

Perancangan Aplikasi *Child Health Record* Berbasis Android

Application Design Child Health Record Android Based

Sofia Latifah Fahmi¹

¹Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : sofialatifahfahmi@gmail.com

Abstract

According to the results of the Indonesia Nutrition Status Study (SSGI) in 2021, as many as 20.8% Baduta and 24.4% Toddlers were stunted/short. In addition to fulfilling nutrition for children, the immunization sector also shows the same thing. During the last 2 years from 2020-2021 the coverage of complete basic immunization for infants has fallen drastically. Researchers developed this application using the SDLC Waterfall model. The waterfall method has the advantage that when all systems can be fully and correctly defined at the beginning of the project, software engineering can run well without any problems. The data collection technique used was secondary data that had been previously collected by other parties using the internet, library research, and books related to research. The Child Health Record application is expected to be an application that can help parents control their children's health from an early age. The immunization feature in the application is expected to increase complete basic immunization coverage for children, increase parental awareness in fulfilling child nutrition, increase parental awareness of children's nutritional status and explore information related to knowledge about children's health. The use of the Child Health Record application can be used since children are 0 years old so that the monitoring process runs optimally. Application development can be developed into a personal health record that can be used as an adult or a family health record.

Keywords: *child health; child health record; immunization; nutrition; SDLC*

Abstrak

Menurut hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021, sebanyak 20,8% Baduta dan 24,4% Balita stunted/pendek. Selain pemenuhan gizi pada anak, sector imunisasi juga menunjukkan hal yang sama. Selama 2020-2021 cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi mengalami penurunan yang signifikan. Peneliti mengembangkan aplikasi ini menggunakan metode SDLC model Waterfall. Keunggulan metode waterfall yaitu ketika seluruh sistem dapat didefinisikan secara utuh dan benar diawal proyek, maka *software engineering* dapat berjalan tanpa masalah. Teknik pengumpulan data yang digunakan menggunakan data sekunder yang sebelumnya telah dihimpun oleh pihak lain dengan riset perpustakaan, internet, serta buku-buku yang bersangkutan dengan penelitian. Aplikasi *Child Health Record* ini diharapkan dapat menjadi aplikasi yang dapat membantu orang tua dalam mengontrol kesehatan anak sejak dini. Fitur imunisasi dalam aplikasi diharapkan dapat memperluas cakupan imunisasi dasar lengkap pada anak, peningkatan awareness orang tua dalam pemenuhan gizi anak, meningkatkan kewaspadaan orang tua terhadap status gizi anak dan menggali informasi terkait pengetahuan tentang kesehatan anak. Penggunaan aplikasi Child Health Record dapat digunakan sejak anak berusia 0 tahun agar proses pemantauan berjalan maksimal. Pengembangan aplikasi dapat dikembangkan menjadi personal health record yang dapat digunakan hingga dewasa atau family health record.

Kata kunci: *child health record; gizi, imunisasi; kesehatan anak; SDLC*

1. Pendahuluan

Dalam Pasal 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk meraih Kesehatan, manusia harus memiliki pola hidup yang sehat pula.

Pola hidup sehat merupakan langkah hidup yang menurunkan risiko sakit parah atau kematian dini. Pola ini meliputi pengendalian berat badan, kebiasaan tidur, tidak merokok atau minum-minuman beralkohol, makan, berolahraga teratur dan terampil dalam mengelola stres yang dialami. Pola hidup sehat tidak hanya diterapkan pada usia dewasa, bahkan anak-anak pun perlu menerapkan pola hidup sehat.

Kesehatan anak merupakan satu komponen penting dalam dunia kesehatan yang menyangkut kualitas hidup manusia dan sangat erat kaitannya dengan gizi yang dikonsumsi setiap harinya. Optimalnya tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh faktor pemberian nutrisi dengan jumlah dan kualitas yang tepat. Sayangnya, anak-anak Indonesia justru masih mengalami masalah gizi di periode emas ini yang dampaknya akan mempengaruhi kecerdasan dan pertumbuhan di masa depan.

Menurut hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021, sebanyak 24,4% Balita stunted/pendek dan 20,8% Baduta. Sebanyak 17% Balita dan 13,6% Baduta mengalami kondisi *underweight* (gizi kurang). Terdapat 7% Balita dan 7,8% Baduta dengan kondisi *wasted* (kurus). Dan sebanyak 3,8% Balita dan 3,4% Baduta mengalami *overweight* (kelebihan berat badan).

Selain pemenuhan gizi pada anak, sektor imunisasi juga menunjukkan hal yang sama. Selama 2020-2021 cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi mengalami penurunan yang signifikan yang disebabkan oleh pandemi covid-19. Pada tahun 2020, imunisasi ditargetkan sebesar

92% sementara jangkauan yang dicapai hanya 84%. Pada tahun 2021, target imunisasi 93% namun jangkauan yang dicapai hanya 84%. Padahal sejak 2007 sampai 2022 resiko campak rubella dan difteri masih ada. Pada tahun 2021 terdapat 25 provinsi yang melaporkan peningkatan kasus rubella. Bayi, balita dan anak sekolah rentan terkena penyakit campak. Gejala yang ditimbulkan bervariasi dimulai dari demam, batuk, pilek, sesak, bintik merah hingga radang otak. Pada tahun 2012 hingga 2017 terdapat laporan kasus radang otak sebanyak 571 bayi.

Teknologi yang mengarah serba digital pada era ini berkembang semakin pesat. Era digital ini hadir untuk menggantikan beberapa teknologi yang terdahulu menjadi teknologi yang praktis dan modern. Pada era ini pula, manusia tidak terlepas dari perangkat elektronik. Perkembangan teknologi yang berjalan seiring dengan perkembangan sistem informasi memiliki peranan penting dalam berbagai sektor kehidupan. Termasuk pada dunia Kesehatan yang dikenal dengan sistem informasi Kesehatan.

Pada Peraturan Pemerintah nomor 46 tahun 2014 menyatakan Sistem Informasi Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, perangkat, teknologi, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan. Keberadaan sistem informasi di era digital dapat mendukung kinerja, meningkatkan efektivitas, efisiensi dan produktivitas organisasi. Salah satu sektor yang terdampak dari perkembangan teknologi ini adalah *smartphone*.

Smartphone merupakan telepon genggam yang memiliki kemampuan dengan penggunaan fungsi hampir serupa dengan *computer* yang bekerja menggunakan seluruh perangkat lunak sistem operasi yang menyediakan hubungan standar dan mendasar bagi pengembang aplikasi, yang menyajikan fitur-fitur canggih. Saat ini,

smartphone hampir seluruhnya menggunakan sistem operasi *android*.

Android adalah *system* operasi seluler yang dijalankan oleh google sebagai pengembang untuk perangkat *touch screen* seperti tablet atau ponsel. Pengembang perangkat lunak dan aplikasi dapat menggunakan aplikasi *android* untuk mengembangkan aplikasi seluler yang dipasarkan melalui *google play*. Aplikasi dapat berupa *social media*, *game*, hingga aplikasi informasi terkait pengetahuan dan jurnal pencatatan mengenai kesehatan anak.

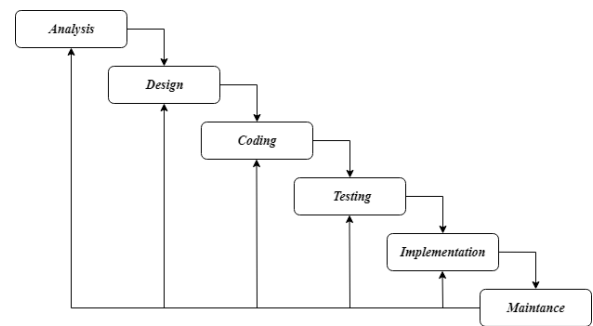
Dalam upaya mendukung digitalisasi Kesehatan anak, saat ini telah hadir aplikasi SATUSEHAT yang dapat terintegrasi dengan resume medis di rumah sakit. Namun, belum seluruh rumah sakit di Indonesia dapat melakukan integrasi tersebut dan menu dalam resume medis tersebut masih terbatas seperti Riwayat pemeriksaan, resep obat dan hasil tes. Pengembangan aplikasi diperlukan untuk menjangkau seluruh rentang usia dan menu yang lebih spesifik sehingga data yang diterima oleh pengguna lebih rinci.

Dengan majunya teknologi saat ini, penulis memiliki pandangan untuk merancang aplikasi *child health record* berbasis *android* guna mendorong upaya kesehatan anak yang lebih optimal dengan menuangkannya ke dalam karya tulis ilmiah berjudul "Perancangan Aplikasi *Child Health Record* Berbasis *Android*".

2. Metode

Teknik pengumpulan data yang digunakan menggunakan data sekunder yang sebelumnya telah dihimpun oleh pihak lain dengan riset perpustakaan, internet, serta buku-buku yang bersangkutan dengan penelitian.

Peneliti mengembangkan aplikasi ini. Peneliti mengembangkan aplikasi ini menggunakan metode SDLC model *Waterfall*. Keunggulan metode *waterfall* yaitu ketika seluruh sistem dapat didefinisikan secara utuh dan benar diawal proyek, maka *software engineering* dapat berjalan tanpa masalah.



Gambar 1. Model *Waterfall*

3. Hasil dan Pembahasan

Dalam pembuatan suatu program, diperlukan alur yang harus dilakukan yaitu:

1. Analisis

Analisa kebutuhan aplikasi disesuaikan dengan kebutuhan pengguna. Dalam hal ini adalah terkait siapa yang akan menggunakan aplikasi ini dan menu yang sesuai dan mudah digunakan oleh pengguna.

2. Desain

Desain digunakan untuk menggambarkan alur aplikasi yang akan digunakan. Penggambaran alur ini menggunakan UCD (*Use Case Diagram*).

3. Implementasi

4. Pengujian

5. Maintenance

Dalam penelitian ini, aplikasi dikembangkan sampai pada proses desain. Dalam tahapan implementasi sampai dengan *maintenance* perlu adanya Kerjasama dengan individu yang ahli dalam bidang teknologi informasi. Karena dalam tahap implementasi sudah memasuki proses pengkodean aplikasi.

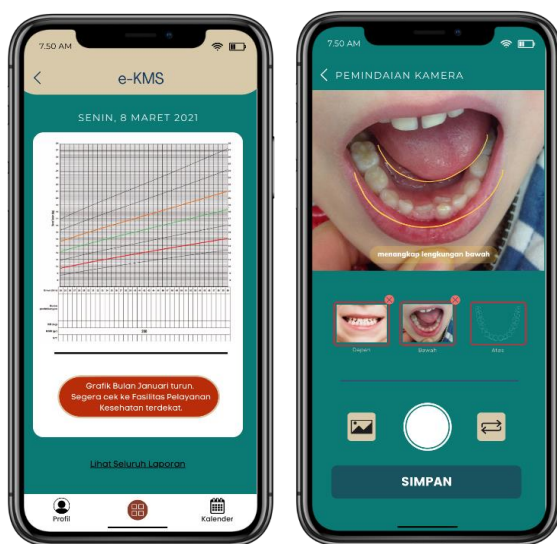
Pengembangan aplikasi ini diharapkan dapat berkembang dengan menu yang lebih kompleks namun *user-friendly* sehingga menghasilkan output yang maksimal. Dalam penelitian Chutiyami, pada negara berkembang, seperti Indonesia, Mongolia, Kenya dan Bosnia menunjukkan hubungan positif antara penggunaan PHCHR dengan serapan imunisasi anak. Hal ini didasari karena kurangnya kesadaran tentang imunisasi. Dengan adanya hubungan positif tersebut

maka muncul kemungkinan bahwa dengan aplikasi ini akan turut mendisiplinkan orang tua dalam pentingnya imunisasi anak dan pemantauan Kesehatan anak.

Berikut adalah potensi hasil implementasi ditinjau dari tujuan serta rencana penggunaan fitur-fitur yang tersaji di dalam aplikasi:

1. Adanya Aplikasi *Child Health Record* ini diharapkan dapat menjadi aplikasi yang dapat membantu orang tua dalam mengontrol kesehatan anak sejak dini.
2. Dengan adanya fitur imunisasi dalam aplikasi diharapkan dapat memperluas cakupan imunisasi dasar lengkap pada anak guna menurunkan kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi atau PD3I dan resiko terjadinya kejadian luar biasa (KLB).
3. Meningkatkan *awareness* orang tua dalam pemenuhan gizi anak. Dengan KMS dan grafik terkait diharapkan dapat meningkatkan kewaspadaan orang tua terhadap status gizi anak.
4. Dengan aplikasi ini diharapkan orang tua dapat menggali informasi terkait pengetahuan tentang kesehatan anak.

Berikut adalah tampilan aplikasi *Child Health Record* :



Gambar 2. Tampilan Grafik KMS dan Gigi Sehat
Perbandingan *Child Health Record* dengan

Produk Sejenis

Perbandingan aplikasi *Child Health Record* guna mendorong upaya kesehatan anak yang lebih optimal dibandingkan dengan produk sejenis adalah sebagai berikut:

Komponen	Aplikasi <i>Child Health Record</i>	Aplikasi Serupa
Fitur Aplikasi	Terdapat menu imunisasi berupa kalender yang berisi pengingat, Riwayat dan jadwal, menu grafik tinggi badan dan berat badan, menu grafik IMT,	Pada produk sejenis peserta tidak ditemukan menu pengingat imunisasi, menu grafik lingkaran kepala dan menu gigi sehat
Komponen	Aplikasi <i>Child Health Record</i>	Aplikasi Serupa
Fitur Aplikasi	menu grafik lingkaran kepala, menu gigi sehat dan KMS.	
Pengingat Imunisasi	Pengingat imunisasi bersinergi dengan menu jadwal imunisasi. Jika sudah saatnya imunisasi, akan muncul notifikasi pada ponsel pengguna.	Dalam aplikasi serupa belum ditemukan fitur ini
Screening Gigi	Screening berupa <i>scan</i> foto gigi anak guna	Dalam aplikasi serupa belum

	memantau kesehatan dan pertumbuhan gigi anak.	ditemukan fitur ini.
--	---	----------------------

4. Simpulan dan Saran

Perancangan aplikasi *child health record* berbasis *android* guna mendorong upaya kesehatan anak yang lebih optimal. Manfaat aplikasi yaitu memudahkan orang tua dalam memonitor dan mengontrol kesehatan anak melalui aplikasi, meningkatkan cakupan imunisasi dasar lengkap pada anak guna menurunkan kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi atau PD3I dan resiko terjadinya kejadian luar biasa (KLB) dan pemahaman informasi yang mudah dipahami terkait kesehatan anak.

Aplikasi ini memuat menu imunisasi berupa kalender yang berisi pengingat imunisasi, riwayat imunisasi yang telah dilakukan dan jadwal imunisasi selanjutnya, menu grafik tinggi badan dan berat badan, menu grafik IMT, menu grafik lingkaran kepala, menu gigi sehat dan KMS. Dengan hadirnya beberapa fitur yang belum ditemukan di aplikasi serupa sebelumnya diharapkan dapat meningkatkan keakuratan pemantauan kesehatan anak.

Saran

- Penggunaan aplikasi *Child Health Record* dapat digunakan sejak anak berusia 0 tahun agar proses pemantauan berjalan maksimal.
- Pengembangan aplikasi dapat dikembangkan menjadi *personal health record* yang dapat digunakan hingga dewasa atau *family health record*.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Ketua Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah membantu dalam

keberlangsungan jurnal ini dan ucapan pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian.

6. Daftar Pustaka

- Agustian, N. I. (2015). Perancangan Aplikasi Kesehatan Ibu Dan Anak (Kia) Berbasis Android. *Jurnal Ilmiah Media Processor Vol.10*, 570-574. Retrieved September 13, 2022
- Australian Digital Health Agency. (n.d.). *My Health Record for parents*. Retrieved September 13, 2022, from My Health Record: <https://www.myhealthrecord.gov.au/for-parents>
- Badan Pusat Statistik. (2019-2021). *Persentase Balita yang Pernah Mendapat Imunisasi Campak (Persen)*.
- Chutiyami M, Wyver S, Amin J. Are Parent-Held Child Health Records a Valuable Health Intervention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(2):220. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020220>
- Rokom Kemenkes RI. (2022, June 28). *2 Tahun Cakupan Imunisasi Rendah, Pemerintah Gelar Bulan Imunisasi Anak Nasional*.
- Rustiyanto, E., (2010). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang Terintegrasi*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Triyani Arita Fitri, M. N. (2017). Rancangan Aplikasi Pelayanan Kesehatan Berbasis Geographic Information System (GIS) Versi Android di Kota Pekanbaru. *Jurnal Sains Terapan VOL. 3*, 27-32.

Prototype Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Pelayanan Prolanis Online (SIMPELPRO) untuk Mendukung Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang

Prototype application of the prolanis service management information online system (SIMPELPRO) to support capitation indicators achievement based on service commitment in first-level of healthcare facilities at the Pratama Clinic Poltekkes, Ministry of Health Semarang

**Setya Wijayanta¹
Rizal Ginanjar²
Isnaini Qoriatul Fadillah³**

*^{1,2,3}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : tyowijayanta@gmail.com*

Abstract

Non-communicable diseases (PTM) are catastrophic diseases with the highest causes of death in Indonesia and are still a health problem and a threat to economic growth in Indonesia. The government has established the Social Security Administrative Body (BPJS) for Health through Law Number 24 of 2011 as a form of constitutional commitment to managing the implementation of public health insurance through the National Health Insurance. The lack of information and outreach regarding the Chronic Disease Management Program (Prolanis) in FKTP has resulted in the target of fulfilling the Prolanis Controlled Participant Ratio indicator not being achieved. The RPPB indicator at the Primary Clinic of the Semarang Ministry of Health Poltekkes in 2019 is still 10%. So to overcome this it is necessary to do a number of things, namely by providing information, outreach, and education regarding the types of Prolanis activities and their benefits and objectives. The better the level of information the participants have, the greater the tendency to use Prolanis. The purpose of this study was to develop a Prolanis Service Management Information System Application Prototype (SIMPELPRO) to Support the Achievement of Service Commitment-Based Capitation Indicators at Primary Health Facilities, the Primary Clinic, Poltekkes, Ministry of Health, Semarang. The research method used in this study uses descriptive research methods, with primary data sources, namely using interviews and observations of officers and doctors at the clinic, as well as secondary data from documentation and literature. For system design in this study, researchers will use the prototype method for system development including the stages of needs analysis, implementation, and testing. The results of this study resulted in a system that facilitates officers in terms of data management, data search and presentation of PROLANIS educational materials for participants who have registered as PROLANIS participants at the Primary Clinic of the Health Polytechnic of the Ministry of Health Semarang.

Keywords: *information manajemen system; prolanis.*

Abstrak

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit katastrofik dengan penyebab kematian tertinggi di Indonesia dan masih menjadi salah satu masalah kesehatan serta ancaman pertumbuhan ekonomi di Indonesia. Pemerintah telah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 sebagai wujud komitmen konstitusi untuk mengelola pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional. Minimnya informasi dan sosialisasi mengenai Program

Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di FKTP menyebabkan target pemenuhan indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali belum tercapai. Indikator RPPB di Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2019 masih 10%. Sehingga untuk mengatasinya perlu dilakukan beberapa hal yaitu dengan memberikan informasi, sosialisasi, dan edukasi mengenai jenis-jenis kegiatan Prolanis beserta manfaat dan tujuannya. Semakin baiknya tingkat informasi yang dimiliki peserta, maka terdapat kecenderungan besar untuk memanfaatkan Prolanis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengembangkan Prototype Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Pelayanan Prolanis (SIMPELPRO) untuk Mendukung Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang. Metode penelitian yang digunakan di dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian Deskriptif, dengan sumber data primer yaitu menggunakan metode wawancara dan observasi kepada petugas dan dokter di klinik, serta data sekunder dari dokumentasi dan literatur. Untuk perancangan sistem di penelitian ini, peneliti akan menggunakan metode prototype untuk pengembangan sistem meliputi tahapan analisis kebutuhan, implementasi, serta pengujian. Hasil Penelitian ini menghasilkan sistem yang memudahkan petugas dalam hal pengelolaan data, pencarian data dan penyajian materi edukasi PROLANIS bagi peserta yang telah terdaftar sebagai peserta PROLANIS di Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang.

Kata kunci: *sistem informasi manajemen; prolanis.*

1. Pendahuluan

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit katastropik dengan penyebab kematian tertinggi di Indonesia dan masih menjadi salah satu masalah kesehatan serta ancaman pertumbuhan ekonomi di Indonesia. Tingginya prevalensi penyakit tidak menular membawa dampak terhadap menurunnya produktivitas dan gangguan pada pemenuhan aktivitas sehari-hari. Laporan dari WHO menunjukkan bahwa PTM sejauh ini merupakan penyebab utama kematian di dunia, yang mewakili 63% dari semua kematian tahunan. PTM membunuh lebih dari 36 juta orang setiap tahun.

Pemerintah wajib menjamin seluruh warganya agar mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kualitas dan standar yang sama sesuai amanat undang-undang dasar dan pancasila, negara diperintahkan untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pemerintah telah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan melalui Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 sebagai wujud komitmen

konstitusi untuk mengelola pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional. Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan, Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden dan PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan merupakan perguruan tinggi kesehatan yang telah bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Bahkan mahasiswa yang akan registrasi maupun registrasi ulang mendaftarkan mahasiswanya yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan secara kolektif, sehingga diharapkan seluruh mahasiswa dapat terdaftar semua sebagai peserta BPJS Kesehatan. Berbagai jenis pengukuran, standar dan upaya untuk meningkatkan mutu

pelayanan telah tersedia dan terus berkembang. Salah satunya adalah dengan metode pembayaran berbasis komitmen pelayanan. Saat ini telah diterapkan pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBK) yang telah dilaksanakan sejak tahun 2016. KBK merupakan bagian dari pengembangan sistem mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa komitmen pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam rangka peningkatan mutu pelayanan. Pelaksanaan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan dinilai berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi: Angka Kontak, Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik (RRNS) dan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB).

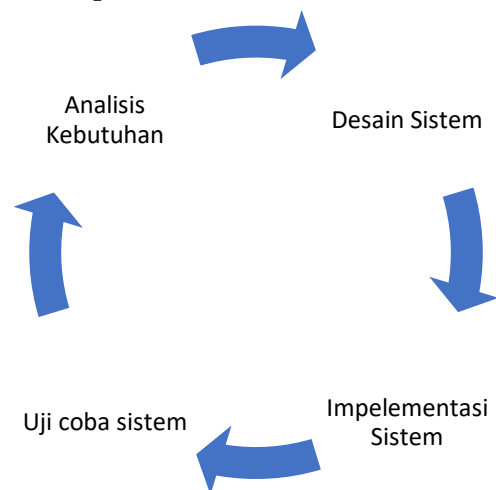
Dengan semakin pesatnya perkembangan teknologi dewasa ini menuntut masyarakat untuk semakin cepat mendapatkan informasi. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan penggunaan teknologi informasi dalam pengolahan data. Pengolahan data yang baik akan menghasilkan informasi cepat, akurat dan dapat di percaya. Informasi merupakan acuan utama untuk mengambil kebijakan perusahaan. Minimnya informasi dan sosialisasi mengenai Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di FKTP menyebabkan target pemenuhan indikator Rasio Peserta Prolanis Terkendali belum tercapai. Indikator RPPB di Klinik Pratama Poltekkes Kemenekes Semarang pada

tahun 2019 masih 10%. Sehingga untuk mengatasinya perlu dilakukan beberapa hal yaitu dengan memberikan informasi, sosialisasi, dan edukasi mengenai jenis-jenis kegiatan Prolanis beserta manfaat dan tujuannya. Semakin baiknya tingkat informasi yang dimiliki peserta, maka terdapat kecenderungan besar untuk memanfaatkan kegiatan Prolanis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengembangkan Prototype Aplikasi Sistem Informasi Manajemen Pelayanan Prolanis (SIMPELPRO) untuk Mendukung Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang.

2. Metode

Metode penelitian yang digunakan di dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian Deskriptif, dengan sumber data primer yaitu menggunakan metode wawancara dan interview kepada petugas dan dokter di klinik, serta data sekunder dari dokumentasi dan literatur. Untuk perancangan sistem di penelitian ini, peneliti akan menggunakan metode prototype untuk pengembangan sistem.

