



JURNAL
REKAM MEDIS &
INFORMASI KESEHATAN

ISSN 2502-3123

Universitas Brawijaya, Malang
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Brawijaya
P.O. Box 10118, Malang 65132, Indonesia

Ketepatan Pengkodean Diagnosis Demam Berdarah Dengue Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Klinis di Rumah Sakit Singaparna Medika Citra Utama

Accuracy of Dengue Hemorrhagic Fever Diagnosis Coding Based on Clinical Examination Results at Singaparna Medika Citra Utama Hospital

Ari Sukawan¹
Andi Suhenda²
Widia Mulyani³

^{1,2,3}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Jl. Babakan Siliwangi No.35, Kahuripan, Kec. Tawang, Kota Tasikmalaya
E-mail : arisukawan86@gmail.com¹

Abstract

One of the supporting units in a hospital is a medical record, namely a manual/electronic record made by a health service provider, such as a diagnosis. One of the medical record activities by codifying diseases is carried out by coders. Diagnosis coding must be correct according to the code stated in ICD-10, correct coding will affect hospital health financing. This study aims to describe coding procedures and diagnostic accuracy using a cross-sectional design. Population of medical records of dengue hemorrhagic fever cases in January - December 2022. The total sample is 98 medical records. simple random sampling technique. The results of the diagnosis coding procedure carried out by the coder were not appropriate due to the staff being busy carrying out other activities and there were 78.6% of medical records that were correct and in accordance with the provisions. clinical examination results, 21.4% of medical records were inaccurate and did not match the results of the clinical examination, resulting in pending claims at the hospital. In conclusion, coders are expected to carry out coding referring to ICD-Volume 2 and pay attention to clinical examination to obtain accurate codification so that hospital claims can be claimed on time.

Keywords: *Coding; Dengue Fever; ICD-10*

Abstrak

Salah satu unit penunjang di Rumah Sakit yaitu rekam medis merupakan catatan manual/elektronik yang dilakukan oleh tenaga pemberi asuhan pelayanan kesehatan seperti diagnosis. Salah satu kegiatan direkam medis yaitu melakukan kodefikasi penyakit. Koding adalah pemberian *symbol alfanumeric* yang dilakukan oleh coder. Koding diagnosis yang diberikan harus tepat sesuai dengan kode yang tercantum di dalam ICD-10, koding yang tepat akan mempengaruhi pembiayaan kesehatan rumah sakit. Penelitian dilakukan di RS Medika Citra Utama. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan prosedur pengkodean dan ketepatan diagnosis penyakit dengan menggunakan desain *cross sectional*. Populasi kasus dalam penelitian ini yaitu rekam medis pasien *dengue haemorrhagic fever* Januari-Desember 2022. Jumlah sampel sebanyak 98 rekam medis. Teknik sampling yang digunakan adalah *simple random sampling*. Hasil penelitian prosedur pengkodean diagnosis yang dilakukan oleh coder belum sesuai ketentuan ICD-10 volume 2 dikarenakan oleh sibuknya petugas dalam melakukan kegiatan lainnya dan terdapat 78.6% rekam medis yang tepat serta sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis, 21.4% Rekam medis yang tidak tepat dan tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis sehingga mengakibatkan pending klaim di rumah sakit. Kesimpulan penelitian ini adalah diharapkan petugas coder melakukan pengkodean mengacu ICD-Volume 2 dan memperhatikan pemeriksaan klinis agar mendapatkan kodefikasi yang akurat sehingga klaim rumah sakit diklaimkan tepat waktu.

Kata kunci: *Demam Berdarah Dengue; ICD-10; Pengkodean*

1. Pendahuluan

Rekam medis merupakan sebuah catatan manual atau rekaman data elektronik. (Peraturan Menteri Kesehatan, 2022) mulai dari data pasien masuk, identitas, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, data perkembangan pasien terintegrasi, tindakan dan diagnosis baik itu pasien rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat yang diberikan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat, bidan, ataupun tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam pemeriksaan pasien tersebut (Sugiarti et al., 2022). Salah satu kegiatan pengelolaan rekam medis adalah kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan tindakan yang harus dilakukan oleh tenaga profesional perekam medis dan informasi kesehatan sebagai salah satu kompetensi yang dimiliki (Menkes, 2020).

Penerapan pengkodean digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan, masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis, memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan, bahan dasar dalam pengelompokan indonesian Case Base Groups (INA-CBgs) untuk sistem penagihan pembayaran pelayanan, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan dan penelitian epidemiologi dan klinis (Hatta, 2020).

Hal terpenting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosis. Untuk mendapatkan hasil kodefikasi penyakit yang tepat diperlukan rekam medis yang lengkap (Hatta, 2020). Selain rekam medis yang lengkap dituntut juga pengetahuan yang baik bagi tenaga perekam medis khususnya koder. Kode diagnosis yang diberikan harus tepat sesuai dengan kode yang tercantum dalam buku

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10 th Revision (ICD-10) yang diterbitkan oleh *World Health Organization (WHO)*. ICD-10 mencakup kode diagnosis dari semua sistem organ tubuh manusia yang telah diklasifikasikan berdasarkan kelompok penyakit tertentu termasuk untuk golongan penyakit infeksi. Salah satu penyakit infeksi yang paling banyak terjadi di Indonesia adalah Demam Berdarah *Dengue (DBD)*.

Dengue merupakan penyakit tropis yang masih menjadi masalah internasional dalam kesehatan masyarakat di beberapa dekade terakhir (Wang et al., 2020). Beberapa tahun terakhir, sekitar 50 juta infeksi virus *dengue (DBD)* terjadi dan sekitar setengah juta orang terjangkit *dengue* parah, menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang signifikan di seluruh dunia (Mentari & Hartono, 2023). Tahun 2020, DBD terus menyerang beberapa negara, dengan laporan peningkatan jumlah kasus di beberapa negara termasuk Indonesia (Sutriyawan et al., 2022). Tercatat kasus DBD di Indonesia pada tahun 2015 sekitar 129.650 kasus. Jumlah kasus ini meningkat dari 99.499 kasus pada tahun 2014, sedangkan hingga Juli 2020 mencapai 71.633 kasus. 10 Provinsi yang melaporkan jumlah kasus terbanyak ada di Jawa Barat 10.772 kasus (Kemenkes RI, 2020). Dalam ICD- 10 diagnosis DBD diberi kode A91 (WHO, 2016)

Pada proses penentuan kodefikasi diagnosis *Dengue Haemorrhage Fever* harus memperhatikan rekam medis pasien terhadap kesesuaian antara diagnosis yang ditegakkan oleh dokter penanggung jawab pasien dan hasil pemeriksaan klinis laboratorium dengan kode diagnosis berdasarkan aturan pengodean yang dijelaskan pada ICD-10 Volume 2. Berdasarkan hasil pendahuluan awal di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama ditemukan terdapat 10 rekam medis dengan kasus *Dengue Haemorrhage Fever* yang diberi kode diagnosis A91 tapi hasil pemeriksaan klinis laboratorium

menunjukkan hasil normal. Padahal untuk dapat mendukung kode diagnosis DBD maka setidaknya ditemukan dua hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak normal, misalnya pada hasil pemeriksaan trombosit dan leukosit. Artinya terjadi ketidaksesuaian antara hasil pemeriksaan penunjang dengan penegakan kode diagnosis DBD. Hal ini dapat mempengaruhi data dan informasi laporan rumah sakit, serta ketetapan tarif pelayanan kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui prosedur pengkodean diagnosis penyakit dan ketepatan kode diagnosis demam berdarah *dengue* berdasarkan hasil pemeriksaan klinis Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama.

2. Metode

Metode Penelitian desain *cross sectional*. Jenis penelitian yang digunakan kuantitatif deskriptif dengan gambaran prosedur dan ketepatan diagnosis *dengue haemorrhagic fever* dengan pemeriksaan klinis di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama. Penelitian ini menggunakan data Primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari telaah kesesuaian ketepatan pengodean diagnosis yang dilakukan oleh coder dan prosedur pengodean diagnosis. Data sekunder diperoleh dari data pelaporan rekam medis pada kasus diagnosis *dengue haemorrhagic fever*. Populasi penelitian ini adalah rekam medis rawat inap kasus *dengue haemorrhagic fever* pasien Januari-Desember 2022. Jumlah sampel sebanyak 98 rekam medis rawat inap. Teknik sampling yang digunakan adalah *simple random sampling*. Instrumen yang digunakan daftar tilik kesesuaian diagnosis dengan kriteria objektif untuk prosedur diagnosis sesuai apabila kegiatan kodefikasi penyakit dan tindakan berdasarkan sembilan langkah dasar menentukan kode diagnosis penyakit dan tidak sesuai apabila kegiatan kodefikasi penyakit dan tindakan tidak berdasarkan sembilan langkah dasar menentukan kode diagnosis penyakit. Ketepatan diagnosis jika

tepat apabila kode diagnosis tepat dan sesuai berdasarkan ICD-10 dan hasil pemeriksaan klinis dan tidak tepat apabila kode diagnosis tidak tepat dan tidak sesuai berdasarkan ICD 10 dan hasil pemeriksaan klinis.

3. Hasil dan Pembahasan

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Pada bagian rekam medis rawat inap khususnya bagian klaim pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) kasus *Dengue Haemorrhage Fever* adapun hasil yang ditemukan sebagai berikut :

Tabel 1. Kesesuaian Prosedur Pengodean Diagnosis DHF

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sesuai	98	100,0	100,0

Sumber data : Data Primer

Tabel 1 menjelaskan bahwa hasil langkah-langkah pengodean diagnosis pada kasus *Dengue Haemorrhage Fever* dikategorikan menjadi dua kategori sesuai dan tidak sesuai dari 98 Rekam Medis pasien rawat inap tidak terdapat langkah-langkah pengodean diagnosis yang sesuai dengan tahapan yang terdapat di ICD-10 Volume 2. Adapun langkah-langkah pengodean dari hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama dengan berpedoman ICD-10 yang sudah disiapkan menggunakan sistem informasi kesehatan diantaranya dengan menginput diagnosis *Dengue Haemorrhage Fever* secara otomatis untuk pengodean diagnosis akan muncul melalui sistem informasi rumah sakit tanpa melihat pemeriksaan penunjang dari rekam medis pasien tersebut.

Tabel 2. Ketepatan Pengodean Diagnosis DHF

	F	%	Valid %	Cumulative %
Valid				
Tepat	77	78,6	78,6	78,6
Tidak Tepat	21	21,4	21,4	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Sumber : Data Primer

Tabel 2. Menjelaskan bahwa hasil langkah-langkah ketepatan pengodean diagnosis *dengue haemorrhage fever* dikategorikan menjadi dua tepat dan tidak tepat, dari 98 rekam medis pasien rawat inap yang dari ruang perawatan dilakukan pengodean diagnosis untuk kasus tersebut. Diperoleh hasil bahwa 78.6% rekam medis pasien rawat inap kasus *dengue haemorrhagic fever* tepat dan sesuai dengan pemeriksaan klinis untuk penentuan kode diagnosis. Sedangkan terdapat 21.4% rekam medis rawat inap kasus *dengue haemorrhagic* tidak tepat dan tidak sesuai dengan pemeriksaan klinis untuk penentuan kode diagnosis. Adapun diagnosis penyakit dengan pemeriksaan klinis sebagai berikut : *Dengue Haemorrhage Fever Grade I-IV*

Prosedur pengodean adalah langkah-langkah menentukan kode diagnosis menggunakan ICD-10 Volume 1 dan Volume 3. Dari tabel 1 kesesuaian prosedur pengodean diagnosis *dengue haemorrhage fever* ditemukan ketidaksesuaian dalam menentukan kodifikasi penyakit disebabkan oleh petugas sudah mengetahui kode diagnosis, merasa terlalu lama karena kode diagnosis sudah sering dikoding dan terbantu oleh sistem informasi rumah sakit. sehingga tidak melakukan tahapan pengodean dengan menggunakan 9 tahap pengodean yang sesuai dengan ICD-10 Volume 2 diantaranya : Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat pada indeks alfabet yang sesuai. (jika pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain diklasifikasikan pada chapter I-XIX atau XXI, rujuk pada seksi I indeks alfabet. Jika pernyataan adalah sebab luar dari cedera atau kejadian diklasifikasikan pada chapter XX, rujuk seksi II), Cari *lead terms*. Untuk penyakit dan

cedera biasanya merupakan kata benda dari kondisi patologi. Walaupun, beberapa kondisi menunjukkan suatu kata sifat atau *eponym* yang termasuk pada *indeks*. Baca dan ikuti catatan yang ada dibawah *lead terms*, Baca kata yang terdapat dalam *parentheses* setelah *lead terms* (ini tidak dapat berpengaruh pada *code number*) seperti juga untuk terminologi di bawah *lead terms* (ini dapat berpengaruh pada *code number*), hingga kata yang menunjukkan diagnosis yang dimaksud ditemukan., Ikuti secara hati-hati *cross-reference* (*see* dan *see also*) yang terdapat pada *indeks*., Rujuk pada daftar tabulasi untuk kesesuaian nomer kode yang dipilih. Catatan kategori 3 karakter dalam *indeks* dengan *dash* pada posisi ke-4 berarti bahwa kategori 3 karakter dapat dilihat pada volume 1. Selanjutnya, perincian dapat dilihat dari posisi karakter tambahan yang tidak diindeks, jika digunakan dapat dilihat pada volume I. Ikuti *inclusion* dan *exclusion* dibawah kode atau dibawah *chapter*, *block* atau diawal kategori. Tetapkan kode diagnosis (WHO, 2016).

Berdasarkan hasil analisis di atas untuk mendapatkan kode diagnosis yang akurat tentunya diharapkan petugas coder menerapkan langkah-langkah pengodean diagnosis sesuai ICD-10 volume 2 dan perlu adanya pelatihan tentang koding agar menunjang pengetahuan mereka dalam melakukan pengodean diagnosis menggunakan ICD-10 dan mengetahui ketentuan-ketentuan yang ada di dalam ICD-10 yang digunakan sebagai dasar melakukan pengkodean diagnosis pasien.

Ketepatan pengodean diagnosis di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama terdapat penentuan kode diagnosis yang tepat sebanyak 78,6% Sebanyak 77 rekam medis pasien rawat inap dan tidak tepat sebanyak 21,4% atau 21 rekam medis pasien rawat inap disebabkan karena ketidaksesuaian antara diagnosis dan pemeriksaan klinis pada kasus *Dengue Haemorrhagic Fever*. Ketepatan pengkodean diagnosis yaitu proses pengkodean diagnosis yang benar, lengkap, dan sesuai

dengan ketentuan yang berlaku. Kode yang dihasilkan harus tepat (R et al., 2022), karena ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, serta hal-hal yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan Kesehatan (Hatta, 2020).

Dalam pengkodean diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* harus memperhatikan kesesuaian antara kode diagnosis dengan diagnosis utama yang dituliskan oleh dokter pada rekam medis pasien dan hasil pemeriksaan klinis. Penentuan diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* apabila memenuhi dua kriteria klinis dan dua kriteria laboratoris. Sehingga sangat penting bagi petugas coding untuk melihat dengan cermat hasil pemeriksaan yang dituliskan oleh dokter dan hasil pemeriksaan laboratorium dalam penentuan kode *Dengue Haemorrhagic Fever*. Kode diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* dalam buku ICD-10 adalah A91 yang terdapat pada rentang blok A90-A99 (*Arthropod-borne viral fevers and viral haemorrhagic fevers*) dalam bab I (*Certain infectious and parasitic diseases*) pada ICD-10 Volume 19. Berikut adalah salah satu kasus rekam medis rawat inap yang tidak tepat di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama :

Anamnesis Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan demam sejak 5 hari yang lalu, mimisan dengan hasil laboratorium Hemoglobin 11,8 g/dl, Leukosit 2.900/mm³, Eritrosit 4.400.000/mm³, Hematokrit 32,4%, Trombosit 128.000/mm³. Dokter mendiagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever*, Coder rumah sakit melakukan pengodean dengan A91 Seharusnya A90 berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap) hanya menunjukkan penurunan jumlah leukosit tapi nilai trombosit tetap normal dan kadar hematokrit tidak meningkat. Meskipun pasien mengalami demam tanpa disertai dengan mimisan, diagnosis ini tetap tidak bisa diberi kode diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* karena hanya menunjukkan satu gejala laboratoris.

Sehingga kode yang digunakan di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama tidak tepat karena tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan. Seharusnya diagnosis tersebut dikode dengan A90, yaitu demam *dengue* karena tidak memenuhi syarat penentuan diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever*.

Selanjutnya kasus yang kedua anamnesis Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan demam sejak 6 hari yang lalu Hasil laboratorium Hemoglobin = 12,0 g/dl, Leukosit 8.120/mm³, Eritrosit 4.360.000/mm³, Hematokrit 32,1%, Trombosit 153.000/mm³ Dokter mendiagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever*, Coder rumah sakit melakukan pengodean dengan A91 Seharusnya A90 Namun, berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap) tidak menunjukkan pasien mengalami *Dengue Haemorrhagic Fever* dilihat dari nilai trombosit dan leukosit yang masih normal dan kadar hematokrit yang tidak meningkat. Selain itu, pasien hanya mengalami demam tanpa disertai tanda-tanda perdarahan seperti ptekie atau mimisan. Sehingga kode yang digunakan di di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama tidak tepat karena tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan. Seharusnya diagnosis tersebut dikode dengan A90, yaitu demam *dengue* karena tidak memenuhi syarat penentuan diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever*.

Menurut Ariani (2016) Derajat I Demam disertai gejala tidak khas dan satu -satunya manifestasi perdarahan ialah uji bendung, Derajat II Seperti pada derajat satu, disertai perdarahan spontan di kulit dan atau perdarah lain, Derajat III Didapatkan kegagalan sirkulasi, yaitu nadi cepat dan lambat, tekanan nadi menurun (20mmHg atau kurang) atau hipotensi, sianosis di sekitar mulut, kulit dingin dan lembab dan anak tampak gelisah, Derajat IV Syok berat (profound shock), nadi tidak dapat diraba dan tekanan darah tidak terukur.

Tingkat ketepatan kode diagnosa dikategorikan menjadi dua kategori yaitu tepat dan tidak tepat (WHO,2016),

dikatakan tepat apabila kode diagnosa yang ditetapkan oleh tenaga koder sesuai dengan kaidah dan ketentuan pemberian kode diagnosa berdasarkan ICD 10. Sedangkan dikatakan tidak tepat apabila kode yang ditetapkan oleh tenaga koder tidak sesuai dengan kaidah dan ketentuan pemberian kode diagnosa ICD 10 berdasarkan dokumen medis yang terdapat pada rekam medis (WHO, 2016).

Keakuratan kode diagnosis untuk pasien rawat inap Jamkesmas ini merupakan ketepatan pemberian kode diagnosis berdasarkan ICD 10. Kecepatan dan ketepatan pengkodean dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut, yaitu tenaga medis (dokter) dalam menetapkan diagnosis, tenaga rekam medis (coder) sebagai pemberi kode diagnosis, dan tenaga kesehatan lainnya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Meilany, et al (2020) bahwa tingkat ketepatan pemberian kode diagnosa DBD mencapai 55.6% atau 5 rekam medis sedangkan kode yang tidak tepat mencapai 44.4% atau sebanyak 4 rekam medis dari 9 rekam medis pasien DBD. ketepatan hasil pemeriksaan klinis diagnosa DBD terdapat 5 atau 55.6% yang tepat sedangkan terdapat 4 atau 44.4% dokumen rekam medis DBD yang tidak tepat. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan kesesuaian pemeriksaan klinis dengan ketepatan kode diagnosis demam berdarah diperoleh hasil uji statistik dengan uji statistik non-parametrik menggunakan uji korelasi Kendall's tau_b, yaitu $p=0.025 < 0.05$ artinya H_0 ditolak dan H_1 atau "ada hubungan antara pengetahuan dan kesesuaian pemeriksaan klinis dengan ketepatan kode diagnosis demam berdarah".

Ketidaktepatan kode diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama berdampak pada pelaporan data morbiditas dan mortalitas kepada pemerintah. Informasi data morbiditas digunakan untuk

kepentingan manajemen pelayanan pasien, perencanaan pelayanan kesehatan, pengalokasian sumber daya, atau evaluasi dan pengkajian untuk program kesehatan masyarakat yang baru.

Namun, apabila informasi morbiditas yang disajikan tidak sesuai, maka akan terjadi kesalahan dalam penentuan pengalokasian sumber daya. Misalnya, karena di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama terjadi banyak kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* maka sebagian besar sumber daya yang dialokasikan dikhususkan untuk penanganan penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever*. Oleh karena itu, sangat penting bagi petugas koding untuk mengikuti prosedur pengkodean berupa sembilan langkah dasar dalam penentuan kode diagnosis penyakit yang berpedoman pada buku ICD-10 dan menambah pengetahuan dalam menganalisis hasil pemeriksaan laboratorium sehingga dapat menghasilkan kode diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* yang tepat dan menghasilkan informasi data morbiditas yang relevan.

4. Simpulan dan Saran

Prosedur pengodean diagnosis yang dilakukan oleh coder Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama belum sesuai dengan 8 (delapan) tahapan pengodean diagnosis menurut ICD-10 Volume 2 disebabkan karena banyaknya rekam medis dan sudah adanya sistem informasi di rumah sakit perlu adanya pelatihan tentang koding agar menunjang pengetahuan mereka dalam melakukan pengodean diagnosis menggunakan ICD-10 dan mengetahui ketentuan-ketentuan yang ada di dalam ICD-10 yang digunakan sebagai dasar melakukan pengkodean diagnosis pasien. Ketepatan pengodean diagnosis yang dilakukan oleh coder tepat sebanyak 78,6% Sebanyak 77 rekam medis pasien rawat inap dan tidak tepat sebanyak 21.4% atau 21 rekam medis pasien rawat inap disebabkan karena ketidaksesuaian antara diagnosis dan pemeriksaan klinis

pada kasus Dengue Haemorrhagic Fever. Ketepatan pengodean diagnosis sangat berpengaruh terhadap laporan morbiditas dan Pembiayaan Klaim Jaminan kesehatan nasional (JKN). Koding yang tepat dapat mempelancar pembayaran sehingga berdampak bagi kesajahteraan rumah sakit Singaparna Medika Citrautama.

5. Ucapan Terima Kasih

Pada Kesempatan ini kami peneliti ingin mengucapkan terimakasih kami sampaikan kepada segenap perangkat Rumah Sakit Umum Singaparna Medika Citrautama yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian dan taklupa pula kami sampaikan terima kasih kepada Direktur Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya yang sudah memfasilitasi kami untuk melakukan penelitian menggunakan dana DIPA Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Tahun 2023.

6. Daftar Pustaka

Hatta, G. R. (2020). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Universitas Indonesia (UI Press).

Ida Sugiarti, Beni Satria, A. S. (2022). *Etika & Hukum Kesehatan Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit*. CV.Budi Utama

Kemenkes RI. (2020). Hingga Juli, Kasus DBD di Indonesia capai 71 Ribu.

Meilany, L., Ari, S., & Nurfaddilah. (2020). Hubungan Pengetahuan dan Kesesuaian Pemeriksaan Klinis dengan Ketepatan Kode Diagnosis Demam Berdarah Dengue di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (JMKI)*, 8(2), 1-5. <https://jmki.or.id/index.php/jmki/article/view/143>

Menkes. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : HK.01.07/MENKES/312/2020. Kompetensi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan.

Mentari, S. A. F. B., & Hartono, B. (2023). Systematic Review : Faktor Risiko Demam Berdarah di Indonesia. *Yayasan RS Dr.Seotomo, Vol 9(1)*, 22-36.

Peraturan Menteri Kesehatan. (2022). Permenkes No. 24 tahun 2022 Tentang Rekam Medis.

Rahayu, R., Indrawati, L., Widjaja, L., & Rumana, N. A (2022). Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Kasus Bedah Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2(11), 917-925.

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. ALFABETIKA

Sukawan, A. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Kelengkapan Dokumen Medis terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Utama Pasien Seksio Caesarean di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten. *Jmiki.Aptirmik.or.Id*, 9(2), 2337-2585.

Sukawan, A., & Lilik, M. (2020). Pengaruh Ketepatan Pengkodean Diagnosa dan Tindakan Medis pada Penyakit Diabetes Melitus Type II terhadap Trif INA-CBGs Unit Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar Sulawesi Selatan. *Jurnal Mitrasehat*, 10(1),112-120.<https://doi.org/10.51171/jms.v10/1.123>

Sutriyawan, A., Yusuff, A. A., Fardhoni, F., & Cakranegara, P. A. (2022). Analisis Sistem Surveilans Epidemiologi Demam Berdarah Dengue (DBD): Studi Mixed Method. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 8(1),137. <https://doi.org/10.29241/jmk.v8i1.935>

Utami, Y. (2015). *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan* 13. Infokes, 5(1), 13-25.

Wang, W. H, Urbina, A. N, Chang. M. R, Assavalapsakul, W., Lu, P. L, Chen, Y. H. (2020). *Dengue Haemorrhagic Fever a Systemic Literature Review of Curent Perspectives on Pathogenesis, Prevention*

- and Control. Journal Of Microbiology, Immunology and Infection*, 53(6), 963-978.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.007>
- WHO. (2016). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision Volume 1*.
- WHO. (2016). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision Volume 2*.
- WHO. (2016). *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision Volume 3*.

Perancangan Prototipe Sistem Informasi Manajemen Terintegrasi (SIM-KLINIK Terintegrasi) Studi Kasus di Klinik Utama Dipta Tegal

Design of an Integrated Management Information System Prototype (SIM-KLINIK Terintegrasi) Case Study at Dipta Tegal Main Clinic

Sylvia Anjani¹

Oki Setiono²

Faik Agiwahyunto³

Setya Wijayanta⁴

^{1,2,3}*Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang*

Jl. Nakula I No.5-13 Kelurahan Pandrikan Kidul, Semarang

⁴*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang*

Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang

E-mail : sylvia.anjani@dsn.dinus.ac.id

Abstract

PMK 24 of 2022 states that all health service facilities must maintain electronic medical records in accordance with the provisions of the Ministerial Regulation no later than 31 December 2023. Based on an initial survey, the current information system often experiences problems such as the emergence of duplication of patient data (redundancy), inefficiency is shown by the large number of patients who complain about long queues due to the clinic management system being manual and not yet integrated. Another thing, doctors complain about is the difficulty in tracking the patient's medical history. The aim of this research is to design an Integrated Clinical Management Information System, a qualitative research type, with primary data sources from interviews with 1 key informant who is the owner of the main clinic. Based on the research results, the design of an integrated management information system with 4 integrated components, namely patients, clinic staff, clinic doctors and pharmacies with several login facilities, patient registration, examination fees, examination results and drug stock.

Keywords: *Information Management Systems, Integrated Systems, Primary Clinic*

Abstrak

PMK 24 tahun 2022 menyatakan bahwa seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan rekam medis elektronik sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023. Berdasarkan survei awal sistem informasi yang berjalan saat ini sering mengalami kendala seperti masih munculnya duplikasi data pasien (redudansi), inefisien yang ditunjukkan dengan banyaknya pasien yang mengeluhkan antrian yang lama dikarenakan sistem manajemen klinik yang masih manual dan belum terintegrasi. Hal lain, dikeluhkan oleh dokter sebab kesulitan melacak riwayat penyakit pasien. Tujuan Penelitian ini adalah untuk merancang Sistem Informasi Manajemen Klinik Terintegrasi, Jenis penelitian kualitatif, dengan sumber data primer dari wawancara 1 informan kunci yang merupakan pemilik klinik utama. Berdasarkan hasil penelitian perancangan sistem informasi manajemen terintegrasi dengan 4 komponen yang terintegrasi yakni pasien, petugas klinik, dokter klinik dan apotek dengan beberapa fasilitas login, pendaftaran pasien, biaya pemeriksaan, hasil pemeriksaan dan stok obat.

Kata kunci: *Klinik Utama, Sistem Manajemen Informasi, Sistem Terintegrasi*

1. Pendahuluan

Sebagai upaya mencapai *Sustainable Development Goals* (SDG's) pembangunan kesehatan di Indonesia terus digencarkan, untuk dapat mencapai pemerataan kesehatan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yakni klinik kini terus bertumbuh. Salah satu bagian terpenting dalam kaitannya sebagai dasar pengukuran ketercapaian pembangunan kesehatan yang dapat menghasilkan informasi sebagai tolok ukur ketercapaian adalah pengelolaan data pasien atau rekam medis pasien.

Saat ini teknologi terus berkembang bahkan kini sudah masuk pada era revolusi digital 4.0 dimana dalam perkembangan teknologinya saat ini telah menekankan pada pola digital ekonomi, kecerdasan buatan, *big data* dan lain sebagainya. Perkembangan ini tentunya merambah pula pada bidang kesehatan. Bidang kesehatan merupakan bidang yang bersifat *information intensive* artinya pelayanan kesehatan akan memproduksi data dan informasi yang berbeda setiap harinya. Transaksi data dan informasi seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, penunjang, diagnosa, tindakan serta pelayanan lain yang terekam pada fasilitas pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan data medis sering kita sebut sebagai rekam medis pasien. Sehingga semua informasi dalam transaksi rekam medis harus dapat terekam dengan lengkap dan jelas mulai dari proses perekaman, pengolahan serta penyimpanan data dan informasi juga harus dapat terintegrasi dan dapat diakses dengan cepat sehingga menghasilkan informasi yang akurat.

Rekam medis pasien di klinik menjadi dasar untuk bahan perencanaan, pelaporan dan evaluasi, tidak hanya untuk internal manajemen tetapi juga untuk Dinas Kesehatan di wilayahnya. Klinik juga menjadi penyedia data/informasi guna mendukung pemerintah dalam meningkatkan pembangunan kesehatan dan sebagai bahan evaluasi pelaksanaan pembangunan bidang kesehatan. Oleh sebab itu, semua fasilitas pelayanan kesehatan mulai dari tingkat pertama yakni klinik

dituntut untuk memiliki teknologi dan komunikasi untuk menunjang kegiatan manajemennya.

