

**Pemberian Informasi dan Kelengkapan Pengisian *Informed Consent* Pada Pasien *Sectio Caesarea* Di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta****Information Disclosure and the Completeness of Informed Consent for Caesarean Section Patients at PKU Muhammadiyah Gamping Hospital Yogyakarta****Ratna Prahesti<sup>1)</sup>  
Eva Putriningrum<sup>2)</sup>**

<sup>1,2)</sup>*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan  
Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta  
Jl. Brawijaya Ringroad Barat Ambarketawang Gamping Sleman Yogyakarta  
E-mail : [ratna.curve@gmail.com](mailto:ratna.curve@gmail.com), [evaputriningrum@gmail.com](mailto:evaputriningrum@gmail.com)*

**Abstract**

Hospital in a form of public facility provides comprehensive health care services. As a part of the healthcare system, patient safety intended to prevent and reduce risks, errors and harms that occur to patients. During the provision of healthcare services, patients and their families are subject to receive direct and detailed information regarding purposed medical procedure. The information includes diagnosis, expected outcomes, alternative intervention, risk, complications, prognosis and estimated cost. This study intended to describe the process of informational disclosure toward patients and assess the completeness of informed consent among caesarean section patients. This is a descriptive qualitative and quantitativ study involving 57 patients and 4 informant admitted to PKU Muhammadiyah Gamping Hospital during first quarter of 2020. Participants were recruited through accidental sampling method. Univariate statistical analysis was performed to explore the study findings. This research discover that information disclosure was performed prior to medical intervention in a concise and understandable language for the patients. Despite the disclosure was performed in a simplified language, study reported incomplete informed consent dominated from authentication section. Among 57 informed consent, 49,13% were incompletely filled in.

**Keywords:** *information disclosure, informed consent, caesarean section patients.*

**Abstrak**

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna. Dalam upaya perlindungan keselamatan pasien, pasien maupun keluarga wajib mendapatkan penjelasan informasi secara langsung dan jelas mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan kepada pasien baik diminta maupun tidak diminta mengenai informasi diagnosis, tujuan, alternatif tindakan, risiko, komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis mengenai tindakan yang dilakukan, serta perkiraan biaya pengobatan yang disebut *informed consent*. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan pelaksanaan pemberian informasi pasien dan menganalisa presentase kelengkapan *informed consent* khususnya pada pasien bedah *sectio caesaria* (SC). Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dan kuantitatif. Sampel penelitian adalah pasien bedah *sectio caesarea* pada triwulan pertama tahun 2020 sebanyak 57 pasien, dan 4 informan dengan teknik pengambilan *accidental sampling*. Analisis data menggunakan analisis statistik univariat. Hasil Penelitian yaitu penjelasan mengenai *informed consent* disampaikan dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami pasien dan pemberian informasi dilakukan sebelum dilakukannya tindakan kedokteran. Meskipun

sudah dijelaskan dengan bahasa yang mudah dipahami namun masih ditemukan formulir *informed consent* yang tidak lengkap terutama pada bagian autentifikasi. Ditemukan sebanyak 49,13 % formulir *informed consent* yang tidak terisi lengkap dari 57 formulir *informed consent*.

**Kata Kunci:** pemberian informasi; pasien bedah *sectio caesaria*; *informed consent*.

## 1. Pendahuluan

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia nomor 29 tahun 2009, Rumah Sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna terdiri dari pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit bertujuan memberikan pelayanan terbaik dan perlindungan pada keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan tenaga kesehatan dengan meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit (Presiden RI, 2009).

Dalam upaya melindungi keselamatan pasien, pasien maupun keluarga terdekat wajib mendapatkan penjelasan informasi secara langsung, baik diminta maupun tidak diminta, mengenai informasi diagnosis dan tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis mengenai tindakan yang dilakukan, serta perkiraan biaya pengobatan. Pasien maupun keluarga terdekat berhak memberikan persetujuan atau menolak tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap sakit yang diderita pasien maupun keluarganya. Adanya *informed consent* sebelum tindakan pembedahan akan memberikan kepuasan terhadap keputusannya dalam tindakan pembedahan (Hallock et al., 2017).

*Informed Consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau walinya yang berhak kepada dokter untuk melakukan suatu tindakan medis terhadap pasien sesudah memperoleh informasi lengkap dan yang dipahaminya mengenai tindakan itu (Octaria & Trisna, 2016).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 tahun 2008 tentang *Informed consent* adalah salah satu dasar yang sangat penting dalam pertimbangan para dokter untuk mengambil tindakan medis guna menyelamatkan nyawa pasien. *Informed consent* yang komprehensif menghormati otonomi pasien, transparan, dan adanya pengambilan keputusan (Mavroudis & Thomas Cook, 2020).

*Informed consent* harus diisi lengkap dan jelas oleh pasien atau keluarga. Kelengkapan *Informed Consent* sangat penting bagi pelaksana pelayanan kesehatan, sebab dari *Informed Consent* lahir perjanjian atau kesepakatan kesehatan, adanya perjanjian kesehatan merupakan faktor penentu dan menumbuhkan rasa aman dan nyaman bagi seorang dokter atau tenaga kesehatan untuk menjalankan tugasnya sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Apabila pengisian *Informed Consent* tidak lengkap hal ini akan berdampak pada keselamatan pemberi pelayanan kesehatan terutama bila kemungkinan terjadi perselisihan antara pasien dengan dokter atau rumah sakit dikemudian hari. Apabila dari formulir tersebut tidak diisi dengan lengkap, maka akan mengakibatkan informasi yang ada di dalam rekam medis akan menjadi tidak tepat, tidak akurat dan tidak dapat digunakan sebagai alat untuk melepaskan diri dari tuntutan apabila terjadi sesuatu yang merugikan pasien (Ulfa, 2018).

*Seksio sesarea* tidak dapat dilakukan jika belum terdapat persetujuan tindakan (*informed consent*) dari pihak keluarga atau pasien. Dari segi hukum, *Informed Consent* dalam pelayanan kesehatan adalah hal yang harus dilakukan, sehingga

implementasi kesepakatan tindakan medis perlu diperhatikan dalam penyelenggaraannya, dan adanya perlindungan hukum baik bagi pasien maupun dokter (Busro, 2018).

Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Pelaksanaan Pemberian Informasi dan Kelengkapan *Informed Consent* Pada Pasien Bedah *Sectio Caesarea* Di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta".

## 2. Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Penelitian deskriptif pada penelitian ini bertujuan menguraikan tentang pemberian informasi dan kelengkapan pengisian *informed consent* pada pasien *Sectio Caesarea* di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan *accidental sampling* sejumlah 57 berkas rekam medis, pada triwulan pertama tahun 2020 dan 4 petugas yang memenuhi kriteria. Variabel dalam penelitian ini adalah pelaksanaan pemberian informasi dan kelengkapan pengisian *Informed Consent*. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi ceklist dan panduan wawancara.

## 3. Hasil dan Pembahasan

Hasil wawancara kepada petugas tentang pelaksanaan pemberian informasi terkait *informed consent* yaitu pada pasien sudah diberikan penjelasan *informed consent* sebelum tindakan SC yang dilakukan di pendaftaran rawat inap, IGD, dan poli ketika dokter merencanakan operasi. Dalam praktiknya dokter berkewajiban memberikan informasi dan mendapatkan persetujuan dari pasien sebelum dilakukan tindakan medis (Sprumont, 2017). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan H. Octaria tahun 2016 di RSUD Bangkinang dengan hasil bahwa pelaksanaan pemberian

informasi sudah ada, dimulai dari ruang rawat inap dokter memberikan informasi sampai dengan pasien sebelum melakukan tindakan medik (Octaria & Trisna, 2016). Petugas memberikan penjelasan dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami oleh pasien atau keluarga pasien sesuai ketentuan prosedur mengenai pengisian formulir *informed consent*. *Informed consent* yang dilakukan di PKU Muhammadiyah Gamping tidak hanya oleh Dokter tetapi juga perawat. Tanggung jawab utama dalam tindakan medis ada pada dokter, tetapi perawat juga berperan dalam memberikan dukungan, ataupun saksi dalam pemberian *Informed consent* (Susilo et al., 2013). Pemberian *informed consent* pada pasien pre operasi bertujuan untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan pengetahuan, hasil studi menunjukkan bahwa pemberian *informed consent* berpengaruh terhadap kecemasan sebesar 20.90 poin lebih baik dibanding tanpa *informed consent* (Prihyanto, 2012).

Meskipun petugas sudah menyampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami mengenai penjelasan informasi tindakan medis yang akan dilakukan, namun pelaksanaannya masih belum berjalan dengan baik sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hal ini dapat dilihat dari masih adanya sebagian formulir *informed consent* yang tidak terisi lengkap.

Hasil penelitian mengenai kelengkapan pengisian formulir *informed consent* Tindakan SC adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Prosentase Kelengkapan Pengisian *Informed Consent* pasien SC di RS PKU Muhammadiyah Gamping

No	Bu- lan	Jumlah Formulir IC	Prosentase (%)	
			Leng- Kap	Tidak Leng- kap
1.	Mei	10	4(40%)	6(60%)
2.	Juni	22	9(40,90 %)	13 (59,10%)
3.	Juli	10	5 (50%)	5(50%)
4.	Agus- tus	15	11(73,33 %)	4 (26,66%)
Total Formulir IC		57	29(50,87 %)	28 (49,13%)

Sumber: Hasil Observasi Penelitian Bulan September 2020

Dari Tabel 1 di atas dapat diketahui prosentase kelengkapan pengisian formulir *informed consent* pasien *section caesarea* pada bulan Mei- Agustus 2020. Masih ditemukan formulir *informed consent* yang tidak terisi lengkap sebanyak 28 (49,13%) formulir *informed consent* dan 29 (50,87%) formulir *informed consent* yang terisi lengkap. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian kelengkapan pengisian *informed consent* tindakan bedah di RS Pertamina Bintang Amin yaitu masih adanya *informed consent* yang belum lengkap, sebanyak 23 (23%) *informed consent* (Wulandari et al., 2019).

Tabel 2. Identitas Penerima Informasi

No	Data	Kelengkapan			
		Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1.	Nama	54	94,74%	3	5,26%
2.	Tanggal lahir	55	96,50%	2	3,50%
3.	No. RM	55	96,50%	2	3,50%

Sumber data: Hasil observasi penelitian bulan September 2020

Tabel 3. Kelengkapan Pengisian Identitas Keluarga Pasien (Penerima Informasi)

No	Data	Kelengkapan			
		Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1.	Tanggal Persetujuan	53	92,99%	4	7,01%
2.	Waktu	53	92,99%	4	7,01%
3.	Nama	47	82,46%	10	17,54%

Sumber data: Hasil observasi penelitian bulan September 2020

Tabel 4. Kelengkapan Pengisian Identitas Pemberi Informasi

No	Data	Kelengkapan			
		Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1.	Nama Dokter	50	87,72%	7	12,28%

Sumber data: Hasil observasi penelitian bulan September 2020

Tabel 5. Kelengkapan Pengisian Pelaporan Penting

No	Data	Kelengkapan			
		Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1.	Diagnosis kerja	54	94,74%	3	5,26%
2.	Dasar diagnosis	55	96,50%	2	3,50%
3.	Tindakan kedokteran	55	96,50%	2	3,50%
4.	Tatacara tindakan	54	96,50%	3	3,50%
5.	Indikasi dan tujuan	55	96,50%	2	3,50%
6.	Risiko	55	96,50%	2	3,50%
7.	Komplikasi	55	96,50%	2	3,50%
8.	Prognosis	55	96,50%	2	3,50%
9.	Alternatif tindakan	48	84,22%	9	15,78%

Sumber data: Hasil observasi penelitian bulan September 2020

Tabel 6. Kelengkapan Pengisian Autentifikasi

No	Data	Kelengkapan			
		Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1.	Nama dokter	50	87,7%	7	12,28%
2.	Tanda tangan	55	96,50%	2	3,50%
3.	Nama keluarga /pasien	47	82,46%	10	17,54%
4.	Tanda tangan	52	91,23%	5	8,77%

Sumber data: Hasil observasi penelitian bulan September 2020

Pada Tabel 2 identitas penerima informasi paling banyak adalah nama yang tidak lengkap sebanyak 3 *informed consent* (5,26%). Pada Tabel 3 ketidaklengkapan pengisian identitas keluarga pasien (penerima informasi) paling banyak adalah nama penerima informasi sebanyak 10 *informed consent* (17,54%). Pada Tabel 4, sebanyak 7 (12,28%) *informed consent* tidak lengkap nama pemberi informasi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian analisis *informed consent* di RSUD Kota Semarang bahwa dokter mengetahui fungsi dan tujuan *informed consent* tetapi kurang mengetahui konsekuensi hukum *informed consent*, serta prosedur, kebijakan, pengawasan, dan sanksi Rumah Sakit belum menjamin kepatuhan dalam mengimplementasikan *informed consent* (Jati et al., 2016). Tabel 5 mengenai kelengkapan pengisian laporan penting paling banyak yang tidak lengkap adalah data alternatif tindakan sebanyak 9 (15,78%) *informed consent*. Tabel 6 pada pengisian autentifikasi paling banyak yang tidak lengkap pada data namakeluarga/pasien sebanyak 10 (17,54%) *informed consent*.

Pemberian *informed consent* merupakan penghubung antara dokter dengan pasien yang merupakan komunikasi dalam menentukan pengobatan dan terapi terbaik kepada pasien, serta harus dijelaskan dengan lengkap dan jelas kepada pasien

atau keluarga pasien. Selain itu, penjelasan dan proses pencatatan dan permintaan tanda tangan menjadi persetujuan yang diperlukan sebagai syarat pelaksanaan *informed consent* yang baik sesuai aspek hukum.

*Sectio caesarea* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping, dilakukan pada pasien sesuai dengan kondisi yang telah ditentukan oleh dokter penanggung jawab serta kondisi pasien dalam keadaan darurat. Penjelasan mengenai *informed consent* disampaikan kepada pasien dengan menggunakan bahasa yang jelas dan mudah dipahami pasien atau keluarga, namun masih ditemukan beberapa formulir *informed consent* yang tidak lengkap terutama pada autentifikasi bagian tanda tangan dan nama penerima informasi, hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman pasien akan pentingnya *informed consent*, selain itu dikarenakan juga kesibukan dokter yang menyebabkan terkadang dokter tidak melengkapi formulir *informed consent* yang disampaikan. Hal serupa juga terjadi didalam implementasi pengisian formulir *informed consent* di RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya yaitu penghambat kelengkapan pengisian formulir *informed consent* diantaranya keterbatasan waktu, kurangnya sumber daya manusia, dan kurangnya sosialisasi (Wahyuni & Sugiarti, 2017).

Pelaksanaan pemberian informasi pada pasien bedah *section caesarea* di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, dilakukan sebelum pasien melakukan operasi. Dokter menjelaskan kepada pasien atau keluarga pasien mengenai tindakan yang akan diberikan mulai dari diagnosis, tujuan, risiko sampai dengan alternatif tindakan yang akan dilakukan. Persetujuan dilakukan dari pasien mulai mendaftar rawat inap baik melalui IGD atau poliklinik, setelah selesai penjelasan dan menandatangani formulir *informed consent* pasien akan dibawa ke kamar operasi untuk dilakukan tindakan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal untuk kelengkapan pengisian *informed consent* yaitu 100%. Kelengkapan pengisian sangat penting karena jika suatu saat tindakan medis yang dilakukan menimbulkan kerugian bagi pasien dan menyebabkan fasilitas pelayanan kesehatan atau rumah sakit menghadapi tuntutan pidana dan perdata (Kementerian Kesehatan RI, 2008).

#### 4. Simpulan dan Saran

Pelaksanaan pemberian informasi *informed consent* di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta sudah sesuai dengan regulasi yang berlaku yaitu dilaksanakan sebelum melakukan tindakan medis atau operasi, dimana pemberian informasi *informed consent* dilaksanakan mulai dari pendaftaran rawat inap, IGD, dan poli klinik ketika dokter menghendaki untuk dilakukan tindakan jika darurat. Dalam pelaksanaan pengisian *informed consent* masih ditemukan cukup banyak formulir *informed consent* yang tidak terisi lengkap terutama pada bagian autentifikasi penerima informasi atau pasien dikarenakan sebagian besar pasien atau keluarga pasien kurang memahami pentingnya *informed consent*.

Kelengkapan pengisian formulir *informed consent* pasien bedah *section caesarea* di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta didapatkan hasil bahwa sebagian formulir tidak terisi lengkap dari bulan Mei- Agustus 2020 yaitu sebanyak 28 (49,13%) dari 57 formulir *informed consent*.