Berikut adalah kerangka konsep dari penelitian ini :



Gambar 1. Kerangka konsep

Analisis kebutuhan system merupakan metode dalam menganalisis semua hal yang dibutuhkan sistem sebelum melakukan implemmentasi program. Analisis sistem memberikan penilaian bagaimana input, pengolahan data dan proses output informasi untuk meningkatkan pengorganisasian. Oleh sebab itu, analisis kebutuhan ini dapat diperoleh dengan mengadakan wawancara dan diskusi dengan pihak yang terkait sehingga system ini dapat terjabarkan secara terperinci.

Tahapan perancangan system digunakan untuk memudahkan penulis dalam menganalisis, mengimplementasi dan menguji system, dimana hal ini berfungsi memberikan gambaran bagaimana hasil sistem yang sebenarnya. Perancangan sistem dalam penelitian ini menggunakan *Object Oriented Design* (OOD) yang pemodelannya menggunakan *Unifield Modelling Language* (UML).

Proses pembangunan prototype dilakukan dengan menyusun rancangan system sementara yang terfokus pada penyajian untuk pelanggan, seperti membuat format input & output. Proses ini akan mengalami iterasi atau perulangan sampai *prototype* sesuai dengan keinginan pelanggan. *Prototype* yang telah dibuat akan dievaluasi. Jika sudah sesuai dengan ketentuan dan keinginan *actor* maka dilanjutkan ke proses implementasi sistem. Namun jika belum sempurna, akan dilakukan pemodelan ulang *prototype* sampai sempurna lalu bisa dilanjutkan ke pemrograman pada tahap implementasi sistem.

Pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara dan interview, data dan informasi yang diperoleh dari metode wawancara dan interview

dilakukan melalui tanya jawab langsung dengan stakeholder. Selanjutnya melakukan observasi dengan mendatangi langsung tempat penelitian di Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang. Setelah metode pengumpulan data telah selesai dilakukan, selanjutnya yang akan dilakukan adalah tahap metode konsep desain menggunakan UML (Unified Modeling Language).

3. Hasil dan Pembahasan

Pembuatan prototype aplikasi Sistem Informasi Manajemen Prolanis Online (SIMPELPRO) berbasis web yang akan digunakan untuk menunjang pencapaian indikator kapitasi berbasis komitmen pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama klinik pratama poltekkes kemenkes semarang. Prototype yang digunakan dalam pembuatan web SIMPELPRO ini berupa ide-ide yang diambil menurut data yang didapat dari Klinik Poltekkes Kemenkes Semarang (Polkesmar) lalu akan dibuat menjadi media penghubung antara pasien dan admin Klinik Polkesmar, selain itu data-data yang tersimpan secara rapih dan berkala selama proses kegiatan PROLANIS. Pada web SIMPELPRO dapat memberikan informasi serta edukasi kesehatan terhadap pasien PROLANIS untuk lebih berhati-hati dalam menjaga kesehatannya sehingga pasien diharapkan dapat meningkat status kesehatannya dan manfaat lain untuk klinik yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang mudah, murah dan nyaman. Di bawah ini merupakan penjabaran dari proses tahapan pembuatan prototype sistem yang yang diusulkan, yaitu :

a. Analisis Kebutuhan

Tahap ini merupakan proses mengumpulkan data awal untuk perancangan sistem informasi kegiatan PROLANIS dengan melakukan analisis

kebutuhan sistem, data didapatkan dari hasil pertemuan antara peserta PROLANIS dan penanggung jawab kegiatan PROLANIS sebagai pengguna aplikasi ini.

Pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara dan interview, data dan informasi yang diperoleh dari metode wawancara dan interview dilakukan melalui tanya jawab langsung dengan Ibu drg. Endah Aryati Ekoningtyas, MDSc selaku penanggung jawab pada kegiatan di Klinik. Selanjutnya melakukan observasi dengan mendatangi langsung tempat penelitian di Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang.



Gambar 3. Foto kegiatan pengumpulan data

b. Desain Sistem

Pada tahap ini dilakukan tahapan perancangan system, digunakan untuk memudahkan penulis dalam menganalisis, mengimplementasi dan menguji system, dimana hal ini berfungsi memberikan gambaran bagaimana hasil sistem yang sebenarnya. Perancangan sistem dalam penelitian ini menggunakan OOD (*Object Oriented Design*) yang pemodelannya menggunakan (*Unified Modelling Language*) merupakan suatu metode dalam pemodelan secara visual yang digunakan sebagai sarana perancangan sistem berorientasi objek. UML juga

dapat didefinisikan sebagai suatu bahasa standar visualisasi, perancangan, dan pendokumentasian sistem, atau dikenal juga sebagai bahasa standar penulisan blueprint sebuah perangkat lunak atau *software*.

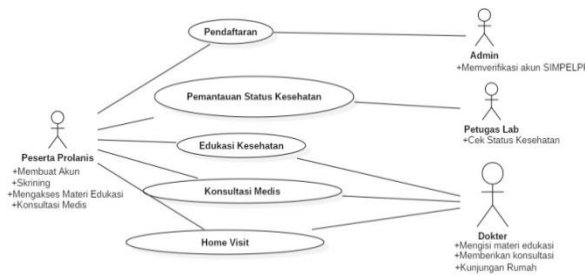
Hubungan antar database penulis menggambarkannya menggunakan diagram kelas. Kemudian digunakan *usecase* diagram untuk mendeskripsikan tipe hubungan antara user sebuah sistem dengan sistem lainnya. Untuk aliran datanya sendiri digunakan *activity* diagram. Sedangkan *usecase* berfungsi sebagai gambaran bagaimana hubungan antar actor dan juga ininteraksi antar system. Proses pembangunan prototype dilakukan dengan menyusun rancangan system sementara yang terfokus pada penyajian untuk peserta PROLANIS, seperti membuat format input & output. Proses ini akan mengalami iterasi atau perulangan sampai prototipe sesuai dengan keinginan pengguna. Prototipe yang telah dibuat akan dievaluasi. Jika sudah sesuai dengan ketentuan dan keinginan actor maka dilanjutkan ke proses implementasi sistem. Namun jika belum sempurna, akan dilakukan pemodelan/pembangunan ulang prototipe sampai sempurna lalu bisa dilanjutkan ke tahap pengkodean pada implementasi sistem. Dalam pengimplementasian sistem SIMPELPRO melalui tahap pemrograman (*coding*) digunakan Software sebagai berikut:

- 1) XAMPP
- 2) PHPMyAdmin untuk pemrograman *database*
- 3) Sublime sebagai editor
- 4) PHP sebagai Bahasa pemrograman di sisi server
- 5) HTML digunakan sebagai struktur website
- 6) CSS untuk desain user interface
- 7) Browser (Google Chrome dan Mozilla Firefox) untuk menampilkan dan menguji system SIMPELPRO

Beberapa pemodelan sistem yang digunakan pada penelitian ini yaitu use case diagram dan activity diagram.

1) Use Case Diagram

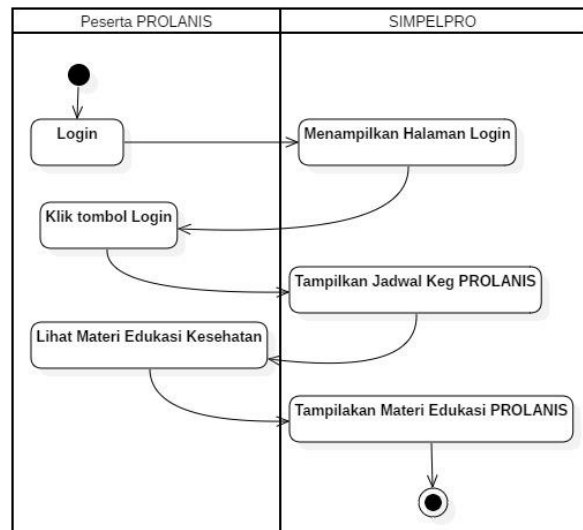
Use case pada sistem informasi ini terdiri dari 4 aktor yaitu Admin (Petugas Pengelola Prolanis), Dokter, Petugas Laboratorium dan Pasien/Peserta PROLANIS. Use Case bertujuan untuk menjelaskan interaksi aktor dengan sistem informasi yang akan dibangun. Penjelasan identifikasi aktor terhadap sistem



Gambar 3.1 UseCase Diagram SIMPELPRO

2) Activity Diagram

Activity Diagram berfungsi untuk menggambarkan workflow (aliran kerja) atau aktivitas dari sebuah sistem atau proses bisnis. Fungsinya yaitu untuk memperlihatkan urutan aktivitas pada sistem, membantu memahami proses secara keseluruhan, serta menggambarkan proses bisnis lebih detail. Berikut adalah Activity Diagram dari sistem yang dibangun.



Gambar 3.2 Activity Diagram SIMPELPRO

c. Desain Antarmuka Sistem

1) Halaman Login

LOGIN

Lupa kata sandi?
INI YANG PERTAMA KALI ANDA KESINI?
Untuk akses penuh ke situs ini, Anda harus membuat akun terlebih dahulu.

Gambar 3.3 Rancangan Halaman Login Dapat dijelaskan pada gambar 3.3 adalah halaman login, dimana hak akses klinik dibatasi hanya pengguna yang diperbolehkan/terdaftar yang memiliki wewenang terhadap web SIMPELPRO.

2) Halaman Jadwal Kegiatan

JADWAL KEGIATAN

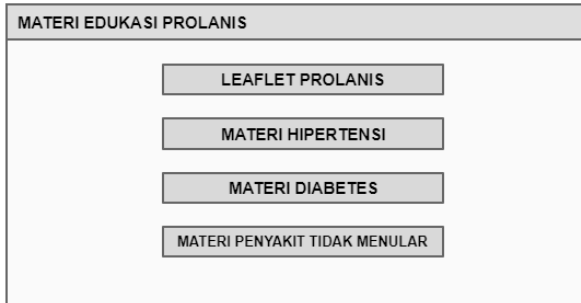
Kegiatan Prolanis Bulan Oktober

Oktober - 2022						
S	M	T	W	T	F	Sa
26	27	28	29	30	31	1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31	1	2	3	4	5

Gambar 3.4 Rancangan Halaman Jadwal PROLANIS

Dapat dijelaskan pada gambar 3.4 adalah halaman jadwal kegiatan, pada halaman ini akan ditampilkan jadwal kegiatan PROLANIS.

3) Halaman Materi Edukasi PROLANIS



Gambar 3.5 Rancangan Halaman Materi Edukasi PROLANIS

Dapat dijelaskan pada gambar 3.5 adalah halaman materi edukasi PROLANIS, pada halaman ini akan ditampilkan materi edukasi seputar kegiatan PROLANIS.

d. Tahap Pemrograman

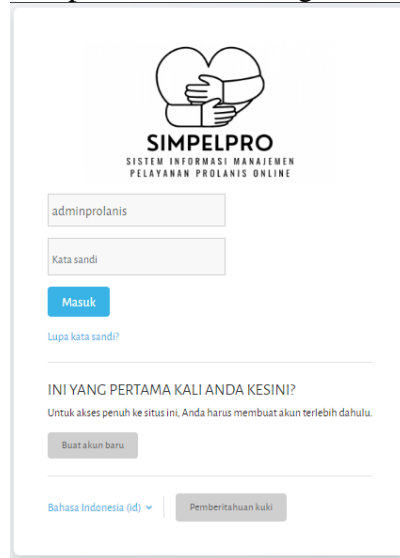
Tahapan ini adalah kelanjutan dari tahap desain selanjutnya akan masuk kepada tahapan implementasi *prototype* (pemrograman) atau menerjemahkan desain ke dalam suatu sistem. Pada tahapan ini, rancangan-rancangan di atas akan dibuatkan *prototype* dalam bahasa pemrograman. Bahasa yang digunakan adalah bahasa pemrograman PHP dengan menggunakan bantuan tools Sublime Text.

1) Tampilan halaman dashboard



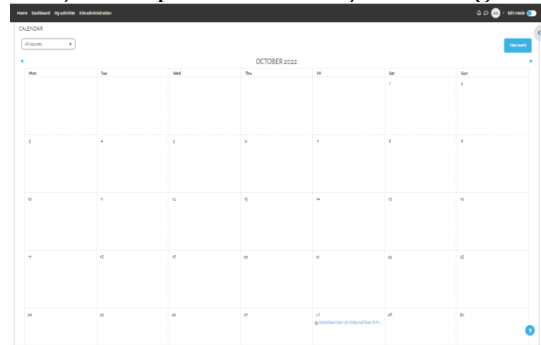
Gambar 3.6 Tampilan Halaman Dashboard

2) Tampilan Halaman Login



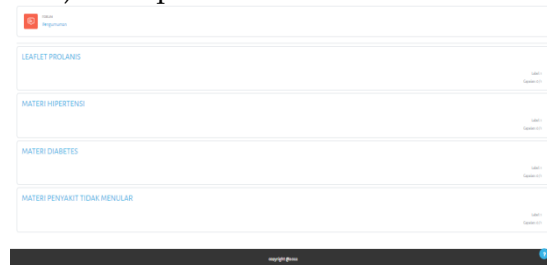
Gambar 3.7 Tampilan Halaman Login

3) Tampilan halaman jadwal kegiatan



Gambar 3.8 Tampilan Halaman Jadwal Kegiatan

4) Tampilan halaman materi edukasi



Gambar 3.9 Tampilan Materi Edukasi PROLANIS

e. Tahap Pengujian Sistem

Dalam tahapan ini sistem yang sudah direncanakan telah selesai dibuat, selanjutnya sistem ini akan diserahkan ke pengguna untuk dilakukan evaluasi. Hal ini dibutuhkan guna mengetahui bagian mana dalam sistem yang masih belum sesuai dengan keinginan pengguna, dalam hal ini pengguna akan memberikan

timbang balik ke perancang sistem. Proses ini akan diulang hingga pengguna menerima sistem yang sesuai keinginannya. Pada proses evaluasi ini diberikan pada 36 responden dengan 2 kategori 18 responden peserta PROLANIS Klinik Pratama Polkesmar dan 18 responden peserta umum.



Gambar 4.0 Uji coba SIMPELPRO

Setelah tahap desain dan implementasi sistem telah rampung dilakukan serta sesuai dengan keinginan pengguna, maka akan dilakukan uji sistem. Pengujian yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui kesalahan yang terjadi dalam sistem hingga dapat diperoleh hasil apakah website dan app telah berfungsi dengan benar atau tidak. Metode pengujian yang dilakukan menggunakan metode *Blackbox test*.

Tabel 1. *Blackbox* Aplikasi SIMPELPRO

Data Masukan	Hasil yang diharapkan	Pengamatan	Simpulan
Memilih menu halaman Utama / Dashboard	Masuk ke halaman Utama / Dashboard	Tampil halaman Utama / Dashboard	Sesuai
Memilih menu Login / Masuk	Masuk ke halaman Login / Masuk	Tampil halaman Login / Masuk	Sesuai
Memilih menu Jadwal Kegiatan	Masuk ke halaman Jadwal Kegiatan	Tampil halaman Jadwal Kegiatan	Sesuai

Memilih menu Materi Edukasi	Masuk ke halaman Materi Edukasi	Tampil halaman Materi Edukasi	Sesuai
-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--------

4. Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai prototype aplikasi sistem informasi manajemen pelayanan prolanis online (SIMPELPRO) untuk mendukung pencapaian indikator kapitasi berbasis komitmen pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang, maka dapat disimpulkan berikut ini.

- 1) Prototype aplikasi SIMPELPRO berbasis web pada klinik ini menjadikan pasien dapat mengetahui jadwal pelaksanaan kegiatan prolanis di Klinik Pratama Polkesmar.
- 2) Dengan adanya prototype aplikasi SIMPELPRO berbasis web pada klinik ini pasien PROLANIS dapat memperoleh materi edukasi kesehatan yang dibagikan oleh dokter
- 3) Prototype aplikasi SIMPELPRO berbasis web pada klinik yang diajukan ini memberi suatu alternatif pemecahan masalah dalam pemberian edukasi untuk pasien PROLANIS

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan untuk penelitian selanjutnya antara lain:

- 1) Menambahkan fitur notifikasi via *Whatsapp*.
- 2) Aplikasi dapat diujicobakan ke Fasyankes Tingkat Satu lainnya.
- 3) Aplikasi dapat disosialisasikan kepada masyarakat umum

5. Ucapan Terima Kasih

Untuk terselenggaranya penelitian ini, kami mengucapkan terima kasih

kepada Poltekkes Kemenkes Semarang dimana sumber dana berasal, Direktur, Ketua Jurusan dan Sekretaris Jurusan RMIK dan Pihak pengelola Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Semarang.

6. Daftar Pustaka

- Alfredo I. Pelayanan Kesehatan. Pelayanan Kesehat [Internet]. 2010;(2014):1-6. Available from: http://library.oum.edu.my/repository/725/2/Chapter_1.pdf
- Arifa AFC. Pengaruh Informasi Pelayanan Prolanis Dan Kesesuaian Waktu Terhadap Pemanfaatan Prolanis Di Pusat Layanan Kesehatan Unair. J Adm Kesehat Indones. 2018;6(2):95.
- Dirjen Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan KR. Penyakit Tidak Menular Kini Ancam Usia Muda - Direktorat P2PTM [Internet]. [cited 2021 May 23]. Available from: <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/dki-jakarta/penyakit-tidak-menular-kini-ancam-usia-muda>
- Gordon B. Davis. 2002. Sistem Informasi Manajemen Konsep dan Pengembangannya. Universitas Padjajaran. Bandung: Penerbit Unggu Jaya.
- Jogiyanto H. Analisis dan Desain Sistem Informasi. Yogyakarta: Andi, 1999.
- Kesehatan P, Lembaran T, Republik N. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 2016;(229):1-15.
- Unit PKRS dr. Soeradji Tirtonegoro. Waspada Penyakit Tidak Menular (PTM) - RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO [Internet]. [cited 2021 May 23]. Available from: <https://rsupsoeradji.id/waspada-penyakit-tidak-menular-ptm/>
- Utama D, Penyelenggara B, Sosial J. Peraturan Bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor HK.01.08/III/980/2017 TAHUN 2017. 2017.

Dampak Era Society 5.0 terhadap Kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK)

The Effect of the Society 5.0 Era on the Competence of Medical Recorders and Health Information (PMIK)

Ade Fatima¹

¹Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : adefatimahpkl@gmail.com

Abstract

The era of society 5.0 creates new challenges in various sectors of life, one of which is the health sector. Health development is directed at realizing optimal health degrees. To achieve this goal, it is necessary to manage various resources so that efficient, quality, and affordable health services can be available. At this point, a quality medical recorder is needed. In the era of society 5.0 every individual must have knowledge and skills. This relates to the PMIK competency field at number 2, namely Self-Introspection and Self-Development. The influence of the era of society 5.0 on PMIK's competence has led to changes and improvements in knowledge that require PMIK to be able to develop, apply and use technology, one example of its use is Electronic Medical Records (RME) and Hospital Management Information Systems (SIMRS). The purpose of this study was to determine the influence and relationship of the era of society 5.0 on PMIK competence. This study uses a qualitative data interpretation method. This type of method is used to analyze data in qualitative research or also called categorical data. The subject of this research is PMIK and the object is PMIK competence in the era of society 5.0. The potential result of applying the influence of the era of society 5.0 to PMIK competence is a change in competence in line with the demands of the times. This change led to renewal of competencies taught to PMIK candidates.

Keywords: *medical records; era society 5.0; medical recorders and health information (PMIK)*

Abstrak

Era *society* 5.0 menciptakan sebuah tantangan baru di berbagai sektor kehidupan, salah satunya yaitu sektor kesehatan. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan pengelolaan berbagai sumber daya agar tersedia pelayanan kesehatan yang efisien, bermutu, dan terjangkau sehingga pada titik ini dibutuhkan Perekam medis yang berkualitas. Pada era *society* 5.0 tiap individu harus memiliki *knowledge* dan *skills*. Hal ini berkaitan dengan area kompetensi PMIK pada nomor 2 yaitu Mawas Diri dan Pengembangan Diri. Pengaruh dari era *society* 5.0 terhadap kompetensi PMIK menyebabkan adanya perubahan dan peningkatan ilmu yang menuntut PMIK harus bisa mengembangkan, menerapkan, dan menggunakan teknologi, salah satu contoh penggunaannya yaitu Rekam Medis Elektronik (RME) dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh serta hubungan era *society* 5.0 terhadap kompetensi PMIK. Penelitian ini menggunakan metode interpretasi data kualitatif. Jenis metode ini digunakan untuk menganalisis data dalam penelitian kualitatif atau disebut juga dengan data kategorikal. Subjek penelitian ini adalah PMIK dan untuk objeknya adalah kompetensi PMIK di era *society* 5.0. Hasil potensial dari penerapan pengaruh era *society* 5.0 terhadap kompetensi PMIK adalah perubahan kompetensi yang sejalan dengan tuntutan zaman. Perubahan ini menyebabkan adanya pembaruan kompetensi yang diajarkan kepada calon PMIK.

Kata kunci: *rekam medis; era society 5.0; perekam medis dan informasi kesehatan (PMIK)*

1. Pendahuluan

Society 5.0 adalah sebuah era dimana masyarakatnya berpusat pada manusia yang dapat menyelesaikan berbagai tantangan dan permasalahan sosial yang memanfaatkan berbagai tantangan dan permasalahan sosial dengan berbagai inovasi melalui sistem yang mengintegrasikan dunia maya dan ruang fisik. Diperlukan kompetensi yang harus dimiliki oleh setiap orang untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi era *Society 5.0*. Kompetensinya meliputi *knowledge, skills, attitude*, dan *value* yang juga perlu dimiliki oleh setiap individu sebagai pembentuk karakter dan nilai-nilai yang unggul.

Perkembangan teknologi informasi dalam era globalisasi menuntut semua bidang untuk menghadapi perubahan tersebut secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Untuk mencapai tujuan tersebut dibutuhkan upaya pengelolaan berbagai sumber daya sehingga dapat tersedia pelayanan kesehatan yang efisien, bermutu, dan terjangkau. Oleh karena itu, bidang kesehatan harus mempersiapkan diri dalam meningkatkan kualitas tenaga kesehatan yang mampu bersaing secara global. Seperti yang diketahui, fokus paradigma sehat sesuai rencana pembangunan jangka menengah nasional (2015-2024) adalah meningkatkan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif (KMK No 145, 2015). Tenaga kesehatan memiliki peranan penting dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Perekam medis dan informasi kesehatan merupakan tenaga kesehatan yang wajib ada dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis bahwa Perekam

Medis dan Informasi Kesehatan adalah seorang yang telah lulus pendidikan RMIK sesuai peraturan perundang-undangan. Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang dimaksud dengan rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Untuk mewujudkan pengelolaan yang profesional diperlukan standar kompetensi di tiap individu seorang PMIK. Standar kompetensi PMIK terdiri atas area kompetensi, kompetensi inti, komponen kompetensi dan kemampuan yang harus dicapai oleh seorang PMIK. Area kompetensi, standar kompetensi PMIK terdiri atas 7 (tujuh) area yang diturunkan dari gambaran tugas, peran, dan fungsi seorang PMIK (Keputusan Menteri Kesehatan RI No 312, 2020).

Pada era *society 5.0* tiap individu harus memiliki *knowledge* dan *skills* seperti *leadership skills*. Hal ini berkaitan dengan area kompetensi PMIK pada nomor 2 yaitu Mawas Diri dan Pengembangan Diri. Dalam area kompetensi Mawas Diri dan Pengembangan Diri terdapat kompetensi inti yaitu mampu menyelenggarakan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan dengan menyadari keterbatasan, mengatasi masalah personal, mengembangkan diri, mengikuti penyegaran dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan secara berkesinambungan untuk penyelenggaraan pelayanan yang optimal. Oleh karena itu, pentingnya bagi seorang PMIK untuk dapat mempertahankan dan memelihara kompetensi dengan penerapan belajar sepanjang hayat, serta melakukan pengembangan pengetahuan dan keterampilan baru. Pada area kompetensi ini, seorang PMIK diharapkan mampu mengembangkan pengetahuan baru, seperti metode, teknik, dan konsep baru yang sesuai dengan perkembangan ilmu

pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan kualitas pengelolaan dan pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Pengaruh era *society* 5.0 terhadap kompetensi PMIK menyebabkan adanya perubahan dan peningkatan pada kompetensi PMIK sehingga memengaruhi ilmu pengetahuan yang diajarkan kepada calon PMIK agar dapat bersaing di era *society* 5.0 dengan perubahan yang menyesuaikan tuntutan era terbaru ini. Perubahan ini menyebabkan seorang PMIK harus meng-*upgrade* dirinya agar bisa bersaing dan memenuhi target kompetensinya. Hal ini juga berpengaruh pada kesiapan peluang dan tantangan dunia kerja era *society* 5.0. Seorang PMIK tentunya harus menerapkan standar kompetensi yang sesuai di bidang rekam medis dan informasi kesehatan yang mencakup pengetahuan, keterampilan, dan sikap kerja minimal yang harus dimiliki PMIK. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No 1424, 2022)

2. Metode

Penelitian ini menggunakan metode interpretasi data kualitatif. Metode jenis ini digunakan untuk melakukan analisis data pada penelitian kualitatif atau yang dikenal juga sebagai data kategoris. Pengerjaan metode ini bukan menggunakan angka atau pola untuk menggambarkan data, melainkan menggunakan teks. Tahapan yang digunakan dalam melakukan penelitian ini yaitu :

1. Mengumpulkan data

Mengumpulkan data yang relevan dapat dilaksanakan dengan melakukan visualisasi terlebih dahulu, bisa dalam bentuk diagram batang, grafik, lingkaran, atau lain sebagainya.