Menurut Profil Kesehatan Tahun 2019 Jawa Tengah menjadi urutan ketiga dengan jumlah klinik pratama terbanyak yakni sebanyak 880 klinik. Sedangkan untuk klinik utama di Jawa Tengah berjumlah 22 klinik (Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2020). Namun belum banyak klinik di Jawa Tengah yang menerapkan teknologi dan komunikasi untuk menunjang manajemennya, salah satunya Klinik Utama Dipta yang berlokasi di Tegal. Berdasarkan survei awal sistem informasi yang berjalan saat ini sering mengalami kendala seperti masih munculnya duplikasi data pasien (redundansi), inefisien yang ditunjukkan dengan banyaknya pasien yang mengeluhkan antrian yang lama. Hal lain, dikeluhkan oleh dokter sebab kesulitan melacak riwayat penyakit pasien.

Permasalahan tersebut mengakibatkan penurunan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat dan juga informasi yang dihasilkan mengalami keterlambatan, ketidakakuratan, serta ketidaklengkapan. Padahal mutu pelayanan dan informasi tersebut sangat diperlukan sebagai bahan evaluasi guna pengambilan keputusan kebijakan di bidang kesehatan. Sehingga apabila pelayanan klinik ini tidak dapat dikelola dengan baik mulai dari saat ini maka akan berakibat pada terjadinya penurunan mutu pelayanan kesehatan yang dapat berpengaruh pula pada keterlambatan pembangunan nasional, maka diperlukan pembenahan dalam sistem perekam medis pasien dan pelaporan dengan rekam medis elektronik. Perekam medis pasien dan pelaporan yang baik di klinik dapat dilakukan dengan adanya dukungan sistem informasi manajemen klinik terintegrasi. Perancangan sistem ini juga sebagai upaya mendukung PMK 24 tahun 2022 yang menyatakan bahwa seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan rekam medis elektronik (RME) sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri paling lambat pada

tanggal 31 Desember 2023 (Kementerian Kesehatan, 2022). Umpan balik dari RME penting kiranya diberikan kepada tenaga klinis agar ada perbaikan dari aspek kelengkapan entry data pasien untuk menghindari terjadinya kesalahan medis (Lestari, 2021).

2. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk membantu proses identifikasi dalam metode perancangan prototipe sistem informasi. Metode pengembangan sistem menggunakan prototipe dilakukan dengan menyusun rancangan system sementara yang terfokus pada kebutuhan pengguna, seperti membuat format input & output. Proses ini akan mengalami iterasi atau perulangan sampai prototipe sesuai dengan keinginan pengguna (Wijayanta et al., 2023).

Sumber data diperoleh dari wawancara kepada pengguna sistem informasi manajemen klinik yang berjumlah 1 informan kunci yaitu pemilik klinik, informan pengguna petugas pendaftaran pasien dan apotek serta melakukan observasi dan studi dokumentasi dilakukan terhadap pelaksanaan kegiatan pengolahan data di klinik mulai dari pendaftaran, pemeriksaan dan apotek.

Perancangan klinik terintegrasi dikembangkan berbasis *web*, dengan PHP (*Personal Home Page/ Hypertext Preprocessor*) sebagai bahasa pemrograman *script* yang digunakan untuk memprogram situs web. MySQL digunakan sebagai sistem manajemen basis data.

3. Hasil dan Pembahasan

Sistem informasi manajemen atau disingkat SIM merupakan sistem perencanaan pada bagian dari pengendalian internal dalam bisnis, yang terdiri dari pendokumentasian, orang, teknologi dan prosedur dalam akuntansi manajemen (Rudini, 2023). Fungsi Sistem Informasi Manajemen adalah supaya informasi yang dihasilkan oleh sistem informasi

dapat berguna bagi manajemen, maka analisis sistem harus mengetahui kebutuhan-kebutuhan informasi yang dibutuhkannya, yaitu dengan mengetahui kegiatan-kegiatan untuk masing-masing tingkat (level) manajemen dan tipe keputusan yang diambilnya (Wahyudi, 2022).

Klinik merupakan pelayanan kesehatan yang memberikan fasilitas pelayanan kesehatan yang sifatnya perorangan dengan menyediakan pelayanan medis dasar ataupun juga spesialis, yang mana penyelenggaraannya biasanya lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dengan dipimpin oleh seorang tenaga medis (Indonesia, 2011). Klinik Utama merupakan klinik yang memberikan pelayanan medik spesialis atau keduanya (pelayanan medik dasar dan spesialis) (Permatasari, 2024).

Klinik Utama Dipta Tegal berlokasi di Jl. KS. Tubun No.21, Slerok, Kec. Tegal Tim., Kota Tegal, Jawa Tengah 52415. Berdiri pada tahun 2008 berawal dari berdirinya Apotek kemudian menjadi klinik utama dengan 2 (dua) dokter spesialis yaitu spesialis syaraf dan spesialis THT. Saat ini Klinik Utama Dipta sedang mempersiapkan laboratorium tambahan serta fasilitas rawat inap berjumlah 10 kamar. Klinik tersebut memiliki petugas Kesehatan yang memiliki latar Pendidikan sesuai kompetensinya. Hal tersebut diperlukan juga dalam pengembangan sistem, sebab petugas tersebut merupakan user dari sistem yang akan dirancang. Menurut hasil penelitian Sylvia, tingkat Pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku penggunaan internet dan komputer (Anjani, Rachmani, Wulandari, & Agiwahyunto, 2022).

Tahap-tahap perancangan prototipe sistem informasi sebagai berikut :

a. Mengidentifikasi masalah, peluang, dan tujuan

Mengidentifikasi masalah yang dilihat dari hambatan dan permasalahan yang

timbul pada sistem lama sehingga menyebabkan sistem tersebut tidak dapat mendukung kegiatan manajemen. Proses untuk mengidentifikasi masalah pada penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa Klinik Utama belum memiliki rekam medis elektronik, saat ini rekam medis pasien masih berupa kertas atau manual. Sistem yang berjalan saat ini hanya pada keuangan dan manajemen stok obat (farmasi).

Selanjutnya identifikasi peluang yang dimiliki manajemen untuk dapat merancang sistem informasi manajemen. Berdasarkan hasil studi observasi diketahui bahwa klinik utama memiliki 3 unit komputer yang terletak pada bagian pendaftaran, admin dan apotek. Komputer tersebut terhubung satu sama lainnya dengan *localhost* sistem, serta memiliki pegawai yang mampu untuk mengoperasikan sistem klinik berbasis komputer. Berdasarkan kenyataan dan hal yang ditemui di lapangan, bahwa pegawai yang bekerja di klinik tersebut mampu menerapkan digital rekam medis atau secara keseluruhan yaitu sistem informasi klinik dengan baik, selain itu klinik tersebut mampu menerapkan modul-modul di dalam SIM Klinik yang terintegrasi mulai dari pendaftaran pasien hingga pelayanan farmasi dan pelayanan administrasi. Hal tersebut sudah mencerminkan rekam medis elektronik yang saling terintegrasi.

Integrasi menjadi salah satu syarat dalam penerapan rekam medis elektronik, sistem harus terhubung dengan sistem lain sehingga memungkinkan berbagi informasi dengan lancar. Dengan begitu dapat meningkatkan koordinasi perawatan, mengurangi kesalahan, dan memungkinkan akses yang lebih mudah. (Anjani & Abiyasa, n.d.)

b. Alur pengelolaan data pasien

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa perekaman data dan informasi meliputi data pasien, penjadwalan dokter, riwayat pemeriksaan pasien, riwayat pengobatan pasien, stok obat dan keuangan, sedangkan untuk penyimpanan menggunakan penyimpanan merupakan penyimpanan internal yang dimiliki klinik, kemudian data yang terkumpul dilakukan pengelolaan oleh manajemen klinik. Selain itu klinik siap untuk menyediakan jaringan *localhost* sehingga menghasilkan pelaporan baik untuk internal manajemen maupun eksternal manajemen.

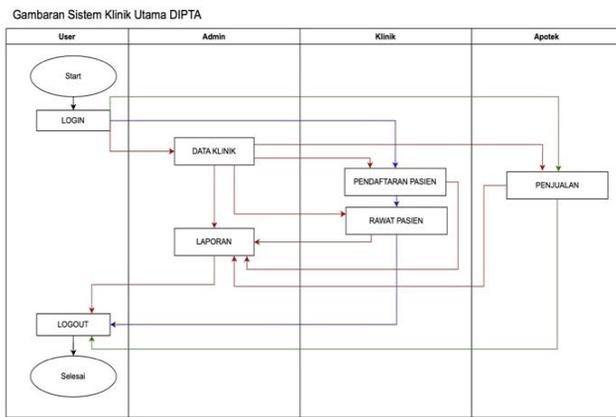
Dari segi kebutuhan (entitas) pengguna terdiri dari 3 entitas yakni entitas untuk petugas pendaftaran (admin), entitas klinik dan entitas apotek. Admin memiliki entitas terhadap data pasien, keluhan pasien, pembayaran atas pelayanan yang dikenakan, cetak pembayaran pasien. Klinik memiliki entitas terhadap data hasil pemeriksaan pasien baik rawat jalan maupun rawat inap. Sedangkan Apotek memiliki entitas terhadap data ketersediaan obat.

c. Menentukan syarat serta pemecahan masalah

Berdasarkan hasil studi observasi Klinik memiliki 3 unit komputer yang terletak pada bagian pendaftaran, admin dan apotek. Klinik memiliki jaringan *localhost*. Serta memiliki petugas yang sudah mampu mengoperasikan komputer. Sehingga klinik memungkinkan untuk dapat menerapkan sistem informasi klinik terintegrasi.

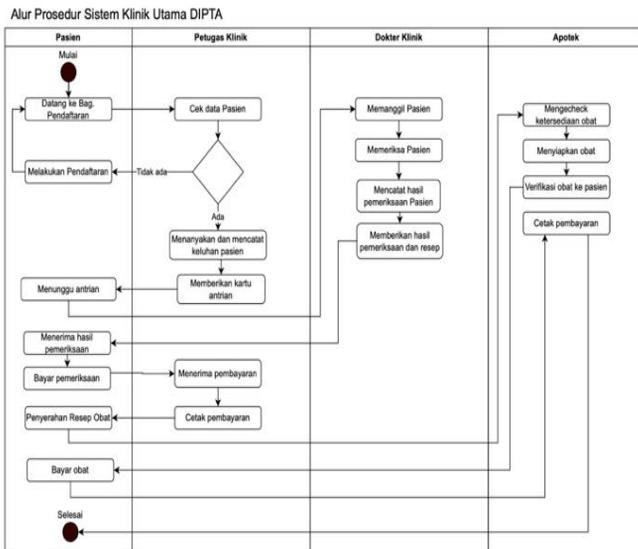
d. Menganalisis kebutuhan sistem

Rancangan Diagram Alir Data (DAD) adalah turunan dari diagram konteks yang lebih terperinci yang bertujuan untuk mendefinisikan proses apa saja yang terdapat dalam sistem yang akan dibangun seperti pada Gambar berikut ini:



Gambar 1. Gambaran Sistem Klinik (Sumber: Data Primer)

Rancangan *entity relationship diagram* (ERD)



Gambar 2. Rancangan ERD Klinik Utama (Sumber: Data Primer)

Berdasarkan gambar tersebut dapat dilihat bahwa sistem informasi manajemen klinik dibagi menjadi 4 komponen penting yaitu pasien, petugas klinik, dokter klinik dan apotek.

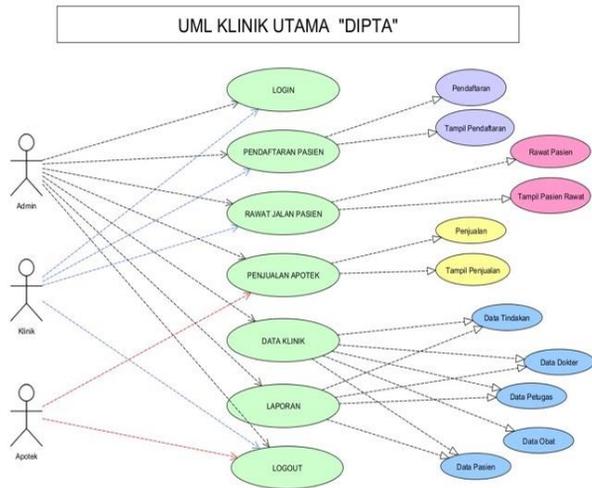
1. Pasien merupakan entitas yang diberikan kepada pasien sesuai kebutuhannya yaitu melakukan pendaftaran, menerima hasil pemeriksaan, menerima biaya pemeriksaan, menerima obat sesuai yang diresepkan, serta pembayaran obat.

2. Petugas Klinik merupakan entitas yang diberikan kepada pasien sesuai dengan kebutuhannya seperti pencatatan/perekaman data demografi pasien, menerima serta mencetak biaya pemeriksaan.
3. Dokter Klinik merupakan entitas yang diberikan kepada dokter klinik sesuai dengan kebutuhannya seperti mencatat dan mengakses data pemeriksaan pasien, serta mengirimkan resep.
4. Apotek merupakan entitas yang diberikan kepada Apotek sesuai dengan kebutuhannya seperti melakukan pengecekan stok obat, entri data obat, serta cetak biaya obat.

e. Merancang Sistem yang direkomendasikan

Rancangan *unified modeling language* (UML) *activity* merupakan suatu permodelan visual sebagai sarana perancangan sistem yang berorientasi pada objek. Adapun tujuan utama UML antara lain untuk memberikan model yang siap pakai, bahasa visual yang ekspresif untuk mengembangkan dan saling menukar model dengan mudah dan dimengerti secara umum, memberikan bahasa pemodelan yang bebas dari berbagai bahasa pemrograman dan proses rekayasa dan menyatukan praktek-praktek terbaik yang terdapat dalam pemodelan (Dwinda Etika Profesi, 2018).

Berdasarkan UML Klinik Utama dapat diketahui model perancangan sistem. Pada tahap ini dilakukan tahapan perancangan system, digunakan untuk memberikan gambaran bagaimana hasil sistem yang akan dibangun.



Gambar 3. UML Klinik Utama

- Rancangan input untuk sistem informasi manajemen klinik terdiri dari:

Tabel 1. Rancangan Input

No.	Jenis	Format	Alat	Petugas
1.	Data pendaftar an klinik	Form	Keyboard	Admin Klinik, Dokter Klinik
2.	Data Rawat Jalan Tujuan Pasien	Form	Keyboard	Admin Klinik, Dokter Klinik
3.	Data Penjualan Apotek	Form	Keyboard	Admin Klinik, Petugas Farmasi
4.	Data Klinik	Form	Keyboard	Admin Klinik

- Rancangan basis data bertujuan untuk memudahkan dalam penyimpanan, perubahan dan pembacaan data. Rancangan basis data dengan pendekatan ERD (*Entity Relationship Diagram*).

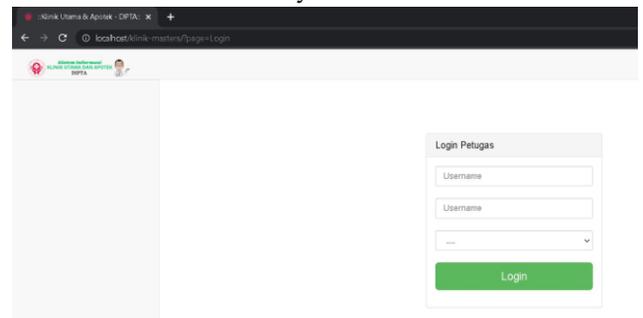
Tabel 2. Rancangan Basis Data dengan ERD

No.	Entitas	Keterangan
1.	Pendaftaran Pasien	Data demografi pasien
2.	Biaya Pemeriksaan	Data keuangan pemeriksaan
3.	Hasil Pemeriksaan	Data hasil pemeriksaan
4.	Stok Obat	Data stok obat

Berikut ini akan ditampilkan bentuk tampilan menu yang telah di *printscreens* dari system informasi manajemen klinik:

1) Halaman Login/Tampilan Awal

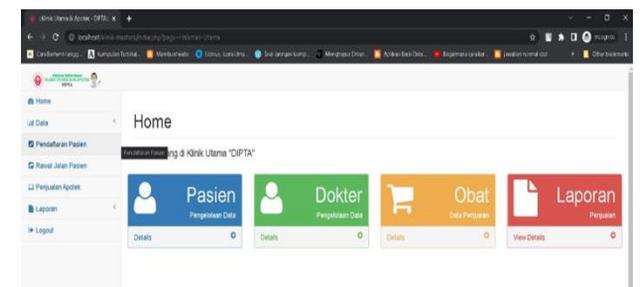
Halaman *login* digunakan untuk membatasi hak akses pengguna dalam melakukan pengoperasian sistem. Tujuannya untuk mendukung keamanan data dan informasi pengaksesan yang tidak diinginkan. Untuk dapat mengakses sistem informasi, pengguna harus memasukkan *username* dan *password* yang telah didaftarkan sebelumnya oleh admin.



Gambar 4. Halaman Login

2) Tampilan menu utama

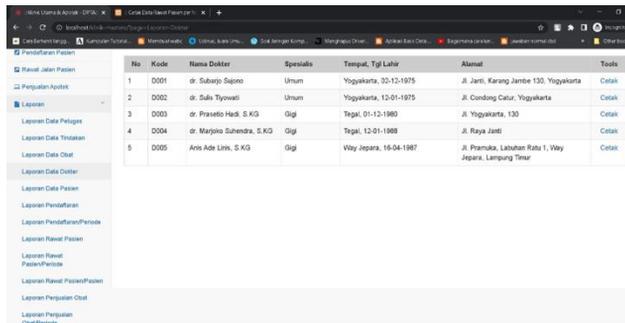
Tampilan menu utama disesuaikan dengan kebutuhan dan hak akses pengguna sesuai dengan kebutuhan pengguna. Menu tampilan digunakan sebagai alat untuk masuk menu yang di perlukan pengguna.



Gambar 5. Tampilan Menu Utama

3) Tampilan menu proses

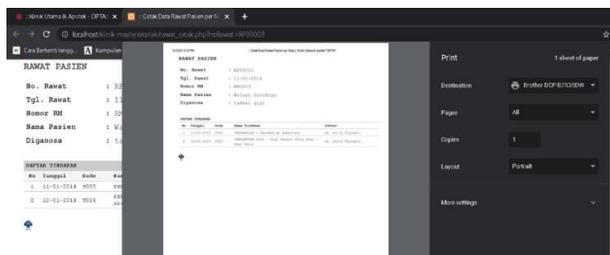
Menu proses merupakan menu proses pemasukan data mulai dari pendaftaran, pemeriksaan sampai dengan ketersediaan obat.



Gambar 6. Tampilan menu proses

4) Tampilan menu laporan

Tampilan menu laporan digunakan sebagai alat untuk menampilkan laporan. Tampilan menu laporan juga disesuaikan dengan kebutuhan dan hak akses pengguna sesuai dengan kebutuhan pengguna untuk pasien dan pengelola Klinik Utama.



Gambar 7. Tampilan Menu Laporan

4. Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian prototipe sistem informasi manajemen klinik di Klinik Utama dapat disimpulkan sebagai berikut.

1. Pelaksanaan sistem informasi manajemen klinik yang berjalan saat ini memiliki hambatan dan masalah pada belum tersedianya rekam medis elektronik dan sistem yang tersedia hanya keuangan dan ketersediaan obat dimana sistem tersebut juga belum terintegrasi.
2. Sistem informasi manajemen klinik telah dikembangkan untuk mendukung terwujudnya rekam medis elektronik sesuai peraturan PMK No. 24 Tahun 2023.

3. Rancangan sistem informasi manajemen klinik terintegrasi dikembangkan berbasis *web*, dengan PHP (*Personal Home Page/ Hypertext Preprocessor*) sebagai bahasa pemrograman *script* yang digunakan untuk memprogram situs web. MySQL digunakan sebagai sistem manajemen basis data.

4. Pengembangan sistem informasi manajemen klinik dapat diakses menggunakan *web* ataupun *localhost* dengan instalasi sistem ke perangkat keras terlebih dahulu.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMIKI) yang telah mendanai penelitian ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian pada khususnya lokasi penelitian Klinik Utama Dipta Tegal.

6. Daftar Pustaka

- Anjani, S., Rachmani, E., Wulandari, F., & Agiwahyunto, F. (2022). Jenis Kelamin, Usia Dan Pendidikan Dengan Perilaku Penggunaan Internet Pada Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kota Semarang. *Visikes Jurnal Kesehatan Fakultas Kesehatan*, 20(2), 518-531. <http://dx.doi.org/10.33633/visikes.v20i2Supp.5921>
- Anjani, S. & Abiyasa, T. M., (2023) Disrupsi Digital dan Masa Depan Rekam Medis (Kajian Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis Elektronik). Semarang: Selat Media. https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=aDvJEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA33&dq=sylvia+anjani&ots=64tm0aPtZx&sig=uySaUn0shUpfeSoJy5o6xkMN_yQ&redir_esc=y#v=0

- nepage&q=sylvia%20anjani&f=false
Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2020). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2019*. Semarang: Dinas Kesehatan Jawa Tengah.
- Dwinda Etika Profesi, H. (2018). Analisis dan Perancangan Sistem Informasi Kepegawaian Menggunakan Unified Modeling Language (UML). *Jurnal Sistem Informasi dan Teknologi Informasi*, 25.
- Indonesia, K. K. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 028/Menkes/Per/I/2011 tentang Klinik*. Diambil kembali dari <https://luk.staff.ugm.ac.id/atur/Permenkes28-2011.pdf>
- Kementerian Kesehatan, R. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022*. *Kementerian Kesehatan RI*, 2(24.2022), 1-20.
- Rudini, A. (2023). *Sistem Informasi Manajemen*. Pasaman Barat: Azka Pustaka.
- Wahyudi, I. (2022). *Literatur Review: Determinasi Sistem Informasi Manajemen dengan Lingkungannya*. *JIMT: Jurnal Ilmu Manajemen Terapan*, 348.
- Wijayanta, S., Ginanjar, R., & Fadhillah, I. Q. (2023). *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*. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 6(1), 7-15. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v6i1.9303>

Analisis Pengaruh Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Kinerja Rs XYZ Kota Depok

Analysis of The Impact of National Health Insurance Implementation Program on The Performance Of Rs XYZ in Depok City

Hindun¹
Sri Rahayu²

*^{1,2} Sekolah Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka
Email: hindunmursyid2211@gmail.com*

Abstract

The implementation of the National Health Insurance program requires hospital management to prepare for major changes in the business environment. This study aims to analyze the service performance and financial trends of hospitals before and after the JKN program. The study design was observational, using quantitative methods with secondary data from medical records and financial reports. After the JKN program was implemented, there was a shift in the cost trend of inpatient care. BPJS Health outpatients increased by 7809.10%, cash patients decreased by 81.19%, and non BPJS Health patients decreased by 3.79%. BPJS Health insurance inpatients increased by 1273.54%, cash patients decreased by 58.96%, and non-BPJS insurance patients decreased by 76.01%. The implementation of the JKN program has no impact on the basic income balance of outpatients, but has a significant impact on the basic income of inpatients. The change in patient guarantor composition is quite striking, with a sharp increase in BPJS Kesehatan insurance patients as cash patients without insurance switch to BPJS Kesehatan insurance. Hospital management must devise effective strategies to ensure financial stability and performance even in the event of potential BPJS Kesehatan revenue loss.

Keywords: financial performance, service performance, universal health coverage

Abstrak

Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional mengharuskan manajemen rumah sakit siap menghadapi perubahan lingkungan bisnis yang terjadi secara signifikan. Tujuan penelitian menganalisis tren perubahan pelayanan dan kinerja keuangan Rumah Sakit XYZ sebelum dan sesudah penerapan program JKN. Desain penelitian adalah desain observasional dengan metode penelitian kuantitatif, menggunakan data sekunder yang didapat dari data rekam medis dan Laporan Keuangan. Setelah implementasi program JKN, dapat disimpulkan bahwa telah terjadi pergeseran tren penjamin biaya pengobatan pasien. Pasien rawat jalan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 7809,10%, pasien cash menurun sebesar 81,19% dan pasien jaminan non-BPJS mengalami penurunan sebesar 3,79%. Pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 1273,54%, pasien cash menurun sebesar 58,96% dan pasien jaminan non-BPJS menurun sebesar 76,01%.³¹ Penerapan program JKN tidak mempengaruhi keseimbangan pendapatan dasar rawat jalan, namun berdampak signifikan terhadap pendapatan dasar rawat inap. Pergeseran komposisi penjamin pasien, dimana pasien jaminan BPJS Kesehatan meningkat tajam dikarenakan pasien tunai yang belum memiliki jaminan biaya kesehatan beralih menggunakan asuransi BPJS Kesehatan. Dalam situasi tersebut manajemen RS XYZ harus mencari strategi yang tepat dan bekerja secara efektif dan efisien, sehingga jika sumber pendapatan BPJS Kesehatan diasumsikan hilang maka keuangan rumah sakit dan indikator kinerja keuangannya tetap berada pada tingkat ideal.

Kata kunci : Jaminan Kesehatan Nasional, kinerja keuangan, kinerja layanan

1. Pendahuluan

Sistem jaminan sosial nasional (SJSN) merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan hak asasi manusia dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dan Pasal 34 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Selain itu, dalam Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat Nomor X/MPR/2001, Presiden ditugaskan untuk membentuk sistem jaminan sosial nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat yang lebih menyeluruh dan terpadu (Undang-Undang SJSN, 2011).

Program jaminan kesehatan nasional (JKN) adalah salah satu program pemerintah Republik Indonesia di bidang kesehatan dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh untuk seluruh rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif, dan Sejahtera, program ini merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang bersifat mandatory (wajib) bagi seluruh penduduk dan melalui UU No. 24 Tahun 2011 dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Implementasi program JKN oleh BPJS kesehatan dimulai sejak 1 Januari 2014 (Undang-Undang SJSN, 2011). Pengaruh implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan memberikan dampak dan perubahan besar pada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia termasuk rumah sakit. Perubahan tersebut berdampak pada pembayaran klaim pengobatan yang sebelumnya menggunakan mekanisme

Fee For Service (FFS) menjadi *Prospective Payment System* (PPS) dengan perangkat *entry INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups)*. Mekanisme pembayaran yang diberlakukan kepada *provider* pelayanan kesehatan yaitu sistem kapitasi (*Prepaid Capitation System*) kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK 1) seperti klinik dan puskesmas, dan sistem paket kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL yaitu rumah sakit dimana BPJS Kesehatan akan membayar klaim sesuai dengan sistem paket *INA CBG's* (Wijayani, 2018).

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menjelaskan bahwa pembayaran pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menggunakan sistem *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)*. Dalam melaksanakan INA-CBG diperlukan pedoman yang menjadi acuan bagi FKRTL, BPJS Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), Organisasi Profesi, Asosiasi Rumah Sakit, dan pemangku kepentingan terkait lainnya (Permenkes No. 26, 2021).

INA CBG's merupakan sebuah perangkat *entry data* pasien yang digunakan untuk melakukan *grouping* tarif berdasarkan data medis yang berasal dari ringkasan pasien pulang atau resume medis pasien. Tarif paket *INACBG's* adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (rumah sakit) atas paket layanan yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur dengan sistem kodifikasi dari diagnosis

akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi output pelayanan (Suhartoyo, 2018). Kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*) Versi Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*) Versi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien (Permenkes No. 26, 2021).

Mengimplementasikan program JKN bukanlah hal yang mudah, terlebih untuk Rumah Sakit Swasta, dimana diperlukan strategi, pengertian, kesepahaman dan kesepakatan bersama di seluruh jajaran internal rumah sakit, baik tenaga medis, tenaga kesehatan, SDM Kesehatan lain terutama kemampuan pengelolaan rumah sakit oleh manajemen. Strategi promosi kesehatan rumah sakit dan fasilitas kesehatan yang lainnya tidak jauh berbeda dengan strategi pemasaran pada umumnya (Wijaya Johannes Chendra and Dety Mulyanti, 2023). Tantangan pengelolaan keuangan yang dihadapi oleh manajemen Rumah Sakit adalah bagaimana menghadapi perubahan paradigma pembayaran sesuai paket INA-CBGs dan membuat kebijakan responsif yang dapat diterapkan untuk menerima perubahan tersebut. Dengan demikian, tentunya Rumah Sakit memiliki keterbatasan untuk menentukan komponen biaya pelayanan kesehatan kepada pasien JKN karena tarifnya telah ditentukan sesuai standar paket (*fixed*) yang mengacu pada besaran rata-rata biaya yang diperlukan untuk suatu kelompok penyakit (Wijayani, 2018).

Strategi dan perbaikan perlu dilakukan, terutama dari sisi kebijakan agar untuk selanjutnya tingkat efisiensi kinerja rumah sakit tidak mengalami penurunan terutama setelah pengimplementasian program JKN yang menuntut operasional rumah sakit dapat berjalan secara efektif dan efisien namun tetap terus meningkatkan mutu pelayanan (Irwandy and Sjaaf, 2018). Situasi tersebut membuat pengelola bidang perumahsakitian berfikir keras mencari strategi agar mampu mempertahankan kinerja terbaik, termasuk manajemen RS XYZ. Rumah Sakit XYZ adalah sebuah rumah sakit swasta type B yang menjadi rujukan pelayanan kesehatan masyarakat wilayah Cimanggis Kota Depok, beroperasi sejak awal tahun 2006. Rumah sakit dengan kapasitas 200 tempat tidur dilengkapi dengan pelayanan spesialis dan sub-spesialis yang cukup lengkap serta difasilitasi dengan layanan penunjang medis yang memadai. Sejak awal dicanangkan program JKN, RS XYZ belum mengimplementasikan program tersebut dengan pertimbangan kesiapan sarana dan prasarana pendukung agar program JKN tersebut dapat berjalan dengan baik. Pada bulan Oktober 2016, setelah melalui proses belajar yang cukup panjang dalam implementasi program JKN di rumah sakit, akhirnya RS XYZ memutuskan untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai pengelola pelayanan JKN. Pada penelitian ini, peneliti ingin menganalisa bagaimana trend kinerja pelayanan dan keuangan di RS XYZ pasca 7 tahun mengimplementasikan program JKN, apakah terjadi perubahan komposisi penjaminan biaya pengobatan pasien yang cukup signifikan.

