanda tangan, nama jelas termasuk cap/stempel atau kode seseorang untuk kompetensi dalam penulisan nama jelas harus ada gelar profesional (Dokter, perawat). Menurut Hatta (2012) tanda bukti keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan berupa tandatangan dan nama terang harus dituliskan dalam rekam medis sehingga informasi rekam medis dapat menjadi alat pertanggungjawaban yang berlandaskan hukum. Tandatangan dokter untuk memperkuat tanggung jawab seorang dokter dalam pemberian tindakan medis, dan nama dokter untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan pelayanan medis terhadap pasien, sehingga hal tersebut dapat menunjang pelayanan medis.

Laporan penting adalah data-data atau informasi yang didokumentasikan secara tertulis dan bersifat penting untuk keperluan pengobatan pasien, dasar pembuatan pelaporan ke dinas kesehatan maupun sebagai bukti legal secara hukum terkait dengan aktifitas pelayanan kesehatan yang didapatkan oleh pasien. Dalam berkas rekam medis, laporan penting yang dimaksud adalah data yang terdiri dari tanggal pemeriksaan, anamnesis, pemeriksaan fisik/penunjang, diagnosis, dan pengobatan/tindakan. Laporan penting ini sangat penting untuk dijaga kelengkapannya karena sangat berguna untuk membantu dokter dalam memantau perkembangan/kemajuan respon pasien dan memutuskan tindakan/pengobatan yang dilakukan terhadap pasien pada periode selanjutnya.

Kelengkapan laporan penting paling rendah terdapat pada item diagnosis baik sebelum akreditasi; 83 (69,2%) maupun sesudah akreditasi; 115 (95,8%). Hal ini terjadi di Puskesmas Sukoharjo. Tindak lanjut yang dilakukan oleh petugas rekam medis adalah mengembalikan ke dokter/pemberi asuhan untuk segera dilengkapi. Kerjasama antara petugas harus selalu terjalin dengan baik. Hasil penelitian Rohman (2011) yang mengatakan bahwa adanya kebijakan manajemen rekam medis yang mendukung pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis sangat berpengaruh terhadap jalannya pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis yaitu antara kepala rekam medis, dokter dan petugas koding.

Pengkajian dimulai dengan menuliskan diagnosis yang merupakan masalah utama pada pasien. Berdasarkan Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang rekam medis pada pasal 3 diungkapkan bahwa isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis dan pengobatan dan/atau tindakan.

Menurut Febriyanti dan Sugiarsi (2015) bahwa pengisian laporan penting ini harus terisi lengkap karena laporan penting digunakan untuk mengetahui perjalanan penyakit pasien dan menunjukkan diagnosis selanjutnya. Menurut Huffman (1994) laporan yang ada di rekam medis, yaitu laporan umum seperti lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit, dan laporan khusus seperti laporan operasi, anasthesi dan hasil-hasil pemeriksaan laboratorium. Dalam laporan tersebut pencatatan tanggal dan jam pencatatan menjadi penting karena ada kaitannya dengan peraturan bahwa pencatatan rekam medis harus dilengkapi selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam.

Tata cara pendokumentasian merupakan unsur-unsur atau syarat yang harus dipenuhi dalam mendokumentasikan data pelayanan dalam rekam medis pasien. Tata cara pendokumentasian ini harus dipenuhi dan dilaksanakan oleh setiap petugas yang berwenang mengisi rekam medis, sehingga dapat mendukung terciptanya rekam medis yang baik dan lengkap dari segi penulisannya. Selain itu, dengan melaksanakan tata cara pendokumentasian yang benar dalam rekam medis, dapat menghindari hal-hal yang menimbulkan kerancuan data dan kesalahan

persepsi dalam membaca data, sehingga pengguna rekam medis dapat memanfaatkan data dalam rekam medis sesuai dengan kebutuhan dan keperluannya secara tepat dan benar. Tata cara pendokumentasian dengan pemberian garis tetap pada area kosong belum dilakukan oleh petugas rekam medis, oleh karena itu kelengkapannya masih mencapai 0%. Secara umum rata – rata kelengkapan tata cara pendokumentasian terjadi peningkatan sebelum – setelah akreditasi. Penyebabnya adalah petugas kurang paham tentang cara pendokumentasian rekam medis dan puskesmas belum mempunyai kebijakan/sop yang mengatur cara pendokumentasian. Manfaat prosedur tetap adalah memperlancar tugas petugas atau tim, sebagai dasar hukum bila terjadi penyimpangan, mengetahui dengan jelas hambatan-hambatan dan mudah dilacak, mengarahkan petugas untuk sama-sama disiplin dalam bekerja dan sebagai pedoman dalam melaksanakan pekerjaan rutin. Semua prosedur harus diletakkan secara tertulis, menjelaskan setiap tahapan dalam langkah-demi-langkah rinci (WHO, 2002).