2. Mengembangkan temuan atau hasil penelitian

Mengembangkan hasil penelitian dapat dilakukan dengan mengamati data secara menyeluruh. Hal ini dilakukan agar anda dapat menemukan

tren, pola, atau perilaku di dalam data tersebut. Tujuan dilakukannya langkah ini adalah untuk membandingkan deduksi yang didapatkan, sebelum kemudian menarik kesimpulan yang tepat.

3. Membuat kesimpulan

Pembuatan kesimpulan ini dilakukan berdasarkan tren yang ditemukan. Kesimpulan ini artinya harus menjawab dari berbagai pertanyaan yang ada pada penelitian

4. Memberikan rekomendasi

Rekomendasi ini dibuat sebagai langkah terakhir dalam interpretasi data, karena rekomendasi merupakan proses meringkas temuan dan kesimpulan pada penelitian yang telah dilakukan

Metode Pengolahan dan Analisis Data

Proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri, maupun orang lain adalah pengertian dari analisis data. Menurut Sugiyono dalam penelitian (Nurharsono,dkk) Analisis data terdiri dari reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Analisis data pada penelitian ini yaitu :

1. Reduksi Data

Reduksi data dalam penelitian ini yaitu kegiatan merangkum, memilih hal-hal pokok dan penting, dicari tema dan polanya. Penelitian ini dilakukan proses pemilihan hasil kepada responden dan disesuaikan dengan tujuan dan pertanyaan penelitian.

2. Penyajian data

Penelitian ini menyajikan data dari hasil observasi, wawancara, dan studi dokumentasi ke dalam bentuk narasi atau mendeskripsikan hasil yang diperoleh.

3. Validasi

Validasi adalah proses memeriksa atau mengecek kembali apakah data yang ditemukan benar atau tidak. Teknik validasi data penelitian ini adalah triangulasi. Triangulasi diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu (Sugiyono, 2016).

3. Hasil dan Pembahasan

Era *society* 5.0 menciptakan sebuah tantangan baru di berbagai sektor kehidupan, salah satunya yaitu sektor kesehatan. Untuk menghadapi era *society* 5.0 ini dibutuhkan kemampuan 6 literasi dasar seperti literasi data yaitu kemampuan untuk membaca, analisis, dan menggunakan informasi (big data) di dunia digital. Kemudian literasi teknologi, memahami cara kerja mesin, aplikasi teknologi (*coding, artificial intelligence, machine learning, engineering principles, biotech*). Dan terakhir adalah literasi manusia yaitu *humanities, komunikasi, dan desain*. Hal tersebut berpengaruh terhadap peluang dan tantangan dunia kerja era *society* 5.0. Keterbatasan kompetensi serta *skill* akan berpengaruh terhadap peluang kerja di bidang kesehatan. Mereka yang tidak siap akan tergantikan dengan mereka yang siap. Jika hal tersebut terus berlanjut, persaingan di dunia kerja akan semakin ketat dan tidak menutup kemungkinan bagi lulusan ahli kesehatan yang kalah bersaing akan mengalami kesulitan mendapatkan pekerjaan. Hanya saja di era disrupsi ini, seorang ahli kesehatan harus memiliki beberapa *skill* yang kompleks. Seperti kemampuan untuk berfikir kritis, inovatif, kemampuan komunikasi, kolaborasi, *problem solving*, kemampuan beradaptasi dengan teknologi (IT) dan sistem digitalisasi lainnya.

Potensi hasil implementasi dari pengaruh era *society* 5.0 terhadap kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan adalah

perubahan kompetensi yang sejalan dengan tuntutan era ini. Perubahan tersebut menyebabkan adanya pembaruan terhadap kompetensi yang diajarkan kepada calon PMIK. Calon PMIK diajarkan sebuah ilmu pengetahuan yang sejalan dengan era *society* 5.0. Selain itu, calon PMIK sudah dituntut agar bisa menguasai pengetahuan dan kemampuan *skills* yang mendukung, seperti *IT literacy* dan *leadership skills*. Kemampuan tersebut dibutuhkan oleh PMIK. Keaktifan calon PMIK dan PMIK diharapkan dapat meningkatkan kualitas kompetensi dirinya. Selain itu, juga diperlukan sosialisasi mengenai pengaruh *society* 5.0 terhadap kompetensi PMIK, seperti kesiapan dalam peluang dan ketersediaan di dunia kerja. Hal ini dikarenakan sosialisasi tersebut memudahkan dan menarik dari segi wawasan, ilmu dan relasi.

4. Simpulan dan Saran

Society 5.0 adalah sebuah era yang mana masyarakatnya berpusat pada manusia yang dapat menyelesaikan berbagai tantangan dan permasalahan sosial yang memanfaatkan berbagai tantangan dan permasalahan sosial dengan berbagai inovasi melalui sistem yang mengintegrasikan dunia maya dan ruang fisik. Era *society* 5.0 menciptakan sebuah tantangan baru di berbagai sektor kehidupan, salah satunya yaitu sektor kesehatan.

Pembangunan sektor kesehatan diarahkan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Untuk mencapai tujuan tersebut dibutuhkan upaya pengelolaan berbagai sumber daya sehingga dapat tersedia pelayanan kesehatan yang efisien, bermutu, dan terjangkau. Tenaga kesehatan berperan penting, salah satunya yaitu perekam medis dan informasi kesehatan. Pada era *society* 5.0 tiap individu PMIK harus memiliki *knowledge* dan *skills* seperti *leadership skills*. Hal ini berkaitan dengan area kompetensi PMIK pada nomor 2 yaitu Mawas Diri dan Pengembangan Diri.

Pada area kompetensi ini, seorang PMIK diharapkan mampu mengembangkan pengetahuan baru, seperti metode, teknik, dan konsep baru yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Hal ini juga berpengaruh pada kesiapan peluang dan tantangan dunia kerja era *society* 5.0.

Pengaruh era *society* 5.0 terhadap kompetensi pmik menyebabkan adanya perubahan dan peningkatan pada kompetensi pmik sehingga memengaruhi ilmu pengetahuan yang diajarkan kepada calon pmik agar dapat bersaing di era *society* 5.0 dengan perubahan yang menyesuaikan tuntutan era terbaru ini. Kemudian untuk rekomendasi yang dapat penulis berikan untuk menambah ilmu pengetahuan atau *knowledge* para PMIK yaitu dengan mengikuti seminar, sosialisasi, atau *workshop* di bidang kesehatan, umum, teknologi informasi, maupun yang lainnya. Karena hal tersebut dapat meningkatkan *skills* dan *knowledge* yang dimiliki oleh PMIK, baik *softskills* maupun *hardskills*. Dengan kemauan untuk meng-upgrade *self competencies* diharapkan PMIK dan calon PMIK dapat bersaing di era super smart *society* ini. Perubahan ini menyebabkan seorang PMIK harus meng-upgrade dirinya agar bisa bersaing dan memenuhi target kompetensinya.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Ketua Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah membantu dalam keberlangsungan jurnal ini dan ucapan pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian.

6. Daftar Pustaka

RDK FM UIN (2020, November). “*Persiapkan Diri Hadapi era society 5.0.*” . Jakarta

<https://rdk.fidkom.uinjkt.ac.id/index.php/2020/11/27/persiapk-an-diri-hadapi-era-society-5-0/>

KEMENDIKBUD (2021, February). “*Menyiapkan Pendidikan Profesional Di Era Society 5.0*” .
<https://ditpsd.kemdikbud.go.id/artikel/detail/menyiapkan-pendidikan-profesional-di-era-society-50>

D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Univet Sukpharjo. (2019, November). *Dampak Revolusi Industri 4.0 Terhadap Implementasi Digital Healthcare Di Saran Pelayanan Kesehatan*” .
<https://perinkes.fkm.univetbantara.ac.id/prodi-rekam-medis-univet-selenggarakan-seminar-dampak-revolusi-industri-4-0-terhadap-implementasi-digital-healthcare-di-sarana-pelayanan-kesehatan/>

Kompasiana.com (2020, August). “*Kesiapan Tenaga Kesehatan Dalam Menghadapi Peluanh dan Tantangan Dunia Kerja Era Society 5.0*” .
<https://www.kompasiana.com/elm/a91338/630655a904df>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). KMK NO 145 TAHUN 2015 TENTANG PENGHASILAN PENUGASAN KHUSUS TENAGA KESEHATAN BERBASIS TIM DALAM Mendukung PROGRAM NUSANTARA SEHAT.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022. (2022). KMK No. HK.01.07-MENKES-1424-2022 ttg Standar Kompetensi Kerja Bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan-signed.

Keputusan Menteri Kesehatan RI, N. 312 T. 2020. (2020). KMK No 312 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. KMK No 312 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan, 2(1), 1-12.
<http://clik.dva.gov.au/rehabilitation-library/1-introduction->

<http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/as.2017.81005>
<http://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?DOI=10.4236/as.2012.34066>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pbi.201>

Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2013. (2013). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 55 TAHUN 2013 TENTANG PENYELENGGARAAN PEREKAM MEDIS*.
www.djpp.kemhenkumham.go.id
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2022. (2022).

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2022 TENTANG REKAM MEDIS.

- S. W., Nurharsono, T., Raharjo, A., Pendidikan, J., Kesehatan, J., Rekreasi, D., & Keolahragaan, I. (2013). Journal Of Physical Education, Sport, Health, and Recreations Pembinaan Prestasi Ekstrakurikuler Olahraga di SMA Karangturi Kota Semarang. In *Journal of Physical Education, Sport, Health and Recreation* (Vol. 2, Issue 8).
<http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/peshr>

A Scoping Review: Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit

A Scoping Review: Factors Causing Inpatient Pending Claims for BPJS Health Insurance at Hospitals

Hindun¹
Sri Rahayu²
Vican Sefiany Koloji³

^{1,2,3}Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka

Jl. Limau II No.2, Kramat Pela, Kec. Kby. Baru, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta
Email : hindunmursyid2211@gmail.com

Abstract

Pending claims for Indonesian Universal Health Coverage (BPJS Kesehatan) is a classic issue in the field of health budgeting in the National Health Security (JKN) era. Some studies have examined factors causing pending claims, however, the issue has not been figured out yet because every hospital has different problems. This study was conducted to identify the problems possibly causing pending claims faced by hospitals. The objectives of the study were to find out the factors causing inpatient pending claims for BPJS Health Insurance at the hospital. The article search method begins by identifying research articles on two databases, Google Scholar and Academia.edu with predetermined keywords. Articles are selected by PRISMA and based on established inclusion and exclusion criteria. The search results obtained 191 articles identified from two database searches, including 151 articles from Google Scholar and 40 articles from Academia.edu, finally, only 9 articles were obtained that matched the criteria. Pending claims for inpatient BPJS Health Insurance at the hospital under study were caused by several problems including inaccuracy in coding, incomplete administrative files, not attaching the results of supporting examinations as a support for the diagnosis, enforcement of diagnoses that did not meet the criteria, different perceptions of standard enforcement of diagnoses between specialist and BPJS, different points of view regarding the diagnosis code between hospital coding officers and BPJS verifiers, the discrepancy between main diagnoses and specialist, incomplete medical resumes, there is no SOP for managing BPJS Health insurance claims, knowledge of claim executors, facilities and infrastructure in the claims section, wrong input on the claim application. Managerial support is tremendously required to solve the issues related to pending claims for BPJS Kesehatan.

Keywords : factors causing; pending inpatient claims for BPJS health insurance; hospital

Abstrak

Tuntutan klaim Jaminan Kesehatan Semesta Indonesia (BPJS Kesehatan) merupakan persoalan klasik di bidang penganggaran kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Beberapa penelitian telah mengkaji faktor penyebab tertundanya klaim, namun permasalahan tersebut belum dapat diketahui karena setiap rumah sakit memiliki permasalahan yang berbeda. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi permasalahan yang mungkin menyebabkan tertundanya klaim yang dihadapi oleh rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor penyebab tertundanya klaim BPJS Kesehatan rawat inap di rumah sakit tersebut. Metode pencarian artikel diawali dengan mengidentifikasi artikel penelitian pada dua database yaitu Google Scholar dan Academia.edu dengan kata kunci yang telah ditentukan. Artikel dipilih oleh PRISMA dan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan. Hasil pencarian diperoleh 191 artikel yang teridentifikasi dari dua pencarian database, diantaranya 151 artikel dari Google Scholar dan 40 artikel dari Academia.edu, akhirnya hanya didapatkan 9 artikel yang sesuai dengan kriteria. Klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang tertunda di rumah sakit yang diteliti disebabkan oleh beberapa masalah antara lain ketidaktepatan pengkodean, berkas administrasi, tidak dilampirkannya hasil pemeriksaan penunjang sebagai penunjang diagnosa, penegakan diagnosa yang tidak memenuhi kriteria, perbedaan persepsi penegakan standar diagnosis antara dokter spesialis dan BPJS, perbedaan

pandangan mengenai kode diagnosis antara petugas koding rumah sakit dan verifikator BPJS, ketidaksesuaian antara diagnosis utama dan spesialis, resume medis tidak lengkap, tidak ada SOP pengurusan klaim asuransi BPJS Kesehatan, pengetahuan pelaksana klaim, sarana dan prasarana di bagian klaim, input aplikasi klaim yang salah. Dukungan manajerial sangat diperlukan untuk menyelesaikan masalah terkait klaim yang tertunda untuk BPJS Kesehatan.

Kata kunci: faktor penyebab ; *pending* klaim rawat inap jaminan BPJS kesehatan ; rumah sakit

1. Pendahuluan

Lahirnya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai program jaminan kesehatan untuk rakyat Indonesia berawal pada keinginan mempertahankan prinsip asuransi kesehatan dimana pada masa kolonial Belanda sudah mulai diperkenalkan. Selanjutnya pada tahun 1949 program jaminan biaya pelayanan kesehatan tetap dijalankan, terutama untuk pegawai negeri sipil beserta keluarga. Pada 1 Januari 2014 pada akhir masa kepemimpinan Presiden RI ke-6 Susilo Bambang Yudhoyono ditorehkan prestasi emas, sebuah langkah menuju cakupan kesehatan semestapun semakin nyata dengan resmi dijalkannya BPJS Kesehatan, sebagai transformasi dari PT Askes (Persero). Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, negara hadir di tengah masyarakatnya untuk memberikan jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata bagi seluruh rakyat Indonesia (BPJS Kesehatan, 2020). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. (PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA, 2021). Sedangkan menurut Djatiwibowo : 2018 definisi BPJS Kesehatan adalah badan yang mengelola sistem jaminan nasional yang merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan kesejahteraan sosial bagi

seluruh rakyat sesuai Undang-Undang Republik Indonesia nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan adalah harapan bagi warga yang tidak mampu menjamin biaya kesehatannya sendiri bila terjadi kesakitan dan hingga rawat inap. (Djatiwibowo, Januari and Ep, 2018)

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan diperuntukkan bagi masyarakat dengan keunikan tersendiri yang sangat dipengaruhi oleh pesatnya perkembangan ilmu kesehatan, pertumbuhan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dengan biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat guna terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. (Kementrian Kesehatan RI, 2009).

Rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan tingkat lanjut, dalam Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 4 Tahun 2020, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan, bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap tingkat lanjut dan rawat inap di ruang perawatan intensif (Republik Indonesia, 2020)

Klaim merupakan tagihan atau tuntutan pembayaran atas hasil layanan yang telah diberikan. Klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan pembayaran atas jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit melalui sumber daya manusianya baik dokter, perawat,

apoteker dan layanan lainnya kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit. (Djatiwibowo, Januari and Ep, 2018).

Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 tahun 2018 Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. (H Kara, 2014). *Pending* klaim adalah pengembalian tagihan akibat belum ada kata sepakat antara BPJS Kesehatan dan FKRTL tentang aturan penetapan koding maupun medis (*dispute claim*), namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang - undangan. (Kurnia and Mahdalena, 2022).

Pelaksanaan implementasi jaminan kesehatan terdapat masalah-masalah yang menjadi faktor penyebab *pending* klaim antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil pertemuan antara Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan Pps. Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan telah disepakati diagnosis dan Tindakan prioritas yang terdiri atas aspek koding, aspek medis dan aspek administrasi (KEMENTERIAN KESEHATAN, 2020). Contoh kasus permasalahan *pending* klaim karena aspek koding dan aspek medis yang dijelaskan dalam hasil berita acara kesepakatan bersama permasalahan klaim INA CBG's Tahun 2018 ditentukan untuk penegakan diagnosa pneumonia adalah sebagai berikut : (1) pneumonia yang tidak dijelaskan secara spesifik penyebabnya dapat dikode J18.9, (2) pneumonia yang disertai dengan TB Paru harus menggunakan kode gabung

menjadi A16.2, (3) pneumonia yang disertai dengan PPOK menggunakan kode gabung menjadi J44.0, kecuali untuk PPOK ekserbasi akut dikode secara terpisah (4) pneumonia dengan septicaemia/sepsis dikode secara terpisah kecuali dilakukan pemeriksaan penunjang medis ditemukan kuman streptococcus pneumoniae menggunakan kode gabung A40.3, (5) pneumonia disertai demam tifoid menggunakan kode kombinasi A01.0† J17.0* dan (6) pneumonia dengan asma dilakukan kode secara terpisah (Iqbal, 2022).

Penundaan pembayaran karena *pending* klaim oleh BPJS Kesehatan mempengaruhi kelancaran *cash flow* rumah sakit karena pembayaran baru akan dilakukan BPJS Kesehatan setelah proses konfirmasi selesai. Permasalahan tersebut setidaknya akan mempengaruhi pelayanan kesehatan kepada pasien terutama yang berhubungan dengan ketersediaan obat. Penyebab pengembalian klaim rawat inap perlu diidentifikasi, dianalisis, dan dibuat perbaikan sistem guna memperlancar pendapatan rumah sakit dan pemberian pelayanan kepada seluruh peserta JKN yang berobat ke Rumah Sakit Umum Daerah Koja (Kusumawati, 2020). Pembayaran klaim BPJS Kesehatan yang tertunda sangat mempengaruhi arus kas keuangan RSIJ Sukapura, akibatnya rumah sakit memprioritaskan pembayaran tagihan yang bersifat krusial dulu, walaupun pada akhirnya kebijakan ini akan sangat mempengaruhi kualitas mutu layanan di RSIJ Sukapura (MUHAMMADIYAH PUBLIC HEALTH JURNAL, 2020).

Dengan adanya permasalahan tersebut perlu dilakukan tinjauan atas faktor penyebab penundaan klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan agar didapat solusi perbaikan, mengingat porsi klaim

rawat inap jauh lebih besar. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor penyebab penundaan klaim pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di rumah sakit.

2. Metode

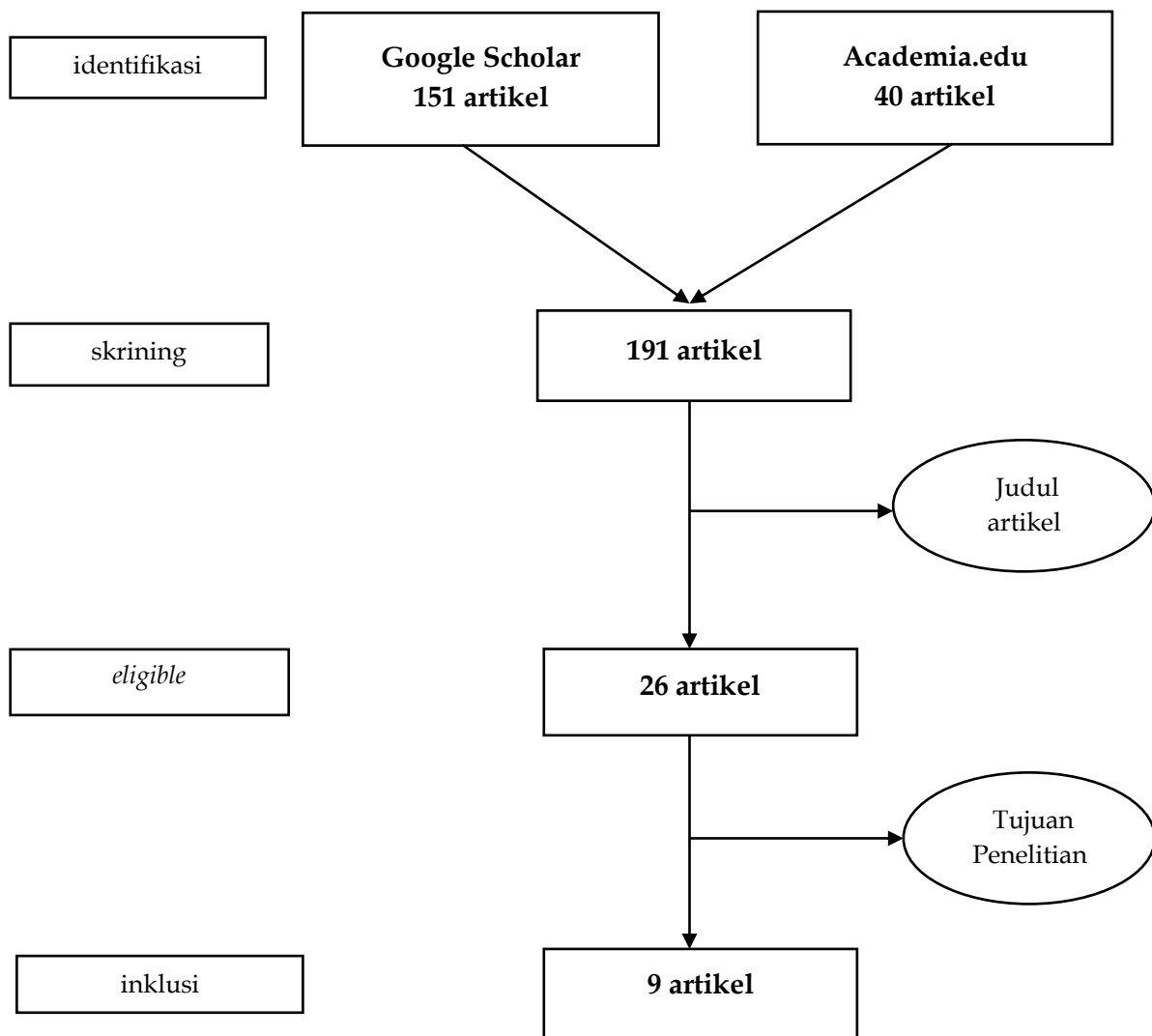
Rancangan penelitian ini adalah *scoping review*. Subjek penelitian adalah jurnal nasional yang berkaitan dengan faktor penyebab penundaan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di rumah sakit. Sampel pada penelitian ini berjumlah 9 artikel penelitian dari jurnal nasional yang berkaitan dengan faktor penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di rumah sakit yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Artikel yang digunakan pada penelitian ini adalah artikel yang berasal dari database *Google Scholar* dan *Academia.edu*, dengan kriteria inklusi sebagai berikut : Penelitian yang bertujuan untuk menganalisa faktor penyebab *pending* klaim pasien rawat inap jaminan bpjs kesehatan di rumah sakit, Penelitian yang dilakukan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, Penelitian yang dipublikasikan pada jurnal terindeks SINTA, *Original research*, Tersedia dalam bentuk *full text*, dengan menggunakan kata kunci “faktor penyebab”, “*pending*

klaim rawat inap jaminan BPJS Kesehatan”, “Rumah Sakit”. Sedangkan kriteria eksklusi meliputi : Penelitian tentang faktor penyebab *pending* klaim pasien bukan rawat inap jaminan bpjs kesehatan di rumah sakit, Penelitian tentang faktor penyebab *pending* klaim pasien rawat inap yang bukan dilakukan di rumah sakit, Penelitian yang dilakukan lebih dari 5 tahun yang lalu, *Review* jurnal, Penelitian yang tidak terindeks SINTA.