2. Metode

Desain penelitian adalah desain observasional dengan metode penelitian kuantitatif. Tempat penelitian ini adalah Rumah Sakit XYZ, sebuah rumah sakit khusus tipe B milik perorangan (swasta) di wilayah Cimanggis Kota Depok. Objek penelitian ini data sekunder yang didapat dari Instalasi Rekam Medis dan Laporan Keuangan sejak tahun 2013 sampai tahun 2023, yaitu: data kunjungan pasien berdasarkan penjamin (rawat jalan dan rawat inap), data komposisi penjamin biaya pengobatan pasien (rawat jalan dan rawat inap), data laporan keuangan yaitu laporan keuangan sebelum implementasi JKN tahun 2013 sampai 2016 dan sesudah implementasi JKN pada tahun 2017 sampai 2023 khusus pada pendapatan rawat jalan dan rawat inap. Variabel penelitian ini adalah implementasi program JKN (variabel independen), kinerja pelayanan dan kinerja keuangan di RS XYZ (variabel dependen).

Variabel kinerja pelayanan adalah rasio jumlah pasien rawat jalan cash dan non-cash serta pasien rawat inap cash dan non-cash. Variabel kinerja keuangan adalah pendapatan riil atas pelayanan rawat jalan (kunjungan pasien) dan rawat inap (hari rawat pasien). Penelusuran laporan pelayanan dan laporan keuangan dilakukan secara retrospektif, yaitu penelusuran data laporan dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2023. Peneliti melakukan pencatatan, pengelompokan, perhitungan rata-rata dan analisis kinerja RS XYZ melalui dokumen yang telah dikumpulkan. Pada proses mengukur kinerja pelayanan dan keuangan RS XYZ sebelum dan sesudah implementasi program JKN, peneliti melakukan pengelompokan data sebelum dan sesudah pelaksanaan program JKN.

Pengukuran dilakukan dengan penghitungan nilai rata-rata, jumlah dan persentase terhadap indikator pelayanan dan keuangan sebelum dan sesudah pelaksanaan JKN. Proses menganalisis perbedaan kinerja pelayanan dan kinerja keuangan sebelum dan sesudah pelaksanaan Program JKN, tahapan pengolahan data dilakukan terhadap indikator-indikator pelayanan dan keuangan dengan analisis deskriptif.

3. Hasil dan Pembahasan

a. Kinerja Pelayanan

Implementasi program JKN yang dimulai pada 1 Januari 2014 belum menjadi mandatory untuk fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga manajemen RS XYZ belum berkenan untuk menerapkannya. Guna menghadapi perubahan arah kebijakan kesehatan khususnya dalam hal penjaminan biaya kesehatan yang digalakkan oleh pemerintah tersebut, manajemen RS Meilia melakukan *benchmarking* ke beberapa rumah sakit yang sudah lebih dulu menerapkan program JKN.

Benchmarking menurut Tatterson adalah suatu cara membandingkan dengan mengukur kinerja antar perusahaan yang bertujuan untuk memperoleh nilai tambah informasi yang dapat digunakan untuk perbaikan berkelanjutan. Hasil *benchmarking* memberikan banyak manfaat, antara lain menjadikan upaya perbaikan terus menerus (*continuous improvement*) sebagai budaya organisasi untuk mencapai kinerja yang lebih baik, meningkatkan pengetahuan tentang kinerja produk dan layanan (jasa) serta fokus pada berbagai sumberdaya untuk mencapai target

(Syarifuddin, Nurcahyo and Afdal, 2021).

Setelah proses pembelajaran, akhirnya pada tanggal 1 Oktober 2016 mulai bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebagai pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Jenis layanan yang ada di RS XYZ dibagi menjadi 2, yaitu : Layanan Medis, terdiri atas Rawat Jalan, Gawat Darurat, Rawat Inap, Perawatan Intensif, Kamar Bedah, Kamar Bersalin, Farmasi, Radiologi dan Laboratorium. Layanan non-Medis adalah layanan penunjang guna kelancaran layanan medis, antara lain Rekam Medis, Teknologi Informasi, Keuangan, dan lain - lain.

Jenis pasien berdasarkan cara pembayaran yang ada di RS XYZ, yaitu : pasien cash dan pasien non-cash terdiri atas pasien jaminan asuransi, pasien jaminan perusahaan, pasien jaminan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), pada tahun 2022 ratio penduduk Indonesia yang memiliki asuransi baru mencapai 69,62%. Capaian tersebut meningkat sebesar 1,26% dibandingkan tahun sebelumnya yaitu sebesar 68,36%. Melihat perkembangan tersebut, tren kepemilikan jaminan kesehatan oleh penduduk Indonesia cenderung meningkat dalam satu windu terakhir. Penurunan sempat terjadi, namun hanya satu kali pada tahun 2021, yaitu dari 69,29% menjadi 68,35%. Berdasarkan jenisnya, sejumlah 69,22% penduduk Indonesia memiliki jaminan biaya

kesehatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dan sebesar 7,65% penduduk masih dijamin oleh jaminan kesehatan daerah (jamkesda). Selanjutnya sebesar 2,81% penduduk memiliki jaminan kesehatan dari kantor tempat bekerja. Sedangkan untuk asuransi kesehatan swasta hanya dimiliki oleh 0,58% penduduk Indonesia (Widi, 2022).

Memiliki asuransi kesehatan merupakan kemudahan mendapatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Manfaat asuransi kesehatan berbeda - beda dalam berbagai konstituen dan tujuan. Untuk individu dan anggota keluarga, membeli perlindungan asuransi merupakan salah satu cara meningkatkan derajat kesehatan dan akses pelayanan perawatan untuk menghindari dari ketidakpastian biaya perawatan kesehatan. Asuransi kesehatan juga bisa melindungi dari biaya perawatan yang dapat mengganggu keuangan dan membantu perencanaan ke depan dalam jaminan biaya perawatan kesehatan, sedangkan untuk penyedia pelayanan kesehatan seperti rumah sakit akan mendapatkan manfaat dari asuransi sebagai penjamin biaya perawatan yang andal (Setiyono, 2018). Lebih dari itu, manfaat asuransi kesehatan adalah dapat memberikan ketenangan dan rasa aman, mengelola keuangan, tabungan masa depan, jaminan memperoleh perawatan kesehatan yang lebih baik, berkurangnya risiko keuangan dan lebih efisien (Agustina, 2019).

Tabel 1. Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Pembayaran Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN di RS XYZ

Tahun	Cash	Persentase	Rerata	Non-cash	Persentase	Rerata	Total	Keterangan
2013	50148	69,71%		21792	30,29%		71940	
2014	50976	69,02%		22884	30,98%		73860	Sebelum JKN
2015	45876	68,48%	47622	21120	31,52%	22128	66996	
2016	43488	65,69%	(68,23%)	22716	34,31%	(31,78%)	66204	
2017	40212	53,90%		34392	46,10%		74604	
2018	34896	46,31%		40464	53,69%		75360	
2019	34056	43,01%		45120	56,99%		79176	
2020	21360	38,23%		34512	61,77%		55872	Sesudah JKN
2021	18288	35,06%		33876	64,94%		52164	
2022	17808	29,40%	26511	42756	70,60%	40582	60564	
2023	18955	26,36%	(38,90%)	52956	73,64%	(61,10%)	71911	

Sumber: Laporan tahunan Instalasi Rekam Medis RS XYZ Kota Depok

Dilihat dari tabel 1 di atas, rerata kunjungan rawat jalan cash sebelum implementasi program JKN adalah 47622 kunjungan (68.23%) sedangkan untuk rerata kunjungan rawat jalan cash setelah implementasi program JKN adalah 26511 Kunjungan (38,90%). Sementara itu, rerata kunjungan rawat jalan non-cash sebelum implementasi program JKN adalah 22128 kunjungan (31,78%) sedangkan untuk rerata kunjungan rawat jalan non-cash setelah implementasi program JKN adalah 40582 Kunjungan (61,10%).

Pada tahun 2020, 2021 dan 2022 terjadi penurunan jumlah pasien rawat jalan baik jaminan cash maupun non-cash yang merupakan dampak kejadian luar biasa (KLB) covid-19, dimana masyarakat menahan diri untuk berobat ke rumah sakit kecuali dalam keadaan

darurat dan pihak rumah sakit juga membatasi jam pelayanan rawat jalan sebagai upaya pencegahan penyebaran virus Covid-19. Fenomena tersebut tidak hanya terjadi di RS XYZ, namun terjadi hampir di seluruh Indonesia. Dampak pandemi yang cukup besar terhadap institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit adalah penurunan kunjungan pasien, terjadi di sejumlah rumah sakit termasuk di Sragen, jumlah pasien menurun hingga 50% selama wabah virus Covid-19 terjadi di Indonesia. Jumlah pasien rumah sakit di Sragen menurun karena kekhawatiran masyarakat untuk berobat ke rumah sakit, mereka lebih baik menahan rasa sakit agar tidak masuk ke rumah sakit. Hal ini juga sebagai akibat adanya pembatasan pelayanan di rumah sakit selama masa pandemi Covid-19 (Tri Rahayu, 2020).

Tabel 2. Jumlah Pasien Rawat Inap Berdasarkan Jenis Pembayaran Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN di RS XYZ

Tahun	Cash	Persentase	Rerata	Non-cash	Persentase	Rerata	Total	Keterangan
2013	3120	47,36%		3468	52,64%		6588	
2014	2856	46,39%		3300	53,61%		6156	Sebelum JKN
2015	2496	45,92%	2814	2940	54,08%	3336	5436	
2016	2784	43,36%	(45,76%)	3636	56,64%	(54,24%)	6420	
2017	1608	25,72%		4644	74,28%		6252	
2018	1476	24,45%		4560	75,55%		6036	
2019	1812	24,04%		5724	75,96%		7536	
2020	1152	22,33%		4008	77,67%		5160	Sesudah JKN
2021	804	18,41%		3564	81,59%		4368	
2022	816	16,96%	1196	3996	83,04%	4529	4812	
2023	701	11,92%	(20,55%)	5204	88,12%	(79,46%)	5905	

Sumber: Laporan tahunan Instalasi Rekam Medis RS XYZ Kota Depok

Dilihat dari tabel 2 di atas, rerata jumlah pasien rawat inap cash sebelum implementasi program JKN adalah 2814 pasien (45,76%) sedangkan untuk rerata pasien rawat inap cash setelah implementasi program JKN adalah 1196 pasien

(20,55%). Sementara itu, rerata jumlah pasien rawat inap non-cash sebelum implementasi program JKN adalah 3336 pasien (54,24%) sedangkan untuk rerata pasien rawat inap non-cash setelah implementasi program JKN adalah 4529 pasien (79,46%).

Tabel 3. Komposisi Penjamin Pasien Rawat Jalan Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN di RS XYZ

Tahun	Penjamin						Keterangan
	Cash	Asuransi	Perusahaan	Jamkesda	BPJS	Kemenkes	
2013	50153	17613	3714	453	0	0	
2014	50976	18756	2712	264	0	0	
2015	45873	18770	2109	223	10	0	Sebelum JKN
2016	45890	19868	2316	47	475	0	
Rerata	48223	18752	2713	247	243	0	
2017	40213	19894	2497	0	12027	0	Sesudah JKN
2018	34896	20376	1560	4	18516	0	

2019	34777	20953	1504	4	18456	0
2020	21364	15513	1682	0	16945	464
2021	18288	14133	3090	0	16442	200
2022	17809	18097	3761	0	20631	130
2023	18955	18510	3191	0	31240	0
Rerata	26615	18211	2469	1	19180	113

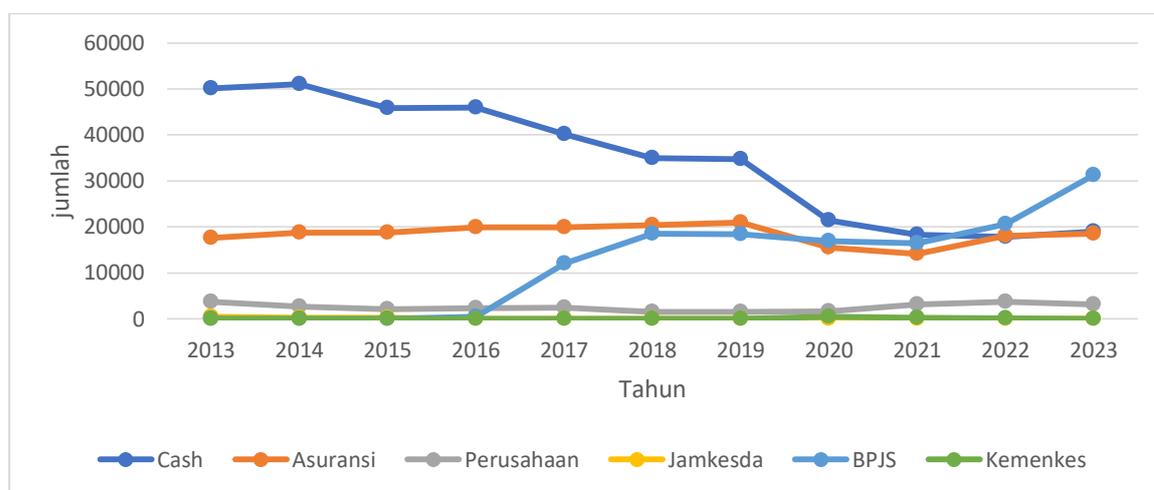
Sumber: Laporan tahunan Instalasi Rekam Medis RS XYZ Kota Depok

Dilihat dari tabel 3 di atas, rerata jumlah pasien rawat jalan dengan pembayaran cash menurun sebesar 44,81%, pembayaran dengan jaminan asuransi menurun sebesar 2,88%, pembayaran dengan jaminan perusahaan juga menurun sebesar 8,99%, sedangkan pasien rawat jalan dengan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 7809,10%

Perubahan terbesar terjadi pada pasien dengan jaminan cash (menurun tajam) dan jaminan BPJS Kesehatan (meningkat sangat tajam), dengan data tersebut dapat kita

asumsikan bahwa kebanyakan pasien yang beralih menggunakan jaminan BPJS Kesehatan adalah pasien cash yang sebelumnya belum memiliki jaminan biaya kesehatan.

Catatan yang diperoleh dari BPJS Kesehatan pada tahun 2015, bahwa keadaan saat ini, proporsi pasien jaminan BPJS Kesehatan di beberapa rumah sakit swasta telah mencapai 90% sehingga 80-90% pendapatan rumah sakit swasta sangat ditentukan oleh pembayaran INA-CBG (Nurwahyuni, SKM, MKes and Setiawan, 2020).



Gambar 1. Grafik Komposisi Penjamin Biaya Rawat Jalan di RS XYZ Tahun 2013-2023

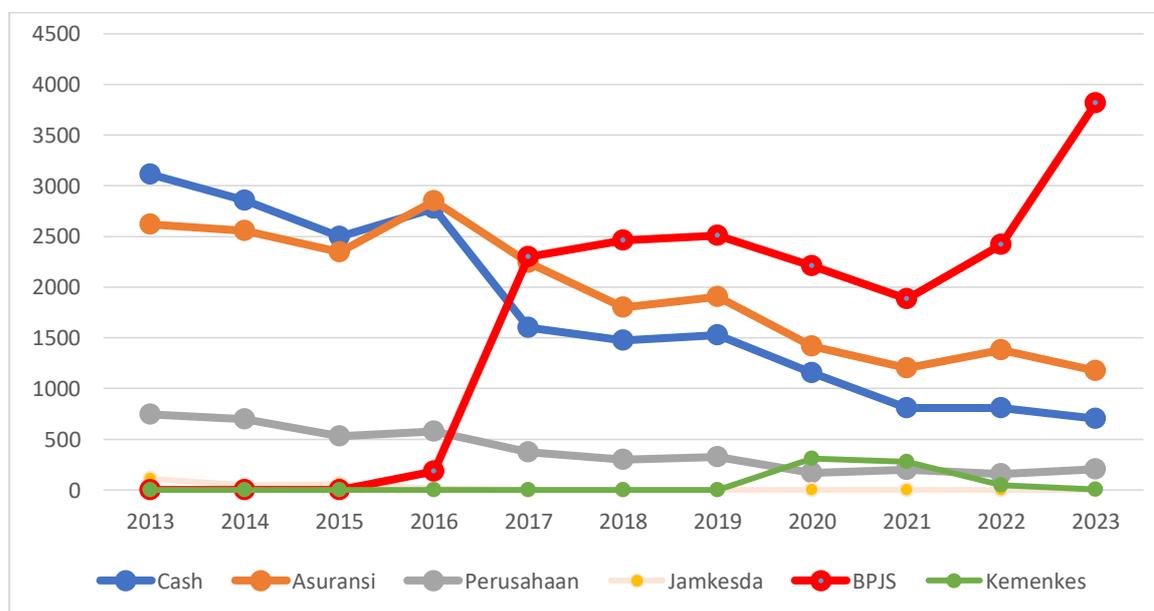
Tabel 4. Komposisi Penjamin Pasien Rawat Inap Sebelum dan Sesudah Implementasi JKN di RS XYZ

Tahun	Penjamin						Keterangan
	Cash	Asuransi	Perusahaan	Jamkesda	BPJS	Kemenkes	
2013	3114	2618	743	112	0	0	Sebelum JKN
2014	2856	2556	696	48	0	0	
2015	2497	2348	529	57	0	0	
2016	2778	2852	579	15	183	0	
Rerata	2811	2594	637	58	46	0	
2017	1603	2239	372	0	2298	0	Sesudah JKN
2018	1476	1800	300	0	2460	0	
2019	1527	1905	327	0	2510	0	
2020	1152	1416	168	0	2208	312	
2021	807	1204	197	0	1884	278	
2022	810	1379	159	0	2419	46	
2023	701	1176	205	0	3816	7	
Rerata	1154	1588	247	0	2514	92	

Sumber: Laporan tahunan Instalasi Rekam Medis RS XYZ Kota Depok

Dilihat dari tabel 4 di atas, rerata jumlah pasien rawat inap dengan pembayaran cash menurun sebesar 58,96%, pembayaran dengan jaminan asuransi menurun sebesar

38,75%, pembayaran dengan jaminan dari perusahaan menurun sebesar 61,23%, sedangkan pasien dengan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 1273,54%.



Gambar 2. Grafik Komposisi Penjamin Biaya Rawat Inap di RS XYZ Tahun 2013-2023

Melihat tren pelayanan pada gambar 1 dan gambar 2 dapat disimpulkan bahwa telah terjadi pergeseran tren penjamin biaya pengobatan sebelum dan sesudah implementasi program JKN. Tren kenaikan pasien rawat jalan yang menggunakan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 7809,10%, sementara untuk pasien cash menurun sebesar 81,19% dan pasien jaminan asuransi non-BPJS mengalami penurunan sebesar 3,79%. Dan untuk tren kenaikan pasien rawat inap yang menggunakan jaminan BPJS Kesehatan meningkat sebesar 1273,54%, sementara untuk pasien cash menurun sebesar 58,96% dan pasien jaminan asuransi non-BPJS mengalami penurunan sebesar 76,01%.

Pada tahun 2020 hingga awal tahun 2023 yaitu masa pandemi Covid-19, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menjadi penjamin biaya pengobatan pasien Covid-19. Hal ini mengakibatkan turunnya jumlah pasien jaminan asuransi termasuk BPJS Kesehatan dikarenakan asuransi termasuk BPJS Kesehatan tidak menjamin biaya pengobatan atas kasus kejadian luar biasa / wabah (Perpres no. 82, 2018).

b. Kinerja Keuangan

Kinerja keuangan menurut Fahmi (2012) adalah metode analisis yang dipakai untuk membuat perkiraan sampai dimana perusahaan sudah menjalankan aturan pelaksanaan keuangan dengan baik dan benar. Penilaian kinerja keuangan tersebut dapat menggunakan perhitungan rasio keuangan, dimana selanjutnya nilai rasio keuangan tersebut akan dibandingkan dengan standar yang telah ada, diperoleh tahun demi tahun dengan proses untuk mengetahui kondisi hasil perhitungan tersebut apakah baik atau kurang, jadi disimpulkan bahwa kinerja keuangan adalah suatu penilaian yang dilakukan untuk mengetahui sejauh mana perusahaan tersebut dapat melihat perkembangan kondisi keuangannya dengan cara melihat perbandingan sesuai dengan aturan yang berlaku (Hartati, Kalsum and Kosim, 2022). Sumber penerimaan keuangan RS XYZ berasal dari pendapatan jasa layanan rawat jalan, pendapatan jasa layanan rawat inap dan pendapatan lainnya.

Tabel 5. Trend Pendapatan Pokok Usaha Instalasi Rawat Jalan RS XYZ Tahun 2013 - 2023

Tahun	Cash	Persentase	Rerata	Non-Cash	Persentase	Rerata	Total
2013	8.431.091.057	68,22%		3.927.556.566	31,78%		12.358.647.623
2014	8.686.149.982	65,70%		4.535.726.667	34,30%		13.221.876.649
2015	8.686.808.728	60,97%	8.765.577.899	5.560.164.909	39,03%	5.074.038.082	14.246.973.636
2016	9.258.261.829	59,61%	(63,34%)	6.272.704.187	40,39%	(36,66%)	15.530.966.016
2017	9.021.443.660	50,62%	8.078.332.341	8.800.715.952	49,38%	8.715.146.283	17.822.159.612
2018	8.974.974.075	50,33%	(48,10%)	8.856.108.434	49,67%	(51,90%)	17.831.082.509

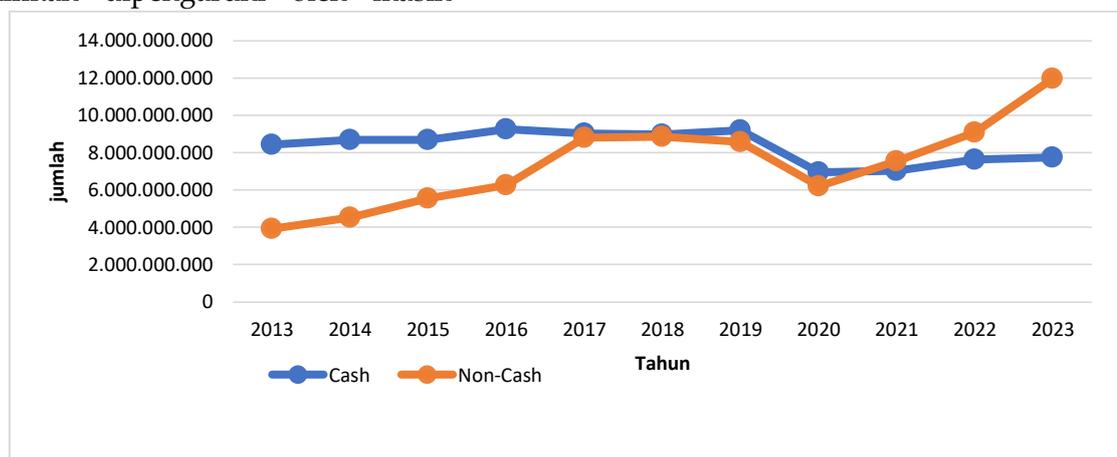
2019	9.203.168.589	51,76%	8.575.707.391	48,24%	17.778.875.981
2020	6.942.694.969	52,86%	6.192.068.767	47,14%	13.134.763.737
2021	7.031.903.741	48,25%	7.541.827.142	51,75%	14.573.730.883
2022	7.639.161.083	45,70%	9.076.151.437	54,30%	16.715.312.520
2023	7.734.980.269	39,27%	11.963.444.858	60,73%	19.698.425.126

Sumber: Laporan tahunan Bagian Keuangan RS XYZ Kota Depok

Dilihat pada tabel 5 di atas, trend peningkatan terjadi pada total pendapatan pokok usaha rawat jalan dari tahun ke tahun. Selain itu terdapat perubahan pendapatan berdasarkan komposisi penjamin biaya pengobatan, dimana pada periode sebelum mengimplementasikan program JKN, pendapatan atas jaminan pasien cash lebih tinggi (63,34%) dari pada pendapatan pasien non-cash (36,66%), sementara sesudah mengimplemetasikan program JKN terjadi trend terbalik, dimana pendapatan jaminan pasien non-cash menjadi lebih tinggi (51,90%) dari pada pendapatan jaminan pasien cash (48,10%).

Total pendapatan pokok usaha rawat jalan sesudah mengimplementasikan program JKN tetap mengalami peningkatan yang signifikan dipengaruhi oleh masih

banyaknya pasien yang menggunakan jaminan asuransi non-BPJS Kesehatan (penurunan hanya sebesar 3,79%). Pada tahun 2020 dan tahun 2021 pendapatan pokok usaha rawat jalan mengalami penurunan sebagai dampak penurunan jumlah layanan rawat jalan terdampak kejadian luar biasa (KLB) covid-19. Pada tahun 2020 - 2021, akses masyarakat terhadap layanan JKN menurun karena Covid. Jumlah kunjungan peserta JKN baik rawat jalan maupun rawat inap mengalami penurunan. Untuk indikator akses, data klaim tahun 2016-2021 menunjukkan bahwa angka akses nasional untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) berdasarkan hak di tahun 2021 adalah 578 per 10.000 peserta JKN. Jika dibandingkan dengan tahun 2019, angka ini menurun 32% (Muttaqien, 2022).



Gambar 3. Grafik Pendapatan Pokok Usaha Rawat Jalan di RS XYZ Tahun 2013-2023

Pada gambar 3 dapat dilihat perubahan komposisi pendapatan pasien cash dan non cash di Instalasi Rawat Jalan sebelum implementasi program JKN (2013 - 2016) dan sesudah implementasi program JKN (2017 - 2023), dimana posisi pasien non-cash terus meningkat melampaui pasien cash.

Tabel 5. Trend Pendapatan Pokok Usaha Instalasi Rawat Inap RS XYZ Tahun 2013 - 2023

Tahun	Cash	Persentase	Rerata	Non-Cash	Persentase	Rerata	Total
2013	9.195.106.569	29,14%		22.357.806.739	70,86%		31.552.913.309
2014	8.939.678.770	28,24%		22.711.056.927	71,76%		31.650.735.697
2015	8.536.184.189	58,01%	9.309.208.883 (38,19%)	6.178.460.181	41,99%	15.064.168.576 (61,81%)	14.714.644.369
2016	10.565.866.003	53,98%		9.009.350.456	46,02%		19.575.216.459
2017	8.443.716.962	33,58%		16.698.386.867	66,42%		25.142.103.829
2018	8.929.962.004	34,56%		16.908.410.174	65,44%		25.838.372.178
2019	10.331.788.401	36,77%		17.762.995.845	63,23%		28.094.784.246
2020	5.710.064.240	24,74%		17.371.875.104	75,26%		23.081.939.344
2021	5.672.468.533	10,91%		46.323.464.866	89,09%		51.995.933.399
2022	4.861.658.586	21,01%	6.924.074.588 (24,08%)	18.283.216.876	78,99%	21.826.202.900 (75,92%)	23.144.875.462
2023	4.518.863.392	18,86%		19.435.070.567	81,14%		23.953.933.959

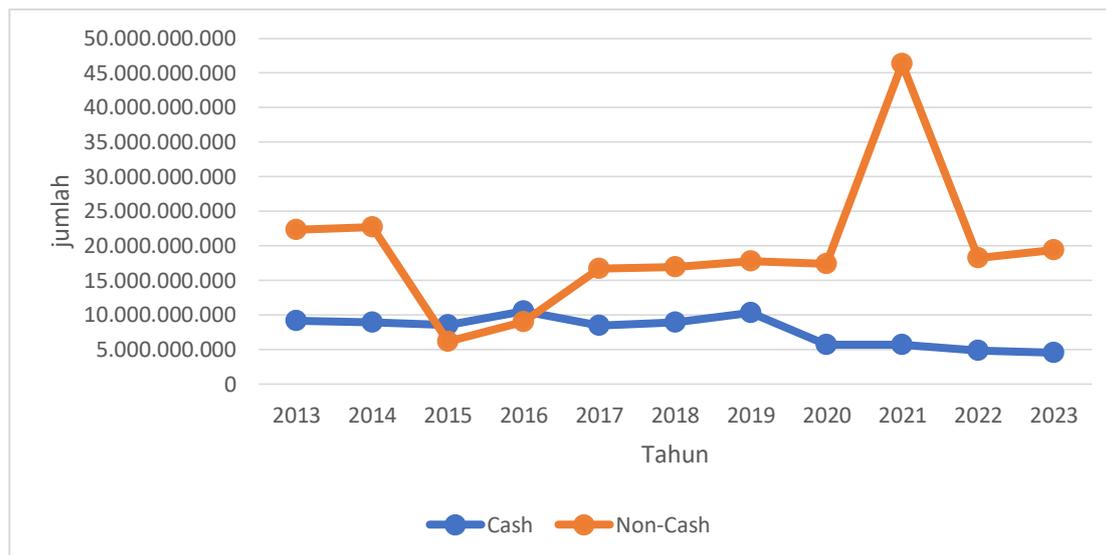
Sumber: Laporan tahunan Bagian Keuangan RS XYZ Kota Depok

Dilihat pada tabel 5, terjadi tren menurun pada pendapatan pokok usaha rawat inap. Komposisi pasien cash dibandingkan dengan pasien non-cash sebelum dan sesudah mengimplementasikan program JKN tidak mengalami perubahan, dimana ratio pasien non-cash selalu lebih tinggi dibanding pasien cash. Hanya saja, sesudah mengimplementasikan program JKN ratio pasien non-cash atas pasien cash menjadi lebih tinggi (meningkat sebesar 22,83%).