Saran dari penelitian ini adalah sebaiknya RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta perlu melakukan sosialisasi ulang kepada dokter dan professional pemberi asuhan kesehatan terkait pentingnya kelengkapan pengisian formulir *informed consent* dan dampak yang ditimbulkan dari ketidaklengkapan pengisian *informed consent* yang

menyangkut urusan hukum, sehingga tidak terjadi pengulangan kembali dan para tenaga kesehatan lebih disiplin lagi dalam kelengkapan pengisian *informed consent* serta perlu diadakanya pembuatan pedoman pengisian *informed consent* dalam bentuk poster formulir *informed consent* yang telah diisi petugas sebagai contoh pengisian formulir *informed consent* yang benar.

#### 5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada seluruh pihak yang turut serta membantu terlaksananya penelitian ini.

#### 6. Daftar Pustaka

- Busro, A. (2018). Aspek Hukum Persetujuan Tindakan Medis (Inform Consent) Dalam pelayanan Kesehatan. *Law, Development and Justice Review*. <https://doi.org/10.14710/ldjr.v1i1.3570>
- Hallock, J. L., Rios, R., & Handa, V. L. (2017). Patient satisfaction and informed consent for surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.020>
- Jati, S., Sariatmi, A., & Fikriya, K. (2016). Analisis Persetujuan Tindakan Kedokteran (*Informed Consent*) Dalam Rangka Persiapan Akreditasi rumah Sakit di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2008). Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Menteri Kesehatan Republik Indonesia. In *Nomor Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355 Nomor Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400*.

- Mavroudis, C., & Thomas Cook, J. (2020). Informed consent. In *Bioethical Controversies in Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery*. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-35660-6\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-35660-6_3)
- Octaria, H., & Trisna, W. V. (2016). Pelaksanaan Pemberian Informasi dan Kelengkapan Informed Consent di Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang (RSUD Bangkinang). *Jurnal Kesehatan Komunitas*. <https://doi.org/10.25311/jkk.vol3.iss2.103>
- Presiden RI. (2009). Undang - Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. *Rumah Sakit*.
- Prihyanto. (2012). *Pengaruh Pemberian Informed Consent Terhadap Kecemasan Pre Operasi Sectio Caesarea Dengan Anestesi Spinal di Rsud Raa Soewondo Pati*. Tesis.
- Sprumont, D. (2017). Informed consent: Do not be afraid. *Journal of the Formosan Medical Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.08.013>
- Susilo, A. P., Dalen, J. Van, Scherpbier, A., Tanto, S., Yuhanti, P., & Ekawati, N. (2013). Nurses' roles in informed consent in a hierarchical and communal context. *Nursing Ethics*. <https://doi.org/10.1177/0969733012468467>
- Ulfa, H. M. (2018). Analisa Kelengkapan Informed Consent Tindakan Operasi di Rumah Sakit Sansani Pekanbaru. *Indonesian of Health Information Management*
- Wahyuni, N., & Sugiarti, I. (2017). Implementasi Pengisian Formulir Informed Consent Kasus Bedah Umum Sebagai Salah Satu Bukti Transaksi Terapeutik Di Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2017. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*.
- Wulandari, M., Wasono, H. A., Lestari, S. M. P., & Maitsya, A. N. (2019). Analisis kelengkapan Pengisian Informed Consent Tindakan Beedah Di Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Tahun 2018. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*. <https://doi.org/10.33024/jikk.v6i2.2296>

## Analisis Faktor Intrinsik Dan Ekstrinsik Motivasi Kerja Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan Di Rumah Sakit

### Analysis of Intrinsic and Extrinsic Factors of Work Motivation of Medical Records and Health Information Staff at The Hospital

Sri Lestari<sup>1</sup>  
Aisya Putri Pravitasari<sup>2</sup>  
Sugiyanto<sup>3</sup>

*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang  
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang  
E-mail : [kids.family@gmail.com](mailto:kids.family@gmail.com)*

#### Abstract

While medical record staff working, they're not only doing their job but they also needs motivation. Good motivation expected to produce good performance of the staff in carrying out the tasks. The first survey in RSUD Ungaran showed that the lack of appreciation for the workers achievements make the workers become less motivated. The purpose of this research is to determine the work motivation factors of the medical record and health information staff in RSUD Ungaran, in terms of characteristic, extrinsic factor and intrinsic factor. The method that we used in this research is descriptive method, which describes the event under study, with a quantitative approach, which is defined as a positivism research method. The population in this research is all medical record staff in RSUD Ungaran. Total of 21 sheet of the questionnaire given to all respondents and returned as much as 20 sheets, one sheet left because the respondent was on leave. The results shows that the intrinsic factor is 76.25% and the extrinsic factor is 78.13%, the age range of the respondents are between 41-65 years old, with work period 18-40 years, the staff with last education as Medical Record Diploma as many as 7 people. High indicator are the work itself (87.5%) and intrapersonal relationship (97.5%). Our suggestions are to give appreciation or award to the employee at least saying congratulation to them. We also recommend RSUD Ungaran to repair the hospital management system facilities, it need to be fixed as soon as possible so the employee will be more enthusiastic at work. And offer a training or further education to the medical recorders who didn't graduated as Medical Record Diploma.

**Keywords :** *intrinsic factor, extrinsic factor, work motivation, medical record staff*

#### Abstrak

Perekam medis dalam bekerja tidak hanya sekedar menjalankan tugas dan kewajibannya saja, namun mereka juga membutuhkan motivasi. Motivasi yang baik diharapkan mampu mendorong para perekam medis untuk menghasilkan kinerja yang baik pula dalam melaksanakan tugasnya. Survey awal di RSUD Ungaran menunjukkan bahwa penghargaan atau apresiasi terhadap prestasi pegawai masih kurang, sehingga hal ini menyebabkan para pegawai menjadi kurang termotivasi. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui faktor motivasi kerja perekam medis dan informasi kesehatan di RSUD Ungaran, dilihat dari karakteristik, faktor ekstrinsik dan instrinsik. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif yaitu menggambarkan sebuah kejadian yang diteliti, dengan pendekatan kuantitatif yaitu yang diartikan sebagai metode penelitian yang bersifat positivisme. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh petugas rekam medis. Sebanyak 21 lembar kuesioner diberikan kepada seluruh responden dan tersisa satu karena responden sedang dalam

masa cuti. Hasil yang didapat adalah rata-rata faktor intrinsik mencapai 76.25% dan faktor ekstrinsik sebanyak 78.13%, karakteristik umur petugas rata-rata 41-65 tahun, masa kerja 18-40 tahun, pendidikan terakhir DIII Rekam Medis sebanyak 7 orang. Indikator paling tinggi adalah Pekerjaan itu sendiri (87.5%) dan hubungan intrapersonal (97.5%). Saran dari kami agar diberikan apresiasi atau penghargaan kepada pegawai minimal dalam bentuk ucapan selamat. Dan sebaiknya dilakukan perbaikan fasilitas SIMRS dengan segera agar para petugas rekam medis menjadi lebih semangat dalam bekerja. Diperlukan juga pemberian pelatihan atau pendidikan lanjutan bagi pegawai rekam medis yang bukan merupakan lulusan dari DIII Rekam Medis.

**Kata Kunci :** *faktor intrinsik, faktor ekstrinsik, motivasi kerja, petugas rekam medis.*

## 1. Pendahuluan

Perekam medis perlu memperhatikan bagaimana keadaan dirinya ketika bekerja, karena dalam bekerja kita tidak hanya sekedar menjalankan tugas dan kewajiban kita namun kita juga memerlukan motivasi. Motivasi yang baik diharapkan mampu mendorong kita untuk menghasilkan kinerja yang baik pula dalam melaksanakan tugas. Motivasi adalah suatu set atau kumpulan perilaku yang memberikan landasan bagi seseorang untuk bertindak dalam suatu cara yang diarahkan kepada tujuan spesifik tertentu (Soeroso, 2002).

Terdapat dua faktor yang mampu mempengaruhi motivasi, yaitu faktor ekstrinsik dan faktor intrinsik. Faktor ekstrinsik adalah gambaran kebutuhan fisiologis individu yang diharapkan mampu untuk dipenuhi. Faktor ekstrinsik antara lain upah, jaminan pekerjaan, kondisi kerja, status, prosedur perusahaan, mutu supervisi, dan mutu hubungan pribadi antar rekan kerja. Sedangkan faktor intrinsik merupakan faktor yang apabila ada dalam pekerjaan tersebut, maka akan menggerakkan tingkat motivasi pribadi yang kuat sehingga dapat menghasilkan prestasi kerja yang baik. Contoh faktor intrinsik meliputi prestasi, pengakuan, tanggung jawab, peluang untuk maju, dan kepuasan kerja.

RSUD Ungaran mempunyai tujuan yaitu terwujudnya kerjasama yang baik dan harmonis serta meningkatkan kesejahteraan seluruh staf dan karyawan.

Tujuan tersebut menjadi landasan dasar bahwa setiap petugas diharapkan mempunyai kerjasama yang baik dengan antarprofesi medis maupun non-medis, manajemen, dan juga pada tingkatan sesama rekan kerja. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan melalui wawancara terhadap lima petugas rekam medis di RSUD Ungaran, diketahui bahwa belum ada perhatian atau apresiasi terhadap prestasi petugas, dan juga masih terdapat petugas yang datang terlambat. Hasil studi pendahuluan tersebut didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Windari dan Kristijono (2016) tentang analisis ketepatan koding yang dihasilkan koder di rumah sakit yaitu faktor lain yang mempengaruhi kualitas ketepatan koding dalam bekerja adalah motivasi, kebutuhan penghargaan diri serta kurang mendapatkan perhatian dari pimpinan rumah sakit. Kebutuhan penghargaan diri yaitu respek dan pujian atas keberhasilan dan merasa dirinya berharga. Kebutuhan ini dipenuhi dengan mendapatkan penghargaan dan pengakuan atas pengetahuan, ketrampilan dan usaha kerasnya, penghargaan finansial, kenaikan gaji, bonus serta insentif sosial, seperti pelatihan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor ekstrinsik dan factor intrinsik motivasi kerja perekam medis dan informasi kesehatan di RSUD Ungaran.

### 3. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah survey deskriptif. Pada umumnya survey ini digunakan untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi yang sedang terjadi atau pada penyelenggaraan suatu program di masa sekarang. Peneliti menggunakan pendekatan kuantitatif yang diartikan sebagai metoda penelitian yang bersifat positivisme. Waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan penelitian ini yaitu selama dua bulan. Populasi dalam penelitian ini adalah petugas rekam medis yang bekerja di RSUD Ungaran. Teknik penarikan sampel menggunakan teknik total sampling yaitu seluruh petugas rekam medis di RSUD Ungaran yang berjumlah 21 orang. Metode pengumpulan data menggunakan kuesioner dan hasil kuesioner yang telah didapat tersebut diperkuat lagi dengan dilakukannya wawancara terhadap petugas terkait. Pada skoring penghitungan jawaban kuesioner ditetapkan bahwa skor tertinggi diberi nilai 1 yaitu untuk jawaban "Ya" dan nilai 0 untuk jawaban "Tidak". Responden menjawab kuesioner dalam bentuk checklist. Analisis faktor intrinsik dan ekstrinsik dilakukan dengan menghitung rata-rata nilai yang diperoleh dari jawaban responden terhadap jumlah keseleruhan responden yang mengisi kuesioner. Selanjutnya dilakukan wawancara dari hasil jawaban yang terendah maupun yang tertinggi.

### 4. Hasil dan Pembahasan

Penelitian dilaksanakan dengan pembagian kuesioner kepada 21 responden. Dari 21 lembar kuesioner yang dibagikan, lembar kuesioner yang kembali hanya sebanyak 20 lembar saja dikarenakan 1 orang responden sedang dalam masa cuti.

Responden yang berumur 41-65 tahun sebanyak 11 orang (55%), sedangkan responden yang berumur 18-40 tahun sebanyak 9 orang (45%). Berdasarkan usia, rata-rata perekam medis dan informasi kesehatan di RSUD Ungaran termasuk ke dalam kategori golongan tua. Hal tersebut mengacu pada kategori umur menurut WHO. Frekuensi responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 15 orang (75%) dari 20 responden, 5 orang (25%) lainnya berjenis kelamin laki - laki.

Responden yang memiliki pendidikan berlatar belakang DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sebanyak 7 orang (35%), sedangkan 13 orang lainnya memiliki pendidikan yang tidak sesuai dengan profesi perekam medis. Dari hal tersebut maka didapatkan analisis bahwa RSUD Ungaran masih belum memenuhi kriteria berdasarkan Permenpan nomor 30 tahun 2013 tentang jabatan fungsional dan angka kreditnya BAB XI pasal 32 ayat (3) yaitu Rumah Sakit tipe C mempunyai formasi 30 orang terampil dan 6 ahli.

Masa kerja perekam medis RSUD Ungaran yang mempunyai pengalaman bekerja selama 18-40 tahun sebanyak 8 orang (40%), sedangkan responden yang bekerja selama 12-17 tahun sebanyak tiga orang (15%), 06-11 tahun sebanyak 5 orang (25%) dan responden yang mempunyai masa kerja <5 tahun sebanyak 4 orang (20%). Semakin lama seorang berada dalam satu pekerjaan maka kecil kemungkinan untuk mengundurkan diri (Robbins dan Judge, 2008).

Status kepegawaian dari responden terdiri dari dua, yaitu Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau biasa disebut juga sebagai pegawai tetap dan pegawai non-PNS yang merupakan pegawai BLUD. 16 dari 20 responden (80%) mempunyai status sebagai PNS.

Tabel 3.1 Hasil rata-rata perolehan indikator motivasi kerja pada Perakam Medis di RSUD Ungaran

Faktor Intrinsik	%	Faktor Ekstrinsik	%
Prestasi	58.75	Kondisi Kerja	63.75
Penghargaan Orang Lain	71.67	Kebijakan Rumah Sakit	96.25
Tanggungjawab	80	Kualitas Supervisi	82.5
Keinginan untuk Maju	83.33	Hubungan Interpersonal	97.5
Pekerjaan itu sendiri	87.5	Gaji	70
		Keamanan Kerja	58.75
Rata-rata	76.25	Rata-rata	78.13

Pada tabel diatas dapat dilihat bahwa motivasi kerja perekam medis pada dasarnya tinggi dan rata-rata untuk faktor ekstrinsik (78.13%) lebih besar dari faktor intrinsik (76.25%). Hubungan antar pribadi memperoleh presentase tinggi yaitu 97.5. Hardjana (2003) menuliskan pada bukunya bahwa manusia bergantung pada orang lain, saling berbagi dan bekerjasama untuk kelestarian hidup karena apabila hubungan ini buruk maka akan mengalami stress dan dapat mengganggu kesehatan fisik. Pekerjaan itu sendiri (*the work itself*) menempati kedudukan faktor intrinsik yang paling tinggi yaitu 87.5%. Berdasarkan pernyataan bahwa pekerjaan sesuai dengan latar belakang pendidikan yang masuk kategori sedang yaitu 70%. Hal ini berdasarkan karakteristik pendidikan pegawai perekam medis RSUD Ungaran yang rata-rata pendidikannya SMA/SLTA, walaupun begitu pimpinan juga mendukung adanya pelatihan-pelatihan, pelatihan yang telah dilakukan oleh perekam medis RSUD Ungaran antara lain, pelatihan pengarsipan, peningkatan kualitas koder rumah sakit, pelatihan manajemen komunikasi kesehatan dan ICD-10, workshop Case-Mix INA-CBG, dan pelatihan Pokja Manajemen Komunikasi Informasi (MKI). Kendala yang dialami oleh pimpinan rekam medis adalah beberapa dokter sulit untuk dikonfirmasi, fasilitas yang kurang memadai untuk mendukung kinerja antara lain adalah kurangnya sirkulasi udara pada

ruang kerja yang menyebabkan petugas menjadi kurang nyaman dan merasa gerah ketika sedang bekerja dan juga pada fasilitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) terlihat bahwa pada pernyataan fasilitas sistem informasi memperoleh kategori sedang (60%) dengan skor 12. Berdasarkan wawancara terhadap pimpinan rekam medis, hal tersebut dikarenakan adanya kendala pada SIMRS yang belum dapat memenuhi kebutuhan manajemen. Kendala lain yang dialami oleh pimpinan adalah terbatasnya pegawai yang mempunyai pendidikan satu linier dengan pekerjaan dimana komposisi pegawai berdasarkan pendidikan terakhir, hanya ada 7 (tujuh) pegawai yang mempunyai latar belakang pendidikan DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, akan tetapi distribusi pegawai yang berlatar belakang pendidikan DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan belum tersebar merata khususnya dibagian koding.