Seleksi Studi

Tahap identifikasi pencarian artikel di 2 *database*, peneliti mendapatkan 191 artikel yang sesuai dengan kata kunci telah diperiksa duplikasi dan dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, yaitu 151 artikel dari *Google Scholar* dan 40 artikel dari *Academia.edu*. Tahap skrining 191 artikel berdasarkan kriteria judul artikel, didapatkan 26 artikel yang sesuai dengan judul artikel dan 165 artikel yang tidak sesuai dengan kriteria seleksi judul artikel. Selanjutnya pada tahap *eligible* dilakukan seleksi kembali terhadap 26 artikel berdasarkan pada tujuan penelitian yang sesuai. Hasil akhirnya didapatkan 9 artikel penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi. Hasil seleksi digambarkan dalam diagram alir menggunakan proses seleksi PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)



Gambar 1. Prisma Flow Diagram

3. Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Ringkasan Faktor – Faktor Penyebab *Pending* Klaim Pasien Rawat Inap Jaminan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit

Penulis (Tahun)	Tujuan	Desain Penelitian	Jumlah Sampel	Hasil	Kesimpulan
(Hendra, Aris and Susilowati, 2021)	Mengidentifikasi faktor penyebab penundaan pembayaran oleh BPJS dengan sistem vedika di Rumah Sakit Nur Hidayah	Deskriptif kualitatif	563 berkas	Rata – rata penundaan klaim rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah adalah sebanyak 23 berkas atau sebesar 7%.	Faktor penyebab penundaan klaim pembayaran klaim yaitu persentase ketidaksesuaian coding 43%, berkas yang tidak lengkap sebesar 23% dan diagnosa tidak tepat sesuai kriteria sebesar 34%.
(Triatmaja, Wijayanti and Nuraini,	Melakukan Analisa apa saja faktor penyebab	Kualitatif deskriptif	Petugas Casemix RSUD Haji	Ada beberapa kendala yang dihadapi oleh	1.Kesulitan petugas koding membaca tulisan dokter dan

Penulis (Tahun)	Tujuan	Desain Penelitian	Jumlah Sampel	Hasil	Kesimpulan
2022)	penundaan pembayaran klaim oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) di RSUD Haji Surabaya		Surabaya.	Petugas casemix di RSUD Haji Surabaya dalam kegiatan pengkodean diagnosa dan tindakan pasien. Dapat disimpulkan bahwa permasalahan administrasi klaim sebagai persyaratan klaim yang menjadi faktor penyebabnya, yaitu tidak terlampirnya hasil pemeriksaan penunjang atau data pendukung lain. RSUD Haji Surabaya tidak memiliki SOP mengenai kelengkapan berkas klaim. Selain hal tersebut, jaringan internet di RSUD Haji Surabaya juga seringkali mengalami gangguan, sehingga loading lama dan aplikasi INA-CBG's sering mengalami kendala.	belum memahami beberapa singkatan baru istilah medis. Tingkat pengetahuan petugas perlu ditingkatkan. Kembali dengan mengikuti pelatihan koding khusus untuk pengklaiman BPJS agar permasalahan koding tidak lagi menjadi kendala pada saat pengklaiman. 2. Berkas yang tidak lengkap diantaranya tidak terlampirnya hasil pemeriksaan penunjang medis. 3. Ketidaklengkapan berkas menjadi salah satu penyebab penundaan klaim. 4. Tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur tentang alur pelaksanaan proses klaim dan pengkodean klaim BPJS. 5. Peningkatan spesifikasi <i>processor</i> dan pemeliharaan berkala perangkat keras dan jaringan agar petugas tidak mengalami kesulitan dalam melakukan proses pengiriman berkas klaim BPJS. 6. Penundaan pembayaran mengakibatkan arus kas keuangan rumah sakit menjadi terhambat dan mengalami kerugian.
(Tambunan <i>et al.</i> , 2022)	Mengetahui faktor penyebab pengembalian klaim oleh BPJS Kesehatan di	Deskriptif dengan pendekatan kuantitatif	532 berkas	Pada hasil kajian ini terdapat 532 berkas klaim rawat inap yang dikembalikan.	Faktor utama yang menyebabkan tidak lolosnya verifikasi adalah ketidakjelian para petugas

Penulis (Tahun)	Tujuan	Desain Penelitian	Jumlah Sampel	Hasil	Kesimpulan
	RSUD Tarakan				pemberkasan dan adanya perbedaan cara menetapkan kode diagnosa antara RSUD Tarakan dengan verifikator BPJS Kesehatan
(Juli Muroli, W. Rahardjo and Germas Kodyat, 2020)	Mengevaluasi faktor apa saja yang mempengaruhi penundaan pembayaran klaim rawat inap	Retrospektif dengan Mix Methode	91 berkas dan 13 responden	Kurang lengkapnya ringkasan pasien pulang 41,8% (38 berkas), ketidaktepatan koding 48,4% (44 berkas yang tidak sesuai), ketidaklengkapan berkas administrasi klaim 29,7% (27 berkas yang tidak lengkap), aturan pengelolaan klaim BPJS rawat inap di RSAB Harapan Kita belum lengkap 61,5% (8 responden), pengetahuan petugas pelaksana 53,8% (7 responden), kurangnya sarana dan prasarana di Instalasi Pelayanan Piutang dan Jaminan 61,5% (8 responden), serta monitoring dan evaluasi sudah dilaksanakan 100%	Permasalahan yang dihadapi petugas di IPPJ sebagian besar adalah masalah ringkasan pasien pulang yang belum ada/ belum lengkap, istilah medis baru yang belum familiar sehingga diperlukan konfirmasi kepada DPJP untuk persamaan persepsi, kesulitan untuk koordinasi dengan DPJP dan kurang lengkapnya berkas klaim.
(Santiasih, 2021)	Untuk mengetahui mengapa terjadi pending klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap di RSUD DR.RM Djoelham Binjai	Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	7 informan	Pengisian item-item resume medis yang tidak lengkap dan kurang sesuai, ketelitian petugas dalam proses penginputan, perbedaan pemahaman tentang kelengkapan berkas klaim antara verifikator internal rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan merupakan beberapa faktor	Penundaan pembayaran klaim pasien rawat inap oleh BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai terjadi karena ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian ringkasan pasien pulang, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dengan terapi yang diberikan oleh dokter penanggung

Penulis (Tahun)	Tujuan	Desain Penelitian	Jumlah Sampel	Hasil	Kesimpulan
				penyebab pengembalian klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai	jawab pasien (DPJP). Selain itu, perbedaan pemahaman kelengkapan berkas klaim antara pihak verifikasi internal rumah sakit dengan pihak verifikasi BPJS Kesehatan juga berpengaruh terhadap kelancaran pembayaran klaim.
(ENDRIANI, 2018)	Mengidentifikasi karakteristik klaim yang tertunda dan mengetahui persepsi tenaga medis mengenai penundaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Deskriptif Kualitatif	10 orang dokter spesialis DPJP	Sebanyak 189 berkas rawat inap yang ditunda pembayarannya oleh penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional pada bulan Februari sampai September 2018 dengan total tagihan sebesar Rp. 1.770.641.000, penundaan terbesar ada pada kelompok staf medis ortopedi dan traumatologi.	Hampir seluruh dokter spesialis memiliki persepsi yang sama mengenai penundaan pembayaran klaim oleh penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional.
Supriadi, 2019.	Mengetahui gambaran dan penyebab pengembalian tagihan oleh BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Hermina Ciputat, Tangerang Selatan Banten	Deskriptif dengan pendekatan kualitatif	142 berkas	Penelitian ini menghasilkan temuan bahwa terdapat 142 dokumen klaim rawat inap dan 82 dokumen klaim rawat jalan yang dikembalikan.	Tidak lolos proses verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan merupakan alasan pengembalian klaim, hal ini disebabkan oleh perugas pemberkasan yang kurang teliti dan adanya perbedaan persepsi tentang kaidah kode diagnosa antara Rumah Sakit Hermina Ciputat dengan BPJS Kesehatan.
(Maulida and Djunawan, 2022)	Menganalisis penyebab pending claim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap berdasarkan	Kuantitatif desain cross sectional		Hasil dari penelitian ini adalah 720 berkas pengajuan tagihan pada pelayanan rawat inap RS Universitas Airlangga dengan tiga (3) status klaim yaitu, terdapat 720 berkas	Penyebab terjadinya pending klaim di Rumah Sakit Universitas Airlangga dikarenakan 4 faktor yaitu: Berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding,

Penulis (Tahun)	Tujuan	Desain Penelitian	Jumlah Sampel	Hasil	Kesimpulan
	pengumpulan data.			dengan status klaim layak, 88 berkas dengan status klaim tidak sesuai atau <i>pending</i> , dan 0 dengan status klaim <i>dispute</i> .	kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya eviden terapi.
Irmawati et al, 2018.	Menganalisa penyebab pengembalian berkas tagihan pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim	Survey deskriptif dengan pendekatan cross sectional	49 dokumen	Hasil penelitian menggambarkan ketidaksesuaian kelengkapan administrasi kepesertaan sebanyak 35 dokumen (71%), kesesuaian administrasi kepesertaan sebanyak 37 dokumen (76%), dan kesesuaian pelayanan hanya 10 dokumen (20%)	Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan merupakan salah satu penyebab kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan adanya diagnosa dan dokter penanggung jawab yang belum sesuai. Terdapat juga kendala pada alur pengajuan klaim karena belum adanya Standar Prosedur Operasional Prosedur (SPO)

Hasil *review* 9 literatur yang membahas tentang beberapa faktor yang menyebabkan tertundanya pembayaran klaim pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di rumah sakit, didapat 10 penyebab *pending* klaim :

- a. Ketidaktepatan pemberian koding (3). Menurut hasil penelitian berjudul "Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis dan Faktor Penyebab di Rumah Sakit X Jawa Timur" disebutkan terdapat beberapa faktor penyebab yaitu meliputi pengetahuan petugas koding, kurang lengkapnya informasi penunjang medis, ketidaksesuaian penggunaan singkatan dengan daftar singkatan yang diberlakukan di rumah sakit, dan keterbacaan diagnosis (Nurmalinda Puspitasari*, 2017). Faktor terpenting yang menentukan suatu klaim ditolak atau diterima adalah ketepatan pemberian kode diagnosis dan tindakan pada

berkas resume medis. Bila terdapat kesalahan atau ketidaksesuaian dalam melakukan pengkodean maka akan mempengaruhi kode hasil *grouping* INA-CBG's kasus dan akan mempengaruhi besarnya biaya pengajuan klaim. (Agiwahyunto, Octaviasuni and Fajri, 2019).

- b. Ketidaklengkapan berkas administrasi (7) dan tidak melampirkan hasil pemeriksaan penunjang medis sebagai pendukung diagnosa (1). Berkas pendukung dalam pengajuan klaim pelayanan untuk masing-masing pasien : a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP), b) Surat permintaan masuk rawat inap, c) Ringkasan pasien pulang yang ditandatangani oleh DPJP, d) Bukti pelayanan medis lainnya yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), contohnya laporan operasi atau tindakan medis, protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian

- obat) pemberian obat atau terapi khusus, perincian tagihan rumah sakit (*manual* atau *automatic billing*), berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2017). Kelengkapan dokumen juga merupakan hal penting dalam proses klaim, apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi persyaratan kelengkapan dokumen, maka akan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. (Gustiana, Savitri and Susanti, 2022).
- c. Penegakkan diagnosa tidak sesuai kriteria (3) ; faktor perbedaan persepsi standar penegakan diagnosa antara DPJP dengan BPJS Kesehatan (1), faktor perbedaan sudut pandang mengenai kode diagnosa antara petugas koding rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan (2) dan ketidaksesuaian diagnosa utama dengan DPJP (1). Untuk mengatasi permasalahan tersebut, Kementerian Kesehatan RI telah melakukan upaya kendali mutu dan kendali biaya yang telah beberapa kali mengalami perbaikan sejak beroperasionalnya BPJS Kesehatan. Salah satu upaya kendali biaya yang telah dilakukan yaitu melalui upaya penyelesaian klaim-klaim bermasalah yang diinventarisir baik oleh BPJS Kesehatan maupun oleh Kementerian Kesehatan. Bentuk kesepakatan upaya penyelesaian klaim bermasalah antara BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan Organisasi Profesi dituangkan pertama kali dalam Surat Edaran Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan Nomor HK 03.03/X/1185/2015 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan JKN sebagai solusi permasalahan klaim INA-CBG (BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan, 2018). Terakhir dikeluarkan pada tahun 2019 (KEMENTERIAN KESEHATAN, 2020).
 - d. Ketidaklengkapan resume medis (2). Faktor tersebut merupakan penyebab lain penundaan klaim oleh BPJS Kesehatan. Permasalahan yang dihadapi adalah DPJP belum melengkapi ringkasan pasien pulang secara komprehensif, menurut peneliti kelengkapan berkas rekam medis adalah salah satu penunjang dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Pendokumentasian yang baik dan benar memiliki pengaruh yang besar terhadap mutu rekam medis serta terwujudnya catatan pengobatan dan perawatan pasien yang berkesinambungan. Kelengkapan ringkasan pasien pulang ini juga mempengaruhi kelancaran proses klaim asuransi lain, baik asuransi pemerintah maupun swasta. Karena untuk mengetahui besarnya klaim yang dapat dibayarkan, bergantung pada informasi yang terdapat dalam berkas rekam medis. Pada penelitian ini ketidaklengkapan ringkasan pasien pulang disebabkan oleh belum ada diagnosa utama dan diagnosa sekunder, kurangnya data penunjang medis misalnya bukti hasil laboratorium dan lain-lain (Sarjono and Ruswanti, 2017)
 - e. Belum ada Standar Prosedur Operasional pengelolaan klaim jaminan BPJS Kesehatan (2). Membuat pedoman standar prosedur operasional (SPO) yang efektif akan menunjukkan bahwa organisasi mempunyai keinginan untuk memperbaiki langkah-langkah setiap kegiatan dan pengambilan keputusan

serta merevisinya sesuai tuntutan perubahan situasi. Pedoman manual yang biasa kita sebut SPO adalah salah satu modal terpenting bagi organisasi untuk mengendalikan seluruh keputusan dan kegiatan yang dilaksanakan dengan batasan yang sistematis dan efektif. Makin besar sebuah organisasi akan semakin besar tuntutan untuk mempunyai perangkat kontrol yang memadai. Aspek operasional harus sebaik aspek administrasi. Sisi pendapatan juga harus sama baiknya dengan pengendalian biaya. Semua itu hanya akan terwujud apabila organisasi memiliki panduan baku tentang pengambilan keputusan dan kegiatannya. (ACCOUNTING, 2021)

- f. Sarana dan prasarana di bagian klaim (1). *Bridging* antara SIMRS dengan *Group* INA CBG's membuat petugas tidak dapat melakukan finalisasi klaim jika terdapat kendala pada SIMRS, sehingga pengiriman dokumen klaim ke bagian administrasi klaim terhambat, namun hal ini tidak menyebabkan *pending* klaim karena masih dalam proses verifikasi internal. Faktor penyebab *pending* klaim terkait fasilitas yakni Sistem Informasi Manajemen (SIMRS) yang tidak memadai dan kurangnya perangkat keras seperti komputer dan printer, demikian juga dengan jaringan internet yang seringkali bermasalah. (Sahir and Wijayanti, 2022)
- g. Faktor salah input pada aplikasi klaim (1) dan pengetahuan petugas pelaksana klaim (1). Saat melakukan input data klaim pada aplikasi *e-claim*, ada beberapa data yang perlu dipersiapkan oleh petugas *casemix* secara manual, data-data tersebut dapat pula bersumber dari aplikasi

SIMRS yang telah dimiliki oleh rumah sakit, seperti data kwitansi atau *billing* dari kasir, resep apotek, resume medis perawatan yang telah dikoding, hasil pemeriksaan penunjang medis seperti laboratorium dan radiologi radiologi serta beberapa data manual lainnya sebagai kelengkapan berkas untuk proses klaim di rumah sakit. Untuk proses penagihan tim *Casemix* dapat menggunakan aplikasi bawaan dari kemenkes yang dikenal sebagai *National Casemix Center* disingkat NCC. Aplikasi tersebut disediakan oleh Tim Teknis INA-CBG yang berada di bawah tanggung jawab Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (BPJSDaanalytics.com, 2019).

4. Simpulan Dan Saran

Dari hasil *scoping review* artikel yang masuk dalam kriteria inklusi, didapat bahwa *Pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di rumah sakit disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu ketidaktepatan pemberian koding, ketidaklengkapan berkas administrasi, tidak melampirkan hasil pemeriksaan penunjang sebagai pendukung diagnosa, penegakkan diagnosa tidak sesuai kriteria, perbedaan persepsi standar penegakan diagnosa antara DPJP dengan BPJS Kesehatan, perbedaan sudut pandang mengenai kaidah kode diagnosa antara petugas koding rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan, ketidaksesuaian diagnosa utama dengan DPJP, ketidaklengkapan resume medis, belum ada SPO pengelolaan klaim jaminan BPJS Kesehatan, pengetahuan petugas pelaksana klaim, sarana dan prasarana di bagian klaim dan salah input

pada aplikasi klaim BPJS Kesehatan (*e-claim*).

Komitmen serta dukungan manajemen merupakan hal terpenting dan sangat dibutuhkan dalam menyelesaikan masalah *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap, mulai dari peningkatan kompetensi pegawai melalui sosialisasi dan pelatihan serta koordinasi dengan para spesialis sebagai dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Demikian pula perbaikan sarana dan prasarana serta pengembangan sistem teknologi informasi termasuk *bridging system* antara SIMRS dengan seluruh sistem pelayanan BPJS Kesehatan.

5. Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kepada ibu drg. Sri Rahayu, MMR, Ph.D sebagai dosen Pengampu Mata Kuliah Administrasi dan Kebijakan Kesehatan pada Sekolah Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka atas kesempatan dan bimbingan dalam penulisan karya ilmiah ini. Terimakasih pula kepada Sekolah Pascasarjana Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka dan dr. Vican Sefiany Kolo yang sudah banyak membantu dalam menyelesaikan penulisan karya ilmiah ini.

Daftar Singkatan

BPJS: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ; DPJP: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ; INA-CBG'S: *Indonesian Case Base Groups* ; JKN: Jaminan Kesehatan Nasional ; JKN - KIS: Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat ; NCC: *National Casemix Center* ; PPOK: Penyakit Paru Obstruktif Kronik; PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* ; RSIJ: Rumah Sakit Islam

Jakarta; RSU: Rumah Sakit Umum ; RSUD: Rumah Sakit Umum Daerah; SIMRS: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit ; SINTA: *Science and Technology Index*; SPO: Standar Prosedur Operasional; TB PARU: Tuberkulosis Paru.

6. Daftar Pustaka

- ACCOUNTING, B.U.S.O. (2021) *Mengenal Manfaat dan Cara Pembuatan SOP yang Baik*, BINUS UNIVERSITY SCHOOL OF ACCOUNTING. Available at: <https://accounting.binus.ac.id/2021/12/01/mengenal-manfaat-dan-cara-pembuatan-sop-yang-baik/>.
- Agiwahyunto, F., Octaviasuni, S. and Fajri, M.U.N. (2019) 'Analisis Implementasi Total Quality Management (TQM) Pada Kasus Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSUD Kendal Tahun 2018', *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 7(3), pp. 171-180. Available at: <https://doi.org/10.14710/jmki.7.3.2019.15-24>.
- BPJS Kesehatan (2017) 'Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan', *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*, pp. 1-26.
- BPJS Kesehatan (2020) *Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia*, BPJS Kesehatan. Available at: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4>.
- BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan (2018) 'Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 1', 2938(14).
- BPJSDataanalytics.com (2019) *CaseMix INACBG (E-Klaim)*, BPJSDataanalytics.com. Available at: <https://bpjsdataanalytics.com/system-casemix-inacbg-rumah-sakit-rs>.
- Djatiwibowo, K., Januari, P. and Ep, A.A. (2018) 'Faktor-Faktor

- Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016', *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2), pp. 122-134. Available at: <https://doi.org/10.7454/arsi.v4i2.2564>.
- ENDRIANI, H. (2018) 'PENUNDAAN KLAIM PADA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI RSUP Dr. SEORADJI TIRTONEGORO KLATEN'. Available at: http://etd.repository.ugm.ac.id/p_enelitian/detail/163739.
- Gustiana, S., Savitri, F.W. and Susanti, A.S. (2022) 'Analisis Prosedur Klaim Bpjs Dan Sop Rawat Inap', 4(2), pp. 40-46.
- H Kara, O.A.M.A. (2014) 'Peraturan BPJS NO 7 tahun 2018 tentang PENGELOLAAN ADMINISTRASI KLAIM FASILITAS KESEHATAN DALAM PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN DENGAN', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(2), pp. 107-15.
- Hendra, E.R., Aris, W. and Susilowati (2021) 'Analysis Pending Claim Payments the Indonesian National Health Insurance System in Vedika System Nur Hidayah Hospital Yogyakarta', *Jurnal Wiyata*, 8, pp. 72-83.
- Iqbal, M.F. (2022) 'Ketentuan Kodefikasi Pneumonia Kasus Rawat Inap pada Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan ICD 10 RSUD Budhi Asih , Cawang Jakarta Timur Korespondensi autor : Fuad.eqbal@gmail.com', 2(1), pp. 1-7.
- Juli Muroli, C., W. Rahardjo, T.B. and Germas Kodyat, A. (2020) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019', *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSII)*, 4(2), pp. 191-197. Available at: <https://doi.org/10.52643/marsi.v4i2.1040>.
- KEMENTERIAN KESEHATAN (2020) 'BA-kesepakatan-pending-klaim-th-2019.pdf'.
- Kurnia, E.K. and Mahdalena (2022) 'Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X Periode Triwulan 1 Tahun 2022.', *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas)*, pp. 173-177.
- Kusumawati, A.N. (2020) 'Faktor - Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018', 47(1), pp. 2018-2021.
- Maulida, E.S. and Djunawan, A. (2022) 'Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga', (February), pp. 374-379.
- MUHAMMADIYAH PUBLIC HEALTH JURNAL (2020) *Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim Bpjs Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura*, MUHAMMADIYAH PUBLIC HEALTH JURNAL. Available at: <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/MPHJ/article/view/7021/4511>.
- Nurmalinda Puspitasari*, D.R.K. (2017) 'EVALUASI TINGKAT KETIDAKTEPATAN PEMBERIAN KODE DIAGNOSIS DAN FAKTOR PENYEBAB DI RUMAH SAKIT X JAWA TIMUR Nurmalinda Puspitasari * , Diah Retno Kusumawati * *', *Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis Dan Faktor Penyebab Di Rumah Sakit X Jawa Timur*, 3(1).
- Sahir, L. and Wijayanti, R.A. (2022) 'Faktor Penyebab Pending Claim Ranap Jkn Dengan Fishbone

- Diagram Di Rsup Dr Kariadi', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), p. 190. Available at: <https://doi.org/10.33560/jmiki.v10i2.480>.
- Santiasih, W.A. dkk (2021) 'Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan', 7(2), pp. 1381-1394.
- Sarjono, A. and Ruswanti, E. (2017) 'Penundaan Klaim BPJS rawat inap disebabkan ketidaklengkapan rekam medis (Studi Kasus di Rumah Sakit Sari Asih Karawaci Tangerang', *Universitas Esa Unggul Jakarta*, 4, pp. 31-39.
- Tambunan, S. *et al.* (2022) 'Tinjauan Faktor Penyebab Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Tertunda di RSUD Tarakan', *COMSERVA Indonesian Journal of Community Services and Development*, 1(10), pp. 816-823. Available at: <https://doi.org/10.36418/comserva.v1i10.134>.
- Triatmaja, A.B., Wijayanti, R.A. and Nuraini, N. (2022) 'Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rsu Haji Surabaya', *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 3(2), pp. 131-138. Available at: <https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i2.2252>.