Secara umum terdapat peningkatan 4,3% - 10,2% rata – rata kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dari 4 komponen penilaian sebelum – Sesudah akreditasi di Puskesmas Sukoharjo dan Grogol. Tingkat kelengkapan pengisian dokumen rekam medis di Puskesmas Sukoharjo sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan Puskesmas Grogol. Kedua puskesmas tersebut telah terakreditasi madya. Rendahnya persentase tata cara pendokumentasian khususnya pada pemberian garis tetap/garis senjang ini dapat memungkinkan adanya penambahan isi atau tulisan yang dapat dilakukan oleh pihak yang tidak bertanggungjawab. Ketidaksihinggaan tata cara pendokumentasian rekam medis ini tidak sesuai dengan yang diungkapkan oleh Hatta (2012), dan Huffman (1994) bahwa pencatatan data dalam rekam medis harus dilakukan dengan tata cara pendokumentasian yang benar meliputi penulisan terbaca, pembetulan kesalahan, dan pemberian garis tetap.

Penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis dikarenakan tidak adanya formulir lembar kekurangan . Nurhaidah (2016) yang menyatakan bahwa faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis dikarenakan tidak adanya checklist penilaian kelengkapan rekam medis sehingga tidak terdapat alat bantu yang digunakan untuk melakukan penilaian kelengkapan pengisian rekam medis. Menurut Budi (2011) untuk menjalankan pekerjaan di rekam medis diperlukan sumber daya manusia

yang memenuhi kompetensi perekam medis. Profesi perekam medis harus menguasai kompetensinya sebagai seorang perekam medis. Menurut Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis menyebutkan bahwa dalam melaksanakan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, petugas pelaksana mempunyai kewenangan untuk melaksanakan evaluasi isi rekam medis. Untuk melaksanakan tugas penganalisaan, biasanya tugas ini dilakukan petugas rekam medis yang sudah mahir dan mendapat pendidikan khusus. Yaitu diperlukan pengetahuan tentang terminology medis, anatomi, fisiologi, dasar-dasar proses kepenyakit, isi rekam medis dan standar medis yang digunakan (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan kriteria 8.4.4 elemen penilaian (EP) 2 pada instrumen penilaian akreditasi diketahui bahwa penanggung jawab dan atau petugas rekam medis harus melakukan penilaian dan tindak lanjut kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis di puskesmas untuk memenuhi penilaian akreditasi. Di Puskesmas Grogol dan Sukoharjo, petugas rekam medis tidak melakukan penilaian kelengkapan isi rekam medis ini juga dikarenakan latar belakang pendidikan petugas yang bukan berasal dari pendidikan rekam medis sehingga tidak memenuhi kompetensi untuk melakukan penilaian kelengkapan rekam medis. Pada daftar tugas pokok atau uraian kerja petugas pendaftaran, belum terdapat uraian kerja mengenai kegiatan penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. Oleh sebab itu, petugas pendaftaran tidak melakukan kegiatan penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. Hal ini tidak sesuai dengan Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis dan Budi (2011). Latar belakang pendidikan petugas yang bukan merupakan lulusan rekam medis menyebabkan kurangnya kemampuan dan keterbatasan pengetahuan petugas pendaftaran mengenai terminology medis, anatomi, fisiologi, dasar-dasar proses kepenyakit, dan isi rekam medis sehingga petugas tidak dapat melakukan kegiatan penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis. Hal ini belum sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Depkes RI (2006). Berdasarkan hal diatas maka tidak dilakukannya penilaian kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis ini belum sesuai dan belum memenuhi kriteria akreditasi 8.4.4. pada elemen penilaian kedua mengenai penilaian dan tindak lanjut atas kelengkapan dan ketepatan isi rekam medis.

Sedangkan belum tercantumnya kegiatan penilaian kelengkapan isi rekam medis dalam daftar tugas pokok atau uraian tugas pegawai juga belum sesuai dengan Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas yang menyatakan bahwa dalam penyusunan pola ketenagaan puskesmas, harus terdapat kejelasan mengenai uraian tugas, peran, dan tanggung jawab untuk semua tenaga yang bekerja di puskesmas. Dengan adanya uraian tugas tanggung jawab dan kewenangan, seluruh petugas dapat melakukan pekerjaan dengan tepat, efektif dan efisien. Selaras dengan Hatta (2011) yang menyatakan bahwa jabatan atau pekerjaan menggambarkan tugas yang harus dilakukan seseorang.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih yang tidak terhingga kami sampaikan kepada DRPM Ristekdikti yang telah memberikan dana hibah penelitian.

Daftar Pustaka

- Armstrong, B.K., Gillespie, J.A., Leeder, S.R., Rubin, G.L., Russel, L.M. Challenges in Health Care for Australia. *Medical Journal of Caring Sciences*, &(1).
- Gosanti, AZ. 2017. Analisis Kelengkapan Penulisan SOAP, KIE dan Kode Diagnosis Pada Rekam Medis di Poli Umum dan KIA-KB Puskesmas X Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (JAKI)* 5(2):139-144
- Hatta, G. (2012). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Huffman, E. K. (1994). *Health Information Management*. Berwyn, Illinois: Physicians Record Company.
- Menteri Kesehatan RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Diakses dari www.depkes.go.id [Diakses tanggal 20 Oktober 2017].
- Menteri Kesehatan RI. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Diakses dari www.depkes.go.id [Diakses tanggal 20 Oktober 2017].
- Menteri Kesehatan RI. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Diakses dari www.depkes.go.id [Diakses tanggal 20 Oktober 2017].
- Mongli, GD., 2016. Medical Records Organization and Management. *International Journal of Public Health*. pp.1-12
- Rahmadani, IS, Sugiarsi, S. 2008. Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap dalam Batas Waktu Pelengkapan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Kesehatan*. 2 (2):82-88. Diakses dari <http://ejournal.stikes.mhk.ac.id> [Diakses tanggal 10 Oktober 2017]

Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia

Made Karma Maha Wirajaya
Insititut Ilmu Kesehatan Medika Persada Bali
Email: karma.wirajaya20@iikmpbali.ac.id

Abstract

The hospital is one health services that has important role to improve the health status and expected to provide quality health services. One indicator of quality service is complete medical records data and information. The complete of medical record is very important because it can affects the patient's treatment process and insurance claims. In fact there are still many medical record that have not been filled completely. This study aims to determine the factors affecting incomplete inpatients medical records at hospital in Indonesia with a systematic review. Based on the literature study, there are several factors affecting incomplete inpatients medical records that is human, tools, methods, materials and finance factor. Overall the factors are lack of communication, busy doctors and a lot of work of medical record officer, the absence of tools to print medical records form, assembling room and checklist of medical record completeness assessment, the lack of information and policy about medical records and reward and punishment system, the unstructured form of medical records, the kind of medical records form and the lack of funds to provide medical records form. Hospitals need attention these factors to maintain quality of services especially quality of patient medical records.

Keywords: *Incomplete, Medical Records, Hospital*

Abstrak

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang mempunyai peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan dan diharapkan mampu memberikan pelayanan yang bermutu. Salah satu indikator pelayanan bermutu adalah data dan informasi rekam medis yang lengkap. Kelengkapan dokumen rekam medis sangat penting karena berpengaruh terhadap proses pengobatan pasien dan klaim asuransi. Kenyataannya masih banyak dokumen rekam medis yang belum terisi dengan lengkap. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan rekam medis pasien rawat inap rumah sakit di Indonesia dan penelitian ini menggunakan metode study literatur sistematis. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan rekam medis yang dilihat dari faktor SDM, alat, metode, material dan keuangan. Adapun secara keseluruhan, penyebabnya adalah kurangnya komunikasi, kesibukan dokter dan banyaknya pekerjaan petugas rekam medis, tidak adanya alat mencetak form rekam medis, belum memiliki ruangan assembling dan tidak ada checklist penilaian kelengkapan rekam medis, kurangnya sosialisasi dan kebijakan terkait rekam medis serta tidak adanya sistem reward dan punishment, susunan form rekam medis yang tidak sistematis dan jenis dokumen rekam medis yang terlalu banyak dan dana untuk menyediakan dokumen rekam medis yang masih sangat kurang. Rumah sakit perlu memperhatikan faktor tersebut sehingga dapat menjaga mutu pelayanan terutama mutu rekam medis pasien.

Kata kunci: Ketidaklengkapan Rekam Medis, Rumah Sakit

Pendahuluan

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan rumah sakit mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu memberikan kepuasan kepada konsumen.

Rumah sakit juga harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan harapan konsumen melalui peningkatan kualitas kerja. Mutu pelayanan sangat penting untuk tetap dapat menjaga keberadaan suatu rumah sakit (Lubis, 2009). Pelayanan yang bermutu bukan hanya tentang pelayanan medis tetapi juga pelayanan penunjang. Salah satu pelayanan penunjang yang penting

diperhatikan adalah rekam medis rumah sakit. Kualitas rekam medis merupakan salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit yang dapat dilihat dari kelengkapan pengisian rekam medis (Gafur, 2003). Salah satu parameter untuk menentukan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah data atau informasi dari rekam medis yang baik dan lengkap. Indikator mutu rekam medis yang baik dan lengkap adalah kelengkapan isi, akurat, tepat waktu dan pemenuhan aspek persyaratan hukum.

Rekam medis memiliki fungsi untuk memelihara dan menyediakan informasi bagi semua pihak yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2008). Menurut Depkes (2006), rekam medis yang lengkap adalah dokumen rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan/setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume (Depkes, 2006). Rekam medis yang lengkap, menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipergunakan untuk berbagai keperluan seperti bahan pembuktian dalam hukum, bahan penelitian dan pendidikan serta alat analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (Pamungkas dkk., 2015). Rekam medis di rumah sakit dibedakan menjadi 2 jenis yaitu rekam medis rawat jalan dan rekam medis rawat inap. Rekam medis rawat jalan bentuknya lebih sederhana dibandingkan dengan rekam medis rawat inap. Isi rekam medis rawat inap sekurang kurangnya memuat: identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosa, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan/atau tindakan, persetujuan tindakan jika diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan (Ridho dkk., 2013).