## 5. Simpulan dan Saran

Perolehan prestasi yang berkaitan dengan pekerjaannya sebagai perekam medis mendapat perolehan persentase paling rendah sehingga akan lebih baik jika perekam medis lebih aktif dalam memperoleh prestasi baik prestasi dari luar (organisasi profesi) maupun dari rumah sakit sehingga pihak manajemen rumah sakit dapat menciptakan kegiatan-kegiatan

yang bersifat memberikan penghargaan kepada perekam medis. Kondisi lain yang mempengaruhi motivasi kerja adalah kondisi sirkulasi udara yang kurang nyaman dan kondisi SIMRS yang kurang memenuhi kebutuhan manajemen sehingga sebaiknya fasilitas sistem informasi manajemen rumah sakit segera ditangani agar lebih mempersingkat waktu penyelesaian pekerjaan dan memudahkan pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya dan perlu diadakannya perbaikan sirkulasi udara. Pegawai dengan lulusan DIII Rekam Medis masih terbatas sehingga pendidikan lanjutan ke jenjang DIII Rekam Medis perlu diberikan bagi pegawai rekam medis yang memiliki latar belakang tidak linier atau tidak sesuai dengan bidang rekam medis dan juga perlu diadakan pelatihan terkait rekam medis agar para pegawai lebih termotivasi dalam bekerja

## 6. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada Peneliti 2, Sdri. Aisyah Putri Pravitasari dan Peneliti 3, Bapak Sugiyanto, S.Pd. M.App.Sc. yang telah berperan serta dalam penulisan penelitian ilmiah ini. Tak lupa kepada orangtua serta rekan – rekan dosen dan pengelola Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang telah mendukung penyelesaian penulisan ini.

## 7. Daftar Pustaka

Buchbinder, Sharon B and Nancy H. Shanks. 2014. Manajemen Pelayanan Kesehatan. Alih bahasa, Palupi Widyastuti, Estu Tiar. Jakarta : EGC.

Danim, Sudarwan. 2008. Kinerja Staf dan Organisasi. Bandung : Pustaka Setia.

Garmelia, Elise dan Erkadius. 2010. "Pengenalan Organisasi dan Supervisi", dalam Pedoman MIK disarana Pelayanan Kesehatan. 2010. Jakarta : UI Press.

Hardjana, Agus M. 2003. Komunikasi Intrapersonal dan Komunikaasi Interpersonal. Yogyakarta : Kanisius.

Hasibuan, Malayu S.P. 2003. Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta : PT. Bumi Aksara.

Hatta, Gemala R. 2010. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan. Ed 2. Jakarta : UI Press.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara. 2002. Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya. Nomor 135. Jakarta.

Keputusan Menteri. 2007. Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Jakarta.

Dirjen YanmedLubis, Elynar. 2009. Pengaruh Karakteristik Individu dan Motivasi Ekstrinsik terhadap kinerja Dokter dalam Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit PT Perkebunan Nusantara IV (Persero) Tahun 2008. Medan. Tesis Master Kesehatan USU : tidak diterbitkan.

Mangkunegara, Anwar Prabu. 2009. Manajemen Sumber Daya Manusia. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

Mangcuprawira, S. dan A.V. Hubeis. 2007. Manajemen Sumber Daya Manusia. Bogor : Ghalia Indonesia.

Moorhead, Gregory dan Ricky W. Griffin. 2013. Perilaku Organisasi : Manajemen Sumber Daya Manusia dan Organisasi, terj. Diana Angelica. Jakarta : Salemba Empat.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Ed. Rev. Jakarta : Rineka Cipta.

Pambudi, Ranu. 2016. Tinjauan Faktor Intrinsik dan Ekstrinsik Motivasi Kerja Petugas Rekam Medis di Rumah Sakit Harum Sisma Medika Tahun 2016. Tugas Akhir Diploma Rekam Medis : Universitas Esa Unggul.

Peraturan Menteri PAN RB. 2013. Jabatan Fungsional dan Angka Kreditnya. Nomor 30. Jakarta : Menpanrb.

- Robbins, Stephen P dan Timothy A. Judge. 2008. *Perilaku Organisasi*. Ed. 12. Penerj, Diana Angelica. Jakarta : Salemba Empat.
- Satrianegara, M. Fais dan Sitti Saleha. 2009. *Buku Ajar Pelayanan Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Soeroso, Santoso. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit : Suatu Pendekatan Sistem*. Jakarta : EGC.
- Sugiyono (2017), *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D* Bandung: Alfabeta, CV.
- Suharsimi Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta Rineka Cipta.

## Tinjauan Akurasi Kode Diagnosis Dan Kode Penyebab luar Pada Kasus Cedera Kepala Yang Disebabkan Kecelakaan Lalu Lintas Di Rumah Sakit Umum Pusat

### The accuracy of the diagnosis code and external code cause head injury cases caused by traffic accidents in Central General Hospital

Arief Tarmansyah Iman<sup>1)</sup>  
Maulana Yusuf Ismail<sup>2)</sup>  
Dedi Setiadi<sup>3)</sup>

*Program Studi DIII Perkam dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Jalan Cilolohan No. 35, Kota Tasikmalaya*  
[arief.tarmansyah@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id](mailto:arief.tarmansyah@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id)

#### Abstract

According to the RISKESDAS 2018, the number of injuries in West Java Province is the largest in Indonesia, with 16,150 cases and 5,184 occurring on the highway. Based on the preliminary study, of the 10 medical record documents the accuracy rate is 20%. The purpose of this study was to determine the accuracy of the diagnosis code and external cause in head injury cases caused by traffic accidents in Central General Hospital. Research Methodology is Quantitative Descriptive, population 145 medical record documents head injury cases caused by traffic accidents in 2018, a total sample of 106. The sampling technique was simple random sampling. Data collected was done by observation and Data analysis used univariate analysis. The accuracy of the diagnosis code was 66.1% accurate and 33.9% was inaccurate. Accuracy of external cause code is 67.9% accurate and 32.1% is inaccurate. The inaccuracy of the diagnosis code is caused by three characters, which is 2.8%, the fourth character is 20.7% and the fifth character is 51.9%. The inaccuracy of the external cause code caused by three characters is 30.2%, the fourth character is 34.0% and the fifth character is 37.7%. So it conclude that the accuracy of the diagnosis code and external code cause head injury cases caused by traffic accidents are mostly inaccurate. Inaccuracies in the diagnosis code and external cause code are mostly caused by the fifth character.

**Keywords:** *ICD-10, head injury, traffic accident*

#### Abstrak

Menurut RISKESDAS 2018, kasus cedera di Provinsi Jawa Barat merupakan yang terbanyak di seluruh Indonesia sebanyak 16.150 kasus dan 5.184 terjadi di jalan raya. Berdasarkan studi pendahuluan, dari 10 dokumen rekam medis cedera kepala tingkat akurasi adalah 20%. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui akurasi kode diagnosis dan kode penyebab luar pada kasus cedera kepala yang disebabkan kecelakaan lalu lintas di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Hasan Sadikin Bandung. Metodologi Penelitian ini kuantitatif deskriptif, populasi 145 dokumen rekam medis kasus cedera kepala yang disebabkan kecelakaan lalu lintas tahun 2018, total sampel 106. Teknik pengambilan sampel adalah simple random sampling. Cara pengumpulan data dilakukan dengan observasi. Analisis data yang digunakan analisis univariat. Akurasi kode diagnosis sebesar 66,1 % akurat dan 33,9% tidak akurat. Akurasi Kode penyebab luar sebesar 67,9 % akurat dan 32,1 % tidak akurat. Ketidakakuratan kode diagnosis disebabkan pada tiga karakter yaitu sebesar 2,8 %, karakter keempat sebesar 20,7 % dan karakter kelima sebesar 51,9 %. Ketidakakuratan kode penyebab luar yang

disebabkan tiga karakter sebesar 30,2 %, karakter keempat 34,0 % dan karakter kelima sebesar 37,7%. Akurasi kode diagnosis dan kode penyebab luar kasus cedera kepala yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas sebagian besar tidak akurat. Ketidakkuratan kode diagnosis dan kode *penyebab luar* sebagian besar disebabkan oleh karakter kelima.

**Kata Kunci:** *cedera kepala, ICD-10, kecelakaan lalu lintas*

## 1. Pendahuluan

Dewasa ini, pelayanan kesehatan merupakan satu hal yang tidak bisa dipisahkan dari kebutuhan masyarakat. Kebutuhan yang tinggi akan pelayanan kesehatan ini membuat sarana pelayanan kesehatan lebih memaksimalkan semua aspek dalam hal pelayanan. Salah satu hal yang penting dalam pelayanan kesehatan adalah pertolongan pertama saat terjadi kasus kecelakaan lalu lintas yang menyebabkan cedera. Dari tahun ke tahun, jumlah kendaraan di Indonesia semakin bertambah. Hal ini bisa menjadi acuan sarana pelayanan kesehatan untuk menyiapkan pelayanan kesehatan yang maksimal saat terjadi kondisi gawat darurat akibat kecelakaan lalu lintas. Berdasarkan hasil RISKESDAS 2018, cedera di bagian kepala Provinsi Jawa Barat memiliki proporsi sebesar 12,3% atau 1.986 dari 16.150 kasus. Menurut tempat kejadiannya, kasus cedera di Jawa Barat di jalan raya menempati urutan kedua dengan proporsi 32,1% atau 5.184 dari 16.150 kasus. Cedera yang disebabkan oleh kecelakaan di Provinsi Jawa Barat sendiri memiliki proporsi sebesar 2,2% atau 4.110 dari 186.809.

Seiring dengan tingginya angka cedera kepala dan kecelakaan lalu lintas di Indonesia maka pendokumentasian yang baik dan benar mengenai kasus cedera kepala dan kecelakaan lalu lintas akan sangat berguna bagi RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung dalam menentukan kebijakan dalam pengobatan dan perawatan pasien cedera kepala dan kecelakaan lalu lintas.

Pendokumentasian yang baik dan benar ditunjang oleh ketepatan kode diagnosis dan kode penyebab luar, dalam hal ini kode cedera dan kecelakaan lalu lintas harus seluruhnya akurat. (Hatta, 2013) Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 4 Maret 2019 dengan mengambil 10 dokumen rekam medis kasus cedera kepala dan kecelakaan lalu lintas, didapatkan hasil akurasi untuk kode cedera kepala sebesar 20% atau 2 dari 10 dokumen rekam medis terkode akurat. Sementara untuk akurasi kode kecelakaan lalu lintas yaitu sebesar 0% atau 10 dokumen terkode tidak akurat. Ketidakkuratan kode paling banyak disebabkan karena tidak mencantumkan karakter kelima pada kode diagnosis dan tidak mencantumkan karakter keempat dan kelima pada kode penyebab luar.

## 2. Metode

Jenis penelitian kuantitatif deskriptif, populasi 145 dokumen rekam medis kasus cedera kepala yang disebabkan kecelakaan lalu lintas tahun 2018, total sampel 106. Teknik pengambilan sampel adalah simple random sampling. Cara pengumpulan data dilakukan dengan observasi. Analisis data yang digunakan analisis univariat

### 3. Hasil dan Pembahasan

#### a. Akurasi Kode Diagnosis Utama

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Akurasi Kode Diagnosis Kasus Cedera Kepala

Keakuratan Kode	f	%
Akurat	36	33,9
Tidak Akurat	70	66,1
Jumlah	106	100

Sumber data: Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 1, didapatkan bahwa tingkat akurasi kode diagnosis utama kasus cedera kepala sebagian besar tidak akurat dengan persentase sebesar 66,1 % dan 33,9 % akurat. Kode diagnosis utama kasus cedera kepala yang tidak akurat ditelaah dan diidentifikasi berdasarkan letak

ketidakakuratannya. Berikut adalah Identifikasi 70 kasus ketidakakuratan pada kode diagnosis utama berdasarkan letaknya:

**Tabel 2.** Identifikasi Letak Ketidakakuratan Pada Kode Diagnosis Utama Kasus Cedera Kepala

Ketidakakuratan Kode	f
Tiga Karakter	3
Karakter Keempat	22
Karakter Kelima	55

Sumber data: Data Primer Tahun 2018

Seperti tampak pada tabel diatas, akurasi kode diagnosis utama kasus cedera kepala diuraikan berdasarkan letak ketidaktepatan kode, sebagai berikut:

1) Ketepatan tiga karakter yaitu ketepatan pada tiga karakter pertama yang merupakan kode yang sesuai dengan blok masing-masing pada ICD 10 terdiri atas satu huruf dan dua angka,

2) Karakter keempat yaitu satu karakter tambahan yang pada umumnya terdiri atas .0 - .9 yang di tulis dengan cara menambahkan titik kemudian angka setelah tiga karakter pertama, karakter keempat ini memberikan keterangan yang lebih spesifik pada kode tersebut seperti menunjukkan letak atau kondisi,

3) Karakter kelima. Penggunaan karakter kelima pada kodifikasi kasus cedera kepala dalam ICD-10 (S00-S09) digunakan untuk pemilihan jenis fraktur dan keterangan dengan/tanpa luka intrakranial terbuka. Karakter kelima untuk pemilihan jenis fraktur ini adalah sebagai berikut:

0 closed

1 open

Ketidakakuratan terbesar disebabkan oleh ketidakakuratan penggunaan karakter kelima dengan persentase sebesar 53,8 % atau sebanyak 57 dokumen rekam medis. Penggunaan karakter kelima pada kodifikasi kasus cedera kepala dalam ICD-10 (S00-S09) digunakan untuk pemilihan jenis fraktur dan keterangan dengan/tanpa luka intrakranial terbuka. Karakter kelima untuk pemilihan jenis fraktur ini adalah sebagai berikut:

0 closed

1 open

Karakter kelima ini dikhususkan untuk kasus fraktur yaitu pada kategori S02 Fraktur pada tengkorak dan tulang wajah.

Karakter kelima untuk dan keterangan dengan/tanpa luka intrakranial terbuka adalah sebagai berikut:

0 without intracranial wound

1 with intracranial wound (WHO, 2010)

Pada penerapannya pemberian kode untuk karakter kelima ini sebagian besar tidak dituliskan. Pada ICD-10 disebutkan bahwa jika suatu diagnosis fraktur tidak ditetapkan jenis fraktur terbuka atau tertutup maka diklasifikasikan kedalam fraktur tertutup atau *closed dan kode (.0)* dapat ditambahkan sebagai karakter kelima, (WHO, 2010). Hal tersebut disebabkan karena di dalam beberapa

dokumen rekam medis tidak terdapat keterangan luka/fraktur terbuka atau tertutup dan juga disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas kodifikasi dalam melihat jenis dari fraktur/luka tersebut. Selain itu, tidak adanya SPO yang mengharuskan kodifikasi untuk kode diagnosis kasus cedera kepala dikode sampai dengan karakter kelima membuat sebagian besar kode dikode sampai karakter keempat saja.

Ketidakakuratan kode diagnosis utama kasus cedera kepala sebagian besar disebabkan masih rendahnya penggunaan karakter kelima, hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adinda Putri Amalia, dkk. Yaitu ketidakakuratan kode diagnosis cedera pada kasus kecelakaan lalu lintas sebagian besar disebabkan oleh penggunaan karakter kelima. (Amalia, Rosiati, dan Rumpiati., 2018)

b. Akurasi Kode penyebab luar Kasus Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan ICD-10

Hasil penelitian terhadap 106 dokumen rekam medis rawat inap kasus cedera kepala yang disebabkan kecelakaan lalu lintas di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2018. Berikut adalah hasil keakuratan kode untuk kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas:

**Tabel 3.** Distribusi Frekuensi Akurasi Kode penyebab luar Kasus Kecelakaan Lalu Lintas

Keakuratan Kode	f	%
Akurat	34	32,1
Tidak Akurat	72	67,9
Jumlah	106	100

Sumber data: Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan tabel 3 didapatkan bahwa tingkat akurasi kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas sebagian besar tidak

akurat dengan persentase 67,9 % dan 32,1 % terkode akurat.

Kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas yang tidak akurat ditelaah dan diidentifikasi berdasarkan letak ketidakakuratannya. Berikut adalah identifikasi 72 kasus ketidakakuratan pada kode penyebab luar berdasarkan letaknya:

**Tabel 4.** Identifikasi Letak Ketidakakuratan Pada Kode *penyebab luar*

Ketidakakuratan Kode	f
Tiga Karakter	32
Karakter Keempat	36
Karakter Kelima	40

Sumber data: Data Primer Tahun 2018

Berdasarkan hasil penelitian, akurasi kode *penyebab luar* kasus kecelakaan lalu lintas tahun 2018 didapatkan bahwa sebagian besar tidak akurat dengan presentasi sebesar 67,9 % atau sebanyak 72 dokumen rekam medis.

Akurasi kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas diuraikan berdasarkan letak ketidaktepatan kode, dilihat dari ketepatan tiga karakter, karakter keempat dan karakter kelima. Penyebab ketidakakuratan terbanyak disebabkan oleh ketidakakuratan penggunaan karakter kelima.