Ratio pendapatan pokok usaha rawat inap pasien cash dibandingkan dengan non cash mengalami trend penurunan tajam pada tahun 2021 sebagai dampak

dari kejadian luar biasa (KLB) covid-19, dimana biaya perawatan pasien kasus covid-19 dijamin oleh negara melalui Kementerian Kesehatan RI. Namun pendapatan tertinggi juga terjadi pada tahun 2021 dimana puncak kejadian pandemi covid-19 yang dijamin oleh kemenkes RI dengan tarif layanan yang cukup tinggi.

Peningkatan jumlah pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan, tertinggi pada tahun 2023 yaitu 64,62% (tabel 4) cukup mempengaruhi pendapatan pokok pasien rawat inap meskipun ada kenaikan tarif khusus pasien non-BPJS Kesehatan.



Gambar 4. Grafik Pendapatan Pokok Usaha Rawat Inap di RS XYZ Tahun 2013-2023

Gambar 4 memperlihatkan komposisi pendapatan pasien cash dan non cash di Instalasi Rawat Inap sebelum implementasi program JKN (2013 – 2016) dan sesudah implementasi program JKN (2017 – 2023), dimana posisi pasien non-cash sejak awal lebih tinggi dan terus meningkat nilainya seiring implementasi program JKN.

4. Simpulan dan Saran

Terjadi pergeseran tren untuk komposisi penjamin biaya perawatan pasien, dimana komposisi jumlah pasien jaminan BPJS Kesehatan meningkat tajam. Stagnasi jumlah pasien sebelum dan sesudah implementasi program JKN dengan komposisi pasien cash yang menurun tajam dan peningkatan jumlah pasien jaminan BPJS Kesehatan, dapat disimpulkan bahwa pasien cash yang belum memiliki jaminan kesehatan beralih menggunakan jaminan BPJS Kesehatan saat berobat di RS XYZ.

Implementasi program JKN di RS XYZ berdampak pada kinerja pelayanan, yaitu penurunan sebesar 3,96% untuk rerata jumlah pasien rawat jalan dan 7,52% untuk jumlah pasien rawat inap, tidak mempengaruhi keseimbangan pendapatan pokok rawat jalan, tetapi sangat berpengaruh pada pendapatan pokok rawat inap karena perbedaan tarif pasien non-BPJS dengan tarif INA-CBG's.

Dalam situasi tersebut, manajemen RS XYZ harus mencari strategi yang lebih tepat dan bekerja secara efektif dan efisien, sehingga apabila sumber pendapatan BPJS diasumsikan hilang, keuangan rumah sakit dan indikator kinerja keuangan masih berada di angka ideal.

Saran

Meningkatkan Kerjasama *Coordination of Benefit (CoB)* dengan mitra asuransi kesehatan non-BPJS ; mengembangkan layanan pada program - program pencegahan dan promosi kesehatan seperti layanan *medical check up* ; mengembangkan layanan pada jenis pelayanan yang tidak masuk dalam cakupan pelayanan BPJS Kesehatan seperti layanan klinik kecantikan dan *wellness* ; pastikan pelayanan medis dan non-medis sesuai dengan standar kesehatan yang ditetapkan (*clinical pathway*) ; untuk mengatasi kesenjangan tarif RS XYZ dengan tarif INA-CBG's

diperlukan leadership dan kerjasama dokter dan manajemen ; penerapan rekam medis elektronik untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi data.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada ibu Sri Rahayu sebagai dosen Pengampu Mata Kuliah Manajemen Finansial Fasilitas Pelayanan 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, Rumah Sakit XYZ dan Bapak Tavitri Rangkuti selaku Wakil Direktur Keuangan RS XYZ yang sudah banyak membantu dalam menyelesaikan penulisan karya ilmiah ini.

6. Daftar Singkatan

BPJS: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ; COVID-19: Coronavirus disease 2019 ; DJSN: Dewan Jaminan Sosial Nasional ; DPJP: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ; FKRTL: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan ; INA-CBG'S: Indonesian Case Base Groups ; JKN: Jaminan Kesehatan Nasional ; Kemenkes: Kementerian Kesehatan RI ; KLB: Kejadian Luar Biasa ; NHC: *National Health Coverage* RS: Rumah Sakit ;

7. Daftar Pustaka

Agustina, M. (2019) 'Implementasi Metode Multi Factor Evaluation Process (Mfep) Dalam Membuat Keputusan Untuk Memilih Asuransi Kesehatan', *Jurnal Ilmiah Matrik*, 21(2), pp. 108-117. Available at: <https://doi.org/10.33557/jurnalmatrik.v21i2.574>.

Hartati, S.I., Kalsum, U. and Kosim, B.

(2022) 'Perbedaan Kinerja Keuangan Sebelum Dan Sesudah Pandemi Covid-19 Pada Perusahaan Sektor Kesehatan Yang Terdaftar Di Bei', *Journal of Management Small and Medium Enterprises (SMEs)*, 15(2), pp. 137-155. Available at: <https://doi.org/10.35508/jom.v15i2.6593>.

Irwandy and Sjaaf, A.C. (2018) 'Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Efisiensi Rumah Sakit : Studi Kasus di Provinsi Sulawesi Selatan The Effect of Health Insurance National Reform on Hospital Efficiency in Indonesia: The Case Study of South Sulawesi Province', *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(4), pp. 360-367.

Muttaqien (2022) 'Covid, Penyebab Turunnya Akses Masyarakat Terhadap JKN', *Sinarharapan.net*. Available at: <https://www.sinarharapan.net/covid-penyebab-turunnya-akses-masyarakat-terhadap-jkn>.

Nurwahyuni, SKM, MKes, D.A. and Setiawan, E.S. (2020) 'Kinerja Rumah Sakit Swasta dengan Pembayaran INA-CBGs di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Casemix, Casemix Index, Hospital Base Rate', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(2), pp. 1-10. Available at: <https://doi.org/10.7454/eki.v4i2.3822>.

Permenkes No. 26 (2021) 'PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 26 TAHUN 2021 TENTANG PEDOMAN INDONESIA CASE BASE GROUPS (INA-CBG) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN'.

Perpres no. 82 (2018) 'PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 82 TAHUN 2018 TENTANG JAMINAN KESEHATAN', p. pasal 52 poin o.

Setiyono, B. (2018) 'Perlunya Revitalisasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Di Indonesia', *Politika: Jurnal Ilmu Politik*, 9(2), p. 38. Available at:

<https://doi.org/10.14710/politika.9.2.2018.38-60>.

Suhartoyo (2018) 'Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA- CBGs', *Administrative Law & Governance Journal*, 1(Khusus 1), pp. 79-92.

Syarifuddin, S., Nurcahyo, C. and Afdal, A. (2021) 'Manajemen SDM dalam Penyelenggaraan Program JKN-KIS: Sebuah Tinjauan Literatur', *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(2), pp. 166-193. Available at: <https://doi.org/10.53756/jjkn.v1i2.47>.

Tri Rahayu (2020) 'Jumlah Pasien RS di Sragen Anjlok 50%, Warga Takut Berobat?', *Solopos*. Available at: <https://soloraya.solopos.com/jumlah-pasien-rs-di-sragen-anjlok-50-warga-takut-berobat-1058850>.

Undang-Undang SJSN (2011) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial'.

Widi, S. (2022) *Hampir 70% Penduduk Indonesia Punya Jaminan Kesehatan pada 2022*, *DataIndonesia.id*. Available at: <https://dataindonesia.id/kesehatan/detail/hampir-70-penduduk-indonesia-punya-jaminan-kesehatan-pada-2022>.

Wijaya Johannes Chendra and Dety Mulyanti (2023) 'Studi Teoritis: Strategi Promosi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Swasta Di Era Jaminan Pelayanan Kesehatan (JKN)', *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Keperawatan*, 1(2), pp. 58-64. Available at: <https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v1i2.179>.

Wijayani, R.W. (2018) 'Dampak Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Terhadap Kinerja Keuangan Rumah Sakit Vertikal Kementerian Kesehatan', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 7(3), pp. 134-139. Available at: <https://doi.org/10.22146/JKKI.12090>.

Evaluasi Kelengkapan Data Informasi terkait survei Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) untuk Mendukung Keputusan Kesehatan di Dinas Kesehatan Sleman

Evaluation of the Completeness of Information Data related to the Standard Inpatient Class Survey (KRIS) to Support Health Decisions at the Sleman Health Service

Ika Putri Salsabila¹
Nur Rokhman²
Etylusfina³

^{1,2}Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Gadjah Mada

³Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman³

Gedung TILC, Blimbing Sari, Caturtunggal Depok Sleman Yogyakarta

E-mail : ika.putri.salsabila@mail.ugm.ac.id

Abstract

This research aims to identify the completeness of information data related to the Standard Inpatient Class Survey (KRIS) at the Online Hospital (RS Online) of the Sleman Health Office and analyze its implications for decision-making in the health sector. The research method employed is a qualitative descriptive approach with in-depth data analysis from the RS Online website and related literature. Challenges faced include enhancing awareness and involvement of hospitals in data collection and reporting, as well as adapting to changes in regulations and technology. Therefore, continuous efforts are required to update policies and strategies to address these issues. The study concludes that all hospitals have completed the KRIS survey instruments, but some hospitals still need to complete identity data related to the PIC. Despite progress in data reporting, further attention is needed to enhance awareness and involvement of relevant parties and to adapt to environmental changes.

Keywords: Health Office, KRIS survey, RS Online

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kelengkapan data informasi terkait survei Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Rumah Sakit Online (RS Online) Dinas Kesehatan Sleman serta menganalisis implikasinya terhadap pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan deskriptif kualitatif dengan analisis data yang mendalam dari situs web RS Online dan literatur terkait. Tantangan yang dihadapi meliputi meningkatkan kesadaran dan keterlibatan rumah sakit dalam pengumpulan dan pelaporan data, serta penyesuaian dengan perubahan regulasi dan teknologi. Oleh karena itu, diperlukan upaya terus-menerus dalam memperbaiki kebijakan dan strategi yang lebih baik guna mengatasi permasalahan ini. Penelitian ini menyimpulkan bahwa seluruh rumah sakit sudah mengisi instrumen survey KRIS namun masih terdapat beberapa RS yang perlu melengkapi data identitas terkait PIC. Meskipun terdapat kemajuan dalam pelaporan data, tetap diperlukan perhatian lebih lanjut dalam meningkatkan kesadaran dan keterlibatan pihak terkait serta dalam mengadaptasi diri terhadap perubahan lingkungan.

Kata kunci: Dinas Kesehatan, RS Online, Survei KRIS

1. Pendahuluan

Data dan informasi menjadi aset strategis yang esensial dalam pengelolaan pembangunan kesehatan, terutama dalam proses manajemen dan pengambilan keputusan, sebagaimana diatur dalam Pasal 168 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 yang menekankan perlunya pemanfaatan informasi kesehatan untuk menjalankan upaya kesehatan secara efektif dan efisien. Namun, dalam pengambilan keputusan yang dilakukan oleh pembuat kebijakan di bidang kesehatan masih mengalami kesulitan karena keterbatasan data dan informasi yang akurat, tepat dan cepat.

Penyelenggaraan Manajemen Kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional melibatkan administrasi kesehatan yang mencakup komponen seperti manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan. Pentingnya manajemen yang efektif terbukti sebagai dasar utama dalam pengambilan keputusan di berbagai tingkat administrasi pelayanan Kesehatan (Usada & Prabawa, 2021).

Oleh karena itu, manajemen informasi kesehatan menjadi unsur yang sangat penting dalam mendukung efisiensi dan efektivitas sistem kesehatan modern, sementara fokus utama tetap terletak pada pengelolaan administrasi kesehatan dalam upaya penyelenggaraan layanan kesehatan yang unggul (PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA, 2012)

Dinas Kesehatan merupakan pelaksana urusan pemerintahan bidang kesehatan yang memiliki fungsi pelaksanaan, pelayanan, pembinaan, dan pengendalian urusan pemerintahan bidang Kesehatan (Peraturan Bupati Sleman Nomor 55.5 Tahun 2021, 2021, 2021). Kelompok substansi kesehatan dasar dan rujukan memiliki tugas menyiapkan bahan pelaksanaan dan pembinaan pelayanan Kesehatan dasar dan rujukan. Dalam menjalankan fungsi pembinaan ini, Dinas Kesehatan membutuhkan informasi yang handal, tepat, cepat dan terbaru (*up to date*) untuk mendukung proses pengambilan

keputusan dan penetapan kebijakan dengan tepat. Hal ini mencakup kepatuhan rumah sakit dalam melakukan pelaporan, kualitas pelaporan dan validitas data yang dilaporkan.

Seluruh rumah sakit di Indonesia diwajibkan melakukan pelaporan sistem informasi rumah sakit, mencakup pengumpulan, pengolahan, dan penyajian data. Surat edaran menegaskan untuk memerintahkan setiap rumah sakit agar dapat menyampaikan data terkini kepada Kementerian Kesehatan melalui aplikasi Rumah Sakit Online. Secara teknis, penerapan RS online dimaksudkan untuk semua rumah sakit di seluruh Indonesia dengan cara melaporkan pengisian survei KRIS, peninjauan kelas, dan implementasi RME yang dikirimkan melalui *platform online* (Nurmalasari et al., 2022).

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Rumah Sakit Online di rumah sakit dilakukan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya kesehatan bersama Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011, 2011). Dinas Kesehatan di setiap wilayah memiliki tanggung jawab untuk memantau dan mengevaluasi pelaporan data Rumah Sakit, termasuk menilai kepatuhan, mutu pelaporan, dan validitas data yang disampaikan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Komponen aplikasi RS Online, seperti data profil RS, monitoring, dan laporan, menjadi instrumen utama dalam menjaga kualitas pelaporan dan validitas data. Melalui sistem ini, Dinas Kesehatan dapat memberikan peringatan dan dukungan kepada rumah sakit yang belum memenuhi standar pembaruan data khususnya pada pelaporan survey KRIS.

Kebijakan kelas rawat inap adalah tanggung jawab yang diatur oleh Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang

sistem jaminan sosial nasional yang harus memperhatikan prinsip ekuitas. Prinsip ekuitas disini diartikan sebagai keadilan dalam pemberian pelayanan Kesehatan kepada dua atau lebih kelompok (Sari & Pudjiraharjo, 2013). Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan mutu dan kesetaraan dalam layanan JKN.

Secara filosofis, gagasan dasar dari kelas rawat inap standar JKN adalah untuk memastikan bahwa layanan medis dan non-medis yang diberikan kepada penyakit yang sama, serta fasilitas atau kenyamanan yang disediakan, sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh regulasi dan pedoman yang berlaku. Meskipun demikian, sistem ini juga memberikan fleksibilitas untuk meningkatkan manfaat dengan naik kelas sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

Namun, terdapat tantangan terkait pemenuhan prinsip kesetaraan, seperti kurangnya standar klasifikasi kelas perawatan, ketidakmerataan akses ke fasilitas layanan kesehatan, kekurangan tenaga kesehatan, dan suplai obat di berbagai wilayah, sehingga diperlukan penetapan kriteria standar untuk kelas rawat inap JKN. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan mutu dan kesetaraan dalam layanan JKN.

Berdasarkan evaluasi distribusi kesiapan rumah sakit di seluruh Indonesia, sekitar 81% dari sampel rumah sakit dianggap telah memenuhi syarat untuk menerapkan Kebijakan Kelas Rawat Inap (KRI), meskipun mayoritas dari mereka, sekitar 78%, masih memerlukan penyesuaian pada tingkat yang terbilang kecil. Secara khusus, dalam konteks Rumah Sakit di Sleman, dapat diinformasikan bahwa seluruh fasilitas tersebut telah memenuhi kriteria Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Oleh karena itu, langkah berikutnya dari hasil penilaian ini adalah melanjutkan proses implementasi KRIS pada seluruh rumah sakit di Sleman.

Namun dari 28 Rumah Sakit tersebut, 8 di antaranya belum melengkapi data terkait

Nama, Jabatan, dan Nomor Kontak PIC RS. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, diperlukan peningkatan kesadaran dan keterlibatan Rumah Sakit dalam pengisian data, terutama terkait Nama PIC RS, Jabatan PIC RS, dan Nomor Kontak PIC RS.

2. Metode

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis kelengkapan data informasi terkait survey Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) guna mendukung pengambilan keputusan di Dinas Kesehatan Sleman. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif, yang menekankan pada pertanyaan penelitian yang terkait dengan siapa, apa, dimana, dan bagaimana suatu peristiwa terjadi (Kim et al., 2017). Deskriptif kualitatif merujuk pada analisis yang mendalam terhadap karakteristik dan sifat fenomena tanpa mempengaruhinya secara langsung (Yuliani, 2018)

Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember. Data diambil dari jurnal ilmiah terkait serta situs web RS Online (<https://sirs.kemkes.go.id/fo/login>). Tahapan evaluasi kelengkapan data informasi dimulai dengan mendeskripsikan dan menggambarkan isi konten situs *web*, yang kemudian dilanjutkan dengan analisis mendalam untuk mengidentifikasi kecukupan dan keakuratan informasi yang tersedia (Wattimena & Manuputty, 2021).

Dalam konteks metodologi deskriptif kualitatif, penelitian ini akan menganalisis data dengan pendekatan yang berfokus pada deskripsi dan interpretasi informasi yang diperoleh dari sumber-sumber tersebut. Analisis akan mencakup pemahaman mendalam tentang konten situs web RS Online dan evaluasi terhadap keakuratan serta kelengkapan data informasi yang disediakan dalam konteks survey KRIS.

Dengan menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif, penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang komprehensif tentang kelengkapan data

informasi terkait survey KRIS, sehingga dapat memberikan pemahaman yang lebih baik dan mendukung pengambilan keputusan yang berbasis data di Dinas Kesehatan Sleman.

3. Hasil dan Pembahasan

Gambaran Rumah Sakit Online

Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan kesehatan memiliki peran krusial dalam menyediakan perawatan komprehensif untuk individu melalui pendekatan promosi, pencegahan, penyembuhan, rehabilitasi, dan/atau perawatan paliatif, dengan menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan, dan tanggap Gawat Darurat (Dewan Perwakilan Rakyat RI, 2023). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1171 tahun 2014 menyebutkan bahwa setiap rumah sakit wajib melaksanakan pelaporan sistem informasi rumah sakit yang terdiri dari pengumpulan, pengolahan dan penyajian.

Salah satu pelaporan yang ada yaitu RS Online menjadi bagian dari pelaporan Sistem informasi Rumah Sakit. Secara teknis, penerapan sistem RS online dimaksudkan untuk semua rumah sakit di seluruh Indonesia dengan melaporkan pengisian survei KRIS, reviu kelas, dan mengimplementasikan RME.

Analisis kelengkapan data survei KRIS

KRIS digunakan untuk mengkategorikan dan menilai kelas rawat inap sebuah rumah sakit sesuai dengan persyaratan yang diterapkan Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN (Kemenkes, 2022). Implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) di Dinas Kesehatan Sleman melibatkan evaluasi yang komprehensif terhadap berbagai aspek yang menjadi indikator dalam standar KRIS.

Standar Kelas Rawat Inap ini mencakup beberapa aspek terkait penilaian fasilitas rumah sakit meliputi :

- a) komponen bangunan,
- b) ventilasi udara,
- c) pencahayaan,
- d) kelengkapan tempat tidur,
- e) nakas,
- f) suhu,
- g) pembagian ruangan,
- h) kepadatan ruangan,
- i) tempat tidur 2 crank,
- j) tirai,
- k) kamar mandi dalam ruangan,
- l) kamar mandi standar aksesibilitas,
- m) outlet oksigen.

Selain itu terdapat beberapa data identitas yang harus diisi oleh rumah sakit meliputi

- a) Nama PIC RS,
- b) Jabatan PIC RS, dan
- c) No Kontak PIC RS.

Data Survey KRIS

Keterangan warna:

- Sudah Laporan
- Isian Survey sama dengan atau lebih dari 10 dari 13 Instrumen
- Belum Laporan

Terdapat beberapa hasil penilaian instrument yang digolongkan berdasarkan warna. Warna hijau menunjukkan bahwa dari 13 instrumen rumah sakit, semua telah diisi dengan semua kelengkapan yang diperlukan. Sedangkan warna kuning mengartikan bahwa rumah sakit telah mengisi 10 atau lebih dari 13 instrumen. Sedangkan merah menunjukkan bahwa rumah sakit belum melapor atau hanya mengisi kurang dari 10 instrumen.

No	Nama RS	Jml Isian	Presentase Kelengkapan Pengisian
1	RS Umum Daerah Sleman	13/13	100%
2	RS Khusus Bedah Sinduadi	13/13	100%
3	RS At-Turots Al-Islamy	13/13	100%

4	RS Gigi dan Mulut UGM Prof. Soedomo	13/13	100%
5	RS Universitas Ahmad Dahlan	13/13	100%
6	RS Islam Yayasan PDHI	13/13	100%
7	Charitas Hospital Klepu	13/13	100%
8	RS Umum Condong Catur	13/13	100%
9	RS Umum Bunga Bangsa Medika	13/13	100%
10	RS Ibu Anak Arvita Bunda	13/13	100%
11	RS Umum Hermina Yogya	13/13	100%
12	RS Akademik Universitas Gadjah Mada	13/13	100%
13	RS Umum PKU Muhammadiyah Gamping	13/13	100%
14	RS Jiwa Grhasia	13/13	100%
15	RS Umum Mitra Paramedika	13/13	100%
16	RS Umum Mitra Sehat	13/13	100%
17	RS Queen Latifa	13/13	100%
18	RS Umum Gamedika 10	13/13	100%
19	RSUP Dr. Sardjito	13/13	100%
20	RS Khusus Ibu Anak Sadewa	13/13	100%
21	RS Umum Bhayangkara POLDA DIY	13/13	100%
22	RS Khusus Bedah An-Nur	13/13	100%
23	RS Umum Puri Husada Yogyakarta	13/13	100%
24	RS Umum Panti Nugroho	13/13	100%
25	RS Jih	13/13	100%
26	RS Umum Panti Rini	13/13	100%
27	RS Umum Sakina Idaman	13/13	100%

28	RS Umum Daerah Prambanan	13/13	100%
----	--------------------------	-------	------

Hingga tanggal 28 Desember 2023, seluruh 28 Rumah Sakit di Sleman telah mengisi 13 instrumen pada Survey KRIS dan berhasil mendapatkan keterangan warna hijau, menunjukkan bahwa mereka telah menyelesaikan survey KRIS. Data pada tabel ini diperoleh dari Sistem Informasi Rumah Sakit Online pada menu survey KRIS. Namun, dari 28 Rumah Sakit tersebut, 8 di antaranya masih belum melengkapi data terkait Nama, Jabatan, dan Nomor Kontak Penanggung Jawab Inisiatif Rumah Sakit (PIC RS). Oleh karena itu, Dinas Kesehatan perlu mengirimkan reminder kepada setiap rumah sakit untuk memperbarui data yang masih belum lengkap.

Signifikansi kelengkapan data

Hasil evaluasi kelengkapan data informasi terkait survey KRIS memiliki signifikansi yang besar dalam mendukung pengambilan keputusan kesehatan di Dinas Kesehatan Sleman Dengan memiliki data yang lengkap dan akurat tentang fasilitas rumah sakit, kondisi ruangan, serta ketersediaan peralatan medis, Dinas Kesehatan Sleman dapat memastikan bahwa layanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit memenuhi standar yang ditetapkan

Evaluasi yang dilakukan secara teratur dan transparan dapat meningkatkan kesadaran dan kepatuhan rumah sakit terhadap standar dan regulasi yang berlaku. Rumah sakit akan lebih cenderung untuk memperhatikan kelengkapan data dan mematuhi prosedur yang ditetapkan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

Informasi mengenai instrumen kelas rawat inap perlu diperbarui secara teratur. Hal ini berkaitan dengan pengambilan keputusan oleh Dinas Kesehatan terkait kesiapan rumah sakit dalam menerapkan KRIS dan untuk memastikan bahwa pasien

menerima pelayanan yang memadai, sehingga menghindari umpan balik negatif terkait pelayanan yang diberikan.

Tantangan dan kendala

Tantangan dan kendala yang dihadapi oleh Dinas Kesehatan dalam konteks evaluasi kelengkapan data informasi terkait survey Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dapat meliputi beberapa aspek yang perlu diperhatikan seperti peningkatan kesadaran meskipun aturan dan regulasi telah ditetapkan, ada tantangan dalam meningkatkan kesadaran dan keterlibatan rumah sakit dalam pengumpulan dan pelaporan data yang diperlukan.

“Ada beberapa rumah sakit yang belum, melakukan update data secara berkala, oleh karena itu dinas kesehatan harus mengingatkan untuk melakukan update data.”

Beberapa rumah sakit mungkin tidak memprioritaskan pengisian data atau kurangnya pemahaman akan pentingnya data tersebut dalam meningkatkan standar pelayanan.

“Dinas Kesehatan hanya mengingatkan melalui whatsapp grup dengan harapan instrument ‘

Selain itu Dalam lingkungan yang selalu berubah, dinas kesehatan juga dihadapkan pada tantangan untuk terus beradaptasi dengan perubahan regulasi, kebutuhan masyarakat, dan kemajuan teknologi. Hal ini memerlukan upaya terus-menerus untuk memperbarui kebijakan dan prosedur, serta mengembangkan strategi baru untuk mengatasi tantangan yang muncul.

Implikasi kelengkapan data

Hasil penelitian memiliki implikasi yang signifikan terhadap pengaturan kesehatan dan upaya peningkatan layanan kesehatan di Dinas Kesehatan Sleman. Dengan memiliki data yang lengkap dan akurat, dinas kesehatan dapat mengambil keputusan strategis yang lebih baik dalam

alokasi sumber daya dan pengembangan kebijakan kesehatan. Penggunaan data yang tepat juga memungkinkan dinas kesehatan untuk mengidentifikasi area-area di mana perbaikan diperlukan, serta meningkatkan efektivitas program-program kesehatan yang ada. Dengan demikian, upaya peningkatan kualitas dan akurasi data akan membawa dampak positif dalam meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Sleman secara keseluruhan, serta memperkuat tata kelola kesehatan di wilayah tersebut.

4. Simpulan dan Saran

Kesimpulan dari gambaran Rumah Sakit Online dan evaluasi kelengkapan data survei KRIS di Dinas Kesehatan Sleman menunjukkan pentingnya peran rumah sakit dalam menyediakan layanan kesehatan yang komprehensif. Penggunaan sistem RS Online sebagai bagian dari pelaporan Sistem Informasi Rumah Sakit memiliki tujuan untuk meningkatkan transparansi dan efisiensi dalam pengelolaan informasi kesehatan.

Analisis terhadap kelengkapan data survei KRIS menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit di Sleman telah memenuhi standar kelengkapan data yang ditetapkan. Namun, masih terdapat beberapa rumah sakit yang belum melengkapi data terkait identitas PIC RS, yang memerlukan tindakan untuk pengingat dan pembaruan data yang lebih teratur.

Signifikansi dari kelengkapan data ini sangatlah besar dalam mendukung pengambilan keputusan di Dinas Kesehatan Sleman. Dengan memiliki data yang lengkap dan akurat, Dinas Kesehatan dapat mengatur alokasi sumber daya secara lebih efektif dan mengembangkan kebijakan kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Selain itu, data yang tepat juga memungkinkan identifikasi area-area yang memerlukan perbaikan dan meningkatkan efektivitas program-program kesehatan yang ada.

Tantangan dan kendala yang dihadapi, seperti kesadaran dan keterlibatan rumah sakit dalam pengumpulan dan pelaporan data, serta adaptasi terhadap perubahan regulasi dan teknologi, memerlukan upaya terus-menerus untuk memperbarui kebijakan dan strategi yang lebih baik dalam mengatasi permasalahan tersebut.

Implikasi dari kelengkapan data yang ditemukan sangat penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Sleman dan memperkuat tata kelola kesehatan di wilayah tersebut. Dengan demikian, upaya untuk meningkatkan kualitas dan akurasi data harus terus dilakukan guna mendukung pembangunan sistem kesehatan yang lebih baik di masa mendatang.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih yang tulus disampaikan kepada Dinas Kesehatan Sleman atas dukungan dan kerjasama yang luar biasa dalam menjalankan evaluasi kelengkapan data survei Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Kami juga mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak di kampus yang turut serta dalam mendukung keberlangsungan penelitian ini, terutama UGM yang telah memberikan kontribusi penting.

Semua pihak yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini pantas mendapatkan apresiasi. Kerjasama dan dukungan dari berbagai pihak sangat berarti dalam menjamin kualitas dan kelancaran penelitian ini. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi positif dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di wilayah Sleman. Terima kasih atas dedikasi dan partisipasi semua pihak yang terlibat.

6. Daftar Pustaka

Peraturan Bupati Sleman Nomor 55.5 Tahun 2021, 2021, (2021).
Dewan Perwakilan Rakyat RI. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang

Kesehatan. *Undang-Undang*, 187315, 1-300.

Kemendes. (2022). Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomo HK.02.02/I/1811/2022 Tentang Petunjuk Teknis Kesiapan Sarana Prasarana Rumah Sakit Dalam Penerapan Kelas Rawat Inap Standar Jaminan Kesehatan Nasional. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 1-21.

Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Surat Edaran No. HK.02.01/MENKES/1030/2023 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Serta Penerapan Sanksi Administratif Dalam Rangka Pembinaan dan Pengawasan*. 1-4.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 1171/MENKES/PER/VI/2011, 24 (2011).

Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in Nursing & Health*, 40(1), 23-42.

Nurmalasari, M., Pratama, A., HOSIZAH, H., & Salsabila, S. (2022). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Data Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Online dengan PRISM Framework. *Jurnal Sistem Dan Teknologi Informasi (JustIN)*, 10(4), 524. <https://doi.org/10.26418/justin.v10i4.50999>

PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA. (2012). *PERATURAN PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 72 TAHUN 2012 TENTANG SISTEM KESEHATAN NASIONAL*. 32.