Tinjauan Ketepatan Kode Cedera *Multiple* pada Kasus *External Cause* di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Review of The Accuracy of Multiple Injury Code in External Cause at RSUP Dr. M. Djamil Padang

Oktamianiza¹
Diah Salsa Billa²
Kalasta Ayunda Putri³
Yulfa Yulia⁴
Afridon⁵

^{1,2,3,4,5}Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Dharma Landbouw Padang, Jurusan Sanitasi Lingkungan Poltekkes Kemenkes Padang
Email: oktamianiza@gmail.com

Abstract

The accuracy of the code is very necessary so that the information generated from the diagnosis and medical treatment is accurate. However, researchers found in Dr. M. Djamil Padang there are still 29 incorrect codes (76.3%). This is because the determination of multiple injury codes is written separately and fracture diagnosis is not equipped with a fifth character code. The purpose of this study was to determine the accuracy of multiple injury codes in external cause cases at RSUP Dr. M. Djamil Padang. This research was conducted from May to June 2022. The type of research conducted was quantitative with a descriptive approach. The number of samples was 38 using the purposive sampling method, the data collection instrument used a checklist table with univariate analysis. The results of the research that has been carried out found that the frequency of diagnostic accuracy is 27 (71.1%) incorrect diagnoses, the frequency of conformity of primary and secondary diagnoses is 19 (50.0%) incorrect diagnoses, and the frequency of accuracy of diagnostic codes is 29 (76, 3%) code is not correct. So it can be concluded that there are still causes of inaccuracy in coding, which can be seen from the 3 components of the analysis carried out that affects the accuracy of the code. Therefore, researchers suggest that coders should pay attention to the rules and procedures for coding diagnoses based on ICD-10.

Keywords: *accuracy; suitability; medical records; codification*

Abstrak

Ketepatan kode sangat diperlukan agar informasi yang dihasilkan dari diagnosa dan tindakan medis menjadi tepat. Namun peneliti menemukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang masih terdapat kode yang tidak tepat sebanyak 29 (76,3%). Hal tersebut dikarenakan penetapan kode cedera *multiple* ditulis secara terpisah dan diagnosa fraktur tidak dilengkapi dengan kode karakter kelima. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui ketepatan kode cedera *multiple* pada kasus *external cause* di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei sampai Juni 2022. Jenis penelitian yang dilakukan adalah kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Jumlah sampel sebanyak 38 dengan menggunakan metode *purposive sampling*, instrumen pengumpulan data menggunakan tabel *checklist* dengan analisis univariat. Hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan frekuensi ketepatan diagnosa sebanyak 27 (71,1%) diagnosa tidak tepat, frekuensi kesesuaian diagnosa utama dan diagnosa sekunder sebanyak 19 (50,0%) diagnosa tidak sesuai, dan frekuensi ketepatan kode diagnosa sebanyak 29 (76,3%) kode tidak tepat. Sehingga disimpulkan masih terdapatnya penyebab ketidaktepatan pengodean dapat dilihat dari 3 komponen analisis yang dilakukan

sehingga mempengaruhi ketepatan kode. Maka dari itu peneliti menyarankan koder sebaiknya memperhatikan aturan dan tata cara pengkodean diagnosa berdasarkan ICD-10.

Kata kunci : ketepatan; kesesuaian; rekam medis; kodefikasi

1. Pendahuluan

Kegiatan kodefikasi atau disebut juga dengan juga pengkodean adalah penyusunan jaminan kode dengan melibatkan huruf atau angka atau campuran huruf dalam angka yang membahas sebagian data (Oktamianiza 2021). Kodefikasi juga berarti suatu kegiatan memberikan kode diagnosa utama dan diagnosa sekunder sesuai dengan ICD-10 yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan sesuai dengan ICD-9 CM (Kemenkes RI 2016).

Salah satu bagian dalam ICD-10 adalah Bab XIX, yang merupakan bagian yang mengatur tentang cedera, keracunan dan konsekuensi tertentu lainnya dari *external cause*. Cedera adalah sesuatu kerusakan pada struktur atau fungsi tubuh karena suatu paksaan atau tekanan fisik maupun kimiawi. Bab XIX ini terdiri dari 21 blok kategori mulai dari S00-T98. Pada bagian ini terdapat kode khusus untuk cedera *multiple* (cedera yang terjadi di beberapa area tubuh) yang dikategorikan pada kode T00-T07.

Cedera *multiple* ini digunakan ketika bagian masing - masing kondisi tidak memadai, keadaan dapat dikodekan hanya dengan satu kode. Penyebab luar pada Bab XIX akan digunakan secara bersamaan dengan bab XX (*external cause*) penyakit dan kematian) pada ICD-10. Penggunaan kode bab XX digunakan untuk klasifikasi peristiwa lingkungan, keadaan dan kondisi sebab cedera, keracunan dan akibat samping lainnya (Oktamianiza 2020).

Berdasarkan survei awal pada tanggal 16 Februari 2022 di RSUD Dr. M. Djamil Padang didapatkan 140 kasus cedera pada bulan Januari sampai Maret tahun 2022. Peneliti menemukan dari 140 kasus cedera terdapat 40 kasus cedera *multiple*. Peneliti melakukan observasi pada 10 berkas rekam medis dan ditemukan ketepatan kode cedera *multiple* 100% tidak tepat. Hal tersebut disebabkan pada rekam medis pasien tertulis diagnosa utamanya cedera kepala ringan sedangkan diagnosa sekunder adalah cedera permukaan leher. Kedua diagnosa tersebut dikode terpisah yaitu S09.8 untuk diagnosa cedera kepala ringan dan S10.9 untuk diagnosa cedera permukaan leher. Seharusnya dikode dengan T00.0 yaitu cedera permukaan kepala dengan leher karena kedua diagnosa tersebut merupakan cedera *multiple* sehingga penulisan diagnosa hanya pada diagnosa utama saja tetapi peneliti menemukan kedua diagnosa cedera tersebut dituliskan pada diagnosa utama dan diagnosa sekunder. Hal tersebut menyebabkan kode yang dihasilkan dihasilkan menjadi salah.

Faktor - faktor yang mempengaruhi ketepatan kode penyakit adalah tenaga kerja klinis (spesialis), petugas koding, kelengkapan arsip rekam klinis, kebijakan dan sarana / prasarana (Oktamianiza 2019). Faktor - faktor tersebut berdampak pada kegiatan pengodean di rumah sakit. Dimana kegiatan pengkodean merupakan pengelompokan hasil diagnosa pasien dan pada akhirnya mempermudah untuk menentukan tugas atau biaya pertimbangan pasien, namun terkadang masih terdapat kesalahan

(Oktamianiza 2016). Berdasarkan masalah diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Tinjauan Ketepatan Kode Cedera *Multiple* Pada Kasus *External Cause* Di RSUP Dr. M. Djamil Padang”.

2. Metode

Metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif digunakan peneliti dalam penelitian ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi ketepatan diagnosa, kesesuaian diagnosa utama dan diagnosa sekunder, serta ketepatan kode. Ketepatan diagnosa utama dan diagnosis sekunder didapatkan jika diagnosis telah spesifikasikan ICD-10 dan ICD-9CM. Kesesuaian DU dan DS bilamana sesuai dan tidak sesuai berdasarkan aturan morbiditas (rule 1 - 5). Sedangkan ketepatan kode bilamana tepat atau tidak tepat berdasarkan ICD-10. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei sampai Juni dan pengambilan data dilakukan pada tanggal 15 sampai 17 Juni 2022 pada bagian rekam medis di RSUP Dr. M. Djamil Padang, dengan menggunakan metode *purposive sampling* peneliti mendapatkan jumlah sampel sebanyak 38. Instrumen pengumpulan data menggunakan tabel *checklist* dengan analisis univariat.

3. Hasil dan Pembahasan

1. Ketepatan Diagnosa Kasus Cedera *Multiple* di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 38 rekam medis pasien diperoleh hasil presentase ketepatan diagnosa sebagai berikut :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Ketepatan Diagnosa Kasus Cedera *Multiple* di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Ketepatan Diagnosa	f	%
Tidak Tepat	27	71,1
Tepat	11	28,9
Total	38	100,0

Berdasarkan tabel 1 hasil penelitian yang dilaksanakan peneliti di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022 bahwa dari 38 rekam medis kasus cedera *multiple* peneliti menemukan 27 (71,1%) diagnosa cedera *multiple* yang tidak tepat dan 11 (28,9%) diagnosa yang tepat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilaksanakan oleh (Rahmawati 2020) bahwa dari 100 sampel rekam medis terdapat 42 (42%) penulisan diagnosa yang tepat dan sesuai ICD-10 dan 58 (58%) penulisan diagnosa yang salah.

Dalam tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, disebutkan bahwa untuk memenuhi INA-CBGs, dokter dituntut untuk membuat diagnosa yang tepat dan jelas sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9 (CM) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2012). Diagnosa untuk beberapa kondisi seperti beberapa cedera, beberapa gejala sisa penyakit atau cedera sebelumnya, atau beberapa kondisi yang muncul pada HIV, jika satu kondisi jelas lebih parah dan menggunakan lebih banyak sumber daya daripada yang lain dicatat sebagai diagnosis primer dan yang lainnya sebagai diagnosis sekunder. Fraktur ganda atau penyakit HIV yang menyebabkan infeksi ganda dapat dituliskan sebagai diagnosa utama jika tidak ada salah satu kondisi yang menonjol dan kondisi lain dituliskan sebagai diagnosa sekunder. (Kemenkes RI 2016).

Menurut analisis peneliti beberapa penulisan diagnosa tidak

tepat dikarenakan penulisan diagnosa tidak sesuai dengan ICD-10 ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Rahmawati 2020) ketidaktepatan diagnosa juga dikarenakan oleh penulisan diagnosa yang tidak sesuai dengan ICD-10. Ketidaksesuaian tersebut disebabkan karena pada rekam medis diagnosa cedera *multiple* ditulis secara terpisah. Ketidaktepatan diagnosa cedera *multiple* banyak ditemukan pada diagnosa cedera kepala ringan dengan presentase 21,05% (8 rekam medis) dan fraktur *femur* dengan presentase 18,42% (7 rekam medis). Dengan demikian, untuk mengurangi kesalahan penulisan diagnosa, dokter sebagai penegak diagnosa agar dapat menuliskan diagnosa yang sesuai dengan ICD-10. Penulisan diagnosa yang tepat dapat membantu koder dalam memilih istilah utama dan pengkodean penyakit sesuai ICD-10.

2. Kesesuaian Diagnosa Utama dan Diagnosa Sekunder Kasus Cedera *Multiple* di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 38 rekam medis pasien diperoleh hasil presentase kesesuaian diagnosa utama dan diagnosa sekunder sebagai berikut :

Tabel 2. Distribusi Frekuensi

Kesesuaian Diagnosa Utama Dan
Diagnosa Sekunder Kasus Cedera
Multiple di RSUP Dr. M. Djamil
Padang

Kesesuaian Diagnosa Utama dan Diagnosa Sekunder	f	%
Tidak Sesuai	19	0,0
Sesuai	19	0,0
Total	38	00,0

Berdasarkan tabel 2 hasil penelitian yang dilaksanakan

peneliti di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022 bahwa dari 38 rekam medis peneliti menemukan 50 (50,0%) diagnosa cedera *multiple* tidak sesuai dan 50 (50%) diagnosa yang sesuai. Ketidaksesuaian diagnosa utama dan diagnosa sekunder menunjukkan angka yang lebih besar daripada hasil penelitian yang dilakukan (Oktamianiza 2016) yaitu 24 (24,0%) diagnosa utama yang belum tepat.

Diagnosis utama adalah diagnosis yang diberikan oleh dokter pada akhir sesi terapi yang membenarkan kebutuhan pasien untuk perawatan. Sedangkan diagnosis sekunder adalah diagnosis yang berkembang bersamaan dengan diagnosis primer saat pasien memulai atau sepanjang episode pengobatan (Kemenkes RI 2016).

Menurut analisis peneliti beberapa penulisan diagnosa tidak sesuai dikarenakan diagnosa cedera *multiple* seharusnya ditulis sebagai diagnosa utama saja namun pada rekam medis dituliskan sebagai diagnosa utama dan diagnosa sekunder. Ketidaksesuaian diagnosa cedera *multiple* banyak ditemukan pada diagnosa cedera kepala ringan dengan presentase 13,15% (5 rekam medis). Cedera *multiple* pada diagnosa utama dituliskan cedera kepala ringan sedangkan pada diagnosa sekunder dituliskan cedera pada leher. Seharusnya diagnosa tersebut ditulis pada diagnosa utama saja yaitu *Superficial injuries involving head with neck* (Iman, Ismail, and Setiadi 2021). Dengan demikian, untuk mengurangi ketidaksesuaian diagnosa sebaiknya koder melakukan konfirmasi kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP) terkait penulisan diagnosa

utama dan diagnosa sekunder pada rekam medis.

3. Ketepatan Kode Cedera *Multiple* di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 38 rekam medis pasien diperoleh hasil presentase ketepatan kode sebagai berikut :

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Ketepatan Kode Cedera *Multiple* di RSUP Dr. M. Djamil Padang

	Ketepatan Kode	
	Tidak Tepat	29
Tepat	9	23,7
Total	38	100,0

Berdasarkan tabel 3 hasil penelitian yang dilaksanakan peneliti di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022 bahwa dari 38 rekam medis peneliti menemukan 29 (76,3%) kode cedera *multiple* yang tidak tepat dan 9 (23,7%) kode yang tepat. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilaksanakan oleh (Adinda dkk, 2018) bahwa dari 77 rekam medis pasien cedera terdapat 28 rekam medis (36,36%) kode diagnosanya tepat dan terdapat 49 rekam medis (63,64%) kode diagnosanya tidak tepat.

Ketepatan adalah tepat, ketelitian, kejutuan. Jika kode ditulis spesifik sesuai dengan kode yang ada pada ICD-10 maka kode tersebut dapat dikatakan tepat (Oktamianiza 2019). Jika beberapa kondisi dicatat dalam kategori berjudul "*multiple...*" dan tidak ada yang menonjol, kode dari kategori "*multiple...*" harus digunakan sebagai kode diagnosis utama dan kondisi lainnya sebagai kode diagnosis sekunder. Kode ini terutama digunakan untuk penyakit yang berhubungan dengan penyakit HIV, cedera dan gejala sisa. Jika beberapa cedera

dituliskan dan tidak ada yang dipilih sebagai diagnosis utama, pilih kode kategori yang tersedia untuk beberapa pernyataan cedera, salah satunya adalah cedera serupa tetapi tidak di area tubuh yang sama, lalu kode T00-T05. Saat menggunakan cedera *multiple*, kode untuk setiap cedera dapat digunakan sebagai kode tambahan, selain kode diagnostik utama, sehingga cedera terkait dapat diidentifikasi dengan kode tambahan. Fraktur yang tidak jelas tertutup atau terbuka hendaknya diklasifikasikan sebagai tertutup.

0 untuk cedera tertutup
1 untuk cedera terbuka (Kemenkes RI 2016).

Menurut analisis peneliti beberapa penetapan kode tidak tepat dikarenakan penetapan kode yang tidak sesuai dengan ICD-10. Ketidaktepatan tersebut disebabkan karena pada rekam medis kode cedera *multiple* dikode secara terpisah dan kode diagnosis fraktur tidak dilengkapi dengan kode karakter kelima padahal dalam (Kemenkes RI 2016) telah dijelaskan bahwa jika pada diagnosis utama terdapat cedera jenis tetapi tidak pada lokasi yang sama maka diagnosis tersebut dikode dengan cedera *multiple* (T00-T05). Ketidaktepatan kode cedera *multiple* banyak ditemukan pada diagnosis fraktur *femur* dengan presentase 18,42% (7 rekam medis) (Oktamianiza et al. 2021). Dengan demikian, untuk mengurangi ketidaktepatan kode diagnosis sebaiknya koder memperhatikan aturan dan tata cara pengkodean diagnosis berdasarkan ICD-10.

4. Kesimpulan

Dari hasil penelitian di RSUP Dr. M. Djamil Padang, maka dapat disimpulkan bahwa Ditemukan dari 38 rekam medis kasus cedera *multiple*, peneliti menemukan lebih dari separuh (71,1%) penulisan diagnosa cedera *multiple* yang tidak tepat. Ditemukan dari 38 rekam medis kasus cedera *multiple* peneliti menemukan separuh (50,0%) diagnosa cedera *multiple* tidak sesuai. Ditemukan dari 38 rekam medis kasus cedera *multiple* peneliti menemukan lebih dari separuh (76,3%) kode cedera *multiple* yang tidak tepat.

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

- Adinda, dkk. (2018). Tinjauan Akurasi Kode Pasien Cedera Pada Kasus Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan ICD 10 di RSU Muhammadiyah Ponorogo. *Global Health Science*, 3(3), 172-173.
- Fadhilah. (2021). Analisis Ketepatan Kode External Cause di Rumah Sakit Angkatan Udara dr. M. Salamun. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(8), 960-970.
- Ikhwan et al. (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(1),

52-60.

<https://doi.org/10.33560/.v4i2.132>

- Iman, Arief Tarmansyah, Maulana Yusuf Ismail, and Dedi Setiadi. 2021. "Tinjauan Akurasi Kode Diagnosis Dan Kode Penyebab Luar Pada Kasus Cedera Kepala Yang Disebabkan Kecelakaan Lalu Lintas Di Rumah Sakit Umum Pusat." *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* 4(1): 24-31.

- Kemenkes RI. (2008). *Permenkes 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran* (pp. 3-4). <http://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/peraturan-menteri-kesehatan-nomor-290-tahun-2014-tentang-persetujuan-tindakan-kedokteran.pdf>

- Kemenkes RI. (2012). *PERMENKES RI Nomor 40 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Menkes RI. http://dx.doi.org/10.1016/j.actamat.2015.12.003%0Ahttps://inis.iaea.org/collection/NCLCollectionStore/_Public/30/027/30027298.pdf?r=1&r=1%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jmrt.2015.04.004

- Kemenkes RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Group (INACBG)*. 2016. (Issue 92, p. 24). [https://www.rstuguibu.com/files/PMK/76 TAHUN 2016.pdf](https://www.rstuguibu.com/files/PMK/76%20TAHUN%202016.pdf)

- Kemenkes RI. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien*. Kementrian Kesehatan RI.

- Ningsih, A. (2016). Ketepatan Pengkodean Diagnosis Pada

- Kasus Cedera di RSUD Prambanan Tahun 2016. *Doctoral Dissertation, Perekam Dan Informasi Kesehatan*.
- Notoatmodjo S. (2014). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Oktamianiza. (2016). Ketepatan pengkodean penulis diagnosa utama penyakit pada rekam medis Pasien rRawat Inap JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) Di RSI Siti Rahmah Padang Tahun 2016. *Oktamianiza, SKM, M. K, X(72)*, 159-167.
- Oktamianiza. (2019). *Mortalitas Koding*. CV Delta Agung Jaya.
- Oktamianiza. (2020). *Kodefikasi Diagnosis Sebab Luar*. CV. Padang Print Centre.
- Oktamianiza. (2021). *Manajemen Berkas dan Isi Rekam Medis Pada Sarana Pelayanan Kesehatan*. CV. Padang Print Centre.
- Oktamianiza, Oktamianiza et al. 2021. "Analysis of Differences in Tariff for Health Service Based on Sustainability of Diagnosis on Admission and Summary Discharge Form with INA-CBGs Verification." *International Journal of Engineering, Science and Information Technology* 1(3): 82-86.
- Rahmawati, E. N. (2020). Hubungan Ketepatan Penulisan Terminologi Medis terhadap Keakuratan Kode pada Sistem Cardiovascular. *Jmiki*, 8(2), 93-101. <https://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/251>
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.
- WHO. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Volume 2 Instruction Manual*.
- Yulastika Saraswati, D. (2014). Tinjauan Penggunaan Terminologi Medis Dalam Penulisan Diagnosis Utama Pada Lembar Masuk dan Keluar Berdasarkan ICD-10 Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soehardi Prijonegoro Sragen. *Jurnal Kesehatan*, 7(2), 353-360.

**Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Pada RM A-1, RM I-1 dan RM L-8
dengan Keakuratan Pengodean Diagnossis *Appendic* Pada Rekam Medis Rawat
Inap di RS. Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang
Tahun 2021**

**The Relationship of Medical Information Completeness on RM A-1, RM I-1 And
RM L-8 with *Appendic* Diagnostic Coding Accuracy in Inpatient Medical Records
in RS.Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang Year 2021**

**Yulfa Yulia¹
Oktamianiza²
Kalasta Ayunda Putri³
Afridon⁴
Ayunda Sandony⁵**

^{1,2,3,4,5}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Dharma Landbouw Padang
Jalan Anwar No.29 Ulak Karang Padang
Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekes Kemenkes Padang
Email: yulfatugas@gmail.com

Abstrak

*Appendix is included in the 20 most diseases in Kindergarten Hospital. III Dr. Reksowidiryio Padang. This study aims to determine the relationship between completeness of medical information and the accuracy of coding *appendic* diagnoses based on ICD-10, the total population in January–December 2021 was 110 along and a sample of 110 *appendic* medical record files with a saturated sample, the study was conducted by direct observation, data analysis used namely univariate and bivariate. With the results of the study, it was found that the completeness of complete medical information was 42 (38.2%), the completeness of incomplete medical information was 68 (61.8%), the accuracy of the accurate diagnosis code was 45 (40.9%), the accuracy of the code was There were 65 (59.1%) inaccurate diagnoses, with p -value = 0.003 ($p < 0.05$), which means that there is a relationship between the completeness of medical information and the accuracy of coding for *appendic* diagnoses. With the results of the study, it is known that the completeness of medical information and the accuracy of the disease diagnosis code is still not good, the researchers suggest that health workers can fill in each item of the medical record sheet completely and write down the diagnosis code accurately and clearly in order to increase efforts to complete the diagnosis and completeness of the diagnosis medical information.*

Keywords: *completeness of medical information; accuracy of diagnostic code*

Abstrak

Appendix termasuk kedalam 20 penyakit terbanyak di RS TK. III Dr. Reksowidiryio Padang Penelitian ini bertujuan untuk diketahui hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan pengodean diagnossis *appendic* berdasarkan ICD-10. Jenis penelitian korelasional, jumlah populasi pada bulan Januari-Desember 2021 sebanyak 110 dan menjadi sampel 110 berkas rekam medis *appendic* dengan sampel jenuh, dilakukan dengan observasi, analisis data yang digunakan yaitu univariat dan bivariat . Dengan hasil penelitian yang didapatkan kelengkapan informasi medis yang lengkap sebanyak 42 (38,2%), kelengkapan informasi medis yang tidak lengkap sebanyak 68 (61,8%), keakuratan kode diagnossis yang akurat sebanyak 45 (40,9%), keakuratan kode diagnossis yang tidak

akurat sebanyak 65 (59,1%), dengan p value = 0,003 ($p < 0,05$) yang berarti terdapat hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan pengodean diagnosis appendic. Dengan hasil penelitian yang didapatkan diketahui bahwa kelengkapan informasi medis dan keakuratan kode diagnosis penyakit masih kurang baik, maka peneliti menyarankan agar tenaga kesehatan dapat mengisi setiap item lembar rekam medis dengan lengkap dan menuliskan kode diagnosis dengan tepat dan jelas agar meningkatkan upaya kelengkapan penulisan diagnosis dan kelengkapan informasi medis.

Kata kunci : *kelengkapan informasi medis; keakuratan kode diagnosis*

1. Pendahuluan

Rekam medis merupakan faktor pendukung yang berpengaruh terhadap layanan kesehatan dimana memuat tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, pengobatan yang diberikan kepada pasien serta tindakan yang harus dilakukan terhadap pasien yang diisi tenaga kesehatan yang berlisensi (Permenkes, 2008).

Informasi medis adalah pengisian kode diagnosis yang tepat dengan cara melihat lengkap atau tidak lengkapnya informasi medis yang dapat berpengaruh terhadap diagnosis utamanya (Astuti RD, Riyoko, 2007). Informasi medis digunakan untuk melakukan pengodean berupa angka dan huruf untuk mempresentasikan sebuah data, dengan tujuan mengetahui akurat atau tidaknya pengodean yang dilakukan sebagai patokan diagnosis yang diberikan oleh dokter (DepKes, 2006). Salah satu hal terpenting yang wajib dilakukan tenaga rekam medis untuk melindungi kualitas rekam medis dengan cara menjaga keutuhan informasi medis terkait alur kesehatan dimulai dari awal pengobatan hingga pasien keluar, termasuk pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya.

Pengodean merupakan proses yang menggunakan huruf dan angka untuk memberikan sebuah kode. Hal yang wajib dilakukan petugas rekam medis yaitu memperhatikan akurat atau tidaknya kode diagnosis, pengodean diagnosis dilakukan secara benar akan mendapatkan hasil yang valid. Tepat dalam memberi dan menuliskan kode dapat digunakan dalam pemberian perawatan, tagihan klaim, meningkatkan kualitas layanan, melihat angka kematian dan kesakitan, menampilkan sepuluh penyakit terbanyak dan lain sebagainya menyangkut dengan layanan kesehatan (Hatta 2012) dalam (Susanto & Sugiharto, 2017).