Penggunaan karakter kelima dalam kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas digunakan untuk menunjukkan aktivitas korban saat mengalami kecelakaan. Pada penerapannya, jika di dalam kronologi pasien masuk tidak disebutkan jenis aktivitas saat mengalami kecelakaan kode karakter kelima pun sebagian besar tidak dituliskan. Sebagaimana diketahui bahwa dengan tidak adanya keterangan aktivitas tersebut diidentifikasi ke dalam aktivitas yang tidak ditentukan (.9) dan apabila mengacu pada aturan untuk bab XX ICD-10 kode tersebut harus dimasukkan. Hal tersebut

disebabkan kurang telitinya petugas kodifikasi dalam membaca kronologi awal pasien. Tidak adanya SPO yang mengharuskan kodifikasi lengkap sampai karakter kelima pun bisa menjadi penyebab tidak terisinya karakter kelima pada kodifikasi kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas.

Ketidakakuratan kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas sebagian besar disebabkan ketidakakuratan penggunaan karakter kelima sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Carlina Mahardika Loka, dkk. yaitu ketidakakuratan kode diagnosis kasus cedera sebagian besar disebabkan oleh kesalahan atau ketidakakuratan tiga karakter, karakter keempat dan karakter kelima (Loka, dkk., 2012)

c. Identifikasi Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis dan Kode penyebab luar Kasus Cedera Kepala yang Disebabkan Kecelakaan Lalu Lintas

Berdasarkan hasil penelitian, identifikasi penyebab ketidakakuratan kode diagnosis dan kode penyebab luar kasus cedera kepala yang disebabkan kecelakaan lalu lintas adalah sebagai berikut:

- 1) Identifikasi Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Utama
  - a) Ketidakakuratan Berdasarkan Tiga Karakter
  - b) Ketidakakuratan Berdasarkan Karakter Keempat  
Karakter keempat untuk kode diagnosis utama kasus cedera kepala menunjukkan penentuan letak cedera kepala, dalam hal ini adalah letak dari fraktur, dislokasi, luka terbuka dan luka intrakranial. Penyebab ketidakakuratan berdasarkan karakter keempat adalah ketidaktepatan dalam menentukan letak cedera.
  - c) Ketidakakuratan Berdasarkan Karakter Kelima  
Karakter kelima untuk kode diagnosis utama kasus cedera kepala

menunjukkan jenis dari fraktur (terbuka dan tertutup) dan dengan/tanpa luka intrakranial. Penyebab ketidakakuratan berdasarkan karakter kelima adalah tidak memberikan kode dan ketidaktepatan dalam menentukan jenis fraktur/luka terbuka atau tertutup.

Tiga karakter untuk kode diagnosis utama kasus cedera kepala menunjukkan jenis dari cedera kepala. Penyebab ketidakakuratan berdasarkan tiga karakter adalah ketidaktepatan dalam menentukan jenis cedera kepala.

Ketidakakuratan karakter kelima pada kode diagnosis utama kasus cedera kepala terletak pada ketidaktepatan dan tidak terisinya kode untuk pemilihan jenis fraktur

dan luka terbuka atau tertutup. Terdapat 55 kasus ketidakakuratan karakter keempat dengan kasus terbanyak yaitu terdapat pada 26 dokumen rekam medis diagnosis Concussion (S06.00) dengan kesalahan tidak terisinya karakter kelima. Berikut adalah contoh dari ketidakakuratan karakter kelima:

“Diagnosis Utama Pada DRM :  
Concussion  
Kode Pada DRM : S06.0  
ICD-10 Volume 1 : S06.0  
Concussion  
Kode Peneliti:  
S06.00  
ICD-10 Volume 1 : S06.0  
Concussion  
.0 without open intracranial “

Berdasarkan kasus tersebut, Diketahui bahwa diagnosis utama adalah Concussion artinya gegar pada kepala akan tetapi kode yang diberikan tidak akurat yaitu S06.2 yang merujuk pada ICD-1 volume 1 adalah kode untuk Concussion namun belum ditambahkan keterangan dengan/tanpa luka intrakranial. Peneliti melakukan kodifikasi ulang dan menghasilkan kode S06.00 yang merupakan kode untuk diagnosis Concussion.

b) Identifikasi Penyebab Ketidakakuratan Kode penyebab luar

1) Ketidakakuratan Berdasarkan Tiga Karakter

Tiga karakter untuk kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas menunjukkan korban dan kendaraan yang digunakannya saat mengalami kecelakaan lalu lintas. Penyebab ketidakakuratan kode penyebab luar berdasarkan tiga karakter adalah ketidaktepatan dalam menentukan jenis kecelakaan lalu lintas.

2) Ketidakakuratan Berdasarkan Karakter Keempat

Karakter keempat untuk kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas menunjukkan posisi korban saat mengalami kecelakaan lalu lintas yaitu sebagai pengendara atau penumpang. Berikut adalah penyebab ketidakakuratan kode penyebab luar berdasarkan karakter keempat:

- Ketidaktepatan dalam identifikasi kecelakaan lalu lintas dan non lalu lintas
- Ketidaktepatan dalam identifikasi korban yang mengalami kecelakaan

3) Ketidakakuratan Berdasarkan Karakter Kelima

Karakter kelima untuk kode penyebab luar kasus kecelakaan lalu lintas menunjukkan jenis aktivitas yang sedang dilakukan korban saat mengalami kecelakaan lalu lintas. Penyebab ketidakakuratan kode penyebab luar berdasarkan karakter kelima adalah tidak memberikan kode aktivitas yang sedang dialami oleh korban saat kejadian kecelakaan

Ketidakakuratan karakter kelima pada kode *penyebab luar* kasus kecelakaan lalu lintas terletak pada ketidaktepatan atau tidak terisinya pemilihan aktivitas korban saat mengalami kecelakaan. Terdapat 40 kasus ketidakakuratan penggunaan karakter kelima dengan kasus terbanyak adalah ketidakakuratan untuk 9 dokumen

rekam medis kasus kecelakaan lalu lintas pengendara motor non tabrakan dan 6 dokumen rekam medis kasus kecelakaan lalu lintas pengendara motor tabrakan dengan sepeda motor lain. Berikut adalah contoh ketidakakuratan karakter kelima:

“Penyebab luar pada RM :

6 jam sebelum masuk rumah sakit, saat sedang mengendarai motor di daerah Cihanjuang, tiba-tiba bertabrakan dengan motor lain dari arah berlawanan sehingga pasien terjatuh dengan kepala membentur aspal

Kode Pada ĐRM : V23.4

ICD-10 Volume 1 : V23.4

*Motorcycle rider injured in collision with car, pick-up truck or van [driver injured in traffic accident]*

Kode Peneliti : V22.49

ICD-10 Volume 1 : V22.49

*Motorcycle rider injured in collision with two- or three- wheeled motor vehicle [driver injured in traffic accident] [during unspecified activity].”*

Berdasarkan kasus diatas, diketahui bahwa penyebab luar pada dokumen 6 jam sebelum masuk rumah sakit, saat sedang mengendarai motor di daerah Cihanjuang, tiba-tiba bertabrakan dengan motor lain dari arah berlawanan sehingga pasien terjatuh dengan kepala membentur aspal.

Kode yang tertera pada rekam medis adalah V23.4 yang merujuk pada ICD-10 volume 1 adalah kode untuk *Motorcycle rider injured in collision with car, pickup truck or van [driver injured in traffic accident]*

Pada kronologi tersebut tidak disebutkan jenis aktivitas yang dilakukan oleh korban. Setelah dilakukan kodifikasi ulang dihasilkan kode V22.49 dengan pemilihan tiga karakter V22 karena diketahui bahwa kecelakaan lalu lintas tersebut merupakan tabrakan antara sepeda motor dengan sepeda motor lainnya serta penambahan kode aktivitas yang tidak diketahui yaitu (.9).

#### 4. Simpulan dan Saran

Akurasi kode diagnosis dan kode penyebab luar kasus cedera kepala yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas sebagian besar tidak akurat. ketidakakuratan kode diagnosis dan kode penyebab luar sebagian besar disebabkan oleh karakter kelima.

#### 5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Poltekkes Kemenkes Tasikmaya atas segala dukungan dalam proses penelitian dan tentunya praktisi PMIK di RSHS Bandung yang telah mendukung kepada pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian.

#### 6. Daftar Pustaka

DPD PORMIKI. (2011), Materi Pelatihan Manajemen Rumah Sakit Dalam Menunjang Akreditasi dan Statistik Rumah Sakit dan Klasifikasi Penyakit. Yogyakarta: DPD PORMIKI.

Hatta, Gemala. (2013), Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan (edisi revisi 2). Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.

Herman dan Erma. (2018,) "Tinjauan Kelengkapan Diagnosis External Cause Pasien Rawat Inap" Jurnal Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (JUPERMIK). 2(1) 54.

Ikhwan, Syamsuriansyah, dan Irawan (2016) "Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis Cedera Dan Penyebab Luar Cedera (External Causes) Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Islam "Siti Hajar" Mataram" Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia 4(2).

KBBI (2019) Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). [Online] Available at: <https://kbbi.web.id/akurasi>, [Diakses 19 Feb 2019].

Kementerian Kesehatan RI. (2018), Laporan Nasional RISKESDAS 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kemenkes RI.

Loka, Rano, dan M. Arief. (2013), "Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Dan External Cause Pada Kasus Kecelakaan Lalu Lintas Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Dr.Moewardi Periode Tahun 2012". Jurnal Rekam Medis. 7(1) 21-29.

Nazir. Moh. (2011), Metode Penelitian. Bogor: Ghalia Indonesia.

Ningsih, Ayu. (2016), Ketepatan Pengkodean Diagnosis Pada Kasus Cedera di RSUD Prambanan Tahun 2016 [Karya Tulis Ilmiah]. Yogyakarta: STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.

Notoatmodjo, S. (2010), Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurarif, A. H. dan Hardi Kusuma. (2015), Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 1. Yogyakarta: Mediacion Publishing.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER /III/2008 Tentang Rekam Medis Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/Menkes/PER/VI/2011 Tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.

Pujihastuti dan Sudra. (2014), "Hubungan Kelengkapan Informasi Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Dan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap" Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia 3(1).

Ratmawati, Meida (2018), Tinjauan Akurasi Kode Diagnosis dan External Cause Pada Kasus Fraktur di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto [Karya Tulis Ilmiah].

- Tasikmalaya: Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya.
- Republik Indonesia. (1993), Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 1993 Pasal 93 Tentang Kecelakaan Lalu Lintas.
- Republik Indonesia. (2004), Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
- Republik Indonesia. (2009), Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Sugiyono. (2017), Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, V. Wiratna. (2014), Metodologi Penelitian. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- WHO. (2010), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization.

## Tinjauan Studi Literatur: Analisis Gambaran Pelaksanaan Sensus Harian Rawat Inap

### Literature Study: Analysis Of Implementation Of Census Inpatients

Yulfa Yulia S.St., MKM<sup>1</sup>  
Oktamianiza, SKM, M.Kes<sup>2</sup>  
Ns. Deni Maisa Putra, S.Kep, M.Kep<sup>3</sup>  
Rahmadhani, S.SiT, M.Keb<sup>4</sup>  
Indah Oktavia<sup>5</sup>

*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Dharma Landbouw Padang  
Dengan alamat jalan Jhoni Anwar No.29 Ulak Karang Padang  
Email : [yulfayuliayy@gmail.com](mailto:yulfayuliayy@gmail.com)*

#### Abstract

The daily census is a way of knowing the number of patients entering, leaving, dying and moving between rooms. The purpose of this study was to describe the inputs (human resource, SOP, infrastructure) and processes (monitoring and evaluation) of the daily inpatient census using the literature study method. The research was carried out in a literature study by conducting a descriptive analysis by describing the facts, then analyzing it, looking for similarities, views, and summaries of several studies. The results of this study found that most <50% of the daily census implementation was still experiencing delays. The delay in returning the census was caused by the lack of awareness of human resources on the importance of the data that had been collected for the benefit of the hospital. SOP have not been implemented optimally, the facilities and infrastructure to support census activities are inadequate. In addition, there is a lack of supervisory control over the implementation of census data filling activities. This will have an impact on the information that will be issued by the hospital regarding the health service activities that have been provided to patients. And besides that, the data that will be reported for various parties who need this data will be inaccurate.

**Keywords:** *in patient census, human resource, SPO, monitoring.*

#### Abstrak

Sensus harian adalah suatu cara untuk mengetahui jumlah pasien yang masuk, keluar, meninggal dan perpindahan antar ruangan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan input (SDM, SOP, sarana prasarana) dan Proses (Monitoring evaluasi) terhadap pelaksanaan sensus harian rawat inap dengan metoda studi literatur. Pelaksanaan penelitian secara studi literatur dengan melakukan analisis deskriptif dengan mendeskripsikan fakta-fakta yang ada, kemudian di analisis, mencari kesamaan, pandangan, dan ringkasan terhadap beberapa penelitian. Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar <50% pelaksanaan sensus hariannya masih banyak mengalami keterlambatan. Keterlambatan dalam pengembalian sensus disebabkan oleh karena kurangnya kesadaran SDM terhadap pentingnya data yang telah dikumpulkan bagi kepentingan rumah sakit. SOP belum telaksana dengan optimal, sarana dan prasarana pendukung kegiatan sensus tidak memadai. Disamping itu kurangnya pengawasan pimpinan terhadap pelaksanaan kegiatan pengisian data sensus. Hal

ini akan memberikan dampak terhadap informasi yang akan dikeluarkan oleh rumah sakit terkait aktivitas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien. Dan disamping itu data yang akan dilaporkan untuk berbagai pihak-pihak yang membutuhkan data tersebut menjadi tidak akurat.

**Kata Kunci :** Sensus harian rawat inap, SDM, SOP, Monitoring

## 1. Pendahuluan

Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan merupakan tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan dan memelihara, serta meningkatkan derajat kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat pengguna jasa layanan kesehatan. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU RI 44, 2009). Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan - tulisan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan Permenkes RI 269. (2008). *Standar Pelayanan Minimal RumahSakit*

Sensus harian yaitu kegiatan pencacahan/penghitungan pasien rawat inap yang dilakukan setiap hari pada suatu ruang rawat inap, dan berisi tentang mutasi keluar dan masuk pasien selama 24 jam mulai dari pukul 00.00 s/d 24.00 (Depkes RI, (2005), *Petunjuk Pengisian, Pengolahan, Dan Penyajian Data Rumah Sakit*,.Pengolahan sensus harian rawat inap dimulai dari pengisian sensus harian rawat inap oleh kepala ruangan atau penanggung jawab dan sensus harian rawat inap dikirim ke ruang rekam medis setiap hari kerja jam 08.00 pagi. Setelah sensus harian pasien rawat inap diantaranya pasien masuk dan keluar pada hari yang sama, lama dirawat,

jumlah pasien yang masih dirawat dan hari perawatan dan dilanjutkan dengan rekapitulasi pertriwulan rawat inap (DepKes RI, 2005).

Pelaporan rumah sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat, dan akurat. Rumah sakit secara garis besar mempunyai dua jenis pelaporan yaitu laporan internal dan laporan eksternal. Laporan eksternal adalah laporan yang ditujukan kepada direktorat jendral pelayanan medik, Dinas kesehatan provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sedangkan laporan internal berasal dari statistik rumah sakit yang aktifitas pelaksanaannya dilakukan secara rutin bagi pasien rawat inap salah satunya dengan menggunakan sensus harian (Depkes RI, 2006, *Pedoman Prosedur Dan Penyelenggaraan Rekam Medis di RumahSakit di Indonesia*).

Menurut penelitian (Yusuf, 2013) dengan judul Tinjauan pelaksanaan sensus harian rawat inap di rumah sakit umum daerah pandan arang boyolali didapati bahwa pembuatan sensus harian rawat inap berpedoman dengan petunjuk teknis pengisian sensus harian rawat inap, tetapi karena petunjuk teknis di setiap bangsal sudah tidak ada maka pembuatan sensus harian rawat inap sudah tidak perlu menggunakan petunjuk teknis tersebut. Perawat bangsal membuat sensus harian rawat inap tidak merasa kesulitan walaupun tidak menggunakan petunjuk teknis pembuatan sensus harian rawat inap, dikarenakan perawat bangsal telah terbiasa. Sensus harian rawat inap di buat satu lembar saat malam hari oleh perawat yang jaga malam. Batasan pasien masuk mulai pukul 00.01 hingga pukul 24.00,

setelah lewat jam 24.00 WIB maka dihitung hari berikutnya. Sensus harian rawat inap dibuat berdasarkan buku laporan keperawatan yang ada pada ruang perawatan.