Proses kegiatan penyelenggaraan rekam medis dimulai saat diterimanya pasien di rumah sakit, dilanjutkan dengan kegiatan pencatatan data medis pasien oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan secara langsung. Rekam medis harus segera dilengkapi setelah pasien

menerima pelayanan (Zaenal, 2006). Kelengkapan rekam medis sangat bermanfaat untuk mengetahui secara detail riwayat penyakit pasien, tindakan pemeriksaan yang telah dilakukan dan merencanakan tindakan yang selanjutnya. Diagnosa penyakit yang ditetapkan oleh dokter akan sangat mempengaruhi tindakan terhadap pasien baik dalam pengobatan bahkan tindakan yang akan diambil. Suatu diagnosa yang akurat didasari oleh anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan ditulis dalam berkas rekam medis. Ketidaklengkapan dokumen rekam medis menjadi salah satu masalah karena rekam medis seringkali merupakan satu satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit. Hal ini akan mengakibatkan dampak internal dan eksternal karena hasil pengolahan data menjadi dasar pembuatan laporan baik internal rumah sakit maupun bagi pihak eksternal. Laporan ini akan sangat berpengaruh terhadap perencanaan rumah sakit ke depannya, pengambilan keputusan dan menjadi bahan evaluasi.pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Dampak ketidaklengkapan rekam medis adalah terhambatnya proses klaim asuransi yang diajukan dan terhambatnya proses tertib administrasi (Eny dan Rachman, 2008). Kualitas rekam medis sangat penting karena ikut menentukan mutu pelayanan yang ada di rumah sakit. Hal ini karena rekam medis merupakan salah satu standar yang harus dipenuhi oleh instansi atau rumah sakit untuk mendapatkan predikat akreditasi (Simbolan, 2015). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada rumah sakit di Indonesia.

Metode

Kata kunci yang penulis gunakan dalam pencarian artikel penelitian untuk ruang penelitian penulis adalah “Faktor Ketidaklengkapan Rekam Medis”. Kata kunci ini tidak saya terjemahkan ke dalam bahasa Inggris. Hal ini karena berkaitan dengan sumber kepustakaan yang penulis gunakan di dalam melakukan pencarian literatur. Sumber kepustakaan yang penulis gunakan adalah Google Scholar. Sumber kepustakaan ini memuat penelitian yang dilakukan di Indonesia dan telah dipublikasikan. Sumber kepustakaan di sini sangat lengkap dan memiliki kata kunci yang digunakan di dalam pencariannya sehingga memudahkan di dalam pencarian penelitian yang akan digunakan sebagai pedoman dalam topik penelitian ini

Kata kunci yang telah ditetapkan sebelumnya kemudian dimasukkan pada Google Scholar dengan menggunakan kata kunci “Faktor Ketidaklengkapan Rekam Medis” dan didapatkan sebanyak 543 artikel. Kemudian penulis membatasi kembali jumlah artikel yang didapatkan dengan kategori yaitu artikel yang dipublikasikan dalam kurun waktu 5 tahun, artikel tersebut tersedia lengkap (free full text) dan judul artikel memuat tentang “Ketidaklengkapan Rekam Medis/Resume Medis” sehingga didapat jumlah artikel yang ditemukan adalah 21 artikel. Artikel tersebut kemudian diseleksi kembali dengan menggunakan beberapa kriteria yang ditetapkan oleh penulis. Kriteria yang penulis gunakan dalam membatasi pencarian literatur yaitu kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusinya adalah sebagai berikut.

1. Tipe artikel adalah artikel dalam jurnal yang telah dipublikasikan
2. Artikel tersebut membahas tentang faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan rekam medis rawat inap di rumah sakit
3. Artikel bisa didownload

Kriteria eksklusinya adalah sebagai berikut.

1. Artikel penelitian hanya dalam bentuk surat atau abstrak
 Kemudian artikel yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi sebanyak 6 artikel. Kemudian dipilih 6 artikel yang sesuai dan mendukung dengan topik yang saya tentukan. Teknik yang saya gunakan untuk mengekstrak dan mengorganisasikan informasi yang saya temukan yaitu dengan cara membuat tabel dan memberikan variabel variabel yang ingin saya ketahui seperti judul penelitian, jenis penelitian, rancangan penelitian yang digunakan, cara pengambilan sampel, metode pengumpulan data dan informasi kunci/hasil penelitian. Dalam hal ini saya membaca dengan teliti literatur yang saya dapatkan dan memasukkannya ke dalam sebuah tabel yang telah saya buat sesuai dengan variabel variabel tersebut

Hasil

Berdasarkan hasil studi literatur sistematis didapatkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan rekam medis pada rumah sakit. Adapun faktor tersebut dilihat dari faktor SDM/manusia, alat, metode, material dan keuangan.

Adapun faktor tersebut disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 1 Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Rekam Medis pada Rumah Sakit di Indonesia

Faktor	Variabel	Hasil
SDM	Pengetahuan	Masih adanya petugas yang belum mengetahui bahwa rekam medis harus segera dilengkapi <24 jam saat pasien telah dinyatakan pulang
	Kedisiplinan	Masih banyak dokter dan perawat yang belum melengkapi dokumen rekam medis Masih banyak petugas yang telat dalam mengembalikan dokumen rekam medis kepada pihak petugas rekam medis melebihi waktu yang ditetapkan yaitu 2x24 jam
	Motivasi	Masih banyak yang belum mengetahui dampak dari ketidaklengkapan rekam medis pasien Masih banyak yang belum paham manfaat dan kegunaan rekam medis pasien Kepala ruangan tidak mengingatkan dokter untuk melengkapi dokumen rekam medis pasien
	Beban kerja	Beban kerja petugas medis yang sangat tinggi sehingga memiliki waktu yang sedikit untuk mengisi dokumen rekam medis
	Komunikasi	Rapat membahas kelengkapan dokumen rekam medis tidak berjalan efektif dan para dokter tidak dilibatkan dalam rapat tersebut Para dokter juga tidak mendapatkan informasi yang lengkap mengenai pengisian dokumen rekam medis