Keakuratan kode diagnosis sangat berperan terhadap statistik layanan kesehatan sebagai penentu populasi laporan penyakit dan kematian, karena seandainya diagnosis salah akan menyebabkan kerugian finansial dan mempengaruhi kebijakan rumah sakit. Dokter, tenaga medis dan tenaga coding merupakan faktor terciptanya kode diagnosis yang tepat. Diagnosis pasien tidak dapat diubah untuk itu diagnosis harus diisi lengkap dan jelas sesuai standar operasional prosedur (Indonesia, 2006). Karena kode diagnosis yang dikatakan akurat berdasarkan standar

pelayanan bidang rekam medis minimal yaitu jika angkanya mencapai 100% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2008). Hasil penelitian (Rohman H, Hariyono W, 2011) juga mengemukakan bahwa informasi medis, yaitu pengisian pengodean diagnosis adalah penyebab akuratnya sebuah kode.

Berdasarkan penelitian dilakukan oleh (Wariyanti, 2014) dengan judul Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Diagnosis Rekam Medis Rawat Inap Di RSUD Kabupaten Karanganyar Tahun 2013, didapatkan hasil kelengkapan informasi 34,10%, kelengkapan informasi medis yang tidak lengkap 65,90%, keakuratan kode diagnosa akurat sebesar 59,90%, keakuratan kode diagnosa tidak akurat sebesar 40,10%. Pemberian informasi medis lengkap dengan kode diagnosa akurat sebesar 66,67%, pemberian informasi medis lengkap namun kode diagnosa tidak akurat sebesar 33,33%, dan pemberian informasi medis tidak lengkap tapi kode diagnosanya akurat sebesar 27,59%, serta pemberian informasi medis tidak lengkap dan tidak akurat sebesar 72,59%.

Berdasarkan observasi langsung yang peneliti lakukan pada 10 rekam medis rawat inap penyakit *appendic* di rumah sakit TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang, dari 10 berkas didapatkan hasil ketidaklengkapan informasi medis pada RM A-1 (resume medis), RM I-1 (catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap/CPPT RI) dan RM L-8

(pemeriksaan labor) sebanyak 7 (70%), dan 3 (30%) rekam medis rawat inap yang informasinya lengkap, sedangkan untuk keakuratan pengodean diagnosis penyakit *appendic* didapatkan 4 (40%) rekam medis yang pengodeannya tidak akurat dan 6 (60%) yang akurat.

Hal ini berpengaruh pada efektifnya sebuah data informasi yang digunakan untuk mengelola pelayanan kesehatan dan keakuratan kode penyakit di Rumah Sakit Tentara Dr. Reksowidiryo Padang belum mencapai minimal standar pelayanan, berdasarkan Permenkes No. 29 th 2008 maksimal harus 100%. Jika kode yang terdapat dalam berkas rekam medis salah akan berdampak pada pembiayaan layanan kesehatan. Peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian berdasarkan uraian di atas dengan judul “Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Pada RM A-1, I-1 dan L-8 Dengan Keakuratan Pengodean Diagnosis *Appendic* Pada Rekam Medis Rawat Inap Di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2021”.

2. Metode

Jenis penelitian ini kuantitatif dengan korelasional yaitu hubungan antara dua variable atau lebih. Penelitian dilaksanakan di RS TK. III Dr. Reksowidiryo Padang, dengan jumlah populasi pada bulan Januari-Desember 2021 sebesar 110 dengan sampel 110 berkas rekam medis *appendic* dengan teknik pengambilan sample jenuh dimana keseluruhan populasi diambil sebagai sampel.

Metode pengamatan yaitu observasi dengan analisis bivariat dan univariat.

3. Hasil Dan Pembahasan

1. Kelengkapan Informasi Medis Pada RM A-1, RM I-1 dan RM L-8

Berikut merupakan hasil penelitian dari 110 rekam medis rawat inap diagnosis *appendic*, diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Informasi Medis Pada RM A-1, Rm I-1 Dan RM L-8 Diagnosis *Appendic* Pada Rekam Medis Rawat Inap Di RS TK. III Dr. Reksodiwiryono Padang Tahun 2021

Kategori	Jumlah DRM (Dokumen Rekam Medis)
Tidak lengkap	68
Lengkap	42
Total	110

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 110 berkas rekam medis pasien rawat inap pada diagnosis *appendic*, peneliti menemukan lebih separuh 68 (61,8%) kelengkapan informasi medis diagnosis *appendic* rawat inap yang tidak lengkap.

Dari hasil penelitian terhadap 110 rekam medis diagnosis *appendic* rawat inap di rumah sakit TK. III Dr. Reksodiwiryono Padang, didapatkan ketidaklengkapan informasi medis pada RM A-1, RM A I-1 dan RM L-8 sebanyak 68 (61,8%), dan 42 (38,2%) kelengkapan informasinya medis lengkap.

Sejalan dengan penelitian Siregar, 2019 dengan judul Hubungan Kelengkapan Antara Informasi Medis Dan Keakuratan Pada Diagnosis Acute Appendic di RSUD Sibuhan, didapatkan bahwa kelengkapan pengisian informasi medis sebanyak 45%, dan 55% ketidak lengkapan dalam pengisian informasi medis. Keakuratan kode diagnosis kasus *appendic* sebanyak 37% dan ketidakakuratan kode diagnosis sebanyak 63%. Dengan yang didapatkan sama dengan 0,01 dengan demikian dapat disimpulkan adanya hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan pengodean diagnosis acute *appendic* di RSUD

Sibuhan. Menurut analisa peneliti terdapat sejumlah 68 (61,8%) rekam medis yang kode diagnosanya tidak terisi lengkap sedangkan 42 (38,2%) diagnosis yang terisi lengkap. Penyebab tingginya informasi medis yang tidak lengkap terdapat pada pengisian resume medis dan hasil pemeriksaan labor, sehingga dapat menyebabkan pengisian terhadap rekam medis menjadi tidak lengkap contohnya pengisian yang dilakukan pada resume medis seperti nama, umur, jenis kelamin serta alamat seharusnya ditulis dengan lengkap untuk mengetahui identitas diri pasien tetapi masih ditemui pengisian yang dilakukan tidak di isi dengan lengkap. Pada penulisan diagnosa di resume medis, dimana penulisan yang dilakukan sebagai acuan untuk menentukan kode diagnosis tetapi masih terdapat penulisan diagnosa

yang tidak diisi, tidak lengkap dan tulisannya tidak dapat dibaca dan pemeriksaan penunjang pada hasil pemeriksaan labor untuk mendapatkan informasi ada atau tidaknya tindakan yang akan dilakukan namun masih banyak ditemui rekam medis yang lembar laboratoriumnya tidak terisi atau kosong.

Peneliti menyarankan kepada petugas yang mengisi identitas pasien sebaiknya lebih teliti dan berhati-hati agar data pasien dapat terisi dengan lengkap, kepada pihak Instalasi pencatatan medik untuk dapat melakukan analisis kuantitatif oleh dokter karena diagnosis penyakit pasien berguna oleh tenaga coder untuk menentukan sebuah kode diagnosis.

2. Keakuratan Pengodean Diagnosis Appendic

Berikut merupakan hasil penelitian dari 110 rekam medis rawat inap diagnosis *appendic*, diperoleh data sebagai berikut:

Table 2. Distribusi Frekuensi Keakuratan Kode Diagnosis *Appendic* Pada Rekam Medis Rawat Inap Di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2021

Kategori	Jumlah DRM (Dokumen Rekam Medis)	Presentasi (%)
Tidak Akurat	65	59,1%
Akurat	45	40,9%
Total	110	100%

Table 2 menunjukkan dari 110 rekam medis diagnosis *appendic*, ditemukan sebanyak 65 (59,1%) pengodean diagnosisnya tidak akurat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan, bahwa ketidakakuratan kode diagnosis *appendic* pada rekam medis pasien rawat inap didapatkan sebanyak 65 (59,1%), sedangkan 45 (40,9%) kode diagnosis akurat. Sejalan dengan Penelitian et al., 2015 dengan judul Keakuratan Pediatric Appendicitis Scorer Dalam Menegakkan Diagnosis Appendicitis Akut Pada Anak Di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan, didapatkan kode diagnosis akurat sebanyak 85,71%, dan kode diagnosis tidak akurat sebanyak 86,95%.

Menurut Analisa peneliti dari 110 berkas rekam medis diagnosis *appendic* yang diteliti didapatkan ketidakakuratan pengodean sebanyak 65 (59,1%), dan 42 (40,9%) pengodean akurat. Yang disebabkan kode yang dituliskan tidak mengikuti standar prosedur operasional, dari hasil tersebut menunjukkan angka ketidakakuratan kode yang cukup tinggi. Dari hasil wawancara peneliti dengan petugas coder bagian rawat inap ketidakakuratan pengodean disebabkan karna beberapa faktor, seperti dipengaruhi oleh penulisan diagnosis oleh dokter yang tidak lengkap, selain itu juga ditemukan berkas rekam medis yang sama sekali tidak ditulis (dibiarkan kosong) diagnosisnya. Beberapa faktor tersebut dapat menyulitkan petugas dalam menganalisa diagnosis dan menetapkan kode diagnosis yang akurat.

Oleh sebab itu peneliti menyarankan agar kedepannya

tenaga kesehatan yang berwenang dalam menuliskan diagnosa agar dapat menuliskan diagnosis dengan lengkap dan untuk tenaga rekam medis dapat lebih teliti dalam melakukan pengodean. Hal lain yang bisa dilakukan yaitu rumah sakit dapat mempertegas Standar Operasional Prosedur (SOP), baik itu untuk tenaga kesehatan sebagai penegak diagnosa dan tenaga rekam medis.

3. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Pada RM A-1, RM I-1 Dan L-8 Dengan Kakuratan Pengodean Diagnosis *Appendic*

Berikut merupakan hasil penelitian dari 110 rekam medis rawat inap diagnosis *appendic*, diperoleh data sebagai berikut :

Table 3. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Pada RM A-1, RM I-1 Dan L-8 Dengan Kakuratan Pengodean Diagnosis *Appendic* Pada Rekam Medis Rawat Inap Di RS TK. III Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2021

Kelengkapan Informasi Medis	Keakuratan Kode Diagnosis				Total		P value
	Tidak Akurat		Akurat		Nilai	Nilai (%)	
	N	Presensi (%)	N	Presensi (%)	Nilai (N)	Nilai (%)	
Tidak Lengkap	3	60,9	29	64,4	68	61,9	0,003
Lengkap	2	40,6	16	35,6	42	38,1	
Total	6	100	45	100	110	100	

Table 3 menunjukkan dari 110 rekam medis diagnosis *appendic* rawat inap, didapatkan hasil pemberian informasi medis lengkap dengan kode diagnosa akurat sebesar 16 (35,6%), pemberian informasi medis lengkap namun kode diagnosa tidak akurat 26 (40%), dan pemberian informasi medis tidak lengkap tapi kode diagnosanya akurat sebesar 29 (64,4%), serta pemberian informasi medis tidak lengkap dan diagnosanya tidak akurat sebesar 39 (60%). Dengan p value = 0,003 ($P < 0,05$)

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pemberian informasi medis lengkap dengan kode diagnosa akurat sebesar 16 (35,6%), pemberian informasi medis lengkap namun kode diagnosa tidak akurat 26 (40%) dan pemberian informasi medisnya tidak lengkap tapi kode diagnosanya akurat 29 (64,4%) serta pemberian informasi medis tidak lengkap serta diagnosanya tidak tepat sebesar 39 (60%). Dengan menggunakan *uji chi square* didapatkan hasil P dengan nilai 0,003 dimana p value kurang dari 0,05 maka H_0 ditolak dan disimpulkan adanya hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan pengodean diagnosis serta variabel dependen dan idependennya saling berhubungan.

Hasil penelitian ini didukung oleh Wariyanti, 2014 dengan judul Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rekam Medis Rawat Inap Di RSUD Kabupaten Karanganyar Tahun 2013, didapatkan hasil kelengkapan informasi 34,10%,

kelengkapan informasi medis tidak lengkap 65,90%, keakuratan kode diagnosa akurat sebesar 59,90%, keakuratan kode diagnosa tidak akurat sebesar 40,10%. Pemberian informasi medis lengkap dengan kode diagnosa akurat sebesar 66,67%, pemberian informasi medis lengkap namun kode diagnosa tidak akurat sebesar 33,33%, dan pemberian informasi medis tidak lengkap tapi kode diagnosanya akurat sebesar 27,59%, serta pemberian informasi medis tidak lengkap dan tidak akurat sebesar 72,59%. Dengan p valu 0,012 yang berarti berhubungan.

Menurut Analisa peneliti berkas yang diisi lengkap namun kode yang diberikan tidak akurat disebabkan karena berkas telah diisi lengkap oleh tenaga medis namun kode yang diberikan oleh tenaga coder tidak sesuai dengan SOP, begitupun dengan berkas yang diisi tidak lengkap namun pengodean diagnosa akurat karena tenaga coder tidak teliti membaca atau melihat informasi medis dengan kebiasaan langsung melakukan pemberian kode yang tertera pada RM A-1 dan hasil pengodeannya tepat. Peneliti menyarankan penulisan yang dilakukan tenaga medis dilakukan secara benar, jelas dan tepat supaya menghindari kesalahan dalam penulisan diagnosa dan mengecek kembali lembaran berkas yang diisi karena sebagai acuan tenaga coder dalam menentukan sebuah kode diagnose, begitupun juga kepada tenaga coder jika terdapat diagnosis yang tidak jelas sebaiknya ditanyakan

kepada tenaga medis yang bersangkutan agar tidak terjadi miskomunikasi

4. Simpulan dan Saran

Kesimpulan

Ditemukan kelengkapan informasi medis diagnosis *appendic* tidak lengkap 68 (61,8%), dan 42 (38,2%) informasi medis lengkap. Ditemukan ketidakakuratan kode diagnosis *appendic* 65 (59,1%), dan 45 (40,9%) kode diagnosa akurat. Menggunakan uji *chi square* dengan hasil $P < 0,003$ dimana p value kurang dari 0,05 maka H_0 ditolak dan disimpulkan adanya hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan pengodean diagnosis serta variabel dependen dan idenpendennya saling berhubungan.

Saran

- 1) Sebaiknya petugas tempat pendaftaran pasien rawat inap tidak terburu-buru dalam mengisikan data pasien agar data pasien dapat terisi dengan lengkap, kepada pihak Instalasi catatan medik untuk dapat melakukan analisis kuantitatif terhadap pengisian berkas rekam medis agar meminimalisir persentase ketidaklengkapan informasi medis, serta dilakukan sosialisasi SOP yang ada di setiap unit kerja agar antara pelaksanaan tugas sesuai dengan aturan yang berlaku. Dan kepada tenaga kesehatan untuk dapat meneliti kembali setiap item pada rekam medis rawat inap seperti pengisian diagnosis yang diisi

oleh tenaga kesehatan karena diagnosis penyakit pasien digunakan sebagai acuan tenaga rekam medis dalam menentukan sebuah kode diagnosis.

- 2) Kedepannya tenaga kesehatan yang berwenang dalam menuliskan diagnosis agar dapat menuliskan diagnosis penyakit dengan lengkap, dan untuk tenaga rekam medis agar dapat lebih teliti lagi dalam melakukan pengodean. Hal lain yang bias dilakukan yaitu rumah sakit dapat mempertegas standar operasional prosedur (SOP), baik itu untuk tenaga kesehatan maupun tenaga rekam medis sebagai penegak sebuah diagnosis.
- 3) Untuk penelitian selanjutnya disarankan melakukan penelitian dengan cara kualitatif untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan pengodean diagnosis *appendic*.

5. Ucapan Terimakasih

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

6. Daftar Pustaka

- Ilimiah, K. T. (2018). *Keakuratan dan ketepatan pemeriksaan apendikografi dalam membantu diagnosa apendisitis di rs bethesda yogyakarta*. Indonesia, D. K. R. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*.
Ismainar, H. (2015). *Manajemen Unit Kerja : Untuk Perekam Medis dan InformasKesehatan masyarakat keperawatan dan Kebidanan*.
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). 6 KMK No. 129 ttg Standar Pelayanan Minimal RS.pdf. In 129.
Penelitian, H., Kedokteran, M., Ppds, K., Usu, F. K., Studi, P., Bedah, I., Kedokteran, F., & Sumatera, U. (2015). *Keakuratan Pediatric Appendicitis Score Dalam Menegakkan Diagnosis Apendisitis Akut Haji Adam Malik Medan Oleh Dr . Radhitya Eko Satria*.
PERMENKES/RI/No.749a.(1989).PER MENKES_NO.749a_Menkes_Per_XII_1989_Tentang_REKAM_MEDIS_MEDICA_1989. *Permenkes*, 1(2 Desember 1989), 1-5.
Pujihastuti, A. Sudra, R. I. (2014). Hubungan Kelengkapan Informasi Dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol.2, No.
Pujihastuti, A. (2014). *Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Dan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap*. 3(1).

- Putra, D. F. B. (2017). *Keakuratan C-Reaktif Protein Mendiagnosis Appendicitis Acute Pada Anak*. 1-3.
- Rohman H, Hariyono W, R. (2011). *Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama Dan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Rekam Medis Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*.
- Siregar, P. A. (2019). Hubungan Kelengkapan Antara Informasi Medis Dan Keakuratan Pada Diagnosis Acute Appendic di RSUD Sibuhan. *InfokeSiregar, P. A. (2019). Hubungan Kelengkapan Antara Informasi Medis Dan Keakuratan Pada Diagnosis Acute Appendic Di RSUD Sibuhan. Infokes, Vol 9 No 1.S, Volume 6 n.*
- Surakarta, D. I. B., Utami, Y. T., & Rosmalina, N. (2019). *Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Berdasarkan ICD-10 Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Bbkpm Surakarta*. 146-152.
- Susanto, E., & Sugiharto. (2017). *Manajemen Informasi Kesehatan IV : Etika Profesi dan Hukum Kesehatan*.
- Wariyanti, A. 2014. (2014). Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di RSUD Kabupaten Karanganyar Tahun 2013. *Surakarta : Universitas Muhamadiyah Surakarta*.

Evaluasi Penerapan Aspek 5M Dalam Penggunaan *Tracer* Di Unit Penyimpanan Rekam Medis RSIA Husada Bunda Malang

Evaluation the Application of 5M Aspects in the Use of *Tracer* in the Medical Record Storage Unit of RSIA Husada Bunda Malang

Nor Mauizzatun Indah F¹
Eiska Rohmania Zein²

^{1,2}*Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Malang
Jl. Besar Ijen No.77C, Oro-oro Dowo, Kec. Klojen, Kota Malang, Jawa Timur 65119
E-mail : nor_p17410203097@poltekkes-malang.ac.id*

Abstract

Tracer is an outguide when medical record documents are borrowed or taken by health workers in health services. Tracers at RSIA Husada Bunda is still not appropriate, seen in terms of the design of the marker slip which does not include the destination poly and the use of tracers is still done manually. This study aims to evaluate the use of tracers based on 5M aspects in the medical record unit of RSIA Husada Bunda. This research was conducted using a descriptive qualitative method with instruments in the form of observations and interviews conducted to the head of medical records and medical records officers in the storage section. The results of this study show that in the Man aspect there are discrepancies related to HR criteria in the medical records unit. In the Material aspect, the tracer uses semihard materials, while the use of the tracer refers to a special method, namely the SOP. The application of the tracer in terms of Machine still uses a written manual. In supporting all activities in the medical records unit, it is supported by Money (budget funds) and some are allocated for training activities and seminars. Overall, the use of tracers in the medical records unit of RSIA Husada Bunda has been relatively effective but still needs a stage of improvement in several aspects. Improvements related to the use of tracers can be in the form of updates to tracer materials, redesign of marker slips, and maximizing the use of machines in operational activities using tracers.

Keywords: *evaluation; tracer; aspects of 5M; medical records*

Abstrak

Tracer merupakan alat petunjuk keluar apabila dokumen rekam medis dipinjam atau diambil oleh petugas kesehatan di dalam pelayanan kesehatan. Penggunaan tracer di RSIA Husada Bunda belum sesuai, dilihat dari segi desain slip penanda yang belum mencantumkan poli tujuan dan penggunaan tracer masih dilakukan secara manual. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi penggunaan tracer berdasarkan aspek 5M pada unit rekam medis RSIA Husada Bunda. Dengan metode kualitatif deskriptif dan instrumen berupa observasi serta wawancara yang dilakukan kepada kepala rekam medis dan petugas rekam medis bagian penyimpanan. Hasil dari penelitian ini bahwa pada aspek Man terdapat ketidaksesuaian terkait kriteria SDM pada unit rekam medis. Aspek Material, tracer menggunakan bahan semihard, sedangkan pada penggunaan tracer beracuan pada Method khusus yaitu SOP. Penerapan tracer dari segi Machine masih menggunakan manual secara tertulis. Dalam mendukung segala kegiatan di unit rekam medis, didukung dengan Money dan sebagian dialokasikan untuk kegiatan pelatihan dan seminar. Secara keseluruhan penggunaan tracer di unit rekam medis RSIA Husada Bunda sudah terhitung efektif akan tetapi masih perlu tahap penyempurnaan pada beberapa aspek. Penyempurnaan terkait penggunaan tracer dapat berupa pembaruan pada bahan tracer, redesain slip penanda, dan memaksimalkan penggunaan machine dalam kegiatan operasional penggunaan tracer.

Kata kunci: *Evaluasi, Tracer, Aspek 5M, Rekam Medis*

1. Pendahuluan

Kesehatan merupakan hal yang penting dalam aspek kehidupan. Kesehatan dapat diartikan sebagai suatu keadaan sehat yang utuh baik secara fisik, mental dan sosial serta bukan hanya keadaan bebas dari sakit, penyakit atau kecacatan yang memungkinkan setiap orang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Pemeliharaan kesehatan perlu dilakukan dan dipahami oleh masing masing individu. Pelaksanaan kegiatan pemeliharaan kesehatan di Indonesia dapat dilakukan melalui beberapa fasilitas pelayanan kesehatan, salah satunya ialah rumah sakit. Berdasarkan (Kemenkes RI, 2020) Tentang Perizinan Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, pada Permenkes No. 4 Tahun 2018 tentang kewajiban rumah sakit dan kewajiban pasien, menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis.

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis sendiri bertujuan untuk menunjang terjadinya tertib administrasi, dan juga menyimpan jejak atau rekam kesehatan untuk penjaminan mutu instansi terkait. rekam medis juga memiliki beberapa aspek diantaranya yaitu aspek administrasi, aspek legal atau hukum, aspek keuangan aspek edukasi, aspek komunikasi dan aspek dokumentasi. Hal tersebut sesuai dengan (Kemenkes RI, 2022) Kegiatan penyimpanan dokumen rekam medis harus diperhatikan, seperti misalnya terkait dengan keamanan dokumen rekam medis. Setiap dokumen rekam medis yang keluar harus digantikan dengan kartu tanda keluar. Penggunaan

tracer atau kartu tanda keluar akan mempermudah kegiatan *tracking* apabila terjadi kehilangan dokumen rekam medis atau salah letak dokumen rekam medis. Berdasarkan paparan di atas, *tracer* memiliki peran penting dalam kegiatan penyelenggaraan rekam medis. Oleh karena itu, dalam pelaksanaan kegiatan penyimpanan harus menggunakan *tracer* yang sudah sesuai dengan regulasi yang ada. Hal itu dimaksudkan untuk mempermudah proses pencarian dan pengembalian dokumen pada saat akan digunakan untuk kegiatan pemberian layanan pasien. Pencegahan dokumen rekam medis keluar tanpa izin, penyalahgunaan dokumen rekam medis oleh petugas yang tidak berwenang, dan pencegahan kebocoran data rekam medis dapat dilakukan dengan memaksimalkan penggunaan *tracer* dalam kegiatan penyelenggaraan penyimpanan dokumen rekam medis

Pada Penelitian sebelumnya dengan judul "Evaluasi Sistem Penyimpanan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Husada Bunda" didapatkan kesimpulan penggunaan *tracer* merupakan salah satu aspek yang diteliti dan dikatakan bahwa dalam penggunaannya belum sesuai SOP dan Standar yang ada sehingga perlu adanya kegiatan monitoring dan evaluasi sistem penyimpanan dokumen rekam medis, Kegiatan monitoring adalah kegiatan pemantauan dalam suatu kegiatan untuk mendapat perbaikan selama kegiatan tersebut masih berlangsung. Kegiatan ini bertujuan memastikan dan memantau kegiatan berjalan sesuai dengan perencanaan. Selain monitoring, juga perlu dilaksanakan kegiatan evaluasi. Kegiatan evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan sebagai proses pengukuran terhadap efektivitas kegiatan dalam mencapai tujuan tertentu. Pada unit rekam medis, kegiatan evaluasi dapat dilaksanakan guna menunjang kualitas mutu untuk mendukung tercapainya akreditasi rumah sakit yang paripurna sesuai dengan MIRM 8 pada SNARS Edisi

1 (Standar Akreditasi Rumah Sakit Jilid I,). Pada SNARS Edisi 1.1 tidak terdapat aturan tentang evaluasi penggunaan *tracer* pada unit penyimpanan rekam medis. Penjelasan terkait penyelenggaraan rekam medis di tuliskan pada MIRM 8 yang menyatakan bahwa setiap rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan eekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pada MIRM 8, dijelaskan mengenai ketentuan terkait alur kegiatan penyelenggaraan rekam medis yang dimulai sejak saat pasien diterima di rumah sakit hingga sampai pada kegiatan penyimpanan. Secara tidak langsung pada MIRM 8 dijelaskan elemen penilaian salah satunya yaitu terdapat tempat penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis. Kesesuaian keamanan dan kerahasiaan dalam pelaksanaan penyimpanan rekam medis menjadi salah satu aspek penting sehingga penggunaan *tracer* juga menjadi salah satu hal yang berpengaruh. Berdasarkan dengan rincian pada MIRM 8 terkait dengan penyelenggaraan rekam medis, kegiatan evaluasi penggunaan *tracer* dapat mempengaruhi kegiatan operasional penyimpanan yang juga menunjang aspek akreditasi

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan pada Sabtu, 19 November 2022, ditemukan beberapa hal yang perlu dilakukan kegiatan monitoring dan evaluasi lebih lanjut khususnya pada penerapan penggunaan *tracer* berdasar kan aspek 5M. Aspek 5M merupakan aspek manajemen yang terdiri dari *Man, Money, Methode, Machine, Material*. Dengan adanya analisis berdasarkan aspek 5M akan mempermudah dalam penemuan akar masalah. Penggunaan *tracer* di Rumah Sakit Ibu dan Anak Husada Bunda dinilai oleh petugas memakan waktu lebih banyak dalam penyediaan dokumen rekam medis. Selain itu, ditemukan bahwa penggunaan slip penanda pada *tracer* hanya di tempel pada bagian depan tanpa dilindungi

dengan plastik atau material lain yang bisa melindungi slip penanda dari bahaya fisik seperti air. Penggunaan slip penanda yang ditulis secara manual menambah beban kerja petugas dan menyebabkan waktu yang dibutuhkan lebih banyak. Pada slip penanda yang ada pada *tracer* juga tidak ditemukan keterangan poli tujuan atau unit yang meminjam dokumen rekam medis, sehingga jika suatu saat terjaid *missfile* akan lebih sulit dalam melukan *tracking* dokumen rekam medis. Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik untuk mengambil judul “Evaluasi Penerapan Aspek 5 M Dalam Penggunaan *Tracer* Di Unit Penyimpanan Rekam Medis Rumah Sakit Ibu Dan Anak Husada Bunda”. Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan didapatkan hasil evaluasi dan saran yang dapat menunjang perbaikan mutu kualitas penyelenggaraan rekam medis khususnya pada penggunaan *tracer*.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif dengan menggunakan metode observasi dan wawancara yang dilakukan kepada kepala rekam medis dan petugas rekam medis bagian penyimpanan. Objek dari penelitian ini yaitu *tracer* dan ruang penyimpanan dokumen rekam medis. Instrumen pada penelitian ini yaitu pedoman observasi dan pedoman wawancara. Teknik pengolahan data yang dilakukan yaitu reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi.

3. Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Kualifikasi SDM

No	Jabatan	Jumlah	Pendidikan
1	Petugas Pendaftaran	3	D-3 Rekam Medis
2	Petugas Penyimpanan	4	D-3 Rekam Medis (3) S1 Ekonomi (1)

Sumber data: Data Primer

Dalam kegiatan penyelenggaraan rekam medis, petugas perekam medis diatur dalam (Kemenkes RI, 2013) tentang Penyelenggaraan rekam medis. Sesuai dengan (Kemenkes RI, 2013), dijelaskan bahwa penyelenggara rekam medis adalah seseorang yang sudah dinyatakan lulus pendidikan rekam medis dan memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) yang berlaku. Kualifikasi aspek man yang ada di unit rekam medis RSIA Husada Bunda masih belum sepenuhnya memenuhi standar yang berlaku. Pada unit rekam medis RSIA Husada Bunda, masih terdapat 1 petugas rekam medis yang berlatar belakang Pendidikan *non* rekam medis, petugas rekam medis yang tidak memiliki kompetensi dan keterampilan yang baik menyebabkan pelaksanaan penyimpanan rekam medis menjadi terkendala misalnya terjadinya *missfile*, duplikasi, dan waktu tunggu pasien yang panjang. Untuk itu diperlukan sumber daya manusia yang memenuhi kemampuan perekam medis untuk bekerja di unit rekam medis khususnya pada bagian penyimpanan rekam medis. Tetapi untuk petugas kembali disesuaikan dengan kebijakan rumah sakit yang berlaku.

Pada unit rekam medis RSIA Husada Bunda dari 7 Petugas rekam medis, dilakukan pembagian tugas. Pembagian tugas yang dilakukan di unit rekam medis RSIA Husada Bunda adalah sebagai berikut dalam pembagaian tugas di unit rekam medis bagi menjadi 3 bagian yaitu Rawat jalan yang terdiri atas TTPRJ dikerjakan oleh 3 orang petugas dengan 2 shift terdiri dari 1-2 orang pershift nya, penyediaan dan penyimpanan DRM RJ (*Retrieval*, Administrasi DRM, *Filing*, Rekap DRM belum kembali) dikerjakan oleh seluruh petugas rekam medis, Morbiditas rawat jalan dikerjakan oleh 2 orang petugas, dan Pengadaan Formulir dikerjakan oleh seluruh petugas, Selanjutnya Rawat Inap yang terdiri dari TTPRI, penyediaan dan penyimpanan DRM RJ (*Retrieval*, Administrasi DRM, *Filing*, Rekap DRM

belum kembali) dikerjakan oleh seluruh petugas rekam medis, Assembling dikerjakan oleh seluruh petugas, KLPCM dikerjakan oleh seluruh petugas penyimpana ada 4 orang, Morbiditas rawat jalan dikerjakan oleh seluruh petugas rekam medis, dan Pengadaan Formulir dikerjakan oleh seluruh petugas, dan terakhir yaitu Laporan terdiri dari Laporan bulanan, dan laporan tahunan.

Dari pembagian tugas yang sudah disepakati dan sudah disesuaikan dengan kondisi pelayanan rumah sakit, didapatkan hasil bahwa dalam pembagian sudah sesuai dengan kewenangan petugas rekam medis pada pasal 13 (Kemenkes RI, 2013) akan tetapi terdapat ketidak sesuaian pada bagian *assembling* karena yang menjadi koordinator adalah orang yang berlatar belakang *non* rekam medis.

Dalam menjalankan tugas dan kewenangan yang berlaku, petugas rekam medis berhak mendapatkan Aspek pengawasan dan pembinaan untuk mendukung peningkatan kualitas kinerja sesuai dengan aturan pada pasal 19 (Kemenkes RI, 2013). Pada unit rekam medis RSIA Husada Bunda, terdapat anggaran dana yang dapat menunjang kegiatan tersebut. Selama masa pandemik berlansung, anggaran dana di alihkan untuk kegiatan seminar rekam medis yang diikuti oleh petugas rekam medis. Melalui keterlibatan petugas dalam kegiatan seminar yang termasuk dalam bagian dari kegiatan pembinaan, petugas rekam medis di RSIA Husada Bunda dapat meningkatkan kualitas kinerja dan update terhadap regulasi terbaru terkait rekam medis.

Dalam kegiatan penyimpanan rekam medis petugas rekam medis yang ada di RSIA Husada Bunda menggunakan *tracer* sebagai alat bantu. Pada Unit rekam medis RSIA Husada Bunda *tracer* terbuat dari bahan plastik berupa alvabord dengan ukuran 32 cm x 12 cm, Tracer sudah menggunakan warna yang mencolok yaitu hijau, merah, dan kuning, pada bagian depan *tracer* ditempelkan

slip penanda yang berisikan tanggal keluar dokumen rekam medis, No RM, tanggal Kembali dokumen rekam medis. Slip penanda tersebut digunakan untuk mempermudah pelacakan dokumen rekam medis. Melalui kegiatan observasi didapatkan hasil bahwa desain *tracer* dan slip penanda yang ada masih belum maksimal dan masih perlu disesuaikan ulang dengan standar yang ada. Berlainan dengan pernyataan petugas melalui kegiatan wawancara yang menyatakan bahwa design *tracer* yang digunakan sudah sesuai dengan aturan yang berlaku dan sesuai dengan beban kerja petugas.

Menurut *International Federation of Health Information Management Associations* (IFHIMA, 2012) *tracer* harus terbuat dari bahan yang kuat, memiliki warna berbeda dari warna folder dan terdapat kantong untuk menyimpan permintaan slip dan laporan untuk menunjukkan dimana rekam medis ketika tidak ada dalam rak penyimpanan. Penggunaan *tracer* dengan warna yang mencolok atau berbeda dari map rekam medis bertujuan untuk mempermudah pelacakan apabila terjadi kejadian *missfile*. Unit rekam medis RSIA Husada Bunda menggunakan *tracer* yang berbahan dasar *alvabond* yang memiliki tekstur *semi-hard*, dengan ukuran 32 x 12 cm dan memiliki warna kuning, merah, dan hijau. Pada awal pengadaan *tracer*, perbedaan warna yang ada memiliki tujuan khusus yaitu untuk membedakan hari. Akan tetapi hal tersebut tidak berlangsung hingga saat ini, karena kunjungan pasien-pasien yang banyak tetapi persediaan warna yang ada tidak mencukupinya, sehingga tidak diterapkan lagi.

Menurut (Kemenkes RI, 2008) *Tracer* berisikan kartu penanda tentang tanggal peminjaman, nama peminjaman, unit penggunaan, serta keperluan peminjam. Kartu ini harus diisi sebelum rekam medis dipinjam sebagai pengganti berkas rekam medis yang keluar dari rak penyimpanan. Kartu ini bertujuan untuk mempermudah pelacakan apabila terjadi

keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis atau *missfile* pada unit rekam medis RSIA Husada.

Pada slip tersebut, hanya terdapat 3 kolom terkait tanggal dokumen rekam medis keluar, No. RM dan centang kembali/tanggal dokumen kembali. Hal ini masih belum sesuai dengan standar yang ada karena masih belum terdapat beberapa aspek seperti nama peminjam, unit poli tujuan, serta keperluan peminjaman. Ketidaksihinggaan ini akan berdampak pada proses pelacakan yang menjadi terhambat, karena apabila ada dokumen yang tidak ada pada tempatnya atau biasa kita sebut *missfile* tidak tertulis poli tujuan pada slip penanda, tetapi harus mencari rekap data peminjaman pada *excel* pada komputer.

Melalui kegiatan penelitian yang dilakukan petugas menilai bahwa penggunaan *tracer* sudah sesuai dan berjalan maksimal. Selain itu petugas menyatakan bahwa penerapan penggunaan *tracer* dapat mengurangi peluang kejadian *missfile*. Dalam penggunaan *tracer* di RSIA Husada Bunda menggunakan SOP sebagai acuan dan dasar pelaksanaan kegiatan operasional. Petugas menyatakan bahwa SOP yang sudah berlaku sudah diterapkan dalam kegiatan operasional. SOP yang berlaku disesuaikan dengan keadaan terkini unit rekam medis sehingga perlu adanya pemberharuan untuk menunjang kegiatan operasional yang sesuai. Pada kegiatan penelitian yang dilakukan saat ini bertepatan dengan kegiatan update SOP yang sudah dalam tahap finishing yaitu menunggu adanya kegiatan pengesahan dari pihak rumah sakit. Meskipun penggunaan *tracer* sudah berjalan, masih terjadi kejadian *missfile* dengan perkiraan frekuensi kisaran 1 kejadian *missfile* per 60 hari. Petugas menyatakan bahwa penyebab dari kejadian *missfile* yaitu pada hari minggu kegiatan operasional ruang penyimpanan libur dan jika ada berkas pasien IGD yang diperlukan saat itu, maka petugas yang mengambil adalah

petugas jaga IGD.

Berdasarkan kegiatan wawancara yang dilakukan kepada petugas penyimpanan di unit rekam medis RSIA Husada Bunda, penyelenggaraan kegiatan didasarkan pada SOP (*Standar Operasional Prosedur*) yang berlaku. Pada SOP tersebut dijelaskan dengan detail mengenai alur dan metode penggunaan *tracer*. Melalui hasil kegiatan observasi didapatkan bahwa pelaksanaan penggunaan *tracer* dilapangan sebagai berikut Alur penggunaan *tracer* ialah, pertama petugas rekam medis mendapat no RM pasien permintaan dari poli atau ruangan yang membutuhkan, selanjutnya petugas menuliskan tanggal masuk dan no rm pada slip penanda, kemudin mengambil dokumen yang dibutuhkan dan digantikan dengan *tracer*, setelah selesai pelayanan dari poli atau ruangan selanjutnya mencari *tracer* yang sesuai lalu letakan dokumen rekam medis dan kemudian menarik *tracer* dan menuliskan tanggal kembalinya, dan terakhir meletakkan *tracer* pada tempatnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Di et al., 2022) didapatkan hasil bahwa apabila SOP tidak diterapkan dengan baik maka akan terjadi kejadian *missfile* yang dapat berimbas pada kegiatan pelayanan yang berlangsung. Dari kegiatan penelitian yang telah penulis lakukan, dapat disimpulkan bahwa di unit rekam medis RSIA Husada Bunda dalam penggunaan *tracer* sudah sesuai dengan SOP yang berlaku. Hal ini mengakibatkan peluang terjadinya kejadian *missfile* di RSIA Husada Bunda sangat rendah sehingga pelayanan dapat berlangsung dengan maksimal. Hal ini juga sesuai dengan pendapat dari jurnal (Suhartina, 2019) yang menyatakan bahwa Standar Prosedur Operasional (SOP) adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, dan merapikan pekerjaan. Sistem ini berisi urutan proses melakukan pekerjaan dari awal sampai akhir.

Penggunaan *tracer* dalam kegiatan

rekam medis yang dilengkapi dengan penggunaan slip penanda masih dilakukan dengan cara ditulis manual. Dalam kegiatan observasi dan konfirmasi melalui kegiatan wawancara dengan petugas tidak tersedia *print thermal* untuk pencetakan slip *tracer*. Penggunaan computer untuk mendukung operasional pencetakan slip penanda juga tidak tersedia. Pada ruangan penyimpanan terdapat 1 computer yang berfungsi sebagai computer utama.

Menurut (Ery Rustiyanto, 2011). Dalam pelaksanaan penggunaan *tracer* perlu didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai sehingga dapat mewujudkan penggunaan *tracer* yang maksimal dan dapat menekan angka kejadian *missfile* pada unit penyimpanan rekam medis.

Pada unit penyimpanan rekam medis, *tracer* digunakan sebagai alat pengganti dari dokumen yang keluar sehingga pada *tracer* sebaiknya dilengkapi dengan slip penanda yang dapat mempermudah pelacakan apabila terjadi *missfile*. Pencetakan slip penanda memerlukan beberapa sarana seperti komputer dan *printer thermal*. Penggunaan komputer dan *printer thermal* ini dapat memudahkan dan memaksimalkan fungsi dari *tracer*. Kegiatan pelayanan akan dapat berlangsung lebih cepat karena pencetakan slip penanda sudah terintegrasi dengan sistem.

Pada RSIA Husada Bunda, petugas menyepakati untuk melakukan kegiatan pencetakan slip penanda secara manual. Petugas akan menuliskan secara manual keterangan berupa tanggal keluar, No. RM dan centang kembali pada kertas yang nantinya akan diletakkan pada bagian depan *tracer*. Petugas menyebutkan bahwa, kesepakatan ini berlaku karena telah disesuaikan dengan jumlah pasien yang tidak terlalu banyak sehingga petugas merasa penulisan secara manual tanpa menggunakan *machine* tidak bermasalah dan tidak mengganggu pelayanan. Akan tetapi hal ini perlu di pertimbangkan ulang oleh

unit rekam medis RSIA Husada Bunda, karena sesuai dengan (Kemenkes RI, 2008) Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit bahwa batas penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan maksimal ± 10 menit. Penulisan secara manual menjadi beresiko terhadap keterlambatan penyediaan dokumen rekam medis apabila pada suatu waktu terjadi peningkatan jumlah pasien dalam rentang waktu yang singkat. Hal ini berbanding terbalik dengan adanya penggunaan machine, penyediaan dapat berlangsung lebih cepat sehingga akan sesuai dengan SPM yang berlaku dan dapat meringkankan beban petugas.

Dalam kegiatan operasional rekam medis, anggaran dana diperlukan untuk mendukung terselenggara dan terpenuhinya kebutuhan unit rekam medis. Anggaran dana unit rekam medis yang tersedia di RSIA Husada Bunda bersifat umum dalam artian berlaku untuk satu kesatuan unit rekam medis dan tidak ada pembagian secara khusus untuk subkegiatan rekam medis. Anggaran dana tersebut dapat digunakan untuk berbagai kegiatan yang terkait dengan operasional rekam medis. Melalui kegiatan wawancara petugas menyatakan bahwa juga terdapat anggaran dana yang dialokasikan untuk kegiatan pelatihan guna menunjang kinerja petugas yang selama pandemi dialokasikan untuk kegiatan seminar rekam medis yang diikuti oleh petugas.

Berdasarkan kegiatan observasi dan wawancara yang telah dilaksanakan di RSIA Husada Bunda didapatkan hasil bahwa tidak terdapat anggaran dana khusus tracer akan tetapi terdapat anggaran dana secara umum untuk unit rekam medis, hal ini sejalan dengan jurnal terdahulu, (Musfika, 2020) tidak terdapat anggaran khusus untuk pengadaan *tracer* sehingga hal ini berpengaruh pada penggunaan *tracer* di rumah sakit tersebut. tetapi hal itu memenuhi tentang aspek pada Pasal 19 (Kemenkes RI, 2013) yang menyebutkan bahwa anggaran dana yang tersedia dapat digunakan untuk

memenuhi kebutuhan rekam medis dan pemenuhan hak petugas rekam medis.

Pada regulasi tersebut, dijelaskan bahwa setiap petugas rekam medis berhak mendapatkan pembinaan dan pengawasan dalam menjalankan kewenangannya. Hal ini sejalan dengan salah satu alokasi penggunaan anggaran dana pada unit rekam medis RSIA Husada Bunda. Petugas rekam medis RSIA Husada Bunda menyatakan bahwa petugas memperoleh hak pembinaan dalam bentuk kegiatan seminar rekam medis yang dilakukan guna menunjang kualitas SDM yang ada. Anggaran dana yang tersedia digunakan untuk memberikan fasilitas pembinaan berupa seminar rekam medis. Fasilitas pembinaan lainnya, seperti pelatihan khusus masih belum terlaksana di RSIA Husada Bunda.

4. Simpulan dan Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan, didapatkan kesimpulan terkait penerapan penggunaan *tracer* di Unit Rekam Medis RSIA Husada Bunda antara lain yaitu Pada aspek *Man*, dilihat dari 7 petugas rekam medis yang ada di RSIA Husada Bunda, Sejumlah 6 Petugas memiliki latar belakang pendidikan D3 Rekam Medis dan 1 petugas berlatar belakang Pendidikan ekonomi. Pada aspek *Materials*, dilihat dari *Tracer* yang digunakan di RSIA Husada Bunda menggunakan *Alvaboard* sebagai bahan dasar *tracer*. Pada Aspek *Method* RSIA Husada Bunda dalam penggunaan *tracer* beracuan pada SOP. Pada aspek *Machine*, RSIA Husada Bunda, tidak menggunakan *printthermal* dalam metode pencetakan slip penanda. Pada aspek *Money*, RSIA Husada Bunda menyediakan anggaran dana dalam mendukung penyelenggaraan rekam medis yang optimal, akan tetapi tidak ada anggaran yang dikhususkan untuk penyediaan *tracer*. Berdasarkan hasil dan kesimpulan yang didapatkan, saran yang dapat diberikan penulis antara lain yaitu

Sebaiknya kesepakatan penggunaan *printthermal* perlu dipertimbangkan ulang sehingga pencetakan slip penanda dapat lebih praktis dan mudah. Sebaiknya dilaksanakan redesain slip penanda untuk memperoleh informasi lebih lengkap terkait berkas rekam medis yang keluar dari unit penyimpanan.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada pihak Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang dan RSIA Husada Bunda Malang yang telah memfasilitasi pelaksanaan penelitian ini.

6. Daftar Pustaka

- Depkes RI. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Depkes RI. "Depkes RI 2006" 53(9), 1689–1699.
- Di, M., Lanud, R., & Bandung, S. (2022). *Tinjauan Pelaksanaan Penyimpanan Berkas Rekam Medis Berdasarkan Unsur Manajemen 5M (Man , Money , Method , . 16, 261.*
- Ery Rustiyanto, W. A. R. (2011). *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.*
- Fadila, A. (2021). Karya Tulis Ilmiah Literature Review Penggunaan Tracer Pada Sistem Penyimpanan Berkas Rekam Medis Pada Puskesmas Di *Stikespanakkukang.Ac.Id*.<https://stikespanakkukang.ac.id/assets/uploads/alumni/46727d794ae7263efce8fe877d71a822.pdf>
- IFHIMA. (2012). Education Module for Health Record Practice Module 4 – Healthcare Statistics. *Education Module for Health Record Practice Module 4 – Healthcare Statistics*, 1–20.
- Indawati, L. (2021). *Identifikasi Unsur 5m Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan (Systematic Review)*.
Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, (2008).
- Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, A. (2014). Tinjauan Pustaka Evaluasi. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 6–10.
- Musfika, M. (2020). Tinjauan Faktor-Faktor Penghambat Pelaksanaan Tracer Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun. *Jurnal Delima Harapan*, 7(1), 58–64. <https://doi.org/10.31935/delima.v7i1.96>
- Peraturan Menteri Kesehatan No 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis. Jakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan No 24 Tahun 2022 Transformasi Rekam Medis Manual Ke RM, (2022).
- Regita Kusumaning Putri. (2021). "Evaluasi Penggunaan Tracer Sebagai Kartu Pelacak Berkas Rekam Medis Keluar Dari Rak Penyimpanan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.
- Sugiono. (2012). *Metodelogi Penelitian Kuantitatif Kualitatif Sugiono (2012) Metodelogi Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D.if dan R&D.*
- Suhartina, I. (2019). Analisis Efektivitas SOP Pelaksanaan Penyimpanan Berkas Rekam Medis Di Puskesmas Lawang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 128.
- Triwardhani, S. D., Muna, N., Alfiansyah, G., Kesehatan, J., & Jember, P. N. (2021). *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan Tinjauan Pelaksanaan Pengambilan Dokumen Rekam Medis Berdasarkan Unsur Manajemen 5m Di Bagian Filling Rsal Dr . Ramelan Surabaya J-Remi : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan.* 2(3), 393–402.

Gambaran Kepuasan Pasien di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan RSUD Majenang Tahun 2021

Description of Patient Satisfaction at The Output Patient Registration Place, Majenang Hospital 2021

Andi Suhenda¹
Memey Reksi Hanita²

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
E-mail : andi.suhenda@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id

Abstract

Based on the interview with TPPRJ has not yet surveyed the level of satisfaction so that it is unknown the value of satisfaction percentage, whereas based on the SPM RS from the standard value $\geq 90\%$. The purpose of the study is to identify the patients satisfaction described in TPPRJ RSUD Majenang. Quantitative research with a descriptive approach. Population 4,708, sample 98 respondents, sample technique incident sampling. Data collection districts questionnaire pages, univariate data analysis by presenting patient 5 dimensions satisfaction based on the quality of service. Quality dimension satisfaction reliability 80%, assurance and responsiveness 88%, tangibles 69%, emphaty 85%. Percentage reliability, assurance, tangibles, emphaty, and responsiveness got 82% percentage of satisfaction, but not in accordance with standard value percentage of satisfaction $\geq 90\%$.

Keywords: *patient satisfaction; TPPRJ*

Abstrak

Berdasarkan wawancara dengan petugas TPPRJ bahwa di RSUD Majenang belum melakukan survei kepuasan terhadap pasien umum dan BPJS tanpa rujukan sehingga tidak diketahui nilai persentase kepuasan, sedangkan berdasarkan SPM RS dari indikator kepuasan dengan nilai standar $\geq 90\%$. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran kepuasan pasien di TPPRJ RSUD Majenang. Jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Jumlah populasi 4.708, sampel 98 responden, teknik sampel sampling insidental. Cara pengumpulan data membagikan lembar kuesioner, analisis data univariat dengan memaparkan besarnya persentase kepuasan pasien berdasarkan 5 dimensi mutu pelayanan. Persentase kepuasan dimensi mutu reliability 80%, assurance 88%, tangibles 69%, emphaty 85%, dan responsiveness 88%. Persentase dimensi mutu reliability, assurance, tangibles, emphaty, dan responsiveness didapatkan persentase kepuasan sebesar 82%, tetapi belum sesuai SPM RS karena berdasarkan persentase kepuasan nilai standar $\geq 90\%$.

Kata kunci: *kepuasan pasien; TPPRJ*

1. Pendahuluan (Book Antiqua 11pt Bold)

Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat konsistensi dengan standar profesi dan pelayanan, terdapat di fasilitas kesehatan dengan memperhatikan kemampuan dan keterbatasan konsumen atau pasien (Herlambang, 2016). Definisi lain menyatakan bahwa mutu pelayanan

kesehatan adalah tingkat kesesuaian pelayanan kesehatan dengan standar profesi serta standar pelayanan, terdapat di fasilitas kesehatan dengan memperhatikan kemampuan dan keterbatasan pasien (Herlambang, 2016). Aspek mutu satu diantaranya yaitu kepuasan pasien.

Kepuasan pasien yaitu nilai dari pasien tentang konsistensi ataupun

ketidaksesuaian pasien akan berobat dan sesudah pelayanan (Muninjaya, 2013). Kepuasan pasien merupakan tolak ukur peningkatan mutu pelayanan dan menjadi alasan nomor satu bagi rumah sakit untuk menerapkan perubahan kearah yang lebih baik (Taekab et al., 2019). Kepuasan pasien dapat dinilai dari jasa yang diterima pasien dari pelayanan petugas pendaftaran. Pelayanan memuaskan dan berkualitas dapat mempengaruhi pasien terhadap ketentuan pelanggan untuk berobat kembali atau bahkan mendatangkan pelanggan baru ke rumah sakit tersebut, karena memberitahukan pengalaman kepuasannya kepada orang lain.

Cara untuk mengukur kepuasan pasien dibagian TPPRJ dapat dilakukan dengan cara pengisian kuesioner. Untuk memenuhi kepuasan pasien ada komponen untuk mewujudkan mutu pelayanan. Pelayanan bermutu dapat diukur dengan kualitas pelayanan kesehatan berdasarkan lima dimensi Service Quality yang dikembangkan oleh Zeithalm dan Parasumanan (1990) dalam Herlambang (2016) yaitu, Reliability, Assurance, Tangibles, Emphaty, dan Responsiveness di bagian TPPRJ. Kegiatan TPPRJ menerima dan mendaftarkan pasien rawat jalan. Pasien baru atau lama ketika berobat akan bertemu pertama kali dengan petugas pelayanan di pendaftaran.

Hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa permasalahan yang ditemukan di RSUD Majenang adalah belum pernah dilakukan survei kepuasan pasien umum dan pasien BPJS tanpa rujukan. Namun, survei kepuasan pasien BPJS Rujukan sudah dilakukan pada bulan Januari tahun 2019-Februari 2020 oleh pihak rumah sakit sendiri sebanyak 560 responden. Survei dengan menggunakan google formulir yang diisi oleh petugas pendaftaran atau pasien/keluarga pasien. Hasil dari nilai persentase pengisian google formulir kepuasan pasien langsung ke pusat BPJS. Rumah sakit tidak mengetahui hasil persentase kepuasan pasien, sedangkan berdasarkan SPM RS dari indikator kepuasan pasien rawat jalan yaitu nilai

standar dengan persentase $\geq 90\%$ (Permenkes 129 tahun 2008).

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian deskriptif ini digunakan untuk mengetahui bagaimana gambaran kepuasan pasien di TPPRJ RSUD Majenang pada bulan April-Juni 2021. Populasi seluruh pasien pendaftaran rawat jalan pada bulan Januari 2021 dengan jumlah 4.708 pasien dengan perhitungan sampel memakai rumus slovin didapatkan 98 responden. Variabel yang digunakan adalah kepuasan pasien rawat jalan di RSUD Majenang dengan 5 sub variabel. Instrumen penelitian ini menggunakan instrumen dari Maulana, I tahun 2021. Cara pengumpulan data dengan membagikan lembar kuesioner kepada responden dan analisis data dilakukan dengan analisis univariat yaitu memaparkan besarnya persentase tingkat kepuasan pasien

3. Hasil dan Pembahasan

a. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Reliability Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Dimensi reliability terdapat tiga pernyataan yaitu keterampilan pada saat mendaftarkan pasien, petugas pendaftaran melakukan registrasi pendaftaran dengan tepat dan cepat, dan petugas pendaftaran mengarahkan pasien ke poliklinik yang dituju.

Tabel 1. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Reliability Terhadap Pelayanan

No	Kategori	Jumlah	
		Frekuensi	%
1	Puas	78	80%
2	Tidak Puas	20	20%
Jumlah		98	100%

Sumber: Data Primer 2021

Tabel 1 diketahui bahwa pasien rawat jalan pada dimensi reliability dari sampel 98 responden didapat kategori puas 80% dan kategori tidak puas 20%.

b. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Assurance Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Dimensi assurance terdapat dua pernyataan yaitu petugas pendaftaran memberikan pelayanan dengan ramah dan sopan, dan petugas pendaftaran mampu menciptakan suasana agar pasien merasa dipentingkan dan terjamin.

Tabel 1. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Assurance Terhadap Pelayanan

No	Kategori	Jumlah	
		Frekuensi	%
1	Puas	86	88%
2	Tidak Puas	12	12%
Jumlah		98	100%

Sumber: Data Primer 2021

Tabel 2. diketahui bahwa kepuasan pasien rawat jalan pada dimensi assurance dari sampel 98 responden didapat kategori puas 88% dan kategori tidak puas 12%.

c. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Tangibles Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Dimensi tangibles terdapat empat pernyataan, yaitu penampilan petugas pendaftaran, ruang tunggu memadai, kebersihan tempat pendaftaran, dan terdapat petunjuk mengenai alur pendaftaran (baliho, spanduk, poster dll).

Tabel 2. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Tangibles Terhadap Pelayanan

No	Kategori	Jumlah	
		Frekuensi	%
1	Puas	68	69%
2	Tidak Puas	30	31%
Jumlah		98	100%

Sumber: Data Primer 2021

Tabel 3. diketahui bahwa kepuasan pasien rawat jalan pada dimensi tangibles dari sampel 98 responden didapat kategori puas 69% dan kategori tidak puas 31%.

d. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Emphaty Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Dimensi emphaty terdapat tiga pernyataan yaitu petugas pendaftaran mewawancarai pasien dengan menggunakan tutur kata yang baik, petugas pendaftaran memberi senyum dan salam saat menerima pasien, dan petugas membantu pasien apabila mendapat kesulitan dalam melengkapi persyaratan.

Tabel 4. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Emphaty Terhadap Pelayanan

No	Kategori	Jumlah	
		Frekuensi	%
1	Puas	83	85%
2	Tidak Puas	15	15%
Jumlah		98	100%

Sumber: Data Primer 2021

Tabel 4. diketahui bahwa kepuasan pasien rawat jalan pada dimensi emphaty dari sampel 98 responden didapat kategori puas 85% dan kategori tidak puas 15%.

e. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Responsiveness Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Dimensi responsiveness terdapat tiga pernyataan yaitu petugas mengingatkan pasien agar kartu berobat jangan sampai hilang dan dibawa setiap kali berobat ke rumah sakit, petugas pendaftaran memberikan pelayanan dengan cepat dan tanggap, dan petugas pendaftaran memberi informasi kepada pasien dengan jelas.

Tabel 5. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Responsiveness Terhadap Pelayanan

No	Kategori	Frekuensi	Persentase %
1	Puas	86	88%
2	Tidak Puas	12	12%
Jumlah		98	100%

Sumber: Data Primer 2021

Tabel 5. diketahui bahwa kepuasan pasien rawat jalan pada dimensi responsiveness dari sampel 98 responden didapat kategori puas 88% dan kategori tidak puas 12%.

f. Kepuasan Pasien Berdasarkan Seluruh Aspek Dimensi Mutu Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Kepuasan pasien yaitu perasaan yang muncul setelah mendapatkan pelayanan yang diperoleh sesuai dengan harapan atau tidak.

Tabel 6. Kepuasan Pasien Berdasarkan Seluruh Aspek Dimensi Terhadap Pelayanan

No	Kategori	Frekuensi	Persentase %
1	Puas	80	82%
2	Tidak Puas	18	18%
	Jumlah	98	100%

Sumber: Data Primer 2021

Tabel 6. diketahui bahwa kepuasan pasien rawat jalan pada seluruh aspek dimensi dari sampel 98 responden yaitu dengan kategori puas 82% dan kategori tidak puas 18%.

1. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Reliability Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Kepuasan pasien pada dimensi reliability dari sampel 98 responden terdapat kategori puas 80%. Kategori tidak puas sebanyak 20%.

Dimensi reliability pada pernyataan petugas pendaftaran mengarahkan pasien ke poliklinik yang dituju dengan skor 308. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Maulana, I., & Suhenda, A. (2021) di RSUD DR. Soekardjo Kota Tasikmalaya bahwa pada saat petugas pendaftaran setelah selesai pelayanan mendaftarkan pasien selalu mengarahkan pasien ke poliklinik yang akan dituju.

Pernyataan petugas pendaftaran melakukan registrasi pendaftaran dengan tepat dan cepat dengan skor

303. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Husin, H., & Awaliah, N. A. (2020) di Rumah Sakit Bhayangkara bahwa kepuasan pada dimensi kehandalan yang menyebutkan bahwa pelayanan di pendaftaran dilakukan secara cepat dan tepat sejak pertama kali pasien kontak. Hasil penelitian Kuntoro, W., & Istiono, W. (2017) di TPPRJ Puskesmas Yogyakarta menyebutkan bahwa sebagian besar pasien puas terhadap kehandalan dan ketepatan pelayanan petugas pendaftaran dilakukan dengan cepat tanpa membedakan kedudukan, agama, suku, ras maupun faktor lainnya.

Pernyataan keterampilan atau kemampuan petugas saat mendaftarkan pasien seperti ketepatan waktu pelayanan dan waktu mengurus pendaftaran dengan skor 299. Hal ini berbeda dengan penelitian Tail, M. A., et.al. (2020) di RSUD X bahwa terdapat keluhan masalah dipelayanan pendaftaran yang tidak tertangani dengan baik, dan responden merasa pelayanan di rumah sakit tidak sesuai dengan waktu yang dijanjikan. Sebaiknya petugas pendaftaran memaksimalkan kemampuannya dalam mendaftarkan pasien melalui pelatihan, seminar, workshop maupun pendidikan. Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Herlambang (2016), bahwa dimensi reliability supaya melayani pasien sesuai janji yang telah ditawarkan.

2. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Assurance Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Kepuasan pasien pada dimensi assurance dari sampel 98 responden terdapat kategori puas 88%. Kategori tidak puas sebanyak 12%.

Dimensi assurance pada pernyataan petugas pendaftaran memberikan pelayanan dengan ramah dan sopan dengan skor 311. Hal ini sejalan dengan penelitian Husin, H., & Awaliah, N. A. (2020) di RS

Bhayangkara bahwa pasien puas kepada petugas pendaftaran yang berkarakter sopan dan ramah pada saat melayani pendaftaran, serta penelitian Maulana, I., & Suhenda, A. (2021) di RSUD DR. Soekardjo Kota Tasikmalaya bahwa petugas mampu berkomunikasi dengan baik dan melayani pendaftaran secara ramah dan sopan.

Pernyataan petugas pendaftaran mampu menciptakan suasana agar pasien merasa dipentingkan dan terjamin dengan skor 300. Apabila pelayanan tidak sama dengan keinginan pasien sehingga akan mengakibatkan ketidakpuasan yang cenderung pasien enggan datang kembali ke rumah sakit untuk berobat kembali. Hal ini berbeda dengan penelitian Laeliah, N., & Subekti, H. (2017) di RSUD Kabupaten Indramayu bahwa petugas pendaftaran melayani pasien selama proses pelayanan masih belum memuaskan. Sebaiknya petugas pendaftaran dapat memberikan suasana yang nyaman ketika pasien melakukan pendaftaran, sehingga akan merasa dipentingkan dan terjamin. Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Herlambang (2016), bahwa dimensi assurance mencakup keahlian petugas terhadap wawasan dan keahlian ketika menumbuhkan kepercayaan kepada pasien.

3. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Tangibles Terhadap Pelayanan di TPRJ RSUD Majenang

Kepuasan pasien pada dimensi tangibles dari sampel 98 responden terdapat kategori puas 69%. Kategori tidak puas sebanyak 31%.

Dimensi tangibles pada pernyataan penampilan petugas pendaftaran dengan skor 315. Hal ini sejalan dengan penelitian Maulana, I., & Suhenda, A. (2021) di RSUD DR. Soekardjo Kota Tasikmalaya petugas pendaftaran menggunakan seragam sesuai dengan jadwal sehingga terlihat rapi. Hasil penelitian Husin, H., &

Awaliah, N. A. (2020) di Rumah Sakit Bhayangkara bahwa setelah menerima pelayanan dapat melihat dan merasakan yang dapat merubah pendapat pasien seperti pada bagian kerapian dan kebersihan dikatakan baik dan penelitian Chairunnisa, C., & Puspita, M. (2017) di RSIJS bahwa penampilan petugas pendaftaran ketika bertemu dengan pasien merupakan bagian yang penting dikarenakan pasien akan nyaman pada saat pelayanan pendaftaran apabila petugas rumah sakit terlihat rapi dan bersih.

Pernyataan pada petunjuk mengenai alur pendaftaran (baliho, spanduk, poster dll) skor 304 dan pernyataan kebersihan tempat pendaftaran skor 300. Hal ini sejalan dengan penelitian Husin, H., & Awaliah, N. A. (2020) di Rumah Sakit Bhayangkara bahwa terkait kelengkapan rumah sakit seperti, alat, sarana dan prasarana di TPRJ sudah baik, karena pelayanan dinilai dari aspek dalam dan luar gedung yang diatur dengan menarik, suasana nyaman, gedung yang bersih, dan kecanggihan peralatan yang ada.

Pernyataan pada ruang tunggu kurang memadai skor 278. Hal ini berbeda dengan penelitian Tail, M. A., et.al. (2020) di RSUD X bahwa ruang tunggu masih kurang luas dan kurang nyaman, serta penelitian Rensiner, R., et.al. (2018) di RSUD Achmad Darwis bahwa terdapat pasien yang masih memiliki problem di ruang tunggu karena ruang tunggu sempit dengan jumlah kursi yang kurang sehingga menjadi tidak nyaman pada saat menunggu antrian. Sebaiknya dilakukan penambahan kursi di ruang tunggu supaya pasien tidak ada yang berdiri dan merasa nyaman saat menunggu antrian. Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Herlambang (2016), bahwa dimensi tangibles yang berkaitan dengan bentuk nyata secara fisik mencakup tampilan dan

kelengkapan fasilitas fisik contohnya bangunan, ruang front office, kebersihan, penampilan, kerapian, dan kenyamanan di tempat tunggu.

4. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Emphaty Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Kepuasan pasien pada dimensi emphaty dari sampel 98 responden terdapat kategori puas 85%. Kategori tidak puas sebanyak 15%.

Dimensi emphaty pada pernyataan petugas pendaftaran mewawancarai pasien dengan menggunakan tutur kata yang baik dengan skor 317. Hal ini sejalan dengan penelitian penelitian Husin, H., & Awaliah, N. A. (2020) di Rumah Sakit Bhayangkara bahwa petugas pendaftaran sudah melayani pasien dengan bertutur kata yang baik dan ramah sehingga mudah dimengerti penjelasan yang diberikan oleh petugas pendaftaran.

Pernyataan petugas membantu pasien apabila mendapat kesulitan dalam melengkapi persyaratan dengan skor 306. Hal ini sejalan dengan penelitian Laeliah, N., & Subekti, H. (2017) di RSUD Kabupaten Indramayu bahwa dalam pelayanan petugas peduli kepada pasien dengan menanyakan keperluan dan membantunya.

Pernyataan petugas pendaftaran memberi senyum dan salam saat menerima pasien dengan skor 303. Hal ini berbeda dengan penelitian Husin, H., & Awaliah, N. A. (2020) di Rumah Sakit Bhayangkara bahwa petugas pendaftaran masih dinilai kurang ramah dan terkesan acuh. Sebaiknya petugas pendaftaran menciptakan suasana yang nyaman dengan membiasakan senyum dan salam ketika bertemu dengan pasien. Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Herlambang (2016), bahwa dimensi emphaty berkaitan dengan perhatian secara pribadi yang diterima pasien maupun keluarganya dari rumah sakit.

5. Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Responsiveness Terhadap Pelayanan di TPPRJ RSUD Majenang

Kepuasan pasien pada dimensi responsiveness dari sampel 98 responden terdapat kategori puas 88%. Kategori tidak puas sebanyak 12%.

Dimensi responsiveness pada pernyataan petugas mengingatkan pasien agar kartu berobat jangan sampai hilang dan dibawa setiap kali berobat ke rumah sakit dengan skor 314. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Maulana, I., & Suhenda, A. (2021) di RSUD DR. Soekardjo Kota Tasikmalaya bahwa pada saat petugas mendaftarkan pasien selalu mengingatkan pasien supaya kartu berobat jangan hilang dan dibawa ketika berobat karena akan menjadi bukti pasien sebelumnya pernah daftar dan tersimpan sebagai pasien serta memudahkan petugas pendaftaran rawat jalan ketika mencari Dokumen Rekam Medis lama di ruang filing.

Pernyataan petugas pendaftaran memberi informasi kepada pasien dengan jelas dengan skor 310. Hal ini sejalan dengan penelitian Kuntoro, W., & Istiono, W. (2017) di TPPRJ Puskesmas Yogyakarta bahwa petugas pendaftaran rawat jalan membantu, memberikan pelayanan, dan menyampaikan informasi dengan jelas ketika menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah pasien dengan tepat sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pernyataan petugas pendaftaran memberikan pelayanan dengan cepat dan tanggap dengan skor 304. Hal ini berbeda dengan dengan penelitian Tail, M. A., et.al. (2020) di RSUD X bahwa pelayanan yang diberikan kurang cepat, karena petugas tidak memberitahukan kapan pelayanan akan diberikan, kurang menunjukkan perhatian, dan kurang membantu dalam memberikan pelayanan. Sebaiknya petugas pendaftaran

menolong dan melayani pasien secara cepat dan tanggap. Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Herlambang (2016), bahwa dimensi responsiveness berkaitan dengan tanggapan petugas ketika menolong pasien dan menyarankan pelayanan secara cepat dan tanggap.

6. Kepuasan Pasien Berdasarkan Seluruh Aspek Dimensi Terhadap Pelayanan di TPRJ RSUD Majenang

Kepuasan pasien yaitu pandangan senang, memuaskan terhadap pasien karena terpenuhi kemauan ketika dilakukan jasa pelayanan kesehatan (Rosyidi, 2020). Kepuasan pasien yaitu penilaian positif pada dimensi pelayanan yang bermacam-macam (Satrianegara, 2014).

Kepuasan pasien yaitu suatu harapan terhadap kenyataan pelayanan kepada pasien pada saat menerima pelayanan akan puas jika pelayanan sesuai dengan harapan. Sebaliknya jika kurang baik maka pasien atau keluarga pasien akan merasa tidak puas.

Kepuasan pasien berdasarkan seluruh aspek dimensi di RSUD Majenang didapatkan hasil tertinggi pada aspek dimensi responsiveness dan assurance dengan kepuasan 88%. Kepuasan terendah pada dimensi tangibles 69%. Ketidakpuasan pasien tertinggi pada dimensi tangibles 31%. Ketidakpuasan terendah pada dimensi responsiveness dan assurance dengan tingkat ketidakpuasan 12%. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Husin, H., & Awaliah, N. A. (2020) di Rumah Sakit Bhayangkara bahwa kepuasan tertinggi terdapat pada dimensi responsiveness dan ketidakpuasan terendah pada dimensi tangibles.

4. Simpulan dan Saran

Kategori puas didapatkan hasil dari seluruh aspek dimensi yaitu 82% dan kategori tidak puas 18%, tetapi belum

sesuai dengan SPM RS karena berdasarkan persentase kepuasan yaitu $\geq 90\%$.

- 1) Kepuasan pasien dalam dimensi reliability didapatkan kategori puas 80% dan kategori tidak puas 20%. Dimensi reliability dengan jumlah skor tertinggi 308 pada pernyataan petugas pendaftaran mengarahkan pasien ke poliklinik yang dituju. Jumlah skor terendah 299 pada pernyataan keterampilan petugas pada saat mendaftarkan pasien.
- 2) Kepuasan pasien dalam dimensi assurance didapatkan kategori puas 88% dan kategori tidak puas 12%. Dimensi assurance dengan jumlah skor tertinggi 311 pada pernyataan petugas pendaftaran memberikan pelayanan dengan ramah dan sopan. Jumlah skor terendah 300 pada pernyataan petugas pendaftaran mampu menciptakan suasana agar pasien merasa dipentingkan dan terjamin.
- 3) Kepuasan pasien dalam dimensi tangibles didapatkan kategori puas 69% dan kategori tidak puas 31%. Dimensi tangibles dengan jumlah skor tertinggi 315 pada pernyataan penampilan petugas pendaftaran. Jumlah skor terendah 278 pada pernyataan ruang tunggu kurang memadai.
- 4) Kepuasan pasien dalam dimensi empathy didapatkan kategori puas 85% dan kategori tidak puas 15%. Dimensi empathy dengan jumlah skor tertinggi 317 pada pernyataan petugas pendaftaran mewawancarai pasien dengan menggunakan tutur kata yang baik. Jumlah skor terendah 303 pada pernyataan petugas pendaftaran memberi senyum dan salam saat menerima pasien.
- 5) Kepuasan pasien dalam dimensi responsiveness didapatkan kategori puas 88% dan kategori tidak puas 12%. Dimensi responsiveness dengan jumlah skor tertinggi 314 pada

pernyataan petugas mengingatkan pasien agar kartu berobat jangan sampai hilang dan dibawa setiap kali berobat ke rumah sakit. Jumlah skor terendah 304 pada pernyataan petugas pendaftaran memberikan pelayanan dengan cepat dan tanggap.

5. Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada pihak RSUD Majenang yang telah memberikan izin untuk melakukan pengambilan data. Selain itu, disampaikan terimakasih juga kepada para responden yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk mengisi kuisioner yang telah diberikan.

6. Daftar Pustaka

- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Husin, H., dan Awaliah, N. A. (2020). Studi Deskriptif Kepuasan Pasien BPJS Terhadap Mutu Pelayanan TPRJ Di Rumah Sakit Bhayangkara TK III Banjarmasin. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 10(3), 133-138.
- Kuntoro, W., dan Istiono, W. (2017). Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan Di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2(1), 140-147.
- Laeliyah, N., dan Subekti, H. (2017). Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(2), 102-112.
- Maulana, I., dan Suhenda, A. (2021). Kepuasan Pasien BPJS PBI Terhadap Pelayanan Petugas Pendaftaran Rawat Jalan di RSUD DR. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 68-72.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/PER/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Muninjaya, A.A.G. (2013). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Rosyidi, I., Sudarta, W, I., dan Susilo, E. (2020). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Taekab, A.H., Suryawati, C., dan Kusumastuti. (2019). Analisis Persepsi Pasien terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas dan Hubungannya dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Leyangan Kabupaten Semarang Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 31-40.
- Tail, M. A., Silitonga, Wartiningih, M., dan Silitonga, H. T. H. (2020). Gambaran Kepuasan Pasien Rawat Jalan RSUD X Berdasarkan Metode Servqual. *Prominentia Medical Journal*, 1(1), 36-44.