## 2. Metode Penelitian

Metode yang diperoleh dari 3 jurnal dan referensi yang ada kemudian dianalisa dengan metode deskriptif, Metode analisa deskriptif dilakukan untuk mendeskripsikan fakta-fakta yang kemudian disusun dengan analisis, tidak semata-mata menguraikan, namun memberikan pemahaman dan penjelasan secukupnya. Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan teknik literature review diantaranya mencari kesamaan (compare), cari ketidaksamaan (contrast), beri pandangan (critize), bandingkan (synthesize), dan ringkasan (summarize).

## 3. Hasil Dan Pembahasan

Peneliti melakukan studi literatur dan jurnal-jurnal yang terkait dengan penelitian yang akan diuraikan berdasarkan sumber referensi yang digunakan dalam penyusunan penelitian ini berasal dari jurnal-jurnal yang berkaitan dengan topik penelitian ini tentang Tinjauan Pelaksanaan Sensus Harian Rawat Inap.

Dari beberapa literatur yang ditelaah yaitu jurnal firman dkk (2017), Elise dkk (2015), Igustin dkk (2013). terdapat kesamaan mendasar terhadap pelaksanaan sensus harian rawat inap, dimana Kesamaan dilihat dari pelaksanaan sensus harian rawat inap yang masih mengalami keterlambatan dikarenakan jumlah SDM yang belum memadai, petugas kurang bertanggung jawab terhadap pengisian data sensus harian rawat inap, serta pelaksanaan sensus harian rawat inap belum sesuai dengan SOP yang ada sehingga berdampak ke pelaporan rumah sakit.

Dari jurnal Elise dkk (2015) ditemukan beberapa ketidaksamaan antara satu sama lain yang mana jurnal Elise dkk menggunakan dua SOP yaitu manual dan SIMRS sehingga menghasilkan data yang berbeda sedangkan jurnal Igustin dkk (2013), Firman dkk (2017) hanya menggunakan SOP manual. Dan terdapat juga perbedaan cara pembuatan sensus harian rawat inap belum sesuai dengan Depkes RI 2005 yang isinya sensus harian dibuat rangkap tiga.

Dari analisis dan telaah jurnal firman dkk (2017), Elise dkk (2015), Igustin dkk (2013). terlihat pelaksanaan sensus harian rawat inap masih belum sesuai dengan standar yang ditetapkan, hal ini terjadi karena SDM yang belum memadai, sarana prasarana yang tidak lengkap, SOP mengenai pelaksanaan sensus harian rawat inap tidak terlaksana bahkan ada beberapa rumah sakit tidak menggunakan SOP, proses monitoring evaluasi yang belum terjadwal dengan baik.

Dari analisis dan telaah jurnal firman dkk (2017), Elise dkk (2015), Igustin dkk (2013). ditemukan bahwa pelaksanaan sensus harian rawat inap terkendala disebabkan oleh kurangnya sarana prasarana pada pelaksanaan sensus harian rawat inap yaitu pelaksanaan dilakukan secara manual, tidak ada komputer, sehingga petugas harus mencatat manual kembali sensus harian ke lembaran sensus. Terlebih SOP belum terlaksana sepenuhnya sehingga mengakibatkan petugas tidak mengetahui berapa lama proses pengembalian sensus harian ke unit rekam medis. Sedangkan menurut penelitian lain faktor yang menghambat Pelaksanaan Sensus Harian Rawat Inap adalah SDM yang belum memadai, kurangnya petugas sensus harian rawat inap, namun beberapa upaya telah dilaksanakan oleh pihak rumah sakit yaitu dengan cara melibatkan beberapa petugas lain dalam proses pengantaran sensus harian ke unit rekam medis.

Dari analisis dan telaah jurnal Firman dkk (2017), Elise dkk (2015), Igustin dkk (2013). ditemukan bahwa pelaksanaan sensus harian rawat inap masih mengalami keterlambatan. Hal ini dikarenakan beberapa faktor yaitu SDM yang belum memadai, tidak adanya sosialisasi terhadap petugas pencatatan sensus harian rawat inap dengan perawat bangsal, sarana prasarana yang masih minim, SOP yang mengatur mengenai sensus harian belum terlaksana, serta proses monitoring evaluasi terhadap sensus harian rawat inap masih belum terjadwal secara rutin. Hal inilah yang membuat sebagian besar proses pelaksanaan sensus harian rawat inap belum terlaksana dengan baik di rumah sakit.

#### 4. Kesimpulan Dan Saran

##### a. Kesimpulan

Berdasarkan studi literature dari hasil penelitian dan pembahasan jurnal – jurnal diatas, dapat disimpulkan bahwa: Dari hasil analisa terhadap 3 jurnal ditemukan bahwa pelaksanaan sensus harian rawat inap masih mengalami keterlambatan. Hal ini dikarenakan beberapa faktor yaitu SDM yang belum memadai, tidak adanya sosialisasi terhadap petugas pencatatan sensus harian rawat inap dengan perawat bangsal, sarana prasarana yang masih minim, SOP yang mengatur mengenai sensus harian belum terlaksana, Hal inilah yang membuat sebagian besar proses pelaksanaan sensus harian rawat inap belum terlaksana dengan baik di rumah sakit.

Disamping itu proses monitoring evaluasi terhadap sensus harian rawat inap masih belum terjadwal secara rutin, Hal ini dikarenakan pada manajemen organisasi belum terlaksana dengan baik.

##### b. Saran

Sebaiknya penelitian ini lebih dikembangkan dengan kajian penelitian melihat data langsung ke rumah sakit

tentang gambaran pelaksanaan sensus harian rawat inap karena permasalahan ini sangat krusial dan dibutuhkan rumah sakit sebagai bahan evaluasi dalam proses pelaksanaan sensus harian rawat inap serta dapat menjabarkan secara jelas frekuensi munculnya permasalahan tersebut di rumah sakit.

#### 5. Ucapan Terimakasih

Pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada Ketua Program Studi dan Ketua STIKES Dharma Landbouw yang telah banyak membantu sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini dan pihak-pihak yang telah memberikan masukan dan bantuan kepada peneliti.

#### 6. DAFTAR PUSTAKA

- Budiyanti Yusuf Igustin, dkk, 2013 *Tinjauan Pelaksanaan Sensus Harian Rawat Inap Di RSUD Pandan Arang Boyolali* Tahun 2013. <https://ejournal.stikesmhk.ac.id/index.php/rm/article/viewFile/283/257>
- Bustami, 2011, *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Aspek Tabilitasnya*, Erlangga : Padang. file (pdf:///G:/JURNAL/3592-10537-SM.pdf)
- Cahya Diningrat Firman, dkk, 2015 *Faktor-faktor keterlambatan Pengembalian Sensus Harian Rawat Inap Di RSUD KabCiamis* <https://jmiki.aptirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/84>
- Carpenter (2003). *Langkah Analisis Data Penelitian Kualitatif*.
- Depkes RI, 2004, *Ilmu Pengembangan dan Pemerdayaan SDM Kesehatan*. (<https://media.neliti.com>)

- Depkes RI, (2005), *Petunjuk Pengisian, Pengolahan, Dan Penyajian Data Rumah Sakit*, Direktorat Jenderal Pelayanan Medic, Jakarta, Depkes RI.
- Depkes RI, 2006, *Pedoman Prosedur Dan Penyelenggaraan Rekam Medis di RumahSakit di Indonesia Revisi II*, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Jakarta.
- Garmelia Elise, dkk, 2018 *Tinjauan Pelaksanaan Kegiatan Sensus Harian Rawat Inap Di RSUD Kota Salatiga*  
<http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/RMIK/article/view/3592>
- Hatta, G. (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*.
- Hartono, B. (2010). *Manajemen Pemasaraan Untuk Rumah Sakit*. Jakarta
- Kepmenkes RI no.37 (2007) *standar-profesi-perekam-medis.pdf*.
- Kurniawan Agung, dkk, 2010 *Analisis Pemanfaatan Data Sensus Harian Rawat Inap Untuk Pelaporan Indikator Pelayanan Rawat Inap Di RSUD Dr.Soeroto Ngawi*  
<https://ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/rm/article/view/10>
- Moleong, Lexy J. (2013). *Metode Penelitian Kualitatif*.
- Notoatmodjo Soekidjo, (2002) *Metodologi Penelitian*. Rineka Cipta
- Permenkes RI 269. (2008). *Standar Pelayanan MinimalRumahSakit* (<https://doi.org/10.1016/.cell.2009.01.043>)
- Sudra Rano Indradi, (2010), *Statik Rumah Sakit*, Yogyakarta : Graham Ilmu
- Sugiyono, 2014, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Bandung :Alfabeta
- Sudra Rano Indradi, 2010, *Statik Rumah Sakit*, Yogyakarta : Graham Ilmu
- (<http://perpustakaan.hafshawaty.ac.id//index.php?>)
- UU RI 44. (2009). *Tentang Rumah Sakit*. STIKES Dharma Landbouw Padang. 2020. *Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah*, Padang :STIKES DL.
- Yusuf, I. B. (2013). *Tinjauan pelaksanaan sensus harian rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah PANDAN BOYOLALI*.

## Studi Literatur Riview: Gambaran Kesesuaian Dan Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10

### Study Literature Review: Overview of Appropriateness and Accuracy of Diagnosis Codes of Inpatient Based on ICD-10

Rahmadhani<sup>1</sup>  
Deni Maisa Putra<sup>2</sup>  
Hiddati Aulia<sup>3</sup>  
Oktamianiza<sup>4</sup>  
Yulfa Yulia<sup>5</sup>

<sup>1,2,3,4,5</sup>) *D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Dharma Landbouw Padang*  
e-mail: [rahmadhani17387@gmail.com](mailto:rahmadhani17387@gmail.com)

#### Abstract

Quality medical records can be seen from the accuracy and compatibility of diagnoses in health services, given the importance of accuracy and compatibility of diagnostic codes. The research objective was to identify, identify, assess, and interpret the suitability and accuracy of the diagnostic code for inpatients with ICD-10 based on a literature review review. The method used is a literature review study with a descriptive analysis method carried out by analyzing literature review techniques including looking for similarities (compare), inequality (contrast), views (critize), compare (synthesize), and summarize with the literature sources used are 6 journals. The results of the review literature that the author tuned were still found that there were inconsistencies and inaccuracies in the coding of patient diagnoses in health facilities due to barriers to implementing SOPs and communication between coders and medical personnel which had an impact on the accuracy and suitability of diagnostic codes based on ICD-10. It is hoped that in further research, researchers can understand the stages of literature review and data analysis methods in related research regarding the accuracy and suitability of inpatient diagnosis codes and medical record handling in terms of input, process, and output to see more clearly the causes of incompleteness, and non-conformity of codification.

**Keywords:** *accuracy, conformity, completeness, encoding.*

#### Abstrak

Rekam medis berkualitas dapat dilihat dari ketepatan dan kesesuaian diagnosa di pelayanan kesehatan mengingat sangat pentingnya ketepatan dan kesesuaian kode diagnosa. Tujuan penelitian untuk mengetahui, mengidentifikasi, menilai, dan menginterpretasikan terkait dengan gambaran kesesuaian dan ketepatan kode diagnosa pasien rawat inap dengan ICD-10 berdasarkan tinjauan literature review. Metode yang digunakan yaitu studi literature riview dengan Metode analisis deskriptif dilakukan dengan analisis teknik review literatur diantaranya mencari kesamaan (compare), ketidaksamaan (contrast), pandangan (critize), bandingkan (synthesize), dan ringkasan (summarize) dengan sumber pustaka yang digunakan adalah 6 jurnal. Hasil dari literatur review yang penulis talaah yaitu masih di temukan ada ketidaksesuaian dan ketidaktepatan pengkodean diagnosa pasien di fasilitas kesehatan di karenakan hambatan pelaksana SOP dan komunikasi antar pengcode/coder dan tenaga medis

yang sehingga berdampak pada ketepatan dan kesesuaian kode diagnosa berdasarkan ICD-10. Diharapkan pada penelitian selanjutnya agar peneliti bisa memahami terhadap tahapan literature review dan metode analisis data dalam penelitian terkait tentang ketepatan dan kesesuaian kode diagnosa pasien rawat inap serta penyenggaraan rekam medis di tinjau dari sisi input, proses, dan output untuk melihat lebih jelas penyebab terjadinya ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian kodefikasi.

**Kata Kunci:** ketepatan; kesesuaian; kelengkapan; pengkodean.

## 1. Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit harus memiliki sumber daya profesional. Sumber daya rekam medis yang merupakan salah satu bagian dari rumah sakit (Undang-undang No 44 tahun 2009). Menurut Ismainar (2015) Rekam Medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesa, diagnosa, pengobatan, tindakan, dan pelayanan penunjang yang diberikan kepada pasien selama mendapat pelayanan di unit rawat inap, rawat jalan, dangawat darurat serta catatan yang juga harus dijaga kerahasiaannya dan merupakan sumber informasi pasien qyang datang berobat ke rumah sakit. Salah satu data yang penting pendokumentasian rekam medis adalah kode diagnosis pasien, kode diagnosa pasien digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan.

Menurut Hatta (2012) pengkodean adalah prosedur pemberian kode dengan menggunakan huruf dan angka. Kegiatan pengkodean meliputi pengkodean

diagnosa dan pengkodean tindakan medis. Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosa. Pengkodean diagnosa yang tepat akan menghasilkan data yang akurat dan berkualitas. Ketepatan dalam pemberian dan penulisan kode berguna untuk memberikan asuhan keperawatan, penagihan biaya klaim, meningkatkan mutu pelayanan, membandingkan data morbiditas dan mortalitas, menyajikan 10 besar penyakit, serta hal-hal lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

Pengkodean diagnosis yang tepat akan menghasilkan data yang akurat dan berkualitas. Ketepatan dalam pemberian dan penulisan kode berguna untuk memberikan asuhan keperawatan, penagihan biaya klaim, meningkatkan mutu pelayanan, membandingkan data morbiditas dan mortalitas, menyajikan 10 besar penyakit, serta hal-hal lain yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan (Hatta, 2012).

Penentu ketepatan kode diagnosis utama penyakit juga dipengaruhi oleh spesifikasi penulisan diagnosis utama, masing-masing pernyataan diagnosis harus bersifat informatif atau mudah dipahami agar dapat menggolongkan kondisi-kondisi yang ada kedalam kategori ICD-10 yang paling spesifik.

Kualitas hasil pengodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas coding (WHO, 2010).

Berdasarkan penelitian di lakukan oleh Oktamianiza (2016) yang berjudul ketepatan pengodean diagnose utama penyakit pada rekam medis pasien rawat inap JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) di RSI Siti Rahmah Padang, masih di temukan kode yang tidak tepat dikarenakan petugas coding tidak mencakup diagnosa yang ditulis atau kurang lengkap dalam pengodeannya, kurang lengkap dan kurang jelas dalam penulisan diagnosa di karenakan adanya peminjaman fomulir resume medis, masih adanya tulisan dokter yang sulit di baca sehingga menyulitkan petugas dalam mengkodekan diagnose serta masih adanya diagnosa yang tidak di tulis oleh dokter di resume medis sehingga petugas harus melihat di fomulir ringkasan keluar pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Aurelia Anugerah Harvey Pepo dan Noor Yulia (2014) penelitian ini berjudul Kelengkapan penulisan diagnose pada resume medis terhadap ketepatan pengkodean klinis kasus kebidanan berpendapat ketidak lengkapan penulisan diagnosa pada resume di pengaruhi oleh petugas kurang berkomunikasi sehingga menyebabkan tidak di tulisnya diagnosa oleh dokter dan masih singkatan yang tidak sesuai dengan SOP yang ada. Mengingat pentingnya spesifikasi penulisan diagnosa utama terhadap ketepatan kode diagnosa utama yang dihasilkan, dan sebagai salah satu tolak ukur untuk kontrol kualitas di bagian pengodean (coding) unit rekam medis.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti melakukan literatur review tentang "Gambaran Kesesuaian Dan Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10".

## 2. Metode Dan Material

Jenis penelitian ini adalah penelitian literature riview. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data sekunder yang merupakan pendukung yang bersumber dari berbagai literatur maupun referensi-referensi yang ada menggunakan *google scoler*. Analisa data dilakukan dengan meggunakan teknik literatur review diantaranya mencari kesamaan (*compare*), cari ketidaksamaan (*contrast*), beri pandangan (*critite*), bandingkan (*synthesize*), dan ringkasan (*summarize*).

## 3. Pembahasan

Dalam melakukan telaah jurnal, dapat dilakukan dengan menggunakan teknik review literature antara lain menentukan kesamaannya (*compare*), menentukan ketidaksamaannya (*contrast*), beerikan pandangan (*critize*), bandingkan (*synthesize*), dan ringkasan (*summarize*).

### a. Kesamaan( *Compare*)

Dari beberapa jurnal bias kita lihat bahwa terdapat kesamaan terhadap ketidak lengkapan dan ketidak kesesuaian diagnosa dikarena ketidak jelasan penulisan diagnosa oleh dokter seperti singkatan dan tulisan berpengaruh terhadap keakuratan pengkodean sehingga koder sulit membaca dan memahami tulisan berdampak terhadap pengkodean yang salah.

Hal ini juga didukung oleh penelitian Yeni Tri Utami, Nita Rosmalia (2017) dan Dewi Mardiwati, Tiara Febri Akika (2019) bahwa dokumen tidak dikode dikarenakan dokter tidak konsiten dalam penulisan diagnosa utama tepatnya di fomulir resume medis sehingga koder harus melihat fomulir rawat inap dengan teliti.

#### **b. Ketidaksamaan ( Contrast)**

Dari beberapa jurnal juga ditemukan ketidak samaan antara satu sama lain. Dikarenakan ketidak lengkapan dan ketidak kesesuaian pengisian kode diagnosa penyakit di sebabkan oleh kurangnya pengalaman dan motivasi koder. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Auelius Anugerah Pepo, Noor Yulia (2014) dan Dewi Mardiwati, Tiara Febri Akika (2019) ketidak lengkapan penulisan diagnosa penyakit pasien di resume medis di karenakan kurangnya komunikasi antar petugas koder dengan petugas medis sehingga tidak terjadinya kesalahan dan terdapat resume medis yang kosong.

#### **c. Pandangan ( Critize)**

Dari analisis dan talaah beberapa jurnal Menunjukkan bahwa hambatan pelaksanaan SOP (*Standar Operasional Prosedur*) serta komunikasi antar petugas koder dengan petugas medis perawat dan dokter sehingga menimbulkan masalah seperti dokumen tidak lengkap, diagnosa pasien belum di koding, dan terjadinya kesalahan dalam pengkodean sehingga berdampak pada

kelengkapan dan keakuratan berkas rekam medis.

#### **d. Pandangan ( Synthesize)**

Perbandingan hasil antar jurnal penelitian menemukan Masih adanya tulisan dokter yang tidak jelas sehingga menyulitkan petugas koder dalam pengkodean. Masih ditemukan lembaran rekam medis tidak ditulis diagnosa sehingga pemberian kode diagnosa petugas hanya melihat pada rekapan kode penyakit tetapi tidak mengecek kembali kebenaran pada ICD-10. Maka dari tersebut petugas rekam medis diharapkan lebih teliti dan mengecek kembali kebenarannya di ICD-10, serta perlunya pelatihan koding petugas sehingga menghasilkan pelaporan yang baik untuk mutu rumah sakit menjadi lebih baik untuk kedepannya.

Hal tersebut sejalan dengan (Depkes Ri, 2006) kecepatan dan ketepatan diagnosa pemberian kode dari sautu diagnosa sangat tergantung kepada pelaksanaan yang mengenai rekam medis tersebut yaitu, diagnosa yang kurang spesifik, ketrampilan petugas koding dalam memilih kode, tulisan dokter yang sulit dibaca dan tenaga kesehatan lainnya.

#### **e. Ringkasan ( Summarize)**

Dari beberapa jurnal bisa di analisis bahwa sanya faktor ketidak akuratan penulisan diagnosa dikarenakan tulisan dokter, jelas dan tidak dapat dibaca serta dokter menggunakan singkatan tidak sesuai dengan SOP yang ada, ketidak lengkapan penulisan diagnosa karena kurangnya kerja sama antar petugas medis yang seharusnya adanya

kumunikasi jika terdapat kesalahan dan terdapatnya resume medis kosong, masih ditemukan perbedaan diagnose diresume keluar dan fomulir laporan kematian sehingga menyebabkan pengisian tidak lengkap berdampak terhadap keakuratan dan kelengkapan.

Sedangkan dari beberapa penelitian bahwa ketidak tepatan dan ketidak akuratan diagnosa pasien rawat inap hal ini dikarenakan kurangnya ketelitian petugas dalam pemberian pengodean maupun penulisan diagnose dan juga petugas masih menggunakan pedoman pengkodean yang dibuat seniri di Microsoft excel. Masih adanya tulisan dokter yang tidak jelas sehingga menyulikan petugas koder dalam pengkodean. Masih ditemukan motivasi, dokter tidak mendiagnosa secara spesifik sehingga infomasi salah sebaiknya koder harus adanya pelatihan dan meningkatkan kompetensi.

#### 4. Kesimpulan

1. Ketepatan pengkodean diagnosa penyakit pasien rawat inap *leteratur riview* dilihat dari diagnosa dokter yang spesifik dan penulisan diagnosa dengan ICD-10 yang lengkap dan akurat. Faktor lain yang menyebabkan ketidak tepatan karena petugas kurang keteliti. Dikarenakan betapa pentingnya melaksanakan kodefikasi dengan tepat sebagai laporan mortalitas dan morbiditas.
2. Kejelasan penulisan diagnosa penyakit beredasarkan *literatur riview* hal ini disebabkan kurangnya

lembaran rekam medis tidak ditulis diagnosa sehingga pemberian kode diagnosa petugas hanya melihat pada rekapan kode penyakit tetapi tidak mencek kembali kebenaran pada ICD-10. Maka dari tersebut petugas rekam medis diharapkan lebih teliti dan cek kembali kebenarannya di ICD-10, serta perlunya pelatihan koding petugas sehingga menghasilkan pelaporan yang baik untuk mutu rumah sakit menjadi lebih baik untuk kedepannya.

Sedangkan menurut Adhani Windari, Anton Kristijono (2016),Yeni Tri Utami, Nita Rosmalia (2017), dan Heri Hernawan, Kori Puspita Ningsih,Winarsih (2017) salah satu penyebabnya yaitu koder kurang berpengalaman dan belum pernah mengikuti pelatihan dan kurangnya tanggung jawab dokter dalam menuliskan diagnosa utama pasien dengan jelas akibat terburu-buru akhirnya tidak terselesaikan, sehingga menyulitkan koder untuk membaca diagnosa yang ditulis dokter . Hal ini berdampak terhadap kualitas ketepatan berpengaruh terhadap informasi yang dihasilkan.

3. Kelengkapan penulisan diagnosa penyakit berdasarkan *literatur riview* pengangaruhi oleh 3 faktor yaitu: faktor tenaga medis dokter dan perawat, faktor tenaga rekam medis.Tulisan dokter sulit untuk dibaca dan menuliskan diagnosis dengan singkatan. Sedangkan dari faktor tenaga rekam medis koder kesulitan dalam membaca tulisan dokter.

## 5. Ucapan Terima Kasih

Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terimakasih kepada Pimpinan STIKS Dharma Landbouw dan Ibu Ketua Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang telah banyak memberikan saran dan masukannya sehingga persiapan jurnal ini diselesaikan sesuai dengan harapan.

## 6. Daftar Pustaka

- Affrilia, Inneke. 2017 Ketepatan Kode Diagnosis Pada Klinik Bedah Berdasarkan Icd-10 Di Rsud Watestriwulan I, Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jendral Ahmad Yani.
- Anugra Hervey Pepo, Aurelius. Noor Yulia. 2015. Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan, Semarang: Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk>
- Bandini, Nurul. 2018 Tentang Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Bhayangkara Polda Diy, Yogyakarta: Universitas Jendral Ahmad Yani
- Depkes RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II, Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Departemen Kesehatan RI. 2006, Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi II, Jakarta: DEPKES RI
- Hatta, Gemala R. 2011. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hernawan, Heri. Kori Puspita Ningsih. Winarsih. 2017. Ketepatan Kode Diagnosa sistem sirkulasi di Klinik Jantung RSUD Water, Yogyakarta: Jurnal Kesehatan Vokasional.
- Ismainar, Hetty. 2015 Manajemen Unit Kerja: Untuk Perekam Medis dan Informasi Kesehatan masyarakat keperawatan dan Kebidanan, Deepublish, Yogyakarta:
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2001. Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/Menkes/per/III/2010 Tentang perizinan Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/per/III/2010
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan
- Pratiwi, Nurul 2016. Tinjauan Kesesuaian Dan Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Pada Simrs Dengan Berkas Rekam Medis Di Rsud Panembahan Senopati Bantul, Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jendral Ahmad Yani <http://ojs.stikeslandbouw.ac.id/index.php/ahi>
- Rahmatul Ilmi, Laili. 2018, Quality Assurance Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit. Jawa tengah: Konsorium RS Islam
- Sabarguna, Boys. 2005, Keakuratan Kode Dignosa dengan ICD-10 Di Puskesmas Pengasih I Dan Pengasih II. Yogyakarta: Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan

STIKes, Dharma Landbouw. 2020.  
Pedoman Penulisan Karya Tulis  
Ilmiah, Padang: STIKes Dharma  
Landbouw.

## **Analisis Tarif Rumah Sakit dan Tarif Ina CBGs Kasus Gagal Jantung Kongestif**

### **Analysis of Hospital Inpatient Costs and INA-CBGs Tariffs for Congestive Heart Failure**

***Nina Dwi Astuti***<sup>1</sup>  
***Irmawati***<sup>2</sup>  
***Apifah***<sup>3</sup>

*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang  
Dengan alamat Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang  
E-mail : [rmik@poltekkes-smg.ac.id](mailto:rmik@poltekkes-smg.ac.id)*

#### **Abstract**

Hospital inpatient costs and INA-CBGs tariffs are different as these payment mechanisms are calculated using different parameters. If there is a huge difference, it can disadvantage hospitals, especially the private ones that take profits as one of the most concerning aspects. This study on congestive heart failure used a cross-sectional design. It was conducted at a type-C private hospital in Central Java province. As many as 70 congestive heart failure cases were analyzed using a univariate analysis to identify characteristics of the samples, a difference of hospital inpatient costs and INA-CBGs tariffs, and components of hospital inpatient costs. The analysis of factors contributing to the cost difference was done by calculating a weighted index based on the severity level, patient classes, Length of Stay (LOS), number of treatment types, and secondary diagnosis. The results show high-cost difference was found in patients who underwent treatment in more than 5 days and received more than one type of treatment. Treatment that lasted for more than 5 days caused hospital inpatient costs higher at 102% compared to INA-CBGs tariffs, while more than one type of treatment (another treatment besides electrocardiography) cause hospital inpatient costs higher at 65% than INA-CBGs tariffs. The implementation of the clinical pathway can be considered for service efficiency. This method can reduce the duration of inpatient care and unnecessary treatment regardless of the service quality.

**Keywords:** *hospital inpatient costs; INA-CBGs tariffs*

#### **Abstrak**

Tarif rumah sakit dan tarif Ina CBGs mengalami perbedaan karena perhitungan kedua tarif tersebut menggunakan parameter yang berbeda. Namun jika perbedaan tersebut menyebabkan selisih yang besar, dapat menimbulkan dampak kerugian bagi rumah sakit. Permasalahan ini terutama pada rumah sakit swasta yang harus memperhatikan profit. Penelitian pada kasus Gagal Jantung Kongestif dengan studi cross sectional dilakukan pada salah satu rumah sakit swasta tipe C di Jawa Tengah. Sebanyak 70 kasus gagal jantung kongesif dianalisis secara univariat untuk mengetahui karakteristik sampel, perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif Ina CBGs, dan komponen tarif rumah sakit. Analisis faktor yang dapat menyebabkan perbedaan tarif dilakukan dengan menghitung angka indeks tertimbang berdasarkan severity level, kelas rawat, lama hari rawat, jumlah tindakan dan diagnosa sekunder. Hasil menunjukkan bahwa perbedaan tarif yang tinggi terdapat pada lama hari rawat > 5 hari dan jumlah tindakan > 1. Lama hari rawat > 5 hari menjadi faktor yang menyebabkan tarif rumah sakit lebih tinggi 102% dari pada tarif Ina CBGs, sedangkan jumlah tindakan lebih dari satu (ada tindakan selain EKG)

menyebabkan tarif rumah sakit lebih tinggi 65% dari pada tarif Ina CBGs. Penerapan clinical pathway dapat dilakukan untuk efisiensi pelayanan. Penggunaan clinical pathway dapat menurunkan lama hari rawat dan tindakan yang kurang diperlukan tanpa mengurangi kualitas pelayanan.

**Kata kunci:** *biaya rumah sakit; tarif Ina CBGs*

## 1. Pendahuluan

Perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs dengan selisih negatif yang besar masih menjadi persoalan pembiayaan di rumah sakit. Beberapa penelitian telah menunjukkan adanya selisih ini. Penelitian di RSUD Sultan Syarif Muhammad Pontianak mendapatkan hasil bahwa terdapat selisih negative biaya riil dengan tarif INA CBGs pada pasien stroke iskemik dengan kode I63.9. (Cahyani, 2019). Demikian juga penelitian Putra (2014) yang menyatakan bahwa pada kasus-kasus bedah, kecenderungan biaya INA CBGs lebih rendah dari biaya riil rumah sakit. Bagi rumah sakit swasta yang harus memperhatikan profit, tentu menjadi tantangan tersendiri. (Danuarsa, 2019). Kasus-kasus berbiaya tinggi dengan selisih tarif negatif yang cukup besar antara tarif riil rumah sakit dan tarif INA CBGs berpotensi menimbulkan kerugian bagi rumah sakit. (Aisyah, 2018).

Tarif rumah sakit bersumber pada data costing rumah sakit dan ditetapkan sesuai tujuan penetapannya. Untuk rumah sakit swasta dengan tujuan profit, tarif merupakan unit cost yang telah ditambahkan dengan keuntungan yang ingin didapatkan. (Tristantoro, 2016).

Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang perhitungannya didasarkan pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing didapatkan dari data rumah sakit terpilih yang menjadi representasi rumah sakit, sedangkan data koding merupakan kode Ina CBGs. Besaran tarif berbeda berdasarkan regionalisasi wilayah dan kelas rumah sakit. Sedangkan grouping Ina CBGs dengan memperhatikan diagnosa, prosedur dan severity level.

Penyakit katastrofik merupakan penyakit dengan biaya pelayanan kesehatan yang tinggi. Beberapa penyakit yang termasuk penyakit katastrofik adalah penyakit gagal ginjal, penyakit jantung, kanker, serta penyakit kelainan darah yaitu thalassemia dan hemophilia (Heniwati, 2016). Menurut data Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO), penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kematian di seluruh dunia. Pada tahun 2012 diperkirakan 17,5 juta orang meninggal karena penyakit kardiovaskular (WHO, 2015).

Gagal jantung merupakan tahap akhir dari seluruh penyakit jantung dan merupakan penyebab peningkatan morbiditas dan mortalitas pasien jantung. Kecenderungan insiden gagal jantung meningkat karena faktor usia, hipertensi, dislipidemia, dan diabetes. Insiden gagal jantung pada usia < 45 tahun adalah 1/1000. Pada usia > 65 tahun meningkat menjadi 10/1000, dan pada usia >85 menjadi 30/1000. (Rahma, 2014).

Pada kasus Gagal Jantung Kongestif di rumah sakit X pada bulan Oktober-Desember 2019, terdapat perbedaan antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's. Jumlah selisih tarif riil dengan tarif INA CBGs bernilai negatif yaitu sebesar 40.158.430. Jumlah tersebut tentu dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit. Menganalisis perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs kasus kegagalan jantung menjadi hal penting untuk dilakukan.

Telah banyak penelitian tentang perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs, namun sebagian besar merupakan penelitian deskriptif yang

hanya menjelaskan besarnya selisih tarif. Menganalisis lebih mendalam untuk mengetahui komponen biaya dengan selisih yang tinggi dapat dilakukan untuk mengetahui faktor penyebab terjadinya selisih tarif dan sebagai bahan masukan untuk evaluasi pembiayaan di rumah sakit.

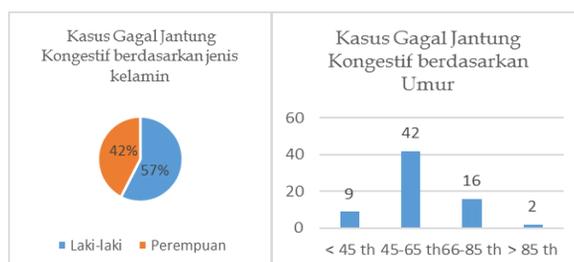
## 2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sebanyak 70 sampel diteliti dan merupakan keseluruhan kasus gagal jantung kongesif dari laporan klaim BPJS Kesehatan bulan Oktober – Desember 2019 pada rumah sakit swasta tipe C di Jawa Tengah. Analisis univariat dengan distribusi frekuensi disajikan untuk mengetahui karakteristik sampel penelitian, perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif Ina CBGs dan komponen pembentuk tarif rumah sakit. Perbedaan selisih tarif berdasarkan severity level, kelas rawat, lama hari rawat, tindakan, dan diagnosa sekunder dianalisis menggunakan angka indek tertimbang untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi selisih tarif dengan komponen biaya yang tinggi.