Faktor	Variabel	Hasil
Alat	Checklist ketidaklengkapan	Tidak adanya catatan/checklist/data ketidaklengkapan dokumen rekam medis Belum adanya alat khusus yang mencetak formulir rekam medis pasien
	Ketersediaan ruangan	Masih ada rumah sakit yang belum memiliki ruang yang khusus untuk bagian assembling atau bagian perakitan dokumen rekam medis
Metode	Prosedur kerja	Masih ada rumah sakit yang belum memiliki panduan, kebijakan dan SPO di bagian rekam medis Tidak adanya sosialisasi mengenai SPO di bagian rekam medis Tidak adanya monitoring dan evaluasi terhadap ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis Masih ada rumah sakit yang menjalankan alur rekam medis tidak sesuai dengan standar
	Sistem reward dan punishment	Tidak adanya sistem reward dan punishment dalam penyelenggaraan rekam medis
Material	Dokumen rekam medis	Susunan form rekam medis kurang sistematis Jenis dokumen rekam medis yang terlalu banyak Tidak adanya pembedaan warna untuk dokumen yang harus diisi oleh tiap unit
Keuangan	Ketersediaan ruangan	Sumber dana yang terbatas untuk mendukung kelengkapan rekam medis

terhadap proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas medis dan mempengaruhi kualitas dari pelayanan suatu rumah sakit (Rahmadhani dkk., 2008). Ketidaklengkapan pengisian rekam medis menggambarkan pelayanan kesehatan yang diberikan dan mutu pelayanan rekam medis. Dokumen rekam medis yang tidak lengkap akan menyebabkan petugas kesehatan kesulitan dalam mengenali riwayat penyakit pasien dan klaim kepada pihak asuransi.

Dilihat dari faktor SDM/Manusia, penyebab ketidaklengkapan dokumen rekam medis dapat dilihat dari segi pengetahuan, kedisiplinan, motivasi, beban kerja dan komunikasi. Dilihat dari pengetahuan, masih ada petugas kesehatan yang belum mengetahui bahwa rekam medis harus segera dilengkapi <24 jam saat pasien telah dinyatakan pulang. Pengetahuan akan kelengkapan rekam medis sangat penting bagi petugas kesehatan baik itu dokter, perawat terutama petugas rekam medis. Pengetahuan yang tinggi terhadap kegunaan rekam medis akan membuat petugas lebih memperhatikan kelengkapan rekam medis. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Paulina (2016) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang erat antara pengetahuan kegunaan rekam medis dengan perilaku pengisian rekam medis (24). Penyebab lain ketidaklengkapan rekam medis adalah dokter dan perawat yang kurang disiplin dalam melakukan pengisian rekam medis termasuk petugas kesehatan yang telat mengembalikan dokumen rekam medis ke petugas rekam medis lebih dari 2x24 jam. Hal ini didukung oleh hasil penelitian lain yang mengatakan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis diakibatkan oleh tenaga kesehatan yang kurang disiplin dalam mengisi rekam medis (Pratiwi dkk., 2015). Faktor yang menyebabkan seringnya diagnosis utama tidak terisi diantaranya adalah dokter yang sibuk, pasien yang banyak, dokter mementingkan pelayanan, pasien APS (atas permintaan sendiri) atau pasien belum BLPL (boleh pulang), beban kerja yang banyak (dituntut kerja cepat tetapi masih ditambah kerja yang lain), memakan waktu yang banyak, berkas rekam medis sudah terdistribusi ke bagian lain, malas, tidak disiplin karena tidak tahu manfaatnya (Rohman dkk., 2011). Oleh sebab itu petugas kesehatan juga perlu memperhatikan kedisiplinan mereka di dalam bekerja. Pendisiplinan membentuk suatu sikap dan perilaku pegawai sehingga para pegawai tersebut secara sukarela berusaha bekerja secara kooperatif serta meningkatkan prestasi kerjanya (Yoesana, 2013).

Pembahasan

Kelengkapan dokumen rekam medis merupakan hal yang sangat penting karena berpengaruh