Sari, I. N., & Pudjiraharjo, W. J. (2013). Ekuitas Dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan Equity in Healthcare Delivery. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 1, 21-28.

Usada, N. K., & Prabawa, A. (2021). Analisis Manajemen Pengelolaan Data Sistem Informasi Puskesmas di Tingkat Dinas

Kesehatan di Kabupaten Bondowoso.
*Jurnal Biostatistik, Kependudukan, Dan
Informatika Kesehatan*, 2(1), 16.
<https://doi.org/10.51181/bikfokes.v2i1.5329>

Wattimena, N., & Manuputty, A. D. (2021).
Evaluasi Kualitas Informasi Pada
Sistem Informasi Naskah Kuno Dinas
Perpustakaan Dan Kearsipan Kota
Salatiga. *Sebatik*, 25(1), 74-81.
<https://doi.org/10.46984/sebatik.v25i1.1315>

Yuliani, W. (2018). Perencanaan Dan
Keputusan Karier: Konsep Krusial
Dalam Layanan BK Karier. *Quanta*, 4(1),
44-51.
<https://doi.org/10.22460/q.v1i1p1-10.497>

Analisis Kesiapan Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik dengan Metode *Doctor's Office Quality-Information Technology (DOQ-IT)* di Rumah Sakit Umum Daerah Kajen Kabupaten Pekalongan

Analysis of Electronic Medical Records Implementation Readiness Using The *Doctor's Office Quality-Information Technology (DOQ-IT)* Method at the Kajen Regional General Hospital Pekalongan Regency

**Elvetta Zenobia Putri Bhayza¹
Subinarto²**

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

Abstract

Based on the Health Minister of the Republic of Indonesia Number 24 of 2022 concerning Medical Records, all health service facilities are required to implement EMR in accordance with the provisions of the regulation no later than December 31, 2023. Readiness analysis is needed before implementing EMR to determine the readiness level of related health service facilities. This research aims to analyze the readiness of implementing EMR using the doctor's office quality-information technology (DOQ-IT) method on aspects of human resources (HR), organizational work culture, leadership governance, and information technology infrastructure. This type of research is descriptive quantitative. Research data was collected through a questionnaire distributed using Google Form. The sample used is the Kajen General Hospital staff who will operate the EMR. The readiness of EMR implementation at the Kajen General Hospital obtained a score of 91.44 with an average of 3.2. This score means that the Kajen General Hospital is quite ready to implement EMR. The Kajen General Hospital should establish policies related to rewards, budgets for health worker capacity enhancement and information technology infrastructure maintenance, as well as identify human resources so that their readiness is maximized.

Keywords: *analysis of readiness, DOQ-IT, electronic medical records implementation*

Abstrak

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan RME sesuai dengan ketentuan dalam peraturan tersebut paling lambat tanggal 31 Desember 2023. Analisis kesiapan diperlukan sebelum melaksanakan RME untuk mengetahui tingkat kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan terkait. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kesiapan pelaksanaan RME dengan metode *doctor's office quality-information technology (DOQ-IT)* pada aspek sumber daya manusia (SDM), budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan, dan infrastruktur teknologi informasi. Jenis penelitian ini yaitu deskriptif kuantitatif. Data penelitian dikumpulkan melalui kuesioner yang disebarakan menggunakan Google Form. Sampel yang digunakan merupakan petugas RSUD Kajen yang akan mengoperasikan RME. Kesiapan pelaksanaan RME di RSUD Kajen memperoleh nilai 91,44 dengan rata-rata 3,2. Nilai tersebut berarti RSUD Kajen cukup siap dalam melaksanakan RME. RSUD Kajen sebaiknya menyusun kebijakan terkait *reward*, anggaran untuk peningkatan kapasitas PPA dan pemeliharaan infrastruktur teknologi informasi, serta dilakukan identifikasi SDM agar kesiapannya lebih maksimal.

Kata Kunci: *analisis kesiapan, DOQ-IT, pelaksanaan rekam medis elektronik*

1. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan salah satu institusi di bidang pelayanan kesehatan yang berupaya menyediakan pelayanan kesehatan untuk masyarakat (Yoga et al., 2021). Rumah sakit mempunyai beberapa kewajiban yang harus dijalankan. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, menyatakan bahwa masing-masing rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis.

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data, identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, 2022). Rekam medis harus dikelola dengan baik agar meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Pengelolaan rekam medis diatur dan dijalankan oleh instalasi rekam medis masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab dalam manajemen pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan.

Rekam medis dapat dilaksanakan secara manual ataupun secara elektronik. Pelaksanaan rekam medis elektronik (RME) merupakan bentuk transformasi teknologi informasi kesehatan yang dapat mengatasi berbagai masalah rekam medis manual, seperti ketidakefisienan dalam penyimpanan dan penyediaan rekam medis. Pelaksanaan RME bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, khususnya di bidang rekam medis, sehingga lebih efisien dan terpadu (Erwana, 2020). Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap dua rumah sakit di Yordania dengan satu rumah sakit melaksanakan RME dan rumah sakit lain melaksanakan rekam medis manual, menunjukkan hasil bahwa pelaksanaan RME dapat meningkatkan kualitas atau mutu

fasilitas pelayanan kesehatan dibandingkan dengan rekam medis manual (Ayaad et al., 2019).

Pasal 45 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, menyebutkan bahwa seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan RME sesuai dengan ketentuan dalam peraturan tersebut paling lambat tanggal 31 Desember 2023. Penyelenggaraan RME minimal terdiri atas registrasi pasien, pendistribusian data RME, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi RME, penginputan data untuk klaim pembiayaan, penyimpanan RME, penjaminan mutu RME, dan transfer isi RME. Seluruh kegiatan tersebut dilaksanakan oleh perekam medis, kecuali pengisian informasi klinis yang hanya boleh dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) sebagai pihak yang melakukan pelayanan kesehatan terhadap pasien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis, 2022).

Di Indonesia, dari 2258 rumah sakit baru sejumlah 353 atau sebesar 15,6% rumah sakit yang telah menerapkan RME hingga tahun 2022. Namun, rumah sakit yang belum menerapkan RME masih sangat banyak yaitu sebesar 84,4% (Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, 2022). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, akan diberikan sanksi administratif, baik teguran tertulis maupun rekomendasi pencabutan atau pencabutan status akreditasi apabila fasilitas pelayanan kesehatan tidak melaksanakan peraturan tersebut.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilaksanakan di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kajen Kabupaten Pekalongan pada Desember 2022,

RSUD Kajen masih menggunakan rekam medis manual dalam pelayanan kesehatannya. Kondisi tersebut berarti RME di RSUD Kajen belum terlaksana dan belum sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.

Untuk melaksanakan amanah dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, perlu dilakukan persiapan yang maksimal agar pelaksanaan RME dapat terhindar dari kendala atau masalah dalam pelaksanaannya (Praptana et al., 2021). Pelaksanaan RME memerlukan adanya analisis kesiapan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan terkait yang ditentukan melalui analisis aspek sumber daya manusia (SDM), budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan, dan infrastruktur teknologi informasi (Faida & Ali, 2021). Aspek-aspek tersebut dapat dianalisis melalui metode Doctor's Office Quality-Information Technology (DOQ-IT).

DOQ-IT menjadi sebuah metode yang tepat digunakan. Hal ini dikarenakan DOQ-IT dikembangkan untuk mendukung pelaksanaan sistem informasi kesehatan elektronik (Monegain, 2004). Pengukuran kesiapan pelaksanaan RME melalui metode DOQ-IT dilakukan terhadap empat aspek utama organisasi, yaitu SDM, budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan, dan infrastruktur teknologi informasi, yang apabila terdapat ketidaksiapan pada aspek-aspek tersebut akan menyebabkan pelaksanaan RME tidak maksimal (Praptana et al., 2021).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik melakukan penelitian berjudul "Analisis Kesiapan Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik dengan Metode *Doctor's Office Quality-Information Technology* di Rumah Sakit

Umum Daerah Kajen Kabupaten Pekalongan".

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif, yang akan memberikan gambaran mengenai kesiapan pelaksanaan RME di RSUD Kajen berdasarkan metode DOQ-IT. Metode DOQ-IT menjadi metode yang tepat digunakan karena metode ini diciptakan dan dikembangkan untuk mendukung pelaksanaan sistem informasi kesehatan elektronik (Monegain, 2004).

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kajen pada bulan Januari–April 2023. Populasi penelitian ini adalah petugas RSUD Kajen yang akan mengoperasikan RME sebanyak 341 petugas. Perhitungan sampel menggunakan rumus Lemeshow dan diperoleh jumlah minimal sampel yang dibutuhkan yaitu 31 responden. Berdasarkan kesepakatan dan kebijakan Kasi Rekam Medis, Peningkatan Mutu, dan Pengembangan Pelayanan RSUD Kajen, petugas yang menjadi responden merupakan perwakilan profesi yang akan mengoperasikan RME sejumlah 34 responden, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 1. Daftar Rincian Profesi Responden

No.	Profesi	Jumlah
1.	Analisis Kesehatan	1
2.	Apoteker	1
3.	Dokter	4
4.	Perawat	9
5.	Petugas Teknologi Informasi	2
6.	Petugas TPPRI	2
7.	Petugas TPPRJ	3
8.	PMIK	11
9.	Radiografer	1

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Metode pengumpulan data primer yaitu melalui kuesioner DOQ-IT yang disebarakan secara *online* menggunakan

Google Forms. Untuk data sekunder, pengumpulan data melalui literatur, seperti jurnal artikel, skripsi, dan buku.

Instrumen penelitian yang digunakan yaitu kuesioner, penilaian, serta uji validitas dan reliabilitas. Kuesioner penelitian memuat pertanyaan berdasarkan metode DOQ-IT dengan penilaian menggunakan skala ordinal.

Tabel 2. Kriteria Penilaian Skala Ordinal

Nilai	Kriteria Penilaian	Singkatan
0	Belum siap	BS
1	Belum siap	BS
2	Cukup siap	CS
3	Cukup siap	CS
4	Sangat siap	SS
5	Sangat siap	SS

Sumber: Modifikasi MASSPRO (2009); Ruskamto (2020); Rizki (2022)

Tabel 4. Interpretasi Penilaian Kesiapan Pelaksanaan RME dengan Metode DOQ-IT

Kisaran Nilai setiap Rentang Nilai	Interpretasi	Keterangan
I 0-49	Nilai pada rentang ini menunjukkan adanya kelemahan di beberapa komponen variabel yang berperan penting terhadap kesuksesan pelaksanaan RME. Diperlukan adanya identifikasi dan perancangan yang maksimal sebelum mulai melaksanakan RME.	Rumah sakit belum siap dalam pelaksanaan RME.
II 50-97	Nilai pada rentang ini menunjukkan adanya kemampuan yang baik di beberapa komponen variabel, tetapi terdapat juga beberapa komponen variabel yang menunjukkan kelemahan. Diperlukan identifikasi dan antisipasi lebih lanjut pada komponen variabel yang menunjukkan kelemahan tersebut supaya pelaksanaan RME dapat berjalan dengan optimal.	Rumah sakit cukup siap dalam pelaksanaan RME.
III 97-145	Nilai pada kisaran ini menunjukkan seluruh komponen variabel sudah maksimal, siap dalam pelaksanaan RME, dan mampu mengatasi kemungkinan permasalahan setelah pelaksanaan RME.	Rumah sakit sangat siap dalam pelaksanaan RME.

Sumber: MASSPRO (2009)

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan milik Suhartini et al. (2021) yang telah melalui uji validitas dan reliabilitas. Hasil uji validitas menunjukkan setiap item pertanyaan mempunyai nilai r hitung $> r$ tabel sehingga seluruh item pertanyaan dapat digunakan. Untuk hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,938, yang artinya apabila nilai *Cronbach's*

Hasil pengisian dan analisis kuesioner akan menunjukkan nilai kesiapan pelaksanaan RME. Penilaian kesiapan tersebut berdasarkan metode DOQ-IT dibagi dalam beberapa rentang nilai, yaitu sebagai berikut:

Tabel 3. Rentang Nilai Kesiapan Pelaksanaan RME dengan Metode DOQ-IT

Nilai	Keterangan
0-1	Belum siap
2-3	Cukup siap
4-5	Sangat siap

Sumber: MASSPRO (2009)

Hasil penilaian dan analisis kesiapan pelaksanaan RME dapat diinterpretasi sesuai dengan kelompok nilai yang diperoleh yaitu sebagai berikut:

$\alpha > 0,6$ maka kuesioner reliabel untuk digunakan.

3. Hasil dan Pembahasan

a. Karakteristik Responden

Jumlah responden dalam penelitian ini yaitu sebanyak 34 responden dengan karakteristik sebagai berikut:

Tabel 5. Karakteristik Responden

No.	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1.	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	17	50%
	Perempuan	17	50%
	Total	34	100%
2.	Usia		
	20–30 tahun	5	14,7%
	31–40 tahun	14	41,2%
	41–50 tahun	15	44,1%
	>51 tahun	0	0
	Total	34	100%
3.	Pendidikan Terakhir		
	SMA	3	8,8%
	D-III	13	38,2%
	D-IV	0	0
	S-1	16	47,1%
	S-2	2	5,9%
	S-3	0	0
	Total	34	100%
4.	Masa Kerja		
	0–1 tahun	2	5,9%
	>1 tahun–5 tahun	6	17,6%
	>5 tahun–10 tahun	5	14,7%
	>10 tahun–15 tahun	8	23,5%
	>15 tahun	13	38,2%
	Total	34	100%
5.	Profesi		
	Analisis Kesehatan	1	2,9%
	Apoteker	1	2,9%
	Dokter	4	11,8%
	Perawat	9	26,5%
	Petugas Teknologi Informasi	2	5,9%
	Petugas TPPRI	2	5,9%
	Petugas TPPRJ	3	8,8%
	PMIK	11	32,4%
	Radiografer	1	2,9%
	Total	34	100%

b. Analisis Kesiapan Pelaksanaan RME Statistik Deskriptif

Pada penelitian ini, analisis statistik deskriptif dilakukan menggunakan

software IBM SPSS. Nilai yang digunakan yaitu nilai minimum, maksimum, jumlah nilai, rata-rata (*mean*), dan nilai standar deviasi.

Tabel 6. Hasil Analisis Statistik Deskriptif Kesiapan Pelaksanaan RME di RSUD Kajen

Variabel	N	Nilai Minimum	Nilai Maksimum	Jumlah	Mean	Standar Deviasi
Sumber Daya Manusia	34	2,0	25,0	492	14,5	6,0
Budaya Kerja Organisasi	34	7,0	55,0	1257	37,0	12,4
Tata Kelola Kepemimpinan	34	7,0	40,0	927	27,3	9,6
Infrastruktur Teknologi Informasi	34	4,0	20,0	433	12,7	4,7

Berdasarkan hasil analisis di atas, dapat disimpulkan

hasil dari masing-masing variabel yaitu sebagai berikut:

- 1) Variabel SDM terdiri dari lima soal mempunyai nilai minimum 2,0, artinya responden memberikan nilai terhadap variabel SDM paling rendah sebesar 2,0. Nilai maksimum variabel SDM sebesar 25,0, artinya responden memberikan nilai paling besar sebesar 25,0 dari nilai maksimal 25,0. Nilai total variabel SDM sebesar 492 dengan rata-rata sebesar 14,5 dan standar deviasi sebesar 6,0.
- 2) Variabel budaya kerja organisasi terdiri dari sebelas soal mempunyai nilai minimum 7,0, artinya responden memberikan nilai terhadap variabel budaya kerja organisasi paling rendah sebesar 7,0. Nilai maksimum variabel budaya kerja organisasi sebesar 55,0, artinya responden memberikan nilai paling besar sebesar 55,0 dari nilai maksimal 55,0. Nilai total variabel budaya kerja organisasi sebesar 1257 dengan rata-rata sebesar 37 dan standar deviasi sebesar 12,4.
- 3) Variabel tata kelola kepemimpinan terdiri dari delapan soal mempunyai nilai minimum 7,0, artinya responden memberikan nilai terhadap variabel ini paling rendah yaitu 7,0. Nilai maksimum variabel tata kelola kepemimpinan

sebesar 40,0, artinya responden memberikan nilai paling besar sebesar 40,0 dari nilai maksimal 40,0. Nilai total variabel tata kelola kepemimpinan yaitu sebesar 927 dengan rata-rata sebesar 27,3 dan standar deviasi sebesar 9,6.

- 4) Variabel infrastruktur teknologi informasi terdiri dari empat soal mempunyai nilai minimum 4,0, artinya responden memberikan nilai terhadap variabel ini paling rendah yaitu sebesar 4,0. Nilai maksimum variabel infrastruktur teknologi informasi sebesar 20,0, artinya responden memberikan nilai paling besar yaitu sebesar 20,0 dari nilai maksimal 20,0. Nilai total variabel infrastruktur teknologi informasi sebesar 433 dengan rata-rata sebesar 12,7 dan standar deviasi sebesar 4,7

c. Kesiapan Pelaksanaan RME pada Aspek Sumber Daya Manusia (SDM)

Pada variabel SDM, diperoleh rata-rata sebesar 14,5 dan terdiri dari 5 soal, sehingga diperoleh rata-rata per soal sebesar 2,9. Terdapat dua area kesiapan yaitu staf klinis dan administrasi serta pelatihan. Berikut perolehan nilai pada setiap area kesiapan:

Tabel 7. Nilai Area Kesiapan Variabel SDM

Area Kesiapan	Jumlah Nilai	Rata-Rata	Jumlah Soal	Rata-Rata per Soal	Nilai Kesiapan
Staf klinis dan administrasi	283	8,3	3	2,8	0-1= belum siap 2-3= cukup siap
Pelatihan	209	6,1	2	3,1	4-5= sangat siap

Berdasarkan tabel 7, kedua area kesiapan tersebut masuk dalam kategori cukup siap. Area kesiapan staf klinis dan administrasi memperoleh nilai sebesar 2,8, sedangkan area kesiapan pelatihan memperoleh nilai sebesar 3,1. Sesuai hasil tersebut, dapat dikatakan area

kesiapan staf klinis dan administrasi memiliki nilai kesiapan yang lebih rendah dibandingkan area kesiapan pelatihan.

Kesiapan staf klinis dan administrasi berkaitan dengan keterlibatan dalam proses perencanaan, rincian petugas yang

akan mengoperasikan RME, serta pengalaman dan pemahaman petugas terhadap RME. Petugas RSUD Kajen perlu memahami terkait kontrak vendor dan kebutuhan dalam RME. Kesiapan SDM dalam pelaksanaan RME sangat memengaruhi pengembangan RME, karena SDM berperan sebagai pengguna dan penyusun kebijakan (Faida & Ali, 2021). Kualitas SDM perlu diperhatikan sehingga pelayanan kesehatan dapat terjaga kualitasnya.

Faktor yang memengaruhi kualitas SDM di antaranya yaitu tingkat pendidikan, usia, dan masa kerja. Tingkat pendidikan akan berpengaruh terhadap kemampuan dan pola pikir SDM, semakin tinggi pendidikan SDM maka semakin luas dan lebih terjamin kualitasnya (Ukkas, 2017). Pada penelitian ini, sebagian besar responden berlatar belakang pendidikan perguruan tinggi yaitu sebanyak 31 responden (91,2%). Selain itu, seluruh responden berada pada usia produktif (<60 tahun). SDM dengan usia produktif dapat beradaptasi lebih cepat terhadap kemajuan teknologi, sehingga mempermudah pelaksanaan RME (Ukkas, 2017). Sebagian besar responden di RSUD Kajen memiliki masa kerja ≥ 5 tahun, yaitu sebanyak 26 responden (76,5%). Masa kerja ≥ 5

tahun mempunyai keterampilan dan pengalaman yang lebih baik dibandingkan dengan SDM dengan masa kerja <5 tahun (Faida & Ali, 2021).

Pelaksanaan RME di RSUD Kajen diterima dengan sangat baik oleh petugas RSUD Kajen, khususnya petugas yang akan mengoperasikan RME. Petugas berharap pelaksanaan RME akan memberikan efisiensi dan efektivitas dalam bekerja. Petugas telah diberikan pelatihan RME sehingga akan meningkatkan pemahaman dan kemampuan dalam mengoperasikan komputer dan RME. Hal ini dikarenakan pemberian pelatihan kepada SDM suatu organisasi akan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kemampuan dan kompetensi kerjanya (Pranata, 2018).

d. Kesiapan Pelaksanaan RME pada Aspek Budaya Kerja Organisasi

Variabel budaya kerja organisasi yang terdiri dari 11 soal memperoleh rata-rata sebesar 37,0, sehingga diperoleh rata-rata per soal sebesar 3,4. Variabel ini memiliki empat area kesiapan yaitu budaya, proses alur kerja, manajemen informasi, dan keterlibatan pasien. berikut perolehan nilai pada setiap area kesiapan:

Tabel 8. Nilai Area Kesiapan Variabel Budaya Kerja Organisasi

Area Kesiapan	Jumlah Nilai	Rata-Rata	Jumlah Soal	Rata-Rata per Soal	Nilai Kesiapan
Budaya	494	14,5	4	3,6	
Proses alur kerja	219	6,4	2	3,2	0-1= belum siap
Manajemen informasi	212	6,2	2	3,1	2-3= cukup siap
Keterlibatan pasien	332	9,8	3	3,3	4-5= sangat siap

Berdasarkan tabel 8, setiap area kesiapan tersebut masuk dalam kategori cukup siap dengan nilai akhir pada area kesiapan budaya sebesar 3,6, area kesiapan proses alur kerja sebesar 3,2, area kesiapan manajemen informasi sebesar 3,1, dan

area keterlibatan pasien sebesar 3,3. Sesuai hasil tersebut, area kesiapan dengan nilai tertinggi yaitu budaya, sedangkan area kesiapan dengan nilai terendah yaitu manajemen informasi.

Area kesiapan manajemen informasi dipengaruhi oleh

kemampuan sistem manajemen praktik (Pratama, 2017). Hal tersebut perlu dioptimalkan agar mendukung manajemen informasi. Selain itu, perencanaan laporan RME perlu didefinisikan, dirancang, dan disusun sebaik mungkin agar memenuhi standar untuk keperluan manajemen dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Budaya kerja organisasi berkaitan dengan kemampuan pimpinan dalam menyusun dan menetapkan suatu kebijakan, standar operasional prosedur, proses perencanaan yang harus dipahami, serta kemampuan menggerakkan petugas dalam melaksanakan RME. Dalam tahap awal pelaksanaan RME akan terjadi perubahan dan pergeseran budaya kerja yang berdampak pada fisik dan fisiologis petugas (Praptana et al., 2021). Berdasarkan hal tersebut, kesiapan budaya kerja organisasi berkaitan dengan penerimaan petugas terhadap perkembangan teknologi informasi (Rizki, 2022). Kesuksesan pelaksanaan RME didukung oleh perencanaan yang telah disusun bersama, keikutsertaan staf klinis dan administrasi yang akan mengisi RME, dalam proses desain dan perencanaan kebutuhan isi RME (Faida & Ali, 2021).

RSUD Kajan telah memiliki SIMRS yang dijalankan dalam pelayanan kesehatannya. Petugas telah memahami bahwa pelaksanaan RME akan memberikan manfaat dan

mendukung mutu pelayanan kesehatan. Dalam proses perencanaan RME, seluruh petugas telah dilibatkan, khususnya PPA yang akan mengisi RME telah dilibatkan dalam perencanaan isi RME. Hal ini sejalan dengan penelitian Pratama (2017), bahwa keterlibatan staf klinis dan administrasi dalam proses perencanaan RME akan mendukung kesuksesan pelaksanaan RME.

Petugas harus beradaptasi dan meningkatkan kemampuannya dalam menggunakan teknologi. Pelatihan dan pembiasaan mengentri menggunakan komputer perlu dilakukan pada waktu berjalan sehingga dapat mengubah kebiasaan dalam bekerja. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya, bahwa pembiasaan terhadap perubahan budaya kerja akan membuat seseorang menjadi terampil dalam melakukan kerja tersebut (Sudirahayu & Harjoko, 2016).

e. Kesiapan Pelaksanaan RME pada Aspek Tata Kelola Kepemimpinan

Variabel tata kelola kepemimpinan yang terdiri dari 8 soal memperoleh rata-rata sebesar 27,3, sehingga diperoleh rata-rata per soal sebesar 3,4. Variabel ini memiliki empat area kesiapan yaitu kepemimpinan, strategi, akuntabilitas, dan dukungan manajemen informasi teknologi. Berikut perolehan nilai pada setiap area kesiapan:

Tabel 9. Nilai Area Kesiapan Variabel Tata Kelola Kepemimpinan

Area Kesiapan	Jumlah Nilai	Rata-Rata	Jumlah Soal	Rata-Rata per Soal	Nilai Kesiapan
Kepemimpinan	234	6,9	2	3,4	0-1= belum siap 2-3= cukup siap 4-5= sangat siap
Strategi	225	6,6	2	3,3	
Akuntabilitas	104	3,1	1	3,1	
Dukungan manajemen teknologi informasi	364	10,7	3	3,6	

Berdasarkan tabel 9, setiap area kesiapan masuk dalam kategori cukup siap dengan nilai akhir pada area kesiapan kepemimpinan sebesar 3,4, area kesiapan strategi sebesar 3,3, area kesiapan akuntabilitas sebesar 3,1, dan area kesiapan dukungan manajemen teknologi informasi sebesar 3,6. Sesuai hasil tersebut, nilai tertinggi diperoleh area kesiapan dukungan manajemen teknologi informasi, sedangkan nilai terendah diperoleh area kesiapan akuntabilitas.

Akuntabilitas dalam pelaksanaan RME berkaitan dengan tanggung jawab untuk menganalisis produk *software* serta ketentuan kontrak dan negosiasi dengan vendor (Sudirahayu & Harjoko, 2016). RSUD KAJEN perlu membagi peran dan tanggung jawab secara jelas kepada SDM-nya serta mengidentifikasi kebutuhan *software* yang diinginkan.

Kesiapan pada aspek tata kelola kepemimpinan berkaitan dengan adanya dukungan yang kuat dari pimpinan karena akan memengaruhi proses pelaksanaan RME (Faida & Ali, 2021). Menurut Ghazisaeldi et al. (2013) dalam Faida & Ali (2021), pimpinan harus terlibat dalam seluruh proses serta dibutuhkan manajer dan pimpinan staf klinis yang kuat. Pimpinan dengan suatu kebijakan akan memengaruhi kesuksesan pelaksanaan RME. Hal ini dikarenakan adanya motivasi dan semangat yang kuat dari para petugas

dalam pelaksanaan RME yang diikuti dengan adanya *reward* (Praptana et al., 2021).

Dalam memenuhi amanat pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, RSUD KAJEN berkomitmen untuk melaksanakan RME. Dalam proses perencanaan, Direktur RSUD KAJEN telah menetapkan tujuan dan proses perencanaan yang jelas, seperti mengatur jadwal rapat dan pelatihan untuk petugasnya. Petugas telah diberi arahan sehingga dapat memahami persiapan pelaksanaan RME. Dari segi strategi, untuk memaksimalkan pelaksanaan RME, telah dilakukan penambahan petugas teknologi informasi, yang awalnya berjumlah tiga petugas menjadi empat petugas. Sejalan dengan penelitian sebelumnya, bahwa strategi perlu disusun untuk memaksimalkan pelaksanaan RME (Wirajaya, 2019).

f. Kesiapan Pelaksanaan RME pada Aspek Infrastruktur Teknologi Informasi

Variabel infrastruktur teknologi informasi yang terdiri dari 4 soal memperoleh rata-rata sebesar 12,7, sehingga diperoleh rata-rata per soal sebesar 3,2. Variabel ini memiliki dua area kesiapan yaitu keuangan dan anggaran serta infrastruktur teknologi informasi. Berikut perolehan nilai pada setiap area kesiapan:

Tabel 10. Nilai Area Kesiapan Variabel Infrastruktur Teknologi Informasi

Area Kesiapan	Jumlah Nilai	Rata-Rata	Jumlah Soal	Rata-Rata per Soal	Nilai Kesiapan
Keuangan dan anggaran	215	6,3	2	3,2	0-1= belum siap
Infrastruktur teknologi informasi	218	6,4	2	3,2	2-3= cukup siap 4-5= sangat siap

Berdasarkan tabel 10, kedua area kesiapan masuk dalam kategori cukup siap dengan nilai akhir yang sama besar yaitu 3,2. Namun apabila dirinci, nilai kesiapan pada area

kesiapan keuangan dan anggaran lebih rendah (3,16) dibanding area kesiapan infrastruktur teknologi informasi (3,21).

Kesiapan pada aspek infrastruktur teknologi informasi berkaitan dengan keuangan dan anggaran serta infrastruktur teknologi informasi di fasilitas pelayanan kesehatan. Anggaran pelaksanaan RME berkaitan dengan anggapan petugas terhadap RME serta dana akuisisi dan pemeliharaan RME secara berkelanjutan (Suhartini et al., 2021). Menurut Carroll (2012) dalam Faida & Ali (2021), pelaksanaan RME memerlukan biaya yang besar dan proses perencanaan yang panjang. Aspek keuangan menjadi salah satu unsur penting dalam menyiapkan infrastruktur teknologi, seperti komputer, jaringan, listrik, sistem keamanan, pelatihan, dan sebagainya (Handiwidjojo, 2009). Sehingga keuangan yang terbatas akan berdampak pada pengembangan infrastruktur teknologi informasi.

Agar RME dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, diperlukan infrastruktur teknologi informasi yang memadai. Pembangunan infrastruktur teknologi informasi perlu memperhatikan keamanan data, jaminan privasi, dan akuntabilitas. Hal tersebut dapat didukung dengan membentuk tim keamanan, memperkirakan risiko, membuat standar operasional prosedur, mengadakan pelatihan, dan *monitoring* (Praptana et al., 2021). Beberapa hal perlu dilakukan seperti proses desain antarmuka agar aplikasi

RME menjadi *user-friendly* serta mempersiapkan sistem *back-up* data dan tenaga listrik dengan *redundant power supply* atau *uninterrupted power supply* untuk mengantisipasi kehilangan data (Rizki, 2022).