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah selisih tarif yang merupakan selisih tarif Ina CBGs dibandingkan dengan tarif rumah sakit. Sedangkan variable terikat adalah severity level kasus gagal jantung kongesif (level I, II, dan III), kelas rawat (1, 2 dan 3), lama hari rawat dengan kategori LOS ≤ 5 hari dan > 6 hari (ALOS=5 hari), tindakan dengan kategori 0-1 jenis tindakan (tanpa tindakan atau hanya EKG) dan > 1 jenis tindakan (terdapat tindakan lain selain EKG), dan diagnosa sekunder dengan kategori adanya diagnosa sekunder kasus sistem kardiovaskuler dan tidak adanya diagnosa sekunder kasus sistem kardiovaskuler.

## 3. Hasil dan Pembahasan

Karakteristik umum pada kasus Gagal Jantung Kongesif yang diteliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



**Gambar 1.** Kasus Gagal Jantung Kongesif Berdasarkan Jenis Kelamin dan Umur

Sebagian besar kasus Gagal Jantung Kongesif yang diteliti dialami oleh laki-laki (57%), namun jumlah tersebut hampir seimbang terhadap perempuan. Beberapa penelitian juga mendapatkan hasil yang sama dimana kasus gagal jantung yang ditemukan pada pasien laki-laki dan perempuan hampir seimbang (Harigustian, 2016).

Kasus Gagal Jantung Kongesif yang diteliti sebagian besar berumur antara 45 sampai dengan 65 tahun (42 kasus). Kasus Gagal Jantung meningkat seiring bertambahnya usia seseorang. Hal ini terjadi karena semakin tua usia, maka semakin besar kemungkinan penurunan fungsi jantung. Penelitian Harigustian (2016) di RS PKU Muhammadiyah Gamping mendapatkan hasil bahwa kasus gagal jantung terbanyak pada usia 61-65 tahun. Pada penelitian ini, kategori umur 66-85 tahun dan >85 tahun berjumlah lebih sedikit. Hal ini mengingat umur harapan hidup di Indonesia untuk laki-laki 69,44 tahun dan perempuan 73,33 tahun (BPS, 2021).

Sedangkan selisih tarif rumah sakit dan tarif Ina CBGs ditunjukkan pada tabel di bawah :

**Tabel 1.** Selisih Tarif Rumah Sakit dan Tarif Ina CBGs

	Tarif Ina CBGs	Tarif RS	Selisih Tarif
Jumlah	242.948.200	283.106.630	- 40.158.430
Rata-rata	3.470.688	4.044.380	-573.691
Std.Dev	651.152	3.070.192	2.825.013
Angka Indeks			116%

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa terdapat selisih tarif bernilai negatif sebesar -40.158.430 dengan rata-rata selisih sebesar -573.691 ± 2.825.013. Tarif Rumah sakit lebih besar 16% dari pada tarif Ina CBGs, sehingga terdapat selisih negative yang cukup besar. Selisih tarif negatif ini dapat menimbulkan dampak kerugian pada rumah sakit. Dalam program JKN, rumah sakit mempunyai peluang untuk memanfaatkan selisih klaim yang bernilai positif. Namun jika pelayanan yang diberikan belum efektif dan efisien, akan berdampak pada selisih negatif klaim sehingga dapat menjadi ancaman terhadap pengelolaan keuangan rumah sakit (Mardiah, 2016). Cleverly dalam Agustin (2013) menyebutkan bahwa terdapat empat cara untuk pengendalian biaya paket (Cased Base Group), yaitu mengurangi harga yang harus dibayar pada sumber daya, mengurangi lama hari rawat, mengurangi intensitas pelayanan yang disediakan, dan meningkatkan efisiensi produksi. Sedangkan Chang dalam Rahayuningrum (2017) menyebutkan bahwa efisiensi RS dapat dilakukan dengan persaingan, pemakaian tempat tidur, jumlah dokter, jumlah perawat, pemakaian teknologi, struktur keluarga, lama hari perawatan, serta kebijakan kesehatan.

Komponen pembentuk tarif rumah sakit perlu dianalisis untuk mengetahui komponen dengan pembiayaan yang tinggi.

Tabel 2 menunjukkan besar dan prosentase biaya pada tiap komponen pembentuk tarif rumah sakit, sebagai berikut :

**Tabel 2.** Komponen Tarif Rumah Sakit

Komponen Tarif	Jumlah	%
Prosedur non bedah	22.526.300	8,0
Biaya konsultasi	19.418.500	6,9
Biaya keperawatan	388.047	0,1
Biaya penunjang	6.268.000	2,2
Biaya radiologi	19.295.000	6,8
Biaya laboratorium	29.387.700	10,4
Biaya kamar	96.380.407	34,0
Biaya rawat intensif	350.000	0,1
Biaya obat	60.902.770	21,5
Biaya alkes	12.976.419	4,6
Biaya BMHP	6.440.587	2,3
Biaya sewa alat	8.745.000	3,1
	283.078.730	100

Dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa ada dua komponen besar pembentuk tarif rumah sakit, yaitu biaya kamar (34%) dan biaya obat (21,5%). Puspendari (2015) menyebutkan bahwa biaya obat memiliki proporsi sekitar 17% pada fasilitas pelayanan swasta. Penelitian Dumaris (2016) tentang perbedaan tarif di RSUD Budi Asih mendapatkan hasil bahwa biaya obat merupakan komponen terbesar dari tarif rumah sakit. Untuk mengatasi selisih tarif negatif, dilakukan efisiensi penggunaan obat, diantaranya : (1) proses perencanaan mengutamakan penggunaan obat-obat generik dan proses pembelian obat dengan e-catalogue untuk mengontrol harga obat, (2) melakukan sosialisasi standar formularium obat, (3) menetapkan plafon obat dan standar alat kesehatan, (4) efisiensi pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, (5) melakukan pengaturan item-item pada paket tindakan (Dumaris, 2016).

Biaya kamar merupakan komponen tertinggi dari tarif rumah sakit yang diteliti. Besarnya biaya kamar tergantung pada kelas perawatan dan lama hari rawat (LOS). Besar tarif Ina CBGs akan berbeda sesuai kelas rawat, namun tidak memperhitungkan lama hari rawat.

Mengetahui komponen dengan selisih tarif yang tinggi berdasarkan severity level, kelas rawat, lama hari rawat, jumlah tindakan dan diagnosa sekunder diperlukan untuk menganalisis lebih mendalam perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif Ina CBGs. Analisis dengan

menggunakan angka indeks tertimbang berdasarkan kategori tinggi, sedang dan rendah digunakan untuk menganalisis komponen dengan selisih biaya yang tinggi. Hasil perhitungan ditunjukkan pada tabel 3, sebagai berikut:

**Tabel 3.** Selisih Tarif Berdasarkan Severity Level, Kelas Rawat, LOS, Tindakan dan Diagnosa Sekunder

	Tarif RS	Tarif Ina CBGs	Selisih	Rata-rata Selisih	Angka Index Tertimbang	Kategori
<b>Severity Level</b>						
I (n=33)	110.106.494	103.463.700	-6.642.79	-201.296	124 %	rendah
II (n=27)	113.408.864	95.941.500	-17.467.36	-646.939	137 %	sedang
III(n=10)	59.591.272	43.543.000	-16.048.27	-1.604.827	159 %	sedang
<b>Kelas Rawat</b>						
1 (n=20)	113.144.207	83.636.000	-29.508.207	-1.475.410	157 %	sedang
2 (n=20)	76.083.172	69.474.000	-6.609.172	-330.458	127 %	rendah
3 (n=30)	93.879.251	89.838.200	-4.041.051	-134.701	121 %	rendah
<b>LOS</b>						
≤ 5 hari (n= 45)	119.340.600	148.914.900	29.574.300	657.206	93 %	rendah
> 5 hari (n=25)	163.766.030	94.033.300	-69.732.730	-2.789.309	202 %	tinggi
<b>Tindakan</b>						
≥ 1 (n=43)	60.964.384	86.859.700	25.895.316	959.085	81 %	rendah
< 1 (n=27)	222.142.246	156.088.500	-66.053.746	-1.536.133	165 %	tinggi
<b>Diagnosa Sekunder</b>						
Kode diag. I	81.350.443	77.065.700	-4.284.743	-194.761	123 %	rendah
Selain kode I	201.756.187	165.882.500	-35.873.687	-747.368	141 %	sedang

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa tarif rumah sakit lebih tinggi dari pada tarif Ina CBGs dengan selisih yang tinggi pada lama hari rawat (LOS) > 5 hari dan Tindakan < 1, sedangkan variabel lainnya termasuk kategori rendah dan sedang. Lama hari rawat > 5 hari menyebabkan tarif rumah sakit lebih besar dari tarif Ina CBGs sebesar 102%. Lama hari rawat > 5 hari menjadi faktor yang paling besar menyebabkan selisih tarif. Penelitian ini senada dengan penelitian Puspendari (2015) dan Rahayuningrum (2017) dimana lama hari rawat dapat mempengaruhi pembiayaan di rumah sakit.

Lama hari rawat dapat mempengaruhi perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif Ina

CBGs. Hal tersebut dikarenakan lama hari rawat pada tarif rumah sakit dihitung per hari, sehingga semakin lama pasien dirawat semakin besar pula biayanya. Sedangkan pada pada tarif Ina CBGs lama hari rawat sudah ditentukan standarnya, sehingga besarnya biaya akan sama meskipun lama hari rawat berbeda (Wijayanti, 2013). Lama hari rawat berimplikasi pada peningkatan tarif rumah sakit karena pelayanan kesehatan yang diberikan menjadi lebih banyak, bahkan dapat jadi sia-sia. Hal ini dapat menimbulkan alokasi dana dan sumberdaya kurang efisien. Menghubungkan antara efisiensi dan pembiayaan akan mendorong rumah sakit

untuk melakukan peningkatan efisiensi (Rahayuningrum, 2017).

Peningkatan efisiensi dapat dilakukan dengan menerapkan *clinical pathway* sebagai sarana pengendali dan standar pemberian pelayanan kesehatan. Penggunaan *clinical pathway* kasus jantung dapat mengurangi lama hari rawat dan biaya kesehatan hingga 20% (You, 2017). Belum ada penerapan *clinical pathway* pada kasus gagal jantung kongesif di rumah sakit X.

Tarif rumah sakit lebih tinggi dari tarif Ina CBGs dengan selisih yang tinggi pada banyaknya tindakan dalam penanganan kasus kegagalan jantung. Tarif rumah sakit lebih tinggi 65% daripada tarif Ina CBGs pada penanganan gagal jantung dengan lebih dari satu tindakan. Jika pasien hanya mendapatkan satu tindakan (EKG) atau tanpa tindakan, maka tarif rumah sakit lebih rendah 19% dari tarif Ina CBGs. Namun jika dilakukan tindakan lain selain EKG, maka tarif rumah sakit jauh lebih tinggi dari tarif Ina CBGs. Tindakan yang semakin banyak akan membutuhkan biaya pemeriksaan yang semakin besar pula (Sari, 2020).

Dengan menerapkan *clinical pathway* pada penanganan kasus gagal jantung kongesif ini, efisiensi pelayanan dapat dilakukan tanpa menurunkan mutu pelayanan. *Clinical pathway* untuk manajemen penyakit akut dan kronis terbukti efektif dalam mengurangi kunjungan ulang ke rumah sakit, meningkatkan hasil pelayanan kesehatan dan mengurangi biaya rumah sakit. *Clinical pathway* untuk penanganan kasus gagal jantung kongesif terbukti efektif dalam menurunkan lama rawat di rumah sakit (Moore, 2016).

Penggunaan *clinical pathway* merupakan salah satu cara mengatasi selisih biaya rumah sakit. *Clinical pathway* berisi langkah-langkah penanganan pasien yang terdiri atas protokol terapi dan standar pelayanan pasien mulai dari masuk sampai dengan keluar rumah sakit. Penerapan *clinical pathway* meningkatkan efisiensi

penggunaan lama hari dirawat tanpa mengurangi kualitasnya. *Clinical Pathway* merupakan salah satu cara untuk kendali mutu dan kendali biaya. Dengan adanya *clinical pathway*, maka besarnya biaya pengobatan dan perawatan dapat diprediksikan secara tepat (Agiwahyunto, 2020).

#### 4. Simpulan dan Saran

Perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif Ina CBGs di rumah sakit X pada bulan Oktober - Desember 2019 menyebabkan adanya selisih negative sebesar -40.158.430 dengan rata-rata selisih sebesar  $-573.691 \pm 2.825.013$ . Selisih negative ini dapat menimbulkan dampak kerugian bagi rumah sakit. Tarif rumah sakit lebih tinggi dari pada tarif Ina CBGs dengan nilai selisih yang tinggi pada lama hari rawat > 5 hari (102%), dan jumlah tindakan lebih dari satu tindakan (65%). Menegakkan *clinical pathway* untuk penanganan kasus gagal jantung kongesif diperlukan untuk meningkatkan efisiensi lama hari dirawat dan mengurangi tindakan yang kurang dibutuhkan tanpa mengurangi kualitas pelayanan.

#### 5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada seluruh pihak yang turut serta membantu terlaksananya penelitian ini.

#### 6. Daftar Pustaka

Adhi Mahabudi Duarsa, Wahyu Sulistiadi, Ismail Sangadji. (2019). Strategi Atasi Perbedaan Unit Cost Sectio Caesaria dengan Klaim berdasarkan Tarif INA-CBG's pada Pasien BPJS di Rumah Sakit Khusus Ibu Dan Anak Bunda Liwa. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*. Vol 3 No 2 Oktober 2019. E-ISSN: 2685-6328 P-ISSN: 2685-6298

- Agustin Ika Wijayanti, Sri Sugiarsi. (2013). Analisis perbedaan tarif riil dengan tarif paket Ina CBG pada pembayaran klaim jamkesmas pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo. *JMIKI: Vol.1 No.1 tahun 2013*.
- Amy A. Yau, Long T. Nguyendo, LaKeesha L. Lockett, et al. (2017). The hearth pathway and hospital cost savings. *Crit Pathways in Cardiol* 2017;16: 126-128.
- Badan Pusat Statistik. (2021). Indikator strategis nasional. [bps.go.id](https://bps.go.id). diakses pada 14 Februari 2021.
- Dewi Pramesti Cahyani, Muhammad Akib Yuswar, Nurmainah. (2019). Analisis kesesuaian biaya riil terhadap tarif ina-cbgs pada pengobatan stroke iskemik pasien jkn rawat inap RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak tahun 2018. *Jurnal Mahasiswa Farmasi Kedokteran UNTAN*. Vol 4 No 1 tahun 2019.
- Diah Ayu Puspendari, Ali Ghufon Mukti, Hari Kusnanto. (2015). Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya obat pasien kanker payudara di rumah sakit di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: Vol. 04 No. 03 September 2015:104 - 108*.
- Faik Agiwahyunto, Evina Widianawati, Widya Ratna Wulan, Rizqi Basuki Putri. (2020). Tarif rumah sakit dengan tarif Ina-CBGs pasien rawat inap. *Higiea: Vol.4 No.4*.
- Gigih Kenanga Sari, Mingle A Pistanty, Wahyu Purwanjani. (2020). Analisis biaya pasien gagal jantung rawat inap jamkesmas di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. *Journal of TSCD3Kep: Vol.5 No.2*.
- Heniwati, Hasbullan Thabrany. (2016). Perbandingan Klaim Penyakit Katastropik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta dan Nusa Tenggara Timur Tahun 2014. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*. Vol 1 N0 2 Nopember 2016.
- Hotma Dumaris. (2016). Analisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif Ina-CBG's pelayanan rawat jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta tahun 2015. *Jurnal ARSI: Vol.3 No.1 tahun 2016*.
- Indriyati Oktaviano Rahayuningrum, Didik Gunawan Tamtomo, Arief Suryono. (2017). Analisis tarif rumah sakit dibandingkan dengan tarif indonesian case based groups pada pasien rawat inap peserta jaminan kesehatan nasional di rumah sakit. *Prosiding Seminar Nasional dan Internasional Universitas Muhammadiyah Semarang*.
- Jo-Ann Mary Moore. (2016). Evaluation of the efficacy of a nurse practitioner-led home-based congestive hearth failure clinical pathway. *Home Health Care Services Quarterly*.
- Lailia Nur Rachma. (2014). Patomekanisme penyakit gagal jantung kongestif. *El-Hayah*. Vol. 4, No.2 Maret 2014.
- Laksono Trisnantoro. (2016). Memahami penggunaan ilmu ekonomi dalam manajemen rumah sakit. *Gadjah Mada University Press*. ISBN: 979-420-541-9
- Mardiah. (2016). Cost recovery rate tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG's berdasarkan clinical pathway pada penyakit arteri koroner di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2015. *Jurnal ARSI: Vol 2 No 3 Juni 2016*.
- Noor Aisyah, Tri Murti Andayani, Diah Ayu Puspendari. (2018). Analisis biaya kemoterapi pada pasien rawat inap kanker payudara peserta jkn di RSUD Ulin Banjarmasin. *Jurnal Ilmiah Ibnu Sina*. Vol 2 No 2 hal 333-342.
- Putra PRS, Indar dan Jafar N. (2014). Ability to pay dan catastrophic payment pada peserta pembayar mandiri bpjs kesehatan kota makassar. *Jurnal Kesehatan*, 4 (3 ): 283 - 290

Ratih Pratiwi Sari. (2014). Perbandingan biaya riil dengan tarif paket Ina CBGs dan analisa faktor yang mempengaruhi biaya riil pada pasien diabetes mellitus rawat inap Jamkesmas di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Yayang Harigustian, Arlina Dewi, Azizah Khoiriyati. (2016). Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Jantung Usia 45 - 65 Tahun di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Sleman. Indonesian Journal of Nursing Practices: Vol.1 No.1 Desember 2016.

**Analisis Tingkat Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Puskesmas  
Menggunakan Metode *End User Computing Satisfaction* (EUCS)  
di Puskesmas**

**Analysis of User Satisfaction Level of Primary Care Information System  
Using End User Computing Satisfaction (EUCS) Method  
at Primary Care**

**Zefan Adiputra Golo<sup>1</sup>  
Subinarto<sup>2</sup>  
Elise Garmelia<sup>3</sup>**

<sup>123</sup> *Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang  
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang  
E-mail : [zefanadiputra91@gmail.com](mailto:zefanadiputra91@gmail.com)*

**Abstract**

One of the evaluation of SIMPUS application is measuring the level of user satisfaction. Puskesmas Karangtengah has implemented SIMPUS since 2009, but in the process has not been going well. The study aims to determine the level of officer satisfaction in terms of five dimensions in the End-User Computing Satisfaction (EUCS) method. The research method used was an observational survey, with a cross sectional approach. The sample in the study was 30 officers who were taken by total sampling. The data were processed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS). The results showed that from the five aspects of EUCS, the average officer was in the satisfied category, but for the aspects of accuracy and ease of use there were still 10 officers (33.3%) who were dissatisfied. A total of 8 respondents (26.6%) had a high level of satisfaction with SIMPUS, 11 respondents (36.7%) had a moderate level of satisfaction and 11 respondents (36.7%) had a low level of satisfaction with SIMPUS. It can't be denied that the Karangtengah Puskesmas officers are not satisfied with SIMPUS, especially in terms of accuracy and ease of use. It is recommended to improve the quality of the Primary Care Management Information System, especially in terms of the accuracy of the data generated, the use of staff and additional server capacity.

**Keywords:** *SIMPUS, End-User Computing Satisfaction, Primary care*

**Abstrak**

Salah satu bentuk evaluasi penerapan SIMPUS adalah dengan mengukur tingkat kepuasan pengguna. Puskesmas Karangtengah telah menerapkan SIMPUS sejak tahun 2009, namun dalam prosesnya SIMPUS di Puskesmas Karangtengah belum berjalan dengan baik. Tujuan penelitian untuk mengetahui tingkat kepuasan petugas ditinjau dari lima dimensi pada metode End-User Computing Satisfaction (EUCS). Metode penelitian yang digunakan adalah survey observasional, dengan pendekatan cross sectional. Sampel pada penelitian sebanyak 30 orang petugas yang diambil secara total sampling, Data diolah menggunakan Paket Statistik untuk Ilmu Sosial (SPSS). Hasil penelitian menunjukkan dari lima aspek EUCS rata-rata petugas berada pada kategori puas, namun untuk aspek Keakuratan (akurasi) dan Kemudahan penggunaan (kemudahan penggunaan) masih terdapat 10 petugas (33,3%) yang merasa tidak puas. Sebanyak 8 responden (26,6%) memiliki tingkat kepuasan yang tinggi terhadap SIMPUS, 11 responden (36,7%) memiliki tingkat kepuasan sedang dan 11 responden (36,7%) memiliki tingkat kepuasan yang rendah terhadap SIMPUS. Tidak dapat disangkal bahwa petugas Puskesmas Karangtengah belum puas terhadap SIMPUS, terutama pada aspek keakuratan dan kemudahan penggunaan. Disarankan untuk meningkatkan kualitas Sistem Informasi

Manajemen Puskesmas, khususnya pada aspek keakuratan data yang dihasilkan, kemudahan penggunaan bagi petugas dan penambahan kapasitas server.

**Kata kunci:** *SIMPUS, End-User Computing Satisfaction, Puskesmas*

## 1. Pendahuluan

Berdasarkan Permenkes No. 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, setiap Puskesmas harus menyelenggarakan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) yang dapat diselenggarakan secara elektronik ataupun non elektronik.

Sistem Informasi Manajemen Puskesmas merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan kabupaten/kota mencakup : pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya, pencatatan dan pelaporan keuangan Puskesmas dan jaringannya, survei lapangan, laporan lintas sektor terkait, dan laporan jejaring Puskesmas di Wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2019)

Sistem Informasi Manajemen Puskesmas adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen puskesmas untuk mencapai sasaran kegiatannya. Puskesmas membutuhkan keberadaan SIMPUS, dimana dengan adanya sebuah sistem informasi manajemen, maka akan meningkatkan manajemen Puskesmas secara lebih efektif dan efisien. Selain itu prosedur pemrosesan data SIMPUS berdasarkan teknologi informasi yang tepat waktu, akurat, dan lengkap untuk mendukung pelayanan kesehatan kepada masyarakat (Depkes RI, 2004).

Puskesmas Karangtengah sebagai fasilitas pelayanan kesehatan primer telah menerapkan sistem informasi manajemen puskesmas berbasis elektronik sejak tahun 2009 untuk meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien dan membantu pencatatan dan pelaporan setiap kegiatan/program yang dilaksanakan oleh Puskesmas.

SIMPUS yang diimplementasikan di Puskesmas Karangtengah masih belum optimal. Kendala yang masih sering terjadi adalah sistem masih sering eror, keamanan data Puskesmas yang berisiko dapat diakses siapa saja karena penggunaan *password* yang sama dan seringkali ada data yang tidak ditemukan. Kondisi ini tentu dapat mempengaruhi kepuasan petugas di Puskesmas Karangtengah. Salah satu bentuk evaluasi untuk menilai keberhasilan penerapan SIMPUS adalah dengan mengukur tingkat kepuasan pengguna, dalam hal ini kepuasan petugas Puskesmas terhadap SIMPUS.

Metode yang dapat digunakan untuk mengukur kepuasan pengguna adalah *End User Computing Satisfaction*. Metode ini menurut Doll and Torkzadeh dalam Alfiansyah *et al.* (2020), dapat mengukur tingkat kepuasan dari pengguna suatu aplikasi sistem informasi dengan membandingkan antara harapan dan kenyataan dari sebuah sistem informasi.

Menurut Aggelidis and Chatzoglou (2012) pengukuran kepuasan pengguna dengan metode EUCS berdasarkan pada 5 (lima) dimensi utama, yaitu *content* (isi), *accuracy* (keakuratan), *format* (tampilan), *ease of use* (kemudahan penggunaan) dan *timeliness* (ketepatan waktu).

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui tingkat kepuasan petugas Puskesmas terhadap SIMPUS ditinjau dari aspek *content*, *accuracy*, *format*, *ease of use* dan *timeliness*.

## 2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian survey observasional, dengan pendekatan *cross sectional*. Instrument penelitian yang

digunakan adalah kuesioner yang disebar secara online pada petugas menggunakan *google form*. Teknik penarikan sampel menggunakan *total sampling*, dimana sampel pada penelitian ini adalah 30 orang petugas Puskesmas Karangtengah yang pernah mengoperasikan SIMPUS. Pengolahan data menggunakan software *Statistical Package for Social Science (SPSS)*.

### 3. Hasil dan Pembahasan

Responden pada penelitian ini merupakan pegawai yang bertugas di Puskesmas Karangtengah pada unit pelayanan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dan Administrasi. Pegawai yang menjadi responden harus memenuhi syarat minimal telah bekerja > 1 tahun dan pernah mengoperasikan SIMPUS secara langsung.

Adapun karakteristik responden pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik	f	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-Laki	8	26,7
Perempuan	22	73,3
<b>Umur</b>		
20-30 Tahun	6	20,0
31-40 Tahun	13	43,3
41-50 Tahun	9	30,0
51-60 Tahun	2	6,7
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
SMA	3	10,0
D3	13	43,3
D4/S1	14	46,7
<b>Masa Kerja</b>		
1-5 Tahun	8	26,7
6-10 Tahun	4	13,3
11-15 Tahun	6	20,0
16-20 Tahun	9	30,0
>21 Tahun	3	10,0
<b>Unit Kerja</b>		
UKP	16	53,3
UKM	5	16,7
Administrasi	9	30,0

Berdasarkan tabel distribusi karakteristik responden di atas, dapat diketahui bahwa responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 8 orang (26,7%) dan responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 22 orang (73,7%). Petugas yang menjadi responden paling banyak berumur 21-40 tahun (43,3%). Tingkat pendidikan responden umumnya berada pada D4/S1 sebanyak 14 orang (46,7%) dan paling rendah tingkat pendidikan SMA sebanyak 3 orang (10,0%). Masa kerja dari petugas yang menjadi responden paling banyak berada pada masa kerja 16-20 tahun yaitu 9 orang (30,0%) dan paling sedikit >21 tahun (3%). Responden pada penelitian ini lebih banyak bertugas pada pelayanan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yaitu sebanyak 16 orang (53,3%), sebanyak 9 orang (30,0%) bertugas di bagian administrasi dan sebanyak 5 orang (16,7%) bertugas pada pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).

Kepuasan petugas terhadap SIMPUS diukur menggunakan metode *End User Computing Satisfaction*, dimana kepuasan pengguna dilihat dari 5 (lima) aspek yang dapat dijadikan indikator kepuasan terhadap sistem informasi.

Adapun kepuasan petugas dilihat dari lima aspek EUCS adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Aspek Kepuasan Pengguna SIMPUS di Puskesmas Karangtengah

Aspek Kepuasan	Puas		Tidak Puas	
	f	%	f	%
<i>Content</i>	22	73,3	8	26,7
<i>Format</i>	25	83,3	5	16,7
<i>Accuracy</i>	20	66,7	10	33,3
<i>Timeliness</i>	24	80,0	6	20,0
<i>Ease of Uses</i>	20	66,7	10	33,3

Dari tabel 2 dapat diketahui bahwa kepuasan petugas terhadap SIMPUS dilihat dari kelima aspek kepuasan pengguna rata-rata berada pada kategori puas, namun untuk aspek Keakuratan

(*accuracy*) dan Kemudahan penggunaan (*ease of uses*) masih terdapat 10 petugas (33,3%) yang merasa tidak puas. Banyak petugas yang menyatakan tidak puas pada aspek *accuracy* dikarenakan seringkali SIMPUS mengalami error ketika digunakan oleh petugas, serta informasi yang dihasilkan oleh SIMPUS terkadang belum sepenuhnya akurat. Dalam hal kemudahan pengguna (*ease of uses*), petugas juga membutuhkan waktu yang lama untuk mempelajari sistemnya, khususnya pada petugas yang masih baru mengoperasikannya.

Secara keseluruhan hasil analisis tingkat kepuasan pengguna SIMPUS dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3. Tingkat Kepuasan Pengguna Simpus Puskesmas Karangtengah

Level EUCS	f	%
Tinggi	8	26,6
Sedang	11	36,7
Rendah	11	36,7
Total	30	100,0

Berdasarkan tabel diketahui sebanyak 8 responden (26,6%) memiliki tingkat kepuasan yang tinggi terhadap SIMPUS, 11 responden (36,7%) memiliki tingkat kepuasan sedang, dan 11 responden (36,7%) memiliki tingkat kepuasan yang rendah terhadap SIMPUS.

Sistem informasi manajemen merupakan kumpulan komponen (*hardware, software, data, procedures, people*) yang berinteraksi untuk menghasilkan informasi (Kroenke, 2011). Keberhasilan sebuah sistem informasi dapat dilihat dari tiga hal, yaitu kualitas sistem, manfaat sistem dan kepuasan pengguna (Pawirosumarto, 2016).

Menurut Saghaeiannejad-Isfahani *et al.* (2014), kepuasan pengguna terhadap sistem informasi menunjukkan sejauh mana pengguna puas dengan pencapaian sistem dalam memenuhi kebutuhan informasinya. Alfiansyah *et al.* (2020) menyatakan kepuasan pengguna

merupakan penentu bagi keberhasilan penerapan suatu sistem informasi di pelayanan kesehatan. Kepuasan pengguna SIMPUS juga merupakan faktor penting dalam kinerja sistem informasi (Prasetyowati and Kushartanti, 2018).

Adanya ketidakpuasan petugas Puskesmas terhadap SIMPUS menunjukkan bahwa kualitas sistem informasi perlu ditingkatkan. Asumsi peneliti ini didukung hasil penelitian Karimi *et al.* (2015) dan Kuo *et al.* (2018) bahwa untuk meningkatkan kepuasan petugas (dokter dan perawat) terhadap sistem informasi, maka perlu peningkatan kualitas sistem informasi yang meliputi keakuratan informasi, kelengkapan, kerahasiaan, mudah dipelajari dan digunakan, serta tepat waktu untuk mendukung kebutuhan informasi.

#### 4. Simpulan dan Saran

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa petugas Puskesmas Karangtengah belum sepenuhnya merasa puas terhadap aplikasi SIMPUS, terutama pada aspek keakuratan (*accuracy*) dan kemudahan dalam penggunaan (*ease of uses*). Oleh karena itu dapat dikatakan keberadaan SIMPUS di Puskesmas Karangtengah belum berjalan dengan baik. Masih banyaknya petugas memiliki tingkat kepuasan yang sedang dan rendah terhadap SIMPUS.

Disarankan bagi pihak Puskesmas untuk meningkatkan kualitas Sistem Informasi Manajemen Puskesmas yang digunakan selama ini, khususnya pada aspek keakuratan data yang dihasilkan, kemudahan penggunaan bagi petugas dan penambahan kapasitas server SIMPUS. Selain itu perlu dilakukan pelatihan secara berkala bagi petugas dalam upaya meningkatkan pemahaman terkait SIMPUS.

## 5. Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada Poltekkes Kemenkes Semarang, khususnya kepada Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang telah mendukung penelitian ini.

## 6. Daftar Pustaka

- Aggelidis, V. P. and Chatzoglou, P. D. (2012) 'Hospital information systems: Measuring end user computing satisfaction (EUCS)', *Journal of Biomedical Informatics*, 45(3), pp. 566-579. doi: 10.1016/j.jbi.2012.02.009.
- Alfiansyah, G. *et al.* (2020) 'Evaluasi Kepuasan Pengguna Electronic Health Record (EHR) Menggunakan Metode EUCS (End User Computing Satisfaction) di Unit Rekam Medis Pusat RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo', *Journal of Health Research Forikes Voice*, 11(3), pp. 258-263. Available at: <http://forikes-ejournal.com/index.php/SF>.
- Depkes RI (2004) 'Kepmenkes No. 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat'. Jakarta.
- Karimi, Faezeh. *et al.* (2015) 'Clinical Information Systems End User Satisfaction : The Expectations and Needs Congruencies Effects', *Journal of Biomedical Informatics*, 53(2015), pp. 342-354. doi: 10.1016/j.jbi.2014.12.008
- Kemenkes RI (2019) 'Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas'. Jakarta.
- Kroenke, David M., (2011) 'Using Management Information System (MIS)', third edition, New Jersey: Prentice Hall.
- Kuo, Kuang-Ming. *et al.* (2018) 'Strategic Improvement for Quality and Satisfaction of Hospital Information Systems', *Journal of Healthcare Engineering*, 2018. pp. 1-14. doi: 10.1155/2018/3689618
- Pawirosumarto, Suharno. (2016) 'Pengaruh Kualitas Sistem, Kualitas Informasi, dan Kualitas Layanan terhadap Kepuasan Pengguna Sistem E-Learning', *Jurnal Ilmiah Manajemen*, 6(3). pp. 416-433.
- Prasetyowati, Asih and Kushartanti, Roro. (2018) 'User Satisfaction Analysis of Primary Care Information Systems in Semarang City with EUCS Model', *Unnes Journal of Public Health*, 7(2). pp. 120-125.
- Saghaeiannjad-Isfahani, Sakineh. *et al.* (2014) 'A Survey on the Users' Satisfaction with the Hospital Information Systems (HISs) based on DeLone and McLean's Model in the Medical-Teaching Hospitals in Isfahan City', *Journal of Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*, 22(3). pp. 179-182. doi: 10.5455/aim.2014.22.179-182