Studi lain menyatakan penyebab ketidaklengkapan rekam medis adalah ketidakdisiplinan dokter dan kurangnya tanggung jawab perawat dalam pengisian dokumen rekam medis (Ardika dan Bhima, 2012). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Indar bahwa penyebab ketidaklengkapan lembar resume medis karena dokter yang sibuk, menganggap data tidak perlu lengkap dan tidak mengetahui mana yang harus diisi (Sugiyanto, 2006). Hal tersebut sejalan dengan penelitian (Pamungkas dkk., 2010) bahwa faktor faktor yang menyebabkan terjadinya ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis yaitu keterbatasan waktu yang disebabkan beban kerja dokter yang tinggi sehingga waktu yang digunakan untuk mengisi rekam medis sangat terbatas. Faktor lain adalah kurangnya kesadaran dokter akan pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan ketidakdisiplinan dokter yang bertanggungjawab merawat pasien. Kesibukan dijadikan alasan utama dokter tidak melengkapi resume medis namun seharusnya kesibukan itu tidak dijadikan alasan karena membuat rekam medis dan melengkapi rekam medis adalah kewajiban seorang dokter. Hal ini sejalan seperti yang dijelaskan UU Praktik Kedokteran yang menyatakan bahwa dokter dalam menjalankan praktik kedokterannya wajib membuat rekam medis. Dilihat dari segi motivasi, ternyata masih banyak petugas yang kurang memiliki kesadaran terhadap dampak ketidaklengkapan rekam medis, manfaat dan kegunaan rekam medis serta kurangnya perilaku petugas untuk mengingatkan dokter agar melengkapi dokumen rekam medis pasien. Memacu motivasi pegawai harus dilakukan untuk mendorong pencapaian kinerja yang baik. Motivasi merupakan proses pemberian motif kepada para pegawai sehingga mereka mau bekerja demi tercapainya tujuan perusahaan secara efektif dan efisien (Murty dan Srimulyani, 2013).

Dilihat dari segi material, faktor penyebab ketidaklengkapan rekam medis adalah susunan form yang tidak sistematis, jenis dokumen rekam medis yang banyak dan tidak ada pembedaan warna untuk dokumen yang harus diisi tiap unit. Rekam medis terintegrasi adalah bentuk rekam medis yang menggabungkan dokumentasi yang datang dari berbagai sumber secara saling berkaitan dan mengikuti urutan kronologis yang ketat atau urutan berbalik arah. Kegunaannya adalah memudahkan pemberi pelayanan kesehatan dalam mengikuti pemberian pelayanan dan pengobatan pasien. Kejelasan dan efisiensi form bisa menjadi solusi yang tepat karena bermanfaat untuk mengurangi kesibukan

mengutip atau menyalin kembali keterangan yang sama berulang ulang, untuk keseragaman atau pembakuan kerja, untuk mempermudah dalam pengklasifikasian data, untuk mempermudah prosedur kerja sebagai alat perencanaan dan sebagai alat untuk pengawasan dan evaluasi. Terdapat hubungan yang antara susunan form yang kurang sistematis dengan ketidaklengkapan pengisian rekam medis. Dokter yang biasanya tergesa gesa akan merasa kesulitan dalam mengisi dokumen rekam medis pasien karena susunannya yang kurang sistematis. Solusi yang bisa ditawarkan adalah dengan membuat rancangan form rekam medis terintegrasi. Diharapkan bisa memperkecil masalah ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis karena form ini mudah digunakan, membantu pengumpulan data yang dibutuhkan, terbatas dari item data yang tidak penting, menyajikan data yang mudah dipahami atau ditindaklanjuti sehingga bisa meningkatkan mutu pelayanan rekam medis karena salah satu cara menilai mutu pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari kualitas rekam medis (Indar dkk., 2013).

Dilihat dari segi alat, penyebabnya adalah tidak adanya checklist ketidaklengkapan rekam medis, tidak ada alat mencetak dokumen rekam medis dan masih adanya rumah sakit yang belum memiliki ruangan assembling untuk rekam medis. Ruang kerja merupakan hal yang utama dapat digunakan untuk menunjang terselesaikannya suatu pekerjaan. Sebaiknya diadakan ruang khusus di bagian unit assembling dengan harapan dapat meningkatkan kinerja petugas untuk meminimalkan penumpukan dokumen rekam medis dan dapat terselenggaranya kegiatan analisis kuantitatif dan kualitatif dengan baik. Sarana dan prasarana merupakan suatu alat yang digunakan untuk mencetak keberhasilan suatu instansi berdasarkan data yang didapatkan. Belum adanya alat yang digunakan untuk mencetak dokumen rekam medis hal tersebut dapat menghambat penyediaan dokumen rekam medis apabila persediaan rekam medis sewaktu waktu habis. Hal tersebut dapat menghambat pelayanan yang akan diberikan kepada pasien. Berdasarkan hal tersebut sebaiknya diadakan alat cetak dokumen rekam medis di rumah sakit guna mempermudah dalam penyediaan dokumen rekam medis salah satunya yaitu formulir rekam medis. Dengan pengadaan alat tersebut diharapkan kualitas rekam medis meningkat. Kelengkapan resume medis merupakan hal yang perlu diperhatikan karena resume medis berperan penting dalam menjamin keberlangsungan pelayanan medis. Hal ini dapat

menyebabkan dampak internal dan eksternal karena hasil pengolahan data menjadi dasar pembuatan laporan yang baik. Hal ini karena pembuatan laporan tersebut berkaitan dengan penyusunan berbagai perencanaan rumah sakit, pengambilan keputusan oleh pimpinan khususnya dalam evaluasi pelayanan yang diberikan dengan harapan dapat menjadi lebih baik. Selain itu kelengkapan rekam medis menjadi syarat utama dalam pengajuan pengklaiman dana asuransi di rumah sakit ke BPJS, apabila resume medis tidak lengkap dapat menyebabkan penolakan oleh verifikator BPJS sehingga berkas klaim harus dikembalikan kepada rumah sakit agar segera dilengkapi. Maka dari itu kelengkapan dokumen rekam medis menjadi faktor utama untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan diharapkan di rumah sakit dapat meminimalkan penurunan kualitas dari rumah sakit. Sebaiknya dalam upaya pelayanan kesehatan lebih ditingkatkan dengan cara diadakan sosialisasi terhadap standar operasional prosedur tentang kelengkapan dokumen rekam medis guna meningkatkan suatu kinerja petugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturannya. Pengadaan SOP rekam medis diadakan untuk mempermudah dalam melakukan pencatatan formulir sesuai dengan ketentuan pengisian.