Dari segi anggaran, RSUD Kajen telah menyediakan anggaran khusus agar pelaksanaan RME nantinya dapat berjalan maksimal. Sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa dukungan anggaran memberikan dampak positif terhadap pelaksanaan RME di waktu mendatang (Pratama, 2017). Petugas memahami bahwa RME adalah sebuah investasi dan memerlukan pemeliharaan jangka panjang. Hal ini sejalan dengan penelitian Rizanti (2015) dalam Pratama (2017), bahwa RME meningkatkan investasi rumah sakit. Dari segi infrastruktur teknologi informasi, RSUD Kajen telah menyiapkan komputer dan komponen *hardware* sesuai kebutuhan. Untuk komponen *software*, seperti aplikasi RME, RSUD Kajen bekerja sama dengan pihak ketiga atau vendor dalam pembuatan dan pengembangan aplikasi RME-nya, yaitu Khanza.

g. Kesiapan Pelaksanaan RME secara Keseluruhan

Berikut ini adalah hasil akhir secara keseluruhan dari penilaian kesiapan pelaksanaan RME di RSUD Kajen:

Tabel 11. Hasil Penilaian Kuesioner

Variabel Penelitian	Rata-Rata	Jumlah Soal	Rata-Rata per Soal
Sumber Daya Manusia	14,5	5	2,9
Budaya Kerja Organisasi	37,0	11	3,4
Tata Kelola Kepemimpinan	27,3	8	3,4
Infrastruktur Teknologi Informasi	12,7	4	3,2
TOTAL	91,44	TOTAL	$\frac{2,9+3,4+3,4+3,2}{4}=3,2$

Berdasarkan tabel 11, diketahui variabel yang memiliki kesiapan pelaksanaan RME tertinggi yaitu budaya kerja organisasi dan tata

kelola kepemimpinan dengan nilai 3,4, sedangkan variabel dengan kesiapan terendah yaitu SDM dengan nilai 2,9. Diperoleh hasil akhir

penilaian sebesar 91,44 dengan rata-rata 3,2, sehingga dapat disimpulkan bahwa hasil akhir dari penilaian kesiapan pelaksanaan RME di RSUD KAJEN terhadap empat variabel penelitian menunjukkan bahwa RSUD KAJEN cukup siap dalam pelaksanaan RME untuk pelayanan kesehatannya.

Berikut gambaran area kesiapan pelaksanaan RME di RSUD KAJEN:



Gambar 6. Area Kesiapan Pelaksanaan RME di RSUD KAJEN

Sumber: Data primer diolah penulis (2023)

Berdasarkan gambar 6, dapat disimpulkan bahwa beberapa variabel cukup kuat kesiapannya, yaitu budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan, dan infrastruktur teknologi informasi. Namun variabel tersebut belum maksimal dan masuk kategori sangat siap. Selain itu masih terdapat beberapa kelemahan dan kekurangan. Terdapat juga variabel dengan kesiapan paling rendah yaitu Sdm, yang harus ditingkatkan agar kesiapan pelaksanaan RME di RSUD KAJEN lebih maksimal.

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

Berdasarkan hasil penilaian dan analisis terhadap kesiapan pelaksanaan RME dengan metode DOQ-IT di RSUD KAJEN, diperoleh total nilai 91,44 dengan rata-rata 3,2. Hasil tersebut menunjukkan bahwa RSUD KAJEN cukup siap dalam melaksanakan RME serta menunjukkan kemampuan yang cukup baik di beberapa variabel, seperti budaya kerja organisasi, tata

kelola kepemimpinan, dan infrastruktur teknologi informasi. Namun, terdapat variabel yang memerlukan perhatian lebih, yaitu SDM. Adapun kesimpulan masing-masing variabel adalah sebagai berikut:

- Variabel SDM memperoleh nilai 2,9 dan masuk kategori cukup siap dalam pelaksanaan RME. Variabel ini merupakan variabel dengan nilai terendah. Area kesiapan yang memerlukan perhatian lebih yaitu staf klinis dan administrasi. Petugas RSUD KAJEN sudah cukup memahami mengenai RME serta sudah diberi pelatihan untuk sudah memberi pemahaman dan kemampuan dalam mengoperasikan RME.
- Variabel budaya kerja organisasi memperoleh nilai 3,4 dan masuk kategori cukup siap dalam pelaksanaan RME. Area kesiapan yang memerlukan perhatian lebih yaitu manajemen informasi. Petugas RSUD KAJEN cukup memahami bahwa RME akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dalam proses perencanaan RME di RSUD KAJEN, PPA yang akan mengoperasikan RME telah dilibatkan pada proses perencanaan isi RME.
- Variabel tata kelola kepemimpinan memperoleh nilai 3,4 dan masuk kategori cukup siap dalam pelaksanaan RME. Area kesiapan yang memerlukan perhatian lebih yaitu akuntabilitas. Direktur RSUD KAJEN telah menunjukkan komitmen untuk melaksanakan RME dengan menentukan tujuan dan proses perencanaan yang jelas seperti mengatur jadwal rapat, mengadakan pelatihan untuk petugas yang akan mengoperasikan RME, dan menambah jumlah petugas teknologi informasi.

d. Variabel infrastruktur teknologi informasi memperoleh nilai 3,2 dan masuk kategori cukup siap dalam pelaksanaan RME. Area kesiapan yang memerlukan perhatian lebih yaitu keuangan dan anggaran. RSUD Kajen telah menyediakan anggaran khusus dan mengupayakan peningkatan infrastruktur teknologi informasi agar memadai sesuai kebutuhan pelaksanaan RME. RSUD Kajen bekerja sama dengan vendor atau pihak ketiga dalam pembuatan aplikasi RME, yaitu Khanza.

Saran

- a. Untuk variabel SDM, sebaiknya dilakukan peningkatan kesiapan staf klinis dan administrasi dengan meningkatkan pemahaman mengenai RME melalui pelatihan atau *workshop*, khususnya terkait kontrak dengan vendor dan kebutuhan isi RME.
- b. Untuk variabel budaya kerja organisasi, sebaiknya disediakan anggaran peningkatan kapasitas PPA yang akan mengoperasikan RME agar kapasitas PPA maksimal dan lebih cepat beradaptasi terhadap transformasi teknologi informasi, seperti perubahan rekam medis manual menjadi RME.
- c. Untuk variabel tata kelola kepemimpinan, sebaiknya disusun kebijakan terkait *reward* yang dapat berupa hadiah uang atau barang, kompensasi kenaikan gaji, ataupun promosi jabatan bagi petugas untuk meningkatkan motivasi dan produktivitas dalam persiapan hingga pelaksanaan RME nantinya, sehingga pelaksanaan RME lebih optimal.
- d. Untuk variabel infrastruktur teknologi informasi, sebaiknya dilakukan perencanaan anggaran pemeliharaan dan pengembangan

terhadap infrastruktur teknologi informasi yang telah tersedia agar tetap dapat digunakan dalam pelaksanaan RME nantinya.

5. Daftar Pustaka

- Ayaad, O., Alloubani, A., ALhajaa, E. A., Farhan, M., Abuseif, S., Al Hroub, A., & Akhu-Zaheya, L. (2019). The Role of Electronic Medical Records in Improving the Quality of Health Care Services: Comparative Study. *International Journal of Medical Informatics*, 127, 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.014>
- Erviana, S. I. (2020). *Tinjauan Peralihan Rekam Medis Manual ke Rekam Medis Elektronik di Instalasi Rawat Jalan*.
- Faida, E. W., & Ali, A. (2021). Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (Doctor's Office Quality-Information Technology). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 59–67. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v9i1.315>
- Handiwidjojo, W. (2009). Rekam Medis Elektronik. *Jurnal EKSIS (Eksplorasi Karya Sistem Informasi Dan Sains)*, 2(1).
- MASSPRO. (2009). *EHR Assessment and Readiness Starter Assessment* (pp. 1–11).
- Monegain, B. (2004). *It's Full Steam Ahead for DOQ-IT*. Healthcare IT News. [https://www-healthcareitnews-com.translate.goog/news/its-full-steam-ahead-dq-it?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=en&_x_tr_pto=wapp](https://www.healthcareitnews-com.translate.goog/news/its-full-steam-ahead-dq-it?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=en&_x_tr_pto=wapp)
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis (2022).

- Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia. (2022). *Kemenkes Minta RS Lakukan Penilaian Maturitas Digital*. <https://persi.or.id/kemenkes-minta-rs-lakukan-penilaian-maturitas-digital/>
- Pranata, O. S. (2018). *Pengaruh Pelatihan terhadap Kompetensi dan Kinerja Karyawan* [Skripsi]. Universitas Brawijaya.
- Praptana, Ningsih, K. P., Santoso, S., & Sevtiyani, I. (2021). Pendampingan Penilaian Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik Menggunakan Metode DOQ-IT di RS Condong Catur Sleman. *JICE (The Journal of Innovation in Community Empowerment)*, 3(2), 98–104.
- Pratama, M. H. (2017). Analisis Strategi Pengembangan Rekam Medis Elektronik di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 34–45. <https://doi.org/https://doi.org/10.33560/jmiki.v5i1.146>
- Rizki, A. (2022). *Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) dengan Metode Doctor's Office Quality-Information Technology (DOQ-IT) di Puskesmas Karanglewes Kabupaten Banyumas*.
- Ruskamto, M. (2020). *Pengaruh Kualitas Pelayanan, Kualitas Website, Citra Instansi terhadap Kepuasan Masyarakat pada Kantor Administrasi Hukum Umum Cikini Jakarta (Kemenkumham)*. Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Indonesia.
- Sudirahayu, I., & Harjoko, A. (2016). Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik Menggunakan DOQ-IT di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Lampung. *Journal of Information Systems for Public Health*, 1(2), 35–43.
- Suhartini, Karmanto, B., Haryanto, Y., Budiyanti, N., & Khasanah, L. (2021). Tingkat Kesiapan Implementasi Rekam Kesehatan Elektronik Menggunakan DOQ-IT. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 157–164. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v9i2.336>
- Ukkas, I. (2017). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Produktivitas Tenaga Kerja Industri Kecil Kota Palopo. *Journal of Islamic Education Management*, 2(2), 187–198. <https://doi.org/https://doi.org/10.24256/kelola.v2i2.440>
- Wirajaya, M. K. M. (2019). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 158–165.
- Yoga, V., Budiman, B. J., & Yanti, M. (2021). Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Baiturrahmah*, 8(1), 71–82. <https://doi.org/https://doi.org/10.33854/jbd.v8i1.598.g319>

**Scoping Riview: Intervensi Penyakit Tidak Menular Menggunakan Media Digital
Promosi Kesehatan dalam Proses Pencegahan Primer****Scoping Review: Non-Communicable Disease Intervention Using Digital Media Health
Promotion in Primary Prevention Process**

Irto Titus¹
Mohammad Zen Rafiludin²
Cahya Tri Purnami³

¹*Jurusan Magister Promosi Kesehatan, Universitas Diponegoro*

²*Jurusan Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro*

³*Jurusan Biostatistik dan Demografi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro*

Email : Itho.thitho@gmail.com

Abstract

Every year, 17 million people die from NCDs before the age of 70; 86% of these premature deaths occur in low- and middle-income countries. Changes in digital media are taking place so fast that health education in health counseling must need to be updated by doing a new innovation so that it can create a health promotion media product that can be consumed by the public easily. Objective: to map the literature on a particular topic or research and provide an opportunity to identify key concepts, gaps in research, and for policy making. Methods: the process of finding relevant reviews we used literature sources obtained through searches using PubMed, Scopus, Scencedirect and Google Scholar databases and Global Health. Results: We reviewed 1165 studies from 10 databases, the results of the review we got 780 studies after that we filtered and got 491 full text articles, and the end of the full text filter we got 13 research articles in the inclusion category and will then be reviewed for the scoping review.

Keywords: *Digital media, Health promotion, Intervention, Non-communicable diseases.*

Abstrak

Setiap tahun, 17 juta orang meninggal akibat PTM sebelum usia 70 tahun; 86% dari kematian dini ini terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Perubahan media digital berlangsung begitu cepat sehingga pendidikan kesehatan dalam penyuluhan kesehatan harus perlu diperbaharui dengan dilakukannya sebuah inovasi terbaru sehingga bisa menciptakan sebuah produk media promosi kesehatan yang dapat dikonsumsi masyarakat dengan mudah. Tujuan: memetakan literatur tentang topik atau penelitian tertentu dan memberikan kesempatan untuk mengidentifikasi konsep kunci, kesenjangan dalam penelitian, dan untuk pembuatan kebijakan. Metode: proses pencarian tinjauan yang relevan kami menggunakan sumber literatur diperoleh melalui pencarian dengan menggunakan database PubMed, Scopus, Scencedirect dan Google Scholar dan Global Health (sebagai basis data dari WHO). Hasil: Kami mereview 1165 penelitian dari 10 database, hasil dari riview itu kami mendapat 780 penelitian setelah itu kami memfilter dan mendapatkan 491 teks lengkap artikel, dan akhir filter teks lengkap kami mendapatkan 13 artikel penelitian dalam kategori inklusi dan selanjutnya akan diriview untuk tinjauan scoping riview.

Kata Kunci: *Media digital, Promosi Kesehatan, Intervensi, Penyakit Tidak Menular*

1. Pendahuluan

Pencegahan penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, penyakit ginjal adalah tujuan utama kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Penyakit Tidak Menular (PTM) membunuh 41 juta orang setiap tahunnya, setara dengan 74% dari seluruh kematian di dunia. Setiap tahun, 17 juta orang meninggal akibat PTM sebelum usia 70 tahun; 86% dari kematian dini ini terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Dari seluruh kematian akibat PTM, 77% terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab utama kematian akibat PTM, atau 17,9 juta orang per tahun, diikuti oleh kanker (9,3 juta), penyakit pernapasan kronis (4,1 juta), dan diabetes (2,0 juta, termasuk kematian akibat penyakit ginjal yang disebabkan oleh diabetes). Keempat kelompok penyakit ini menyumbang lebih dari 80% dari semua kematian dini akibat PTM. Penggunaan tembakau, kurangnya aktivitas fisik, penggunaan alkohol yang berbahaya, pola makan yang tidak sehat, dan polusi udara meningkatkan risiko kematian akibat PTM. Deteksi, skrining, dan pengobatan PTM, serta perawatan paliatif, merupakan komponen kunci dari respons terhadap PTM (WHO, 2023)

Penggunaan Smartphone sangatlah berperan dalam pola pencegahan primer pada suatu penyakit yang di mana mudah di akses dan di pahami oleh masyarakat luas. Pada data Statistik menunjukkan jumlah total pengguna ponsel di seluruh dunia dari tahun 2015 hingga 2020. Pada tahun 2020, jumlah pengguna ponsel mencapai 4,78 miliar. Jumlah pengguna ponsel di dunia diperkirakan akan melewati angka lima miliar pada tahun 2019. Pada tahun 2016, diperkirakan 62,9 persen populasi di seluruh dunia telah memiliki ponsel. Angka pertumbuhan pengguna ponsel ini diperkirakan akan terus meningkat, mencapai 67 persen pada tahun 2019. Tiongkok diperkirakan memiliki lebih dari

1,4 miliar koneksi seluler pada tahun 2017, sementara India diperkirakan mencapai lebih dari satu miliar. Pada tahun 2019, Cina diperkirakan akan mencapai hampir 1,5 miliar koneksi seluler dan India hampir 1,1 miliar (Statista, 2016).

Perkembangan pesat teknologi digital berbasis perangkat keras dan perangkat lunak memberikan pemahaman baru yang mendasar tentang peningkatan kesehatan masyarakat, yang dapat dicapai melalui digitalisasi, terutama dalam pencegahan dan promosi kesehatan. Sebagai contoh, teknologi digital dapat meningkatkan tingkat aktivitas fisik, pola makan asupan makanan, postur tubuh, dan kesejahteraan mental melalui sensor dan aplikasi (Schoeppe et al., 2016). Teknologi informasi kesehatan dapat memberikan pengetahuan yang memungkinkan individu untuk memiliki akses yang lebih besar terhadap informasi kesehatan, sehingga memberdayakan mereka untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan kesehatan mereka sendiri dan, pada akhirnya, meningkatkan kemampuan mereka. Dengan mengakses rekam medis elektronik (EHR), individu dapat memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kondisi kesehatan mereka dan berpartisipasi lebih aktif dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan (Ai Keow Lim, 2017)

Menurut data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 Riset Kesehatan Dasar 2018 mengenai gaya hidup, masyarakat masih kurang mengonsumsi buah dan sayur (95,5%), kurang buah dan sayur (95,5%), memiliki aktivitas fisik yang rendah (33,5%), dan aktivitas fisik yang rendah (33,5%), dan merupakan perokok perokok di usia produktif (29,5%) (Kemenkes, 2018).

Peningkatan kejadian PTM disebabkan oleh kombinasi faktor risiko yang sangat tinggi. Penggunaan tembakau, kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, dan konsumsi alkohol adalah faktor risiko yang sangat berpengaruh. Faktor-faktor risiko ini dapat menyebabkan perubahan

fisiologis fisiologis dalam tubuh manusia, seperti menyebabkan tekanan darah tinggi, darah tinggi, gula darah tinggi, kolesterol tinggi, dan obesitas. Selain itu, dalam waktu yang relatif singkat, akan menyebabkan penyakit tidak menular (Dinkes Jateng, 2019)

Dalam tulisan ini kami bertujuan untuk memberikan pemetaan awal penelitian media digital tentang topik-topik yang relevan dengan penyakit tidak menular. Secara khusus, kami mengeksplorasi ruang lingkup dan sifat penelitian tentang bagaimana isu-isu yang berkaitan dengan pencegahan Penyakit Tidak Menular yang telah digambarkan di berbagai bentuk media digital untuk memberikan gambaran umum tentang area fokus utama, menunjukkan kesenjangan dan peluang untuk penyelidikan kedepannya.

2. Metode

Untuk memetakan penelitian relevan tentang Peran Media digital Promosi Kesehatan dalam Proses Pencegahan Primer penyakit tidak menular. Literasi dalam penelitian ini berdasarkan lima tahun terakhir dari 2019-2023, dengan tujuan untuk mengidentifikasi dan meninjau peran media digital promosi kesehatan dalam proses pencegahan primer penyakit tidak menular.

a. Desain

Tinjauan scoping review dipilih karena memungkinkan penelitian yang lebih luas dan mendalam dan jenis bukti yang tersedia. Paling tepat ketika berupaya untuk: memeriksa penelitian yang bersifat lebih mendalam, meringkas dan menyimpulkan temuan penelitian dan atau mengidentifikasi kesenjangan dalam penelitian yang sudah ada. Metodologi untuk tinjauan scoping review ini didasarkan pada kerangka kerja yang diuraikan oleh Arksey dan dan O'Malley dan rekomendasi berikutnya yang dibuat oleh Levac, Colquhoun dan O'Brien (Hilary Arksey & Lisa O'Malley, 2005)

Untuk tujuan penelitian ini, tinjauan scoping review didefinisikan sebagai jenis penelitian yang bertujuan untuk "memetakan literatur tentang topik atau penelitian

tertentu dan memberikan kesempatan untuk mengidentifikasi konsep kunci, kesenjangan dalam penelitian, dan untuk pembuatan kebijakan" (Danielle Levac, 2010). Tinjauan ini mencakup lima tahap utama berikut ini: mengidentifikasi pertanyaan penelitian, mengidentifikasi penelitian yang relevan, pemilihan studi, ekstraksi data, dan menyusun, meringkas, dan melaporkan hasil penelitian (Daudt et al., 2013)

b. Strategi Pencarian

Dalam proses pencarian tinjauan yang relevan kami menggunakan sumber literatur diperoleh melalui pencarian dengan menggunakan database PubMed, Scopus, Sciencedirect dan Google Scholar. dan Global Health (sebagai basis data dari WHO). Mesin pencarian basis data tersebut mengidentifikasi penelitian yang diterbitkan dalam Bahasa Inggris. Karena tujuan dari tinjauan ini adalah dapat memberikan tinjauan penelitian media elektronik yang relevan dengan proses pencegahan primer pada penyakit tidak menular (misalnya Penyakit Jantung, Kanker, Diabetes, Penyakit Paru Kronik, Stroke), pencarian istilah di susun dalam beberapa bagian : topik dan isu-isu yang berkaitan dengan penyakit tidak menular (termasuk pencarian istilah yang berkaitan dengan penyakit tidak menular), Jenis media digital (termasuk video, artikel, iklan, musik, podcast, buku elektronik) serta konten konten dalam media sosial (tabel 1)

c. Seleksi Tinjauan

Sesuai dengan rekomendasi dari Levac, Colquhoun dan O'Brien kriteria inklusi dalam tinjauan ini di didiskusikan di antara tim peneliti secara berulang-ulang sebagai cara kami lebih mendalam dengan tinjauan ini. Tinjauan yang dimasukkan merupakan kategori tinjauan (Original Research) yang berkaitan dengan peran media digital promosi kesehatan dalam pencegahan primer pada penyakit menular.

Literasi dalam tinjauan ini berfokus juga pada pencegahan primer agar menurunkan faktor resiko pada penyakit tidak menular. Meskipun masalah kesehatan

mental bukan merupakan fokus utama dari pencarian dalam tinjauan ini, sejumlah artikel yang terkait dengan kesehatan mental yang tersaring dalam pencarian akan dimasukkan dalam karena merupakan bagian dari faktor resiko yang mewakili dalam proses pencegahan primer.

Dalam tinjauan ini hanya artikel Original Research yang disertakan, jenis publikasi lain termasuk tinjauan sitematis, meta-analisis, dan pedoman lain selain artikel Original research tidak dimasukkan dalam tinjauan ini. Kami menyertakan dalam Tinjauan ini artikel yang diterbitkan berfokus pada segala bentuk media digital publik, termasuk media digital berita (berita pada TV, berita pada Radio), media sosial (misalnya Twiter,

facebook, Instagram, Tik-tok), media hiburan (misalnya komedi dalam stasiun TV, Film, Video Musik) (Tabel 2 untuk format kategori media digital yang didefinisikan)

Dalam proses peninjauan kami menyaring judul dan abstrak artikel dalam kelayakan dan peninjauan penulisan artikel yang lengkap dan diidentifikasi memenuhi syarat dalam tinjauan Scoping riview. Kami mengulas artikel secara acak berdasarkan judul dan abstrak (n=780) dan teks lengkap (n=491). kami bersepakat pada tahap kedua ini (judul dan abstrak yang telah di filter n=491 serta teks lengkap yang sudah difilter n=13). Pada Gambar 1 menguraikan alur artikel proses peninjauan dari tinjauan Scoping riview.

Tabel 1 Strategi Pencarian

Istilah Pencarian	(Kesehatan Masyarakat/ATAU Promosi Kesehatan/ ATAU Pendidikan Kesehatan/ Atau Faktor Resiko/ ATAU Life Style/ ATAU Merokok/ ATAU Kegemukan/ ATAU Hipertensi) dan (Media Digital / ATAU berita berita pada TV/ ATAU berita pada Radio/ ATAU media sosial / ATAU Twiter/ ATAU facebook/ ATAU Instagram/ ATAU Tik-tok/ ATAU media hiburan/ ATAU TV/ ATAU Film/ ATAU Video Musik)
Batasan Pencarian	Bahasa Inggris

Catatan : strategi pencarian merujuk pada Judul dan istilah pada pencarian

d. Pengambilan Data

Kerangka pengambilan data dikembangkan di Microsoft Excel untuk rincian penting tentang studi yang disertakan. Data yang diambil termasuk Karakteristik studi, fokus penelitian, sampel dan metode, jenis media dan topik yang diteliti. Bentuk pengambilan data pada awalnya ditinjau oleh tim peneliti dan di uji oleh IT sebelum digunakan, dan terus disempurnakan selama tahap pengambilan

data. Karakteristik setiap artikel lengkap diambil oleh satu peninjau IT , sementara pengulas kedua (CT dan IT) melakukan pengambilan data pada subjek yang dipilih secara acak dari artikel untuk memeriksa konsistensi informasi yang diambil. Perbandingan data yang diambil menunjukkan tingkat konsisten yang tinggi dan semua ketidaksepakatan dibahas dan diselesaikan.

Tabel 2 format kategori media digital yang didefinisikan

Media Digital	Defenisi
Teks	Media digital teks merupakan media digital yang menyajikan informasi dalam bentuk teks. Contohnya website, blog, dan e-book
Audio	Media digital audio merupakan media digital yang menyajikan informasi dalam bentuk suara. Contohnya Musik, Podcast, dan Audiobook
Video	Media digital video merupakan media digital yang menyajikan informasi dalam bentuk gambar bergerak. Contohnya film, video musik, tutorial video
Gambar	Media digital gambar merupakan sebuah media digital yang menyampaikan dalam bentuk gambar. Contohnya lukisan, foto, dan grafik
Game	Media digital game merupakan media digital yang menyampaikan

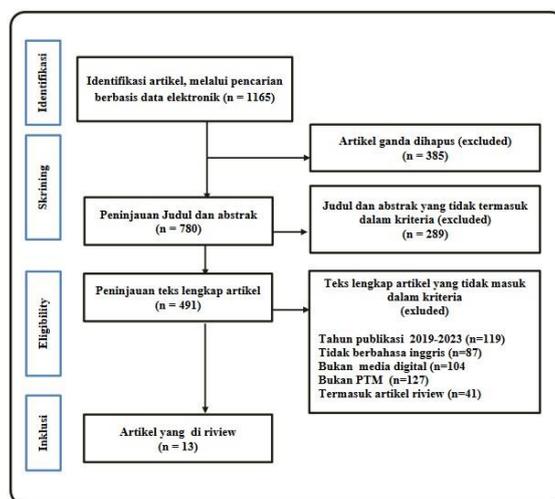
informasi dalam bentuk permainan. Contohnya game online, video game, dan game mobile
Media sosial merupakan platform yang memungkinkan pengguna untuk berinteraksi satu sama lain dan berbagi konten informasi.

Catatan: Dalam seleksi tinjauan tidak semua format kategori media digital masuk dalam tinjauan ini

e. Analisis Data

Analisis data dilakukan oleh satu peninjau (IT) dan disempurnakan melalui diskusi lebih mendalam dengan tim peneliti lainnya, Mengingat banyaknya literatur yang di ditemukan, untuk itu dibutuhkan literatur yang lengkap dari temuan di semua literatur

yang berada diluar tinjauan literasi ini. Sebagai pengganti, kami berusaha agar bisa mengelompokan literatur berdasarkan topik-topik umum dan memaparkan contoh-contoh literatur dan berbagai tinjauan utama sebagai gambaran literasi ini.



Gambar 1: diagram alur PRISMA Scoping Review

Tabel 3 : Deskripsi artikel penelitian yang di rievew

Penulis dan tahun Publikasi	Sampel penelitian	Konten Media Digital	Jenis Penyakit tidak menular
(Sillice et al., 2019)	n = 42 (Wanita Afrika-Amerika)	Mobile phone text messaging (aplikasi smartphone)	aktivitas fisik dalam pencegahan PTM
(James W, Elston D, 20 C.E.)	n = 5638 orang (40-80 tahun) yang beresiko Terkena PTM	situs web yang dapat di akses melalui African Population and Health Research Center (APHRC)	pemantauan dan evaluasi dalam kejadian kasus penyakit tidak menular
(Lairson et al., 2020)	n = 1.196 wanita berusia 50 hingga 75 tahun	Foto, klip Video, animasi dan	Kanker usus (kolorektal)
(Dorje et al., 2019)	n = 567 pasien berusia diatas 18 tahun	aplikasi smartphone berupa WeChat dan SMART-CR/SP	penyakit jantung
(Rodrigues et al., 2021)	n = 161 pasien	e-health berupa telekonsultasi, tediagnosis, tele-pendidikan	penyakit Diabetes Militus
(Ernest NJUKANG et al., 2022)	n = 342 Ibu Hamil	mHealth berupa Short Messages services (SMS)	Hipertensi

(Sy et al., 2020)	n= 30, PTM (daibetes Militus)	menggunakan media eHealth berupa aplikasi smartphone, layanan telemedecine, dan media sosial	Penyakit Tidak Menular lebih terfokus ke Diabetes Militus
(Sumarsono et al., 2023)	n = 100, pasien PTM (Hipertensi, Diabetes, Stroke) ≥ 18 tahun	mHealth	Hipertensi, Diabetes, Stroke
(Castro et al., n.d.)	n = 200 orang dewasa beresiko PTM	aplikasi smartphone (LvL UP)	aspek gaya hidup dan faktor beresiko untuk pencegahan penyakit tidak menular
(Jiang et al., 2020)	n = 106 pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis yang berusia 40 tahun ke atas.	aplikasi smartphone (WeChat)	Penyakit Paru Obstruktif Kronis
(Siegmund et al., 2023)	n= 64 peserta dengan penyakit jantung koroner yang menjalani rehabilitasi jantung rawat jalan	media sosial berupa Facebook	penyakit jantung koroner
(Orte et al., 2023)	n = 100 orang dewasa yang memiliki pola makan yang tidak sehat	aplikasi kesehatan. menggunakan pendekatan gamification, yang menggabungkan elemen permainan ke dalam aplikasi kesehatan	Proses pencegah penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, stroke, diabetes, dan kanker.
(Almomani et al., 2021)	n = 178 mahasiswa	technology-based learning konten media digital yang digunakan dalam penelitian dimana ada konten video dan animasi	PTM lebih ke proses pencegahan faktor risiko, gejala, diagnosis, .

3. Hasil dan Pembahasan

a. Karakteristik Penelitian

Untuk memberikan gambaran tentang literatur yang di sertakan dan rincian karakteristik utama dari literasi ini akan disertakan dan dapat dilihat pada tabel 3. Kami mereview 1165 penelitian dari 10

Dari sini dapat disimpulkan jumlah literatur tentang topik Scoping riview media digital Promosi kesehatan pada pencegahan penyakit tidak menular mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, kecuali pada tahun 2023, sedangkan jumlah penelitian berdasarkan tahun publikasi lebih banyak daripada jumlah literatur penelitian berdasarkan tahun penelitian hal ini menunjukkan bahwa penelitian tersebut lebih

database, hasil dari riview itu kami mendapat 780 penelitian setelah itu kami memfilter dan mendapatkan 491 teks lengkap artikel, dan akhir filter teks lengkap kami mendapatkan 13 artikel penelitian dalm kategori inklusi dan selanjutnya akan diriview untuk tinjauan scoping riview.

banyak dipublikasikan di tahun-tahun berikutnya setelah penelitian tersebut selesai dilakukan

b. Jenis Kelamin

Dari deskripsi artikel penelitian pada tabel 3 menunjukkan bahwa hanya tiga literatur artikel penelitian yang berfokus pada sampel wanita (Sillice et al., 2019) (Lairson et al., 2020) (Ernest NJUKANG et al., 2022) sedangkan yang lainnya berfokus secara

keseluruhan ke sampel laki-laki dan perempuan.

c. Media Digital Promosi Kesehatan

Berdasarkan tabel 2 format kategori media digital, media digital promosi kesehatan yang menggunakan aplikasi mHealth atau eHealth ada lima artikel penelitian yang didalamnya termasuk kategori media digital teks, audio, video dan gambar (Rodrigues et al., 2021), (Ernest NJUKANG et al., 2022), (Sy et al., 2020), (Sumarsono et al., 2023), (Orte et al., 2023), media digital promosi kesehatan yang menggunakan situs web ada satu artikel penelitian yang didalamnya termasuk kategori media digital teks (James W, Elston D, 20 C.E.), media digital promosi kesehatan yang menggunakan aplikasi pada mobile phone terdapat empat artikel penelitian yang didalamnya termasuk kategori media digital teks, audio, video dan gambar (Sillice et al., 2019), (Dorje et al., 2019), (Castro et al., n.d.), (Jiang et al., 2020), hanya satu media digital promosi kesehatan yang menggunakan media sosial yaitu Facebook (Siegmond et al., 2023), media digital promosi kesehatan yang menggunakan foto klip video serta animasi ada dua artikel penelitian (Lairson et al., 2020), (Almomani et al., 2021). Dan dapat disimpulkan bahwa intervensi media digital promosi kesehatan yang paling efektif adalah mHealth atau eHealth. Hal ini dapat dilihat bahwa aplikasi tersebut memiliki keunggulan seperti: dapat digunakan secara mobile sehingga dapat diakses kapan saja dan dimana saja, dapat memberikan informasi lebih interaktif dan menarik dan dapat memberikan layanan yang lebih personal dan sesuai dengan kebutuhan pengguna. Meskipun itu media digital promosi kesehatan lainnya juga dapat efektif tergantung dari pada tujuan dan target sasaran promosi kesehatan yang ingin dicapai seperti situs web dapat efektif untuk menyampaikan informasi yang bersifat kompleks sehingga membutuhkan penjelasan lebih detail. Adapun aplikasi mobile phone dapat efektif untuk menyampaikan informasi yang bersifat praktis dan mudah diakses.

Foto klip video dan animasi dapat efektif untuk menarik perhatian sehingga meningkatkan minat pengguna.

d. Jenis Penyakit Tidak Menular

Dari artikel yang diriview pada tabel 3, intervensi jenis penyakit tidak menular secara umum ada empat artikel penelitian (Sillice et al., 2019), (James W, Elston D, 20 C.E.), (Castro et al., n.d.), (Almomani et al., 2021) atau lebih ke intervensi pencegahan faktor resiko, gejala, diagnosis, aktivitas fisik, pemantauan dan evaluasi pada kejadian PTM dan aspek gaya hidup. Sedangkan jenis PTM yang lebih spesifik seperti kanker usus hanya satu artikel penelitian (Lairson et al., 2020), penyakit jantung ada tiga artikel penelitian (Dorje et al., 2019), (Siegmond et al., 2023), (Orte et al., 2023), Diabetes Militus ada empat artikel penelitian (Rodrigues et al., 2021), Sy et al., 2020), (Sumarsono et al., 2023), (Orte et al., 2023), Hipertensi ada dua artikel penelitian (Ernest NJUKANG et al., 2022), (Sumarsono et al., 2023) Stroke (cerebrovascular accident) ada dua artikel penelitian (Sumarsono et al., 2023), (Orte et al., 2023), Penyakit Paru Obstruktif Kronis hanya satu artikel penelitian (Jiang et al., 2020) . Sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi PTM secara umum lebih banyak diteliti karena PTM secara umum memiliki faktor resiko yang sama, yakni merokok, makan tidak sehat dan kurangnya aktivitas fisik. Intervensi ini bertujuan untuk mengurangi faktor resiko, dan dapat mengurangi resiko terjadinya Penyakit tidak menular. Sedangkan Intervensi jenis PTM yang lebih spesifik perlu banyak diteliti karena faktor resikonya berbeda-beda. Seperti kanker usus yang penyebabnya oleh infeksi *Helicobacter pylori*, faktor genetik, pola makan tidak sehat. Penyakit jantung disebabkan oleh Hiperkolesterolemia, pola makan tidak sehat, Obesitas, Hipertensi. Diabetes Militus disebabkan oleh oleh faktor genetik, obesitas dan pola makan tidak sehat. Penyakit paru obstruktif kronis disebabkan oleh polusi udara, faktor genetik, rokok. Hipertensi disebabkan oleh pola mkaan tidak sehat, obesitas, dan faktor genetik. Stroke

disebabkan oleh hipertensi, obesitas dan faktor genetik. Untuk itu penelitian intervensi PTM yang lebih spesifik penting dilakukan agar dapat dikembangkan intervensi yang lebih efektif agar dapat mencegah dan mengendalikan jumlah kasus PTM sehingga dapat membantu menurunkan angka kematian dan kejadian akibat PTM.

Pembahasan

Dalam literatur ini dalam bidang Intervensi PTM dengan menggunakan Media digital promosi kesehatan dari tahun 2019 sampai 2023 dirangkum menggunakan metode tinjauan Scoping Riview untuk menyelidiki tentang cakupan penelitian dalam lima tahun terakhir sehingga dapat membandingkan hasilnya dengan penelitian sejenis yang sebelumnya pernah dilakukan. Dalam literatur ini ditemukan lebih banyak topik pembahasan Intervensi PTM secara umum dari pada topik Intervensi PTM yang lebih spesifik seperti kanker usus, Penyakit jantung, hipertensi, stroke, Diabetes melitus, Penyakit paru obstruktif kronis. Untuk itu topik pembahasan Intervensi PTM secara spesifik harus mendapatkan perhatian ilmiah. Jumlah penelitian media digital promosi kesehatan dalam itervensi PTM sebenarnya sangatlah banyak, hanya kami terbatas pada banyaknya artikel terkait tidak dapat di akses secara full atau dengan Istilah *not open accses*. Literatur ini mengungkapkan bahwa penelitian yang membahas media digital promosi kesehatan jenis aplikasi yang

dikembangkan menjadi sebuah aplikasi kesehatan seperti mHealth dan eHealth lebih banyak dari jenis konten media digital lainnya disini dapat dilihat keunggulan aplikasi ini dikarenakan dapat diakses kapan saja dan dimana saja, dapat memberikan informasi lebih interaktif dan menarik dan dapat memberikan layanan yang lebih personal dan sesuai dengan kebutuhan pengguna.

4. Simpulan dan Saran

Berdasarkan temuan dari tinjauan Scoping riview menyimpulkan bahwa meskipun sudah ada dan banyak dilakukan Intervensi PTM menggunakan media digital Promosi Kesehatan tetapi masih kurangnya fokus penelitian yang lebih spesifik ke PTM dan media digital Promosi kesehatan dalam jenis aplikasi kesehatan. Sehingga pada aspek Media Promosi Kesehatan berbasis Digital tentunya perlu ditingkatkan, Guna mempermudah dan dapat membantu intervensi PTM dikalangan masyarakat.

5. Ucapan Terima kasih

Terima kasih penulis ucapkan kepada Kementerian Kesehatan Republik Kesehatan dalam pendanaan bantuan biaya pendidikan. Peneliti juga menyampaikan terima kasih atas dukungan Universitas Diponegoro Program studi Magister Promosi Kesehatan atas dukungan dan bimbingan.

6. Daftar Pustaka

Ai Keow Lim. (2017). *Virtualization of Health Care: The Role of Capacity Building*. Springer Nature. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-47617-9_7#publish-with-us

Almomani, M. H., Rababa, M., Alzoubi, F., Alnuaimi, K., Alnatour, A., & Ali, R. A. (2021). Effects of a health education intervention on knowledge and attitudes towards chronic non-communicable diseases among undergraduate students in Jordan. *Nursing Open*, 8(1), 333–342.

<https://doi.org/10.1002/nop2.634>

Castro, O., Mair, J. L., Salamanca-sanabria, A., & Alattas, A. (n.d.). *Development of "LvL UP", a smartphone-based, conversational agent-delivered holistic lifestyle intervention for the prevention of non-communicable diseases and common mental disorders*.

Danielle Levac, H. C. & K. K. O. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Springer Nature*, 5, 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

Daudt, H. M. L., Van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study

- methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48>
- Dinkes Jateng. (2019). *Profil Kesehatan Provinsi Jateng Tahun 2019*. <https://dinkesjatengprov.go.id/v2018/storage/2020/09/Profil-Jateng-tahun-2019.pdf>
- Dorje, T., Zhao, G., Tso, K., Wang, J., Chen, Y., Tsokey, L., Tan, B. K., Scheer, A., Jacques, A., Li, Z., Wang, R., Chow, C. K., Ge, J., & Maiorana, A. (2019). Smartphone and social media-based cardiac rehabilitation and secondary prevention in China (SMART-CR/SP): a parallel-group, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Digital Health*, 1(7), e363-e374. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30151-7](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30151-7)
- Ernest NJUKANG, N., Obinchemti EGBE, T., TENDONGFOR, N., YOAHA, T. A., Emmanuel NJI, K., SAMA, M., Atabon AKO, F., & KAMGNO., J. (2022). Effect of mHealth on modifying behavioural risk-factors of hypertensive Disorders in Pregnancy in Mezam Division. *Journal of Environmental Science and Public Health*, 06(04), 314-321. <https://doi.org/10.26502/jesph.96120176>
- Hilary Arksey & Lisa O'Malley. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Taylor & Francis*, 1(Research Methodology), 19-32. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>
- James W, Elston D, T. J. et al. (20 C.E.). 濟無 No Title No Title No Title. *Andrew's Disease of the Skin Clinical Dermatology*.
- Jiang, Y., Liu, F., Guo, J., Sun, P., Chen, Z., Li, J., Cai, L., Zhao, H., Gao, P., Ding, Z., & Wu, X. (2020). Evaluating an intervention program using wechat for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), 1-18. <https://doi.org/10.2196/17089>
- Kemenkes. (2018). *Risikedas*. https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikedas-2018_1274.pdf
- Lairson, D. R., Chung, T. H., Huang, D., Stump, T. E., Monahan, P. O., Christy, S. M., Rawl, S. M., & Champion, V. L. (2020). Economic evaluation of tailored web versus tailored telephone-based interventions to increase colorectal cancer screening among women. *Cancer Prevention Research*, 13(3), 309-316. <https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0376>
- Orte, S., Migliorelli, C., Sistach-bosch, L., Gómez-martínez, M., & Boqué, N. (2023). *Nutritional Behaviour Change*. 1-17.
- Rodrigues, D. L. G., Belber, G. S., Borysow, I. da C., Maeyama, M. A., & de Pinho, A. P. N. M. (2021). Description of e-health initiatives to reduce chronic non-communicable disease burden on Brazilian health system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 8. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910218>
- Schoeppe, S., Alley, S., Van Lippevelde, W., Bray, N. A., Williams, S. L., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2016). Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0454-y>
- Siegmund, L. A., Bena, J. F., & Morrison, S. L. (2023). Cardiac Rehabilitation Facebook Intervention: Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR Cardio*, 7, 1-11. <https://doi.org/10.2196/46828>
- Sillice, M. A., Jennings, E., Uebelacker, L. A., Abrantes, A. M., Holland, C. C.,

- O’Keeffe, B., & Bock, B. C. (2019). African American women’s relationship with their mobile phone, and what they want in a mobile delivered physical activity intervention: guidance for intervention development. *MHealth*, 5, 1-11.
<https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.05.01>
- Statista. (2016). *Number of mobile phone users worldwide from 2015 to 2020*. Statista Research Department.
<https://www.statista.com/statistics/274774/forecast-of-mobile-phone-users-worldwide/>
- Sumarsono, S., Sakkinah, I. S., Permanasari, A. E., & Pranggono, B. (2023). Development of a mobile health infrastructure for non-communicable diseases using design science research method: a case study. *Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing*, 14(9), 12563-12574.
<https://doi.org/10.1007/s12652-022-04322-w>
- Sy, A., Tannis, C., McIntosh, S., Demment, M., Tomeing, T., Marriott, J., Fukunaga, T., Buenconsejo-Lum, L., & Dye, T. (2020). An Assessment of E-health Resources and Readiness in the Republic of the Marshall Islands: Implications for Non-communicable Disease Intervention Development. *Hawaii Journal of Health and Social Welfare*, 79(6), 52-57.
- WHO. (2023). *Noncommunicable diseases (NCDs)*. [Www.Who.Int. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases)

Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Sikap Petugas Rekam Medis Tentang Bantuan Hidup Dasar di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

The Relationship Between Level of Knowledge with Attitude of Health Information Management Officers About of Basic Life Support in RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya

Tharika Nur Ishfahani Muslim¹
Fery Fadly²

^{1,2}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Jl. Cilolohan no.35, Kahuripan, Tawang, Tasikmalaya
E-mail : ferfadl27@gmail.com

Abstract

For improved healthcare professionals, basic life support training needs to be mandated not only for medical professionals but also for health care providers on an annual basis. 50% of respondents had less information, and 38.9% had a negative attitude toward BHD, according to the preliminary poll results. This research aims to understand the association between health information management officers' attitudes and their degree of knowledge regarding basic life support. This study is cross-sectional with quantitative research. This used a sample of 52 health information management officers and was conducted at dr. Soekardjo Hospital in February 2023. Fisher's Exact Test was used for analyzing data after it was collected by questionnaire, The analysis's findings, with a p value of $1,000 > 0,05$, indicate that there is no correlation between health information management officers' attitudes and knowledge about Basic Life Support at RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya 2023. The analysis's findings indicate that while 68.4% of respondents had a less attitude, 31.6% of respondents had good knowledge and a positive attitude. These results have no relevant to medical records personnel who do not deal directly with patients. Medical professionals who often with patients are those who administer basic life support.

Keywords: *Attitude, Basic Life Support (BLS), Health Information Management Officer, Knowledge*

Abstrak

Pelatihan Bantuan Hidup dasar seharusnya tidak hanya diwajibkan untuk perawat kesehatan saja, tenaga kesehatan lainnya setidaknya mendapatkan pelatihan sekali dalam setahun untuk meningkatkan profesional tenaga kesehatan. Survei pendahuluan menunjukan 50% responden memiliki pengetahuan kurang dan 38.9% responden memiliki sikap yang baik tentang Bantuan Hidup Dasar. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan tingkat pengetahuan terhadap sikap petugas rekam medis tentang Bantuan Hidup Dasar. Penelitian ini yaitu kuantitatif dengan pendekatan crossectional, yang dilaksanakan di RSUD dr. Soekardjo pada bulan Februari 2023 dengan sampel 52 petugas rekam medis. Kuesioner digunakan sebagai Pengumpulan data serta menggunakan uji Fisher Exact Test untuk analisis data. Hasil Penelitian ini di dapatkan petugas rekam medis yang mempunyai pengetahuan yang baik lalu memiliki sikap yang baik sebanyak 31,6% responden, sedangkan yang memiliki sikap yang kurang baik sebanyak 68,4% responden, dengan p value $1,000 > 0,05$ artinya H_0 diterima atau tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap sikap petugas rekam medis tentang Bantuan Hidup Dasar di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya tahun 2023. Tidak adanya hubungan dalam penelitian ini dipengaruhi oleh tugas pokok rekam medis dan pada saat bekerja dikarenakan petugas tidak sering bersinggungan dengan pasien. Sementara yang memberikan Bantuan Hidup Dasar itu adalah tenaga kesehatan yang sering bersinggungan dengan pasien.

Kata kunci: *Bantuan Hidup Dasar (BHD), Pengetahuan, Petugas Rekam Medis, Sikap*

1. Pendahuluan

Kondisi yang membahayakan jiwa serta membutuhkan tindakan segera untuk mencegah cedera bahkan kehilangan nyawa disebut dengan kondisi gawat darurat. Keadaan tersebut seringkali menjadi situasi serius yang muncul dengan tidak dapat diprediksi kapan atau dimana akan terjadi. Penanganan yang tidak tepat dapat menyebabkan resiko cedera dan kematian, sehingga diperlukan penatalaksanaan korban atau pasien gawat darurat secara terpadu untuk meminimalisir cedera dan mencegah kematian (Utariningsih et al., 2022).

Ketentuan Umum Permenkes Nomor 47 Tahun 2018 menyebutkan pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang diperlukan oleh pasien gawat darurat dalam jangka pendek untuk menyelamatkan nyawa dan mencegah kecacatan. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus mempunyai pengetahuan tentang bagaimana merespon untuk pasien yang mengalami syok, tekanan, intoksikasi, gawat serta darurat yang mengancam jiwa. Henti jantung dan henti napas merupakan peristiwa yang banyak terjadi pada pasien gawat darurat, Resusitasi Jantung Paru (RJP) adalah suatu tindakan yang membantu jantung memompa kembali dan meningkatkan aliran darah ke seluruh tubuh.

Bantuan Hidup Dasar (BHD) adalah salah satu tindakan yang diperlukan oleh pasien gawat darurat yang mana tindakan tersebut adalah tindakan untuk membersihkan saluran napas dan membatu dan menjaga sirkulasi darah tanpa menggunakan alat bantu medis, hal ini bermaksud untuk menyuplai oksigen darurat dengan baik ke organ vital seperti otak. Sehingga paru- paru dan jantung dapat mensuplai oksigen dengan pernapasan buatan dan bantuan peredaran darah (Arfah & Arifin, 2021).

Pemberian BHD diberikan tidak hanya oleh perawat atau bidan saja namun oleh

seluruh tenaga kesehatan yang terlatih kegawatdaruratan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan salah satunya adalah perekam medis selaku tenaga keteknisian medis. Karena perannya yang sangat penting setiap orang perlu memahami prosedur BHD dan mampu merespon dengan tepat. Penyebab seseorang berada didalam kondisi darurat salah satunya henti nafas dan henti jantung, sangat beragam mulai dari kecelakaan, serangan jantung, stroke hingga sumbatan jalan napas. Jika seorang penolong tidak menghampiri dengan segera maka otak dan jantungnya akan mengalami kerusakan dan akan lumpuh bahkan akan kehilangan nyawa hanya dalam waktu hitungan menit (Progres, 2022).

Hasil penelitian tentang sikap yang harus dimiliki petugas kesehatan adalah empati dan kecerdasan emosional. Hasil penelitiannya dari 89 responden diketahui lebih dari sebagian yaitu sebanyak 48 (53.9%) responden memiliki sikap yang positif dan sebanyak 41 (46.1%) responden yang memiliki sikap yang negatif dalam mengidentifikasi tingkat keparahan korban gawat darurat (Yuliano et al., 2019).

Hasil Penelitian Mawar & Sugianto (2013) menunjukkan tingkat pengetahuan tenaga kesehatan tentang BHD salah satunya dilihat dari pengalaman mengikuti pelatihan kegawatdaruratan, responden yang tidak mengikuti pelatihan dan memiliki pengetahuan yang kurang baik sebanyak 43 orang (79%) sedangkan responden yang pernah mengikuti pelatihan dan memiliki pengetahuan yang kurang baik sebanyak 32 orang (60,4%).

Sebagian besar kesehatan memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang BHD. Salah satu faktor yang mempengaruhi kurangnya kemampuan profesional kesehatan dalam menangani pasien selama fase gawat darurat (Golden Period) adalah minimnya pelatihan dan sosialisasi dari pihak-pihak terkait mengenai cara memperkenalkan metode

BHD yang tepat untuk korban gawat darurat (Wiliastuti et al., 2015).

Hasil survei pendahuluan diketahui tingkat pengetahuan tentang BHD kepada petugas rekam medis didapatkan hasil ada 18 orang (50%) memiliki pengetahuan kurang baik. Sedangkan hasil sikap dari 36 responden tentang BHD didapatkan hasil 14 orang (38,9 %) memiliki sikap yang kurang baik, dengan demikian peneliti tertarik serta bertujuan mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan sikap petugas rekam medis serta hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap petugas rekam medis dalam penerapan Bantuan Hidup Dasar (BHD) di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

2. Metode

Jenis Penelitian ini yaitu Kuantitatif dengan desain penelitian Cross Sectional. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD dr. Soekardjo pada Bulan Februari Tahun 2023. Populasi dalam Penelitian ini yaitu seluruh petugas rekam medis. Sample yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 57 orang. Teknik yang digunakan untuk pengambilan sampel yaitu total sampling dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi. Dengan Demikian dari 57 responden hanya 52 responden yang bersedia mengisi kuesioner secara langsung. Setelah semua kuesioner terkumpul peneliti melakukan proses pengolahan data di antaranya, editing, coding, tabulating, Entry Data, lalu menyajikan Data berupa tabel. Penggunaan analisis univariat serta bivariat untuk menganalisis data.

3. Hasil dan Pembahasan

Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui gambaran karakteristik, pengetahuan serta sikap petugas rekam medis tentang BHD di RSUD dr. Soekardjo kota tasikmalaya. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2023, dengan hasil penelitian sebagai berikut :

Karakteristik Responden

Tabel 1 distribusi frekuensi karakteristik responden

Karakteristik	f	%
Usia		
17-25 tahun	9	17,3
26-35 tahun	26	50,0
36-45 tahun	12	23,1
46-55 tahun	5	9,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	34,6
Perempuan	34	65,4
Pendidikan		
SMA	11	21,2
D3	24	46,2
D4	2	3,8
S1	13	25,0
S2	2	3,8
Lama Kerja		
<5 tahun	15	28,8
5-10 tahun	19	36,5
>5 tahun	18	34,6
Status Profesi		
PMIK	23	44,2
Non-PMIK	29	55,8
Pengalaman BHD		
Pernah	52	100
Tidak Pernah	0	0

Sumber : Data Primer 2023

Hasil Tabel 1 menunjukkan bahwa karakteristik petugas rekam medis mayoritas berusia 26-35 tahun dengan 26 responden (50,0 %), 17-25 tahun dengan 9 responden (17,3%), 36-45 tahun dengan 12 responden (23,1%) dan 46-55 tahun dengan 5 responden (9,6%). Responden mayoritas berjenis kelamin perempuan dengan 34 responden (59,6%) dan ada 18 (34,6%) responden yang berjenis kelamin laki-laki. Pendidikan terakhir yang ditempuh responden mayoritas hingga Diploma 3 dengan 24 responden (46,2%), SMA dengan 11 responden (21,2%), D4 dengan 2 responden (3,8%), S1 dengan 13 responden (25,0) dan S2 dengan 2 responden (3,8%). Mayoritas Petugas memiliki lama kerja 5-10 tahun dengan 19 responden (36,5%), petugas dengan lama kerja <5 tahun sebanyak 15 responden (28,8%) dan yang sudah bekerja >10 tahun sebanyak 18

responden (34,6%). Sebagian besar status profesi responden sebagai Non-PMIK sebanyak 29 responden (55,8%) dan yang berstatus PMIK sebanyak 23 responden (44,2%). Seluruh petugas sebanyak 52 responden pernah mengikuti pelatihan BHD.

Gambaran Pengetahuan Responden Tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Tabel 2 distribusi frekuensi Tingkat pengetahuan responden

Kategori Tingkat Pengetahuan	Petugas Rekam Medis	
	Frekuensi	Persentase (%)
Cukup Baik	14	26,9
Baik	38	73,1
Total	52	100

Hasil tabel 2 diperoleh bahwa Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan petugas rekam medis memiliki pengetahuan baik sebanyak 38 responden (73,1%) dan yang memiliki pengetahuan cukup sebanyak 14 responden (26,9%), dengan demikian mayoritas pengetahuan responden sudah termasuk kedalam kategori baik dan didukung dengan hasil studi pendahuluan bahwa seluruh staff telah mendapatkan sosialisasi dan pelatihan BHD beberapa bulan sebelum dilaksanakannya akreditasi rumah sakit.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Novitarum & Simbolon (2017) penelitian yang mayoritas petugas kesehatan mempunyai pengetahuan yang baik dalam penerapan BHD karena peneliti menyebutkan bahwa petugas kesehatan telah memperoleh pendidikan serta informasi yang cukup baik. Hasil penelitian Widodo (2010) menunjukkan bahwa pengetahuan petugas kesehatan mayoritas memiliki pengetahuan baik karena pelatihan tentang penanganan pasien ACLS dan BTLS telah didapatkan petugas dengan cukup.

Hasil penelitian lain menyatakan bahwa responden yang memiliki

pengetahuan yang kurang baik mengenai BHD disebabkan karena tenaga kesehatan memiliki latar belakang yang berbeda, salah satunya pendidikan dan lama bekerja yang berbeda serta minimnya pengalaman bekerja dan pelatihan yang tentunya mempengaruhi seseorang dalam memperoleh informasi (Novitarum & Simbolon, 2017). Maka dapat disimpulkan bahwa faktor pendidikan, sosial budidaya, pengalaman, serta informasi erat kaitanya dengan pengetahuan, yang tidak berarti bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi tidak berarti memiliki pengetahuan yang baik pula, karena banyak hal yang mempengaruhi pengetahuan (Notoadmojo, 2018).

Gambaran Sikap Responden Tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Tabel 3 distribusi frekuensi sikap responden

Kategori Sikap	Petugas Rekam Medis	
	Frekuensi	Persentase (%)
Cukup Baik	36	69,2
Baik	16	30,8
Total	52	100

Hasil tabel 3 didapatkan distribusi frekuensi responden berdasarkan sikap petugas rekam medis, responden yang memiliki sikap baik sebanyak 16 responden (30,8%) dan sikap yang cukup baik sebanyak 36 responden (69,2%).

Hasil Penelitian menunjukkan mayoritas responden mempunyai sikap yang cukup baik tentang. Penelitian ini sejalan dengan Ayni (2019) dan Mailita & Rasyid (2022) dimana mayoritas petugas kesehatan memiliki sikap yang cukup baik dalam mengidentifikasi korban gawat darurat. Sikap yang baik dari petugas kesehatan dalam pelaksanaan triase akan memberikan dampak yang sangat baik dalam rangka keselamatan dan pemulihan pasien.

Tanggapan petugas yang baik maupun cukup baik dalam penerapan

BHD yang berhubungan dengan aspek-aspek yang mempengaruhi sikap petugas itu sendiri. Menurut Asih & I gusti Ngurah Juniarta (2021) Pengalaman adalah faktor yang memengaruhi sikap, di mana pengalaman diperoleh dari pelatihan atau pendidikan. Hasil penelitian tersebut di dukung oleh hasil yang mengungkapkan bahwa pelatihan BHD terutama RJP harus dilakukan setiap 6-12 bulan sekali untuk mempertahankan keterampilan BHD, karena hal tersebut bisa menurun setelah 2 minggu pelatihan (Novi, 2018). Hal tersebut mendukung informasi yang telah didapatkan yang mana pelatihan BHD tidak diberikan secara berkala hanya beberapa bulan sebelum akreditasi untuk seluruh staff rumah sakit salah satunya petugas rekam medis.

Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui Hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap petugas rekam medis tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) di RSUD dr. Soekardjo kota tasikmalaya. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2023. Hasil penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Table 4 Hasil Analisis Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap Petugas Rekam Medis Tentang Bantuan Hidup Dasar

Pengetahuan Petugas RM	Sikap Petugas RM				Total	p value	
	Cukup Baik		Baik				
	F	%	F	%			
Cukup	10	71.4	4	28.6	14	100	1,000
Baik	26	68.4	12	31.6	38	100	
Total	36	69.2	13	30.8	52	100	

Hasil Tabel 4 menunjukkan responden yang memiliki pengetahuan cukup baik sebanyak 10 (71.4%) dengan sikap cukup baik tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD), sedangkan 4 (28.6%) responden dengan sikap baik tentang BHD. Responden yang

memiliki pengetahuan baik Sebanyak 26 (68.4%) dengan sikap cukup baik, sedangkan 12 (31.6%) responden memiliki sikap yang baik tentang Bantuan Hidup Dasar.

Uji statistik Fisher's Exact Test, di diperoleh p value sebesar 1,000 dimana nilai p value $> 0,005$, sehingga H_0 diterima yang artinya tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan sikap petugas dalam penerapan BHD di RSUD dr. Soekardjo kota tasikmalaya tahun 2023.

Selain pengetahuan, berbagai faktor yang mempengaruhi sikap petugas pada faktor-faktor yang mempengaruhinya, diantaranya dari faktor lingkungan, media informasi, emosional, pengalaman pribadi serta pihak pihak yang dianggap penting (Azwar, 2022). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Alotaibi, et al., (2016) dan Fuadi & Sudaryanto (2016) yang menjelaskan bahwa tidak terdapat hubungan pengetahuan dan sikap, hal ini diakibatkan oleh kurangnya informasi atau pemahaman yang cukup mengenai konsep BHD sehingga meskipun seseorang memiliki pengetahuan yang baik tentang topik tersebut belum tentu dapat mengaplikasikannya dalam praktik ataupun sebaliknya.

Hasil penelitian dari Strugala et al., (2016) menyebutkan bahwa responden yang memiliki sikap kurang baik yang disebabkan oleh pengaruh dari faktor eksternal, pengalaman professional yang panjang, kondisi pekerjaan yang sulit, serta beban tugas yang berlebih atau hanya sekedar kelelahan kerja. Selain hal yang telah disebutkan diatas perubahann sikap juga dipengaruhi oleh adanya interaksi dengan sekitarnya. Menurut Prof. Dr. Mar'at bahwa faktor perubahan sikap dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal perubahan sikap diantaranya social perception, social positioning, dan social learning processes, sedangkan untuk faktor eksternal perubahan sikap yaitu reinforcement, persuasive communication, serta harapan yang diinginkan (Sudarsana, 2018).

Sikap petugas yang cukup baik tentang BHD dipengaruhi dari kondisi pekerjaannya, disebutkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No : HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Kompetensi Perakam Medis dan Informasi Kesehatan yaitu melaksanakan manajemen serta mengolah data dan informasi kesehatan, hal ini sesuai dengan yang disampaikan dengan informan bahwa peran rekam medis itu membantu pencatatan data pasien, informan juga menyebutkan bahwa seorang petugas rekam medis itu kemungkinan kecil untuk langsung menolong korban karena pada saat bekerja tidak sering bersinggungan dengan pasien dan yang melakukan Bantuan Hidup Dasar (BHD) yaitu seseorang yang sudah profesional.

Dalam meningkatkan sikap tenaga kesehatan dapat melakukan perbaikan dengan cara mengikuti pelatihan atau seminar tentang BHD yang diselenggarakan rumah sakit atau institusi lain agar nantinya dapat mengaplikasikan ilmu tersebut. Selain itu, dengan mengikuti seminar dapat meningkatkan sikap yang didasari oleh pengetahuan dan pemahaman seseorang terhadap suatu objek atau masalah (Novitarum & Simbolon, 2017).

4. Simpulan dan Saran

Hasil Penelitian serta hasil analisis data mengenai hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap petugas rekam medis dalam penerapan BHD, dapat disimpulkan bahwasanya antara pengetahuan dan sikap petugas tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan *p value* 1,000 ($p > 0,005$). Tidak adanya hubungan dalam penelitian ini dipengaruhi oleh tugas pokok rekam medis dan pada saat bekerja dikarenakan petugas tidak sering bersinggungan dengan pasien Sementara yang memberikan Bantuan Hidup Dasar itu adalah tenaga kesehatan yang sering

bersinggungan dengan pasien.

Saran dari peneliti untuk mempertahankan serta meningkatkan Untuk mempertahankan serta meningkatkan tingkat pengetahuan serta sikap petugas rekam medis tentang BHD, penulis menyarankan agar rumah sakit dapat memberikan sosialisasi atau pelatihan tentang Bantuan Hidup Dasar (BHD) secara berkala kepada seluruh staff rumah sakit.

5. Ucapan Terimakasih

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada seluruh pihak dari Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya serta pihak RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah bantu sehingga penelitian ini terselesaikan.

6. Daftar Pustaka

- Alotaibi, O., Alamri, F., Almufleh, L., & Alsougi, W. (2016). Basic Life Support: Knowledge And Attitude Among Dental Students And Staff In The College Of Dentistry, King Saud University. *Saudi Journal For Dental Research*, 7(1), 51-56. <https://doi.org/10.1016/J.Sjdr.2015.06.001>
- Arfah, A. I., & Arifin, A. F. (2021). *Tingkat Pengetahuan Dan Pengalaman Pelatihan Security Tentang Penanganan Pertama Kegawatdaruratan (Basic Life Support) Di Universitas Muslim Indonesia*. 6(2), 137-144. <https://doi.org/10.33096/Umj.V6i2.169>
- Asih, N. K. S., Juniartha, I. G. N., & Antari, G. A. A. (2021). Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Pesisir Mengenai Pemberian Bantuan Hidup Dasar (Bhd) Pada Kegawatdaruratan Wisata Bahari. *Coping: Community Of Publishing In Nursing*, 9(4), 412.

- <https://doi.org/10.24843/Copiang.2021.V09.I04.P07>
- Ayni, G. N. U. R. (2019). *Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Perawat Tentang Trias*.
- Azwar, S. (2022). *Sikap Manusia, Teori Pengukurannya*. Pustaka Belajar.
- Fuadi, F. I. (2016). Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Sikap Masyarakat Dalam Mencegah Leptospirosis Di Desa Pabelan Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan.*, 1-17.
- Mailita, W., & Rasyid, W. (2022). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Tentang Triage Di Igd Runah Sakit Semen Padang Hospital. *Humantech Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia*, 2(2), 200-216.
- Notoadjmojo, .S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Novi, D. (2018). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Basic Life Support (Bls) Dengan Kemampuan Perawat Dalam Melakukan Tindakan Basic Life Support (Bls) Di Rsu Aminah Blitar Tahun 2018. *Stikes Patria Husada Blitar*, 45.
- Novitarum, L., & Simbolon, S. M. (2017). Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Tenaga Basic Life Support Di Puskesmas Pancurbatu Kabupaten Deliserdang. *Elisabeth Health Jurnal*, 2(1), 6-20. <https://doi.org/10.52317/Ehj.V2i1.209>
- Progres, R. S. R. (2022). *Pengertian Bantuan Hidup Dasar Dan Cara Untuk Melakukannya Dengan Benar*.
- Strugala, M. (2016). Attitudes Towards The Elderly Among Nursing Students In Poland-Initial Findings. *Journal Of Gerontology & Geriatric Research*, 05(01), 1-8. <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000279>
- Sudarsana, I. K. (2018). *Teori Pertimbangan Sosial*.
- Utariningsih, W., Millizia, A., & Enggola Handayani, R. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan Bantuan Hidup Dasar (Bhd) Dengan Kesiapan Melakukan Tindakan Bhd Pada Mahasiswa Keperawatan Di Perguruan Tinggi Kota Lhokseumawe. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 5(3), 435-444. <https://doi.org/10.31850/Makes.V5i3.1584>
- Widodo. (2010). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Kegawatdarurat Infark Miokard Akut Dengan Sikap Perawat Dalam Penanganan Pasien Infark Miokard Akut Di Ruang Intensif Rsud Dr Moewardi Surakarta. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 2(58), 85-94.
- Wiliastuti, U. N., Anna, A., Mirwanti, R., Lubis., R. M., & Oktaviani, S. (2015). Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Di Ruang Rawat Inap Lantai 8b Rsud Koja. *Akademi Keperawatan Husada Karya Jaya*, 1(2), 77. <http://ejurnal.husadakaryajaya.ac.id/index.php/jakhkj/article/view/2011/01/20191100>
- Yuliano, A., Kartika, K., & Alfandi, M. (2019). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Relawan Bencana Dengan Keterampilan Melakukan Triase Metode Start Di Kota Bukittinggi. 2(1), 52-59.

Analisis Kinerja Unit Rekam Medis Berdasarkan Standar Kompetensi PMIK di Rumah Sakit Wilayah Sulawesi Selatan

Analysis of Medical Record Unit Performance Based on PMIK Competency Standards in Hospitals in the South Sulawesi Region

Irmawati¹
Elise Garmelia²
Zefan Adiputra Golo³
Arief Azhari Ilyas⁴

^{1,2,3,4}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
e-mail : irmawati@poltekkes-smg.ac.id

Abstract

The competence of the medical record work unit manager has an impact on the management of the work unit. There are still managers of medical record work units who do not have a medical record educational background so they do not meet the standards competently. This study aims to determine the effect of the competence of the head of the medical record work unit on the performance of the medical record unit and health information in hospitals. This type of research is descriptive quantitative with a cross sectional study approach. The population in this study were 113 managers of medical record units at regional hospitals in South Sulawesi and the sampling technique used was convenience sampling. The results showed that the competency variable had a significant relationship with the medical record unit performance variable. Then the results of the simple linear regression test show that there is a significant influence between the competence of the work unit manager on the performance of the medical record unit in the hospital. Hospital management needs to provide training to improve the competence of medical record work unit managers based on national hospital accreditation standards.

Keywords: HIM Competency; Medical Record Unit Performance; Medical Record Officer

Abstrak

Kompetensi yang dimiliki manajer unit kerja rekam medis berdampak pada pengelolaan unit kerja. Masih terdapat manajer unit kerja rekam medis yang tidak memiliki latar belakang pendidikan rekam medis sehingga secara kompetensi tidak memenuhi standar. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kompetensi pengelola unit kerja RMIK terhadap kinerja unit rekam medis dan informasi kesehatan di rumah sakit. Jenis penelitian adalah deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional study. Populasi dalam penelitian ini adalah 113 manajer unit rekam medis di rumah sakit wilayah Sulawesi Selatan dan teknik penarikan sampel yang digunakan adalah convenience sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel kompetensi memiliki hubungan yang signifikan dengan variabel kinerja unit rekam medis. Kemudian dari hasil uji regresi linear sederhana menunjukkan terdapat pengaruh yang signifikan antara kompetensi pengelola unit kerja terhadap kinerja unit rekam medis di rumah sakit. Pihak manajemen rumah sakit perlu memberikan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi manajer unit kerja rekam medis berdasarkan standar nasional akreditasi rumah sakit.

Kata kunci: Kinerja Unit Rekam Medis; Kompetensi PMIK; Petugas Rekam Medis.

1. Pendahuluan

Pelayanan rekam medis merupakan salah satu pelayanan penunjang medis di rumah sakit yang menjadi dasar penilaian mutu pelayanan medis di rumah sakit (Nuraini, 2021). Pelayanan yang berkualitas baik tidak hanya pada pelayanan medis, akan tetapi juga pada pelaksanaan rekam medis yang merupakan salah satu indikator mutu pelayanan yang ada pada rumah sakit. Rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien (Rumana et al., 2020). Dokumentasi rekam medis harus sesuai dengan yang telah ditentukan standar (Ajami et al., 2015).

Pelayanan rekam medis bertujuan menyediakan informasi guna memudahkan pengelolaan dalam pelayanan kepada pasien dan memudahkan pengambilan keputusan manajerial. Berdasarkan Permenkes Nomor 312 tahun 2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, menegaskan bahwa profesi PMIK pada setiap fasyankes dituntut untuk memberikan pelayanan informasi kesehatan yang profesional dan berorientasi pada kebutuhan informasi kesehatan bagi pemberi layanan kesehatan (Permenkes, 2020). Selanjutnya penyelenggaraan rekam medis berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022 yang dilakukan oleh PMIK dan berkoordinasi dengan unit kerja lain adalah registrasi pasien, pendistribusian data rekam medis elektronik, pengolahan rekam medis elektronik, penginputan data untuk klaim pembiayaan, penyimpanan rekam medis elektronik, penjaminan mutu dan transfer isi rekam medis elektronik. Penyelenggaraan rekam medis pada suatu sarana pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator mutu pelayanan pada institusi tersebut yang

akan berdampak pada kinerja suatu rumah sakit (Permenkes, 2022).

Kinerja instalasi rekam medis dapat dinilai berdasarkan capaian indikator mutu pada standar pelayanan minimal yaitu kelengkapan pengisian rekam medis 100% 24 jam setelah selesai pelayanan, kelengkapan informed consent 100% setelah mendapatkan informasi yang jelas, waktu penyediaan rekam medis pelayanan rawat inap ≤ 15 menit dan waktu penyediaan rekam medis pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit (Kepmenkes, 2008).

Permasalahan terkait kinerja unit kerja rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan telah diteliti oleh beberapa penelitian terdahulu, diantaranya penelitian menunjukkan bahwa pengelolaan rekam medis belum optimal dan belum sesuai dengan standar yaitu prosedur kerja dan organisasi fasilitas pelayanan kesehatan (Giyana, 2018). Kemudian pada penelitian menunjukkan bahwa pada unit rekam medis rata rata kinerja petugas adalah 55,41%, unit casemix rata rata kinerja petugas adalah 56,29%, pada bagian pendaftaran rata rata kinerja petugas adalah 55,18% (Fauziah et al., 2020). Capaian kinerja unit rekam medis berdasarkan standar pelayanan minimal pernah juga diteliti oleh yang menemukan bahwa masih terdapat rekam medis yang tidak lengkap yaitu informed consent bedah sebesar 52,5%, asesmen gizi sebesar 84,1, resiko jatuh sebesar 97,5%. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja petugas rekam medis masih rendah (Maulana & Herfiyanti, 2021). Selanjutnya pada penelitian didapatkan hasil bahwa sebagian formulir rekam medis tidak terisi lengkap sebanyak 49,13% (Ratna & Eva, 2021). Pada penelitian ditemukan masih terdapat ketidaktepatan waktu penyediaan rekam medis yaitu >10 menit sebanyak 44,34%. Adapun faktor penyebab terjadinya keterlambatan penyediaan rekam medis yaitu missfile, keterlambatan penyerahan cash slip, kapasitas rak penyimpanan penuh dan kurangnya

kualitas petugas rekam medis (Febriarini et al., 2022).

Penelitian terdahulu lebih banyak fokus kepada kinerja yang dicapai oleh unit rekam medis berdasarkan standar pelayanan minimal. Namun, belum pernah dilakukan penelitian yang melihat bagaimana faktor kompetensi PMIK mempengaruhi kinerja unit rekam medis, secara khusus dilihat dari perspektif manajer pengelola unit rekam medis.

Hasil studi pendahuluan didapatkan data bahwa dari 113 Rumah Sakit yang ada di wilayah Sulawesi Selatan terdapat 93,8% pengelola unit kerja rekam medisnya merupakan PMIK dan 6,2% merupakan non PMIK. Berdasarkan pada tersebut maka peneliti tertarik untuk melihat sejauh mana pengaruh dari kompetensi PMIK terhadap kinerja pengelola unit kerja rekam medis di Rumah Sakit yang ada di wilayah Sulawesi Selatan. Sehingga, tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh kompetensi pengelola unit kerja RMIK terhadap kinerja unit rekam medis dan informasi kesehatan di rumah sakit.

2. Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional study. Dalam penelitian ini, peneliti ingin mengetahui pengaruh antara variabel independent dengan variabel dependent. Adapun variabel independent adalah kompetensi PMIK kemudian variabel dependent adalah kinerja unit rekam medis. Populasi dari penelitian ini adalah Seluruh Kepala Instalasi/ unit/ departemen/ bagian Rekam Medis di Rumah Sakit di wilayah Sulawesi Selatan. Sampel yang diteliti ditentukan menggunakan teknik convenience sampling.

Data penelitian ini dianalisis secara bertahap dimulai dari analisis univariat untuk melihat distribusi frekuensi dari responden dan masing masing variabel. Selanjutnya dilakukan analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel

independent dengan variabel dependent setelah itu dilakukan multivariat untuk melihat pengaruh antara variabel independent dengan variabel dependent. Data dianalisis menggunakan *Statistical Program for Social Science* (SPSS Version 22).

3. Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik	F	%
Jenis Kelamin		
a. Laki Laki	36	31,9
b. Perempuan	77	68,1
Masa Kerja		
a. < 5 Tahun	62	54,9
b. 5 - 10 Tahun	29	25,7
c. 11 - 15 Tahun	7	6,2
d. 16 - 20 Tahun	10	8,8
e. > 20 Tahun	5	4,4
Latar Belakang Pendidikan		
a. PMIK	105	92,9
b. Kesmas	6	5,3
c. Manajemen	1	0,9
d. Psikologi	1	0,9
Tingkat Pendidikan		
a. D-3	84	74,3
b. D-4/S-1	22	19,5
c. S-2	7	6,2
Tingkat Pendapatan		
a. < Rp.2.500.000,-	39	34,5
b. Rp.2.500.000 - Rp.3.000.000,-	25	22,1
c. Rp.3.100.000 - Rp.4.000.000,-	20	17,7
d. Rp.4.100.000 - Rp.5.000.000,-	14	12,4
e. > Rp.5.000.000,-	15	13,3

Sumber: Data Primer

Peneliti telah memilih responden yang memiliki latar belakang sebagai manajer di unit kerja rekam medis dengan karakteristik demografi dari segi jenis kelamin, masa kerja, latar belakang Pendidikan, tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan. Dari hasil penelitian ini telah diketahui bahwa responden dalam hal ini manajer unit kerja rekam medis di rumah sakit wilayah Sulawesi Selatan didominasi oleh

perempuan dan masa kerja <5 tahun, selain itu latar belakang Pendidikan responden didominasi oleh Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) dengan tingkat pendidikan D-3 RMIK serta memiliki pendapatan rata rata kisaran < Rp.2.500.000,-.

Kemampuan manajer unit kerja yang dipimpin oleh perempuan seringkali berkaitan dengan kekuatan, ketekunan, multi tasking dan kecerdasan. Hal ini didukung dari penelitian yang menyatakan bahwa peran manajer perempuan dalam pelayanan kesehatan menunjukkan nilai yang baik dalam berperan sebagai pemimpin atau manajer di unit kerja serta kemampuan kolaborasi yang konstruktif dengan tenaga kesehatan lainnya (Czabanowska et al., 2017). Menurut Masum dkk dalam Mita & Maulana (2020) perempuan memiliki kepuasan kerja yang lebih tinggi dibandingkan laki laki (Mita & Maulana, 2020). Dari penelitian di unit kerja rekam medis menyatakan bahwa usia produktif pegawai berjenis kelamin perempuan berada pada tingkat umur 25 - 35 tahun sehingga dari penelitian ini dapat dikatakan bahwa manajer unit kerja rekam medis di rumah sakit wilayah Sulawesi Selatan rata rata berada pada usia produktif (Sumantri & Gunawan, 2022).

Dalam standar akreditasi rumah sakit kementerian kesehatan telah ditetapkan pada BAB MRMIK standar 5 elemen penilaian 2 tentang penyelenggaraan rekam medis, dimana rumah sakit menetapkan manajer unit kerja rekam medis dipimpin oleh satu orang yang kompeten mengelola rekam medis, dalam hal ini minimal pendidikan yang dimiliki adalah D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK) (Kepmenkes, 2022). Jenjang pendidikan merupakan salah satu alat untuk menyesuaikan antara tugas dan pekerjaan dengan kemampuan, keterampilan dan keahlian dari setiap pegawai (Nurbaety et al., 2022). Hasil penelitian ini menemukan bahwa unit kerja rekam medis di Sulawesi

Selatan sebanyak 93,8% pengelola unit kerja rekam medisnya merupakan PMIK namun masih ada 6,2% yang bukan PMIK terdiri dari kesehatan masyarakat 6 orang, manajemen 1 orang dan psikologi 1 orang.

Masa kerja dari manajer unit kerja rekam medis menunjukkan rata rata < 5 tahun sehingga dapat dikategorikan masih baru. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa pengelola unit kerja rekam medis yang berada pada rentang 1 - 5 tahun termasuk pada kategori masih baru baik pada level manajer tingkat bawah (lower manager), manajer menengah (middle manager) dan manajer tingkat atas (top manager) (Garmelia et al., 2021).

Standar kompetensi PMIK telah diatur berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 312 tahun 2020 yaitu 1) Profesionalisme yang Luhur, Etika dan Legal, 2) Mawas Diri dan Pengembangan Diri, 3) Komunikasi Efektif, 4) Manajemen Data dan Informasi Kesehatan, 5) Keterampilan Klasifikasi Klinis, Kodifikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan Lainnya, serta Prosedur Klinis, 6) Aplikasi Statistik Kesehatan, Epidemiologi Dasar, dan Biomedik, 7) Manajemen Pelayanan RMIK (Kepmenkes, 2020). Selanjutnya dalam Permenkes nomor 24 tahun 2022 penyelenggaraan rekam medis yang dilakukan oleh PMIK dan berkoordinasi dengan unit kerja lain adalah registrasi pasien, pendistribusian data rekam medis elektronik, pengolahan rekam medis elektronik, penginputan data untuk klaim pembiayaan, penyimpanan rekam medis elektronik, penjaminan mutu dan transfer isi rekam medis elektronik (Permenkes, 2022).

Tabel 2. Distribusi Tingkat Kompetensi PMIK

Karakteristik	F	%
Tinggi	57	50,4
Rendah	56	49,6
Total	113	100

Hasil penelitian menemukan bahwa tingkat kompetensi yang dimiliki oleh manajer unit kerja rekam medis berada pada kategori tinggi 50.4% dan terdapat 49.6% yang berada pada kategori rendah. Tingkat kompetensi PMIK sangat berkaitan dengan latar belakang Pendidikan yang dimiliki oleh manajer unit kerja rekam medis, dimana dalam penelitian ini ditemukan masih ada beberapa manajer unit kerja rekam medis yang dipimpin oleh tenaga non PMIK sehingga secara kompetensi tidak memenuhi standar. Jika kompetensi manajer unit kerja rekam medis tidak memenuhi standar maka akan berdampak pada pengelolaan unit kerja. Hal ini didukung oleh penelitian bahwa kualitas pengelolaan rekam medis dapat terlihat dari penanggung jawab rekam medis yang memiliki kompetensi PMIK yang baik (Garmelia et al., 2021).

Indikator kinerja unit rekam medis di rumah sakit dapat dilihat dari capaian standar pelayanan minimal. Dimana berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yaitu kelengkapan pengisian rekam medis 100% 24 jam setelah selesai pelayanan, kelengkapan informed consent 100% setelah mendapatkan informasi yang jelas, waktu penyediaan rekam medis pelayanan rawat inap ≤ 15 menit dan waktu penyediaan rekam medis pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit.

Tabel 3. Distribusi Tingkat Kinerja Unit Kerja Rekam Medis

Karakteristik	F	%
Tinggi	56	49,6
Rendah	57	50,4
Total	113	100

Dari hasil penelitian ini terlihat tingkat kinerja yang dicapai oleh unit kerja rekam medis berada pada kategori tinggi 49,6% kemudian terdapat 50,4% berada pada kategori rendah, sehingga dapat dikatakan bahwa kinerja yang dicapai oleh unit rekam

medis di rumah sakit wilayah Sulawesi Selatan belum baik. Kondisi ini juga menunjukkan sejauh mana mutu pelayanan rumah sakit secara khusus pelayanan rekam medis. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang menyatakan bahwa standar pelayanan minimal rekam medis merupakan acuan dalam pengelolaan rekam medis (Kepmenkes, 2008).

Tabel 4. Hubungan Kompetensi Pengelola Unit Kerja dengan Kinerja Unit RMIK

Variabel	Kompetensi	Kinerja
Total Kompetensi		
Pearson	1	0.211
Correlation		0.025
Sig. (2 tailed)	113	113
N		
Total Kinerja		
Pearson	0.211	1
Correlation	0.025	
Sig. (2 tailed)	113	113
N		

Kompetensi manajer unit kerja rekam medis berdasarkan penelitian ini menunjukkan hubungan yang positif dan signifikan dengan kinerja unit kerja rekam medis. Hasil ini mendukung penelitian yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kompetensi PMIK dengan kemampuan kerja pengelola rekam medis di rumah sakit, secara khusus pada 5 (lima) area kompetensi berpengaruh positif pada kinerja kerja pengelola rekam medis, sehingga dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi kompetensi PMIK maka akan semakin memengaruhi kinerja individu maupun organisasi (Garmelia et al., 2021). Kompetensi yang dimiliki oleh manajer unit kerja rekam medis juga berkaitan dengan penyusunan rencana jangka panjang unit kerja, kemampuan komunikasi efektif dengan staf serta kemampuan untuk berkolaborasi dengan professional kesehatan lainnya (Vainieri et al., 2019).

Tabel 5. Pengaruh Kompetensi Pengelola Unit Kerja terhadap Kinerja Unit RMIK

Model	Unstandardized	Standardized	t	Sig.
	zed	ized		.

	Coefficients		Coefficients	
	B	Std. Error	B	Std. Error
(Constant)	52.50	1.86	28.11	0.00
Kompetensi	1.05	0.46	0.21	2.27

Dari penelitian ini juga telah menemukan bahwa pengaruh kompetensi manajer unit kerja rekam medis terhadap kinerja unit rekam medis signifikan, sehingga dapat dikatakan kinerja unit rekam medis ditentukan dari sejauh mana kompetensi yang dimiliki oleh seorang manajer. Hasil ini mendukung standar yang telah ditetapkan oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) bahwa pengelolaan unit kerja rekam medis dipimpin oleh satu orang yang kompeten mengelola rekam medis, dalam hal ini minimal pendidikan yang dimiliki adalah D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK) (Kepmenkes, 2022). Rumah sakit yang berada di wilayah Sulawesi Selatan memang sebagian besar rumah sakit yang pengelola rekam medisnya adalah seorang PMIK. Namun, kinerja unit rekam medis belum masuk pada kategori tinggi. Hal ini dapat disebabkan oleh masih minimnya kemampuan manajerial dari pengelola unit kerja rekam medis dikarenakan masih banyak masa kerjanya <5 tahun. Hal ini bertolak belakang dengan penelitian oleh yang menemukan bahwa terdapat pengaruh baik antara kompetensi terhadap kinerja pengelola rekam medis dengan masa kerja 1 - 5 tahun (Wardani et al., 2020).

4. Simpulan dan Saran

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tingkat kompetensi pada manajer unit kerja rekam medis di rumah sakit wilayah Sulawesi Selatan berada pada kategori tinggi namun juga masih terdapat kompetensi manajer unit kerja rekam medis yang berada pada kategori rendah. Tingkat kinerja unit rekam medis dapat dikatakan rata-rata rumah

sakit masih rendah. Hasil analisis menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara kompetensi pengelola unit kerja dengan kinerja unit rekam medis dan informasi kesehatan. Selanjutnya terdapat pengaruh yang signifikan dari kompetensi pengelola unit kerja terhadap kinerja unit rekam medis dan informasi kesehatan. Disarankan pihak manajemen rumah sakit perlu memberikan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi manajer unit kerja rekam medis berdasarkan standar nasional akreditasi rumah sakit. Diperlukan penelitian lebih lanjut untuk membandingkan bagaimana kinerja unit rekam medis berdasarkan kelas rumah sakit.

5. Ucapan Terima Kasih

Kami mengucapkan terima kasih kepada manajer pengelola unit kerja rekam medis yang telah bersedia mengisi kuesioner yang telah kami bagikan. Kemudian kepada DPD Pormiki Sulawesi Selatan yang telah mendukung kami selama proses penelitian. Direktur Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah memberikan dana dan dukungan untuk melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan semua pihak yang membantu dalam proses kelancaran penelitian ini.

6. Daftar Pustaka

- Ahmad Maulana, D., & Herfiyanti, L. (2021). Analisis Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Di RSUD Bayu Asih Purwakarta. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(8), 933-938. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i8.147>
- Ajami, S., Ketabi, S., & Torabiyani, F. (2015). *Performance improvement indicators of the Medical Records Department and Information Technology (IT) in hospitals*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12669/pjms.313.8005>
- Czabanowska, K., Domaga, A., a, a, Kalaitzi, S., Krogulec, A., Burazeri, G.,

- & Babich, S. (2017). Exploring the Added Value of Women Health Care Managers in Poland. *Materia Socio Medica*, 29(4), 280. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.280-285>
- Fauziah, S. M., Rumana, N. A., Dewi, D. R., & Indawati, L. (2020). Kinerja Petugas Rekam Medis di Rumah Sakit Bhakti Mulia Tahun 2019. *Indonesian of Health Information Management Journal*, 8(2), 53–58. <https://inohim.esaunggul.ac.id/index.php/INO/article/view/205>
- Febriarini, W., Puteri Fannya, Nanda Aula Rumana, & Noor Yulia. (2022). Tinjauan Lama Waktu Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit Anna Medika Bekasi. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 1(1), 105–113. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v1i1.57>
- Garmelia, E., Lestari, S., & Golo, Z. A. (2021). Tinjauan Efektivitas Kerja Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM) di Bangsal Perawatan Sesuai dengan Kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 5. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v9i1.324>
- Giyana, F. (2018). Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. *Kesehatan masyarakat*, 1(2), 48–61. <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, 49 69 (2008).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 312 tahun 2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, (2020).
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit, 1 (2022).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis, Kementerian Kesehatan, Jakarta 2003 (2022).
- Mita, M., & Maulana, M. A. (2020). Pelaksanaan Fungsi Manajemen Dan Kondisi Kerja Berhubungan Dengan Kepuasan Kerja Perawat. *Window Of Health: Jurnal Kesehatan*, 3(4), 326–335. <https://doi.org/10.33368/woh.v0i0.334>
- Nuraini, N. (2021). Analisis Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis. *JOHC*, 2(1)(1), 147–158. <http://johc.umla.ac.id/index.html%0AANALISIS>
- Nurbaety, Andyanie, E., & Baharuddin, A. (2022). Kinerja Satuan Pengawasan Internal di Rumah Sakit Ibu dan Anak Sitti Khadijah I Kota Makassar. *Window Of Health: Jurnal Kesehatan*, 5(3), 677–684.
- Ratna, P., & Eva, P. (2021). Pemberian Informasi dan Kelengkapan Pengisian Informed Consent Pada Pasien Sectio Caesarea di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 4(1), 1–7. <https://doi.org/https://doi.org/10.31983/jrmik.v4i1.6778>
- Rumana, N. A., Aquila, F., Viatiningsih, W., & Deasy, R. (2020). *Unit Rekam Medis RSUD Chasbullah Abdulmadjid Bekasi*. 0–4.
- Sumantri, B., & Gunawan, E. (2022). Hubungan Beban Kerja dengan Kinerja Karyawan di Ruang Filling Instalasi Rekam Medis RSUD Sekayu. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2(1), 9–19. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v2i1.301>
- Vainieri, M., Ferrè, F., Giacomelli, G., & Nuti, S. (2019). Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the

difference. *Health Care Management Review*, 44(4), 306-317.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000164>

Wardani, S. I., Kusuma, W. T., & Rikatsih, N. (2020). Pengaruh Motivasi, Kompetensi

dan Lingkungan Kerja terhadap Kinerja Karyawan Rekam Medis di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodininrat Lawang. *Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti*, 8(1).
<https://doi.org/10.47794/jkhws>