Dilihat dari segi metode, penyebabnya adalah masih adanya rumah sakit yang belum memiliki panduan, SOP dan kebijakan di bagian rekam medis, sosialisasi SOP rekam medis yang belum optimal, tidak adanya monitoring dan evaluasi, alur rekam medis yang tidak sesuai standar dan tidak adanya sistem reward dan punishment. Hal ini mengakibatkan tidak adanya acuan bagi petugas terkait dalam melakukan pengisian rekam medis sehingga menimbulkan perbedaan persepsi tentang kelengkapan rekam medis. Kebijakan, pedoman/panduan dan prosedur merupakan kelompok dokumen sebagai acuan melaksanakan kegiatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Rohman, adanya kebijakan manajemen rekam medis yang mendukung pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis sangat berpengaruh terhadap jalannya pengisian diagnosis dan keakuratan kode diagnosis antara kepala rekam medis, dokter dan petugas coding (Rohman dkk., 2011). Sistem monitoring dan evaluasi juga turut mempengaruhi ketidaklengkapan pengisian rekam medis. Tidak adanya sistem monitoring dan evaluasi ketidaklengkapan rekam medis menyebabkan tidak adanya pengendalian terhadap kelengkapan isi rekam medis (Mawarni

dan Wulandari, 2013). Akar permasalahannya karena tidak adanya tim monitoring dan evaluasi rekam medis dan tidak adanya pencatatan dan pelaporan ketidaklengkapan dokumen rekam medis. Perlu adanya tim supervisi kelengkapan dan penyediaan catatan ketidaklengkapan dokumen rekam medis. Supervisi dapat dilakukan secara menyeluruh tidak hanya kepada dokter namun juga kepada perawat juga yang dapat berfungsi sebagai pengingat dokter dalam melakukan pengisian rekam medis (Sari, 2011). Studi lain juga menyatakan penyebab ketidaklengkapan rekam medis di rumah sakit adalah tidak adanya pelaksanaan monitoring pada kelengkapan rekam medis (Mawarni dan Wulandari, 2013). Selain hal di atas, penyebab ketidaklengkapan dokumen rekam medis dipengaruhi oleh alur rekam medis. Ketidaksesuaian alur rekam medis dapat menghambat proses penilaian kelengkapan rekam medis oleh petugas rekam medis serta menghambat proses penyerahan rekam medis apabila pasien datang ke rumah sakit untuk melakukan perawatan kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Wuryandari (2013) yang menjelaskan bahwa ketidaklengkapan pengisian rekam medis disebabkan karena pengetahuan petugas kesehatan yang rendah akan prosedur/alur pengisian rekam medis pasien (Wuryandari, 2013). Dilihat dari segi keuangan, faktor penyebab ketidaklengkapan rekam medis adalah sumber dana yang terbatas untuk mendukung kelengkapan rekam medis. Dana sangat diperlukan untuk menjamin ketersediaan dokumen rekam medis bagi pasien. Dana yang cukup akan menunjang kegiatan rekam medis menjadi lebih baik.

Tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam meneliti kelengkapan dokumen rekam medis adalah petugas rekam medis. Petugas rekam medis harus bisa melakukan semua pekerjaan yang ada di bagian rekam medis seperti assembling, coding/indeksing, analysis, reporting dan pelaporan. Hal ini sejalan dengan Depkes (2006) yang menyatakan bahwa petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis itu sendiri guna menjamin keakuratan dan kelengkapan isi rekam medis (Depkes, 2006). SDM harus memenuhi standar operasional prosedur kelengkapan pengisian rekam medis di rumah sakit dengan harapan dapat meminimalkan tidak lengkapnya formulir rekam medis selain itu sebaiknya diadakan standar operasional prosedur tentang pengisian formulir resume medis dengan harapan mempermudah petugas medis dalam pengisian.

Simpulan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan rekam medis pada rumah sakit yang dilihat dari faktor SDM/manusia, alat, metode, material dan keuangan. Dilihat dari segi SDM/Manusia, faktor penyebabnya adalah pengetahuan petugas yang masih kurang, kedisiplinan petugas, motivasi yang rendah, beban kerja yang cukup tinggi dan komunikasi yang berjalan tidak baik. Dilihat dari segi alat, penyebabnya adalah ketiadaan checklist ketidaklengkapan dokumen rekam medis dan masih adanya rumah sakit yang belum memiliki ruangan yang cukup terutama ruangan assembling. Dilihat dari segi metode, faktor penyebabnya lebih berkaitan dengan prosedur kerja seperti tidak adanya panduan, kebijakan dan SOP pada bagian rekam medis, kurangnya sosialisasi mengenai SOP rekam medis, tidak adanya monitoring dan evaluasi di bagian rekam medis, alur rekam medis yang tidak sesuai standar serta tidak adanya reward dan punishment. Dilihat dari segi material, faktor penyebabnya lebih berkaitan dengan sokumen rekam medis seperti susunan form rekam medis yang tidak sistematis, banyaknya jenis form rekam medis yang harus diisi serta tidak adanya pembedaan warna dokumen rekam medis yang harus diisi di tiap bagian. Dilihat dari segi keuangan, faktor penyebabnya karena terbatasnya ketersediaan dana untuk mendukung kelengkapan dokumen rekam medis.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti menyampaikan terima kasih kepada teman teman dosen program studi manajemen informasi kesehatan institut ilmu kesehatan medika persada bali yang telah memberikan dorongan dan dukungan teknis terhadap penyusunan naskah ini.

Daftar Pustaka

Lubis, E., 2009. Pengaruh Karakteristik Individu dan Motivasi Intrinsik terhadap Kinerja Dokter dalam Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit PT Perkebunan Nusantara IV (PERSERO) Tahun 2008. Universitas Sumatera Utara.

Gafur, K.M.A., 2003. Pentingnya Peningkatan Profesionalisme Rekam Medis dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan.

Jakarta: Kumpulan Makalah Seminar Nasional dalam Kongres dan Rakernas I-III PORMIKI.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia., 2006. Pedoman penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medis.

Pamungkas F, hariyanto T dan Utami E.W., Identifikasi Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. *Jurnal kedokteran brawijaya*. 2015;28 (2): 124-128.

Ridho, K.M., Rosa E.M. dan Suparniati E., 2013. Analisis Faktor Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengisian Rekam Medis di Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan UMY. *Jurnal Medicoeticoilegal dan Manajemen Rumah Sakit*. 2013;2(2):1-18

Eny Y dan Rachman E. 2008. Hubungan pengetahuan Dokter dengan kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di Poliklinik Neurologi RSUP Dr. Kariadi Semarang Oktober 2008. *Jurnal Visikes*. 2008;9(1):49-57.

Simbolan, S.A. 2015. Kajian Yuridis terhadap Kedudukan Rekam Medis Elektronik dalam Pembuktian Perkara Pidana Malpraktek oleh Dokter. *Jurnal Lex Crimen*. 2015;4(6);152-161.

Zaenal, S., 2006. Analisis Perilaku Dokter dalam Mengisi Kelengkapan Data Rekam Medis Lembar Resume Rawat Inap di RS Ungaran Tahun 2005. Universitas Diponegoro.

Rahmadhani I.S., Sugiarsi S., dan Pujihastuti A., Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap dalam Batas Waktu Perlengkapan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Kesehatan*. 2008;2(2):82-88

Indar I, Indar dan Naiem MF. 2013. Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Rekam Medis di RSUD H. Padjonga Dg. Ngalle Takalar. *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2013;2(2):10-18

- Rohman H, Hariyono w, dan Rosyidah. 2011. Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama dan Keakuratan Kode Diagnosis pada Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2011;5(2):162-232
- Pratiwi AH, Hariyanti T dan Susilo S., 2015. Pengembangan Alur Pasien dan Berkas Rekam Medis sebagai Optimalisasi Sistem Informasi Rekam Medis. *Jurnal kedokteran Brawijaya*. 28(2):129-135
- Mawarni D dan Wulandari RD., 2013. Identifikasi Ketidaklengkapan Rekam Medis pasien Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. *Jurnal Administrasi Kesehatan*. 2013;1(2):192-199
- Sari DP., 2011. Analisis Karakteristik Individu dan Motivasi Ekstrinsik terhadap Kinerja Dokter dalam Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Hermina Depok. Universitas Indonesia.
- Wuryandari, G., 2013. Peningkatan Kelengkapan Rekam Medis. *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*. 2013;11(2):60-65
- Ardika RG dan Bhima SKL., 2012. Hubungan antara Pengetahuan Perawat tentang Rekam Medis dengan Kelengkapan Pengisian Catatan Keperawatan. Universitas Diponegoro.
- Sugiyanto Z., 2006. Analisis Perilaku Dokter dalam Mengisi Kelengkapan Data Rekam Medis lembar Resume Rawat Inap di Rumah Sakit Unggaran Tahun 2005. Universitas Diponegoro, Semarang
- Pamungkas TW, Marwati T dan Solikhah., 2010. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2010;4(1):17-27
- Yoesana, U., 2013. Hubungan antara Motivasi Kerja dengan Disiplin Kerja Pegawai di Kantor Kecamatan Muara Jawa Kabupaten Kutai Kartanegara. *Jurnal Pemerintahan Integratif*. 2013;1(1):13-27
- Murty H dan Srimulyani VA., 2013. Pengaruh Motivasi terhadap Kinerja Pegawai dengan Variabel Pemediasi Kepuasan Kerja pada PDAM Kota Madiun. *Jurnal Riset Manajemen dan Akuntansi*. 2013;1(1):10-17
- Depkes RI., 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia