

Kontribusi Faktor Kognitif terhadap Skor Kelulusan Uji Kompetensi

Nuryati¹, Dian Budi Santoso², Angga Eko Pramono³

¹Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Sekolah Vokasi UGM, Yogyakarta

Email: 1nur3yati@ugm.ac.id

^{2,3}Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Sekolah Vokasi UGM, Yogyakarta

Abstract

The purpose of this study was to determine the contribution of cognitive factors to the passing score of competency tests in the Medical Record and Health Information Study Program in Indonesia. The research design was observational analytic with cross sectional approach. The population of this study were all students of the last semester of Medical Record and Health Information Management Study Program in Indonesia who followed the try out of the competency test. A sample of 597 students was determined using the cluster random sampling technique. Data analysis using multiple linear regression. The results of the study found the influence of cognitive variables on the graduation score of Medical Record and Health Information Management Study Program ($p < 0.05, 95\text{CI}$). Cognitive variables are the most dominant predictor and had a contributor of 27.6% to the competency test score. The conclusion of this study is that cognitive factors have contributed to the RMIK diploma three competency test scores.

Keywords: cognitive, graduation score, competency test

Abstrak

Perkembangan berbagai teknologi membuat kemudahan di bidang kesehatan, salah satunya adalah pendaftaran tidak Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kontribusi faktor kognitif terhadap skor kelulusan uji kompetensi program studi rekam medis dan informasi kesehatan (RMIK) di Indonesia. Rancangan penelitian yang dipilih adalah observasional analitik dengan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian ini adalah seluruh mahasiswa RMIK semester terakhir di Indonesia yang mengikuti try out uji kompetensi. Sampel sebesar 597 mahasiswa ditentukan dengan menggunakan teknik cluster random sampling. Analisis data dengan menggunakan regresi linier berganda. Hasil penelitian terdapat pengaruh variabel kognitif terhadap skor kelulusan uji kompetensi prodi diploma tiga RMIK ($p < 0.05, 95\text{CI}$) dan memiliki kontributor sebesar 27,6% terhadap skor uji kompetensi. Simpulan penelitian ini adalah faktor kognitif memiliki kontribusi terhadap skor uji kompetensi prodi diploma tiga RMIK.

Kata Kunci: kognitif, skor kelulusan, uji kompetensi

PENDAHULUAN

Uji kompetensi (UK) tenaga kesehatan Indonesia menjadi amanat undang – undang No 12 tahun 2012 tentang pendidikan tinggi. UK sebagai salah satu upaya penjaminan mutu lulusan pendidikan tinggi yang kompeten dan terstandar secara nasional, menguji pengetahuan, sikap dan keterampilan sebagai dasar untuk menjalankan profesionalisme dalam pelayanan kesehatan. Institusi pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK) mengeluarkan ijazah sebagai pengakuan hasil pembelajaran yang telah dicapai mahasiswa lulusan RMIK, sedangkan Konsil Tenaga Kesehatan

Indonesia (KTKI) mengeluarkan Surat Tanda Registrasi (STR) sebagai pengakuan kompetensi dan pencatatan tenaga perekam medis informasi kesehatan sesuai dengan hukum yang berlaku di Indonesia (Permenristekdikti, 2015)

UKNI (Uji Kompetensi Ners Indonesia) mahasiswa profesi perawat, bidan dan kedokteran telah dilaksanakan sejak tahun 2013, namun sampai periode tahun 2018 masih terdapat masalah yaitu rendahnya angka kelulusan uji kompetensi secara keseluruhan; di bawah 60% (Masfuri, 2018). Ada hubungan yang bermakna indeks prestasi kumulatif (IPK) akademik, keaktifan pembelajaran dan try out

(TO) dengan keberhasilan capaian lulusan UKNI. Sebanyak 86,4% peserta yang lulus UKNI memiliki nilai TO lebih tinggi atau sama dengan nilai kelulusan UKNI (Lukmanulhakim and Pusporini, 2018) dan mempunyai peluang 3,4 kali lebih besar untuk lulus UKNI dibandingkan dengan nilai TO lebih rendah dari nilai kelulusan UKNI (Manalu & Pitono, 2017).

American Health Information Management Association (AHIMA) menyampaikan bahwa 94% pimpinan organisasi layanan kesehatan lebih mengutamakan menerima profesi manajemen informasi kesehatan yang mempunyai sertifikat uji kompetensi dan mempunyai surat tanda registrasi (American Institutes for Research, 2009). Pada kenyataannya jumlah lulusan program manajemen informasi kesehatan yang mempunyai sertifikat uji kompetensi dan surat tanda registrasi lebih sedikit sehingga tidak mampu memenuhi permintaan dari pihak jasa pelayanan kesehatan.

Departemen Tenaga Kerja Amerika (2015) mencatat bahwa tingkat pertumbuhan profesi manajemen informasi kesehatan periode 2014 hingga 2024 adalah 15 persen. Hal ini dapat diartikan bahwa lebih dari 29.000 pekerjaan profesi manajemen informasi kesehatan akan dibuka selama periode tersebut. Sedangkan program studi manajemen informasi kesehatan hanya mampu meluluskan jauh lebih sedikit dari jumlah lulusan yang dibutuhkan. Dan belum terdapat informasi tentang prediktor keberhasilan kelulusan uji kompetensi (AHIMA, 2016). Rendahnya lulusan program manajemen informasi kesehatan berakibat pada kekurangan tenaga pendaftar kangker (Peterson, 2016). Tingginya penerimaan tenaga kerja profesi Manajemen informasi kesehatan di Australia mencerminkan banyaknya lulusan program manajemen informasi kesehatan yang tidak memenuhi syarat (Riley *et al.*, 2019). Upaya yang dilakukan untuk memenuhi permintaan profesi manajemen informasi kesehatan adalah meningkatkan jumlah lulusan uji kompetensi dan memprediksi faktor-faktor keberhasilan lulusan uji kompetensi (Condon and Barefield, 2016). Beberapa studi telah dilakukan untuk menentukan prediktor keberhasilan uji kompetensi profesi manajemen informasi kesehatan; Condon (2017); model kurikulum, model pembelajaran, demografi dan akademik sebagai prediktor keberhasilan uji kompetensi. Condon (2009); IPK kurikulum inti, nilai pengantar manajemen informasi kesehatan dan nilai coding berhubungan dengan keberhasilan uji

kompetensi. Hulse *et al.* (2007); faktor non kognitif sebagai prediktor keberhasilan uji kompetensi locus of control menunjukkan korelasi positif yang lemah ($r=0,240$, $p<0,05$), dan sifat cemas, menunjukkan korelasi negatif yang lemah ($r=-0,240$, $p<0,05$).

Uji kompetensi nasional mahasiswa D3 RMIK baru pertama kali diselenggarakan pada bulan Agustus 2019. Sebagai upaya pencapaian skor kelulusan, Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMKI) telah melakukan try out uji kompetensi nasional secara online. Try out ini bertujuan untuk mempersiapkan mahasiswa D3 RMIK dalam menghadapi uji kompetensi nasional berbasis Computer Based Test (CBT). Pada Tahun 2018 telah dilaksanakan try out uji kompetensi nasional yang diikuti oleh seluruh Institusi Pendidikan RMIK di Indonesia. Jumlah peserta try out sebanyak 31 Institusi Pendidikan RMIK yang terdiri dari 2288 mahasiswa RMIK. Rata-rata skor try out pertama: 77,6 dan yang kedua: 100,4. Skor maksimal try out uji kompetensi adalah 180. Rendahnya nilai try out ini dapat dijadikan sebagai dasar evaluasi untuk menemukan model keberhasilan lulusan uji kompetensi D3 RMIK. Model tersebut dapat digunakan sebagai upaya strategi pencapaian skor kelulusan, prediksi keberhasilan lulusan uji kompetensi RMIK dan pemenuhan kebutuhan profesi RMIK yang telah tersertifikasi. Mengingat pentingnya lulusan uji kompetensi RMIK, pertanyaan dibawah ini menjadi topik dalam pembahasan penelitian ini. Variabel kognitif yang mana yang berkorelasi dan berpengaruh, serta berapa persen kontribusinya terhadap skor try out uji kompetensi D3 RMIK?

METODE

Rancangan penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini dilakukan menganalisis kontribusi variabel kognitif terhadap skor try out uji kompetensi. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh mahasiswa D3 Rekam Medis di Indonesia yang mengikuti try out uji kompetensi yang diselenggarakan secara nasional oleh Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMKI) pada tahun 2018. Jumlah populasi adalah 2288 mahasiswa yang berasal dari 31 institusi pendidikan RMIK di Indonesia. Diperoleh sampel ($n=597$) yang dipilih dengan menggunakan teknik cluster random sampling dan ditentukan dengan rumus:

$$n = \frac{NZ_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{(N-1)d^2 \left(\frac{N}{C}\right)^2 + Z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

Variabel independen meliputi; kognitif (grade on coding, GPA). Data tersebut dikumpulkan dengan menggunakan aplikasi google form setelah mahasiswa mengerjakan soal-soal try out uji kompetensi secara online. Variabel dependen adalah skor hasil try out uji kompetensi dari masing-masing mahasiswa yang dikumpulkan melalui data base CBT try out uji kompetensi. Regresi linier berganda digunakan untuk menentukan model prediksi kelulusan uji kompetensi. Confidence Interval dalam penelitian ini adalah 95%. Data dianalisis dengan menggunakan program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versi 22.

HASIL

Variabel kognitif dalam penelitian adalah grade on coding, grade point average. Rata-rata grade on coding = 2.8, range = 2. Hal ini berarti rata-rata nilai mahasiswa sudah cukup baik, dengan kategori B. Ada hubungan yang sangat kuat dan positif serta berpengaruh secara signifikan antara variabel grade on coding dengan skor uji kompetensi ($r = 0.790$, $p=0.006$). Sumbangan efektif atau kontribusi variabel grade on coding (nilai coding) terhadap skor uji kompetensi adalah 27.6%.

Ada Hubungan yang sangat kuat, positif serta berpengaruh secara signifikan variabel grade point average (GPA) atau nilai IPK dengan skor uji kompetensi ($r=0.848$, $p=0.001$). Kontribusi variabel GPA terhadap skor uji kompetensi sebesar 32.3%. Dapat disimpulkan bahwa variabel GPA memberikan pengaruh yang lebih besar daripada variabel grade on coding. Total sumbangan efektif variabel kognitif adalah 59.9%. Hasil uji statistik terlihat pada Tabel 1, Tabel 2 dan Tabel 3.

Table 1. Summary of Means, Standard Deviations, and Ranges of Kognitif and Resources Variables

Variabel (n=597)	Mean (SD)	Range
Grade on Coding	2.82(.432)	2.0
Grade Point Average	3.107	1.2
Comptency Scor	87.07(19.82)	95

Table 2 Summary of Intercorrelations

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Grage On Coding	-0.048	-.300	-.563	-	.661	.356	.389	.383	.790
Grage Point Average	-.041	-.329	-.765	.661	-	.436	.541	.441	.848
Comptency Score	-.083	-.431	-.744	.790	.848	.494	.585	.474	-

Table 3 Unstandaradized Regression Coefficients(B) and Intercept, the Standard Error (SE), the Standardized Regression Coeficient(β), and p-values For Variables as Predictor of the MRHI Competency Test Scor

Variabel	B	SE	β	p-Value	Kontribusi
Intercept (Constant)	-40.982	5.494		0.001	
Grage On Coding	16.036	0.973	0.349	0.001	27.6%
Grage Point Average	23.913	1.736	0.381	0.001	32.3%

PEMBAHASAN

Peningkatan jumlah lulusan uji kompetensi rekam medis dan informasi kesehatan merupakan upaya pemenuhan kebutuhan tenaga profesi perekam medis dan informasi kesehatan yang diakui oleh KTKI(Konsil Tenaga Kesehatan Indonesia). Prediksi lulusan program Rekam Medis & Informasi Kesehatan penting dan membantu pimpinan program studi untuk mempersiapkan mahasiswa dalam mengikuti ujian.

Ada hubungan kuat dan positif serta berpengaruh secara signifikan grade coding terhadap skor kelulusan uji kompetensi rekam medis&informasi kesehatan ($p=0.001$). Rata-rata nilai koding adalah 2.82 (Range 0-4). Mahasiswa harus mampu menguasai prinsip-prinsip pengkodean. Mata kuliah koding merupakan mata kuliah inti dan kompetensi utama profesi rekam medis&informasi kesehatan. Terbukti ada korelasi yang kuat antara nilai akhir mata kuliah coding dengan skor kelulusan pada uji sertifikasi RHI ($r=0.685$, $p<0.01$). Hal ini berarti mahasiswa telah berhasil mengembangkan kemampuan kognitif pada fungsi yang lebih tinggi (James V Condon & Barefield, 2016). Penelitian sebelumnya telah menetapkan bahwa mata kuliah

profesional atau inti dan IPK tertentu dikaitkan dengan peningkatan keberhasilan dalam ujian sertifikasi profesional (Daley L1, Kirkpatrick BL, Frazier SK, Chung ML, 2003).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh GPA (Grade Point Average) terhadap skor kelulusan uji kompetensi rekam medis dan manajemen informasi kesehatan ($p=0.001$). Rata-rata GPA: 3.107. Hal penelitian ini konsisten dengan Condon (2013), variabel demografi, nilai akhir mata kuliah inti, GPA sebagai prediksi kelulusan sertifikasi RHI. Lumanulakim (2018); IPK merupakan hasil evaluasi pelajaran yang diperoleh dari kegiatan belajar di perguruan tinggi yang bersifat kognitif; merupakan key predictor dalam menentukan kinerja akademik. Newton(2009); skor Undergraduate Grade Point Average (UGPA) dan test bakat akademis Graduate Record Examination (GRE) sebagai prediktor kelulusan uji kompetensi ners. Dolezel&McLeod(2017); GPA sebagai prediktor pertama kelulusan ujian RHIA untuk on-campus students and online students. Sumbangan efektif GPA dalam penelitian ini adalah 32.3%. Disimpulkan bahwa GPA sebagai prediktor yang dominan untuk skor kelulusan program rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.

Temuan dalam penelitian ini sesuai dengan model evaluasi program Wholey dan Model Konseptual Pendidikan Manajemen Informasi Kesehatan (28–30). Temuan dalam penelitian ini adalah variabel kognitif sebagai prediktor (Grade Coding&GPA) memberikan kontribusi terhadap skor hasil try out uji kompetensi adalah 59,9%. Nilai statistik mean (range) : Grade coding: 2.82 (1-4), IPK: 3.107 (1-4), serta skor kelulusan: 87.07 (1-180). Hal ini menunjukkan bahwa capaian skor kelulusan masih rendah. Sehingga pimpinan program studi melakukan evaluasi terhadap kurikulum, terutama terkait mata kuliah koding, perbaikan metode pembelajaran maupun praktikum (Hartwig MK and Dunlosky J, 2012). Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi kelemahan mahasiswa dari komponen individu dan kognitif/akademik. Pimpinan program studi dapat memberikan intervensi bagi mahasiswa yang mempunyai skor kelulusan rendah. Sebagai contoh; remediasi, pembekalan dan latihan/try out. Sehingga tingkat lulus dalam uji kompetensi program diploma tiga RMIK meningkat. Temuan dalam penelitian ini adalah variabel kognitif sebagai prediktor yang paling dominan.

KETERBATASAN:

Penelitian ini memiliki keterbatasan antara lain data variabel independen dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner aplikasi google form sehingga tidak mampu menggali informasi lebih dalam.

SIMPULAN

Disarankan pimpinan perguruan tinggi meningkatkan kualitas pendidikan melalui kerjasama dengan perguruan tinggi yang mempunyai program studi RMIK. GPA sebagai variabel kognitif yang paling dominan sebagai prediktor skor kelulusan. GPA merupakan nilai kumulatif dari nilai proses pembelajaran, sehingga disarankan pimpinan perguruan tinggi memperbaiki dan meningkatkan kualitas komponen pembelajaran.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini didukung oleh Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMIKI). Kami ucapkan terimakasih juga kepada seluruh institusi pendidikan yang menjadi anggota APTIRMIKI yang telah menyediakan data untuk penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Condon, J. V and Barefield, A. C. (2016) 'Predicting Professional Examination Outcomes : A Case of the Predicting Professional Examination Outcomes : A Case of the Registered Health Information Administration Certification Examination', *Journal of Allied Health*, (January), pp. 1–8.
- Daley L1, Kirkpatrick BL, Frazier SK, Chung ML MD. Predictors of NCLEX-RN success in a baccalaureate nursing program as a foundation for remediation. *J Nurse Educ*. 2003;42(9):390–398.
- Hartwig MK and Dunlosky J (2012) 'Study strategies of college students: Are self-testing and scheduling related to achievement?', *Psychonomic Bulletin & Review*, 19(1), pp. 126–134.
- Lukmanulhakim and Pusporini, S. L. (2018) 'Analisis Faktor yang Mempengaruhi Capaian Lulusan

- Uji Kompetensi Ners Mahasiswa Program Ners', *Cakrawala Pendidikan*, 37(2), pp. 306–320. doi: 10.21831/cp.v37i2.19881.
- Masfuri (2018) 'Keputusan Panitia Nasional Uji Kompetensi Mahasiswa Pendidikan Keperawatan dan Kebidanan No.581/PUK-Nas/XI/2018 Tentang Hasil Uji Kompetensi Mahasiswa Program Ners'. Jakarta, pp. 2016–2018.
- Margareth A. Gender differences in academic achievement : A matter of contextual classroom influence ? 2019;8(1):1–20.
- Newton;Laureen H.Smith Magnan. Predicting Early Academic Achievement in a Baccalaureate Nursing Program. *J Prof Nurs*. 2007;23(3):144–9.
- Permenristekdikti (2015) *Peraturan Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2015 Tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi*. Jakarta.
- Peterson, J. (2016) 'Encouraging Health Information Management Graduates to Pursue Cancer Registry Careers', *Journal of registry management*, 43(1), pp. 37–41.
- Riley, M. *et al.* (2019) 'Workforce survey of Australian graduate health information managers: Employability, employment, and knowledge and skills used in the workplace', *Health Information Management Journal*. SAGE PublicationsSage UK: London, England, p. 183335831983929. doi: 10.1177/1833358319839296.
- Wang M, Willett JB, Eccles JS. The assessment of school engagement : Examining dimensionality and measurement invariance by gender and race / ethnicity. *J Sch Psychol* [Internet]. 2011;49(4):465–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2011.04.001>

Perancangan Sistem Informasi Pengukuran Kebugaran Jasmani (E-Bugar) Kementerian Kesehatan RI

Resti Sintya Ervina¹, Tris Eryando², Artha Prabawa³

¹Departemen Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Studi Informatika Kesehatan, Universitas Indonesia, Gedung A Lantai 2 Kampus UI Depok 16424, Indonesia
Email: ¹resti.sintya.ervina@gmail.com

²Departemen Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Gedung A Lantai 2 Kampus UI Depok 16424, Indonesia
Email: ²tris.eryando@gmail.com, dr.arthaprabawa@gmail.com

Abstract

Lack of physical activity is one of the ten main risk factors for death. Moreover, people who are not physically active will burden the community through rising medical care costs and the loss of productivity concerned (WHO, 2018). Nowadays, the phenomenon of low physical activity also occurs in Indonesia. It turned out that something similar happened among Ministry of Health employees who were supposed to be the pioneers in carrying out physical activities. Studying such conditions, this research will propose a mobile android based application model. The purpose of this study is that Ministry of Health employees are motivated to participate in fitness measurement and then become active in physical activity. The system development method used is prototyping. The results of this study are in the form of a physical fitness measurement information system Ministry of Health which contains physical examination information, fitness measurements using the rockport method and Sports Medicine Specialist Doctors examination.

Keywords: *Physical fitness, design, information systems, prototyping*

Abstrak

Kurangnya aktivitas fisik merupakan salah satu dari sepuluh faktor risiko utama kematian. Terlebih lagi, orang yang tidak aktif secara fisik akan membebani masyarakat melalui biaya perawatan medis yang terus meningkat serta hilangnya produktivitas yang bersangkutan. Dewasa ini, fenomena kegiatan aktivitas fisik yang rendah juga terjadi di Indonesia. Ternyata hal serupa terjadi pula di kalangan pegawai Kementerian Kesehatan yang seharusnya menjadi pelopor pelaksanaan aktivitas fisik. Mempelajari kondisi demikian maka penelitian ini akan mengusulkan suatu model aplikasi berbasis *mobile android*. Tujuan dari penelitian ini agar pegawai Kementerian Kesehatan termotivasi untuk berpartisipasi pada pengukuran kebugaran dan selanjutnya menjadi aktif melakukan aktivitas fisik. Metode pengembangan sistem yang digunakan adalah *prototyping*. Hasil penelitian ini berupa rancangan sistem informasi pengukuran kebugaran jasmani Kementerian Kesehatan yang berisi informasi pemeriksaan fisik, pengukuran kebugaran menggunakan metode *rockport* dan pemeriksaan Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga.

Kata Kunci: *Kebugaran jasmani, perancangan, sistem informasi, prototyping*

PENDAHULUAN

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 80 menyatakan bahwa upaya kesehatan olahraga ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan kebugaran jasmani masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan dan kebugaran jasmani masyarakat merupakan upaya dasar dalam meningkatkan prestasi belajar, kerja dan olahraga. Upaya kesehatan olahraga dilaksanakan melalui aktifitas fisik, latihan

fisik dan/atau olahraga. Kesehatan didefinisikan sebagai keadaan sejahtera jasmani, mental, sosial dan spiritual kesejahteraan dan bukan hanya tidak adanya penyakit maupun kecacatan (WHO, 2001). Aktivitas fisik didefinisikan sebagai gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang membutuhkan pengeluaran energi, termasuk kegiatan yang dilakukan saat bekerja, bermain, melakukan pekerjaan rumah tangga, bepergian,

dan melakukan kegiatan rekreasi (WHO, 2018). Aktivitas fisik merupakan salah satu pola hidup yang sangat berpengaruh terhadap kenaikan prevalensi penyakit tidak menular. Fenomena ini diprediksi akan terus berlanjut. Penyakit tidak menular merupakan penyakit yang tidak infeksius dan sulit sekali disembuhkan apabila kondisi penyakit sudah kronis karena itu upaya terbaik yang dapat dilakukan dengan cara mengendalikan faktor risiko terjadinya penyakit tidak menular tersebut. Berdasarkan WHO, kurangnya aktivitas fisik merupakan salah satu dari sepuluh faktor risiko utama kematian. Orang yang tidak aktif secara fisik memiliki risiko 20% hingga 30% peningkatan dari semua penyebab kematian dibandingkan dengan mereka yang melakukan setidaknya 150 menit aktivitas fisik intensitas sedang per minggu. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar, proporsi aktivitas fisik kurang naik dari 26,1% menjadi 33,5% dibandingkan Tahun 2013.

Berbagai faktor risiko penyakit tidak menular diantaranya adalah merokok dan keterpaparan terhadap asap rokok, diet/pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, konsumsi minuman beralkohol, dan riwayat keluarga (keturunan). Berbagai upaya pemerintah untuk mengatasi tingginya kematian akibat penyakit tidak menular, khususnya Kementerian Kesehatan yang telah mencanangkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Berdasarkan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat menjalankan pola hidup sehat serta meninggalkan kebiasaan dan perilakukurang sehat. Gernas terdiri dari 3 (tiga) kegiatan utama yang dikampanyekan kepada masyarakat antara lain 1) melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit setiap hari; 2) Makan buah dan sayur setiap hari; dan 3) Memeriksa kesehatan secara rutin.

Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga sebagai pelopor pelaksana Gernas terkait aktivitas fisik telah melaksanakan upaya kesehatan olahraga guna meningkatkan kualitas kesehatan pegawainya. Pegawai Kementerian Kesehatan sebagai unsur pelaksana pemerintahan negara, harus memiliki kondisi yang sehat bugar dan produktif, agar dapat bekerja dengan maksimal dalam melayani masyarakat. Upaya kesehatan olahraga yang telah dilakukan antara lain melalui kegiatan senam bersama pada setiap hari jumat pagi, bazar buah dan sayur setiap 1 bulan sekali, kegiatan peregrangan

setiap hari kerja pukul 10.00 dan 14.00, serta pelaksanaan pengukuran kebugaran jasmani yang dilakukan secara berkala kepada seluruh pegawai minimal 3 bulan sekali. Pelaksanaan pengukuran kebugaran dijadikan sebagai upaya preventif terjadinya penyakit tidak menular.

Kementerian kesehatan telah melaksanakan pengukuran kebugaran jasmani menggunakan tes lapangan 1,6 KM metode *Rockport* karena mempertimbangkan aspek kemudahannya, biaya yang dikeluarkan tidak banyak dan dapat dilakukan secara masal dan lebih efisien. Tes *Rockport* valid terhadap tes Bruce yang merupakan baku emas pengukuran kebugaran jantung paru (Budiman, 2017). Oleh karena itu tes *Rockport* cocok untuk digunakan baik di Kementerian Kesehatan maupun masyarakat.

Berdasarkan hal tersebut, akan dikembangkan sebuah perancangan sistem informasi kebugaran jasmani Kementerian Kesehatan yang selanjutnya disebut e-Bugar dengan tujuan untuk mengoptimalkan hasil pengukuran kebugaran sehingga dapat memotivasi pegawai untuk ikut pengukuran kebugaran jasmani. Sistem ini dapat dimanfaatkan sebagai alat deteksi dini, monitoring kesehatan pegawai, notifikasi/peringatan kesehatan, pencatatan dan pelaporan hasil pengukuran kebugaran jasmani serta sebagai bahan penunjang pengambilan kebijakan. Melalui sistem informasi ini diharapkan data hasil pengukuran kebugaran yang terkumpul dapat dimanfaatkan secara maksimal serta dapat meningkatkan kesehatan pegawai Kementerian Kesehatan.

METODE

Penelitian ini dilakukan di Kementerian Kesehatan yang beralamat di Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9 Jakarta Selatan. Kegiatan pengukuran kebugaran jasmani ini dilaksanakan oleh satker Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga. Teknik pengumpulan data yang dibutuhkan pada penelitian ini menggunakan cara observasi dan studi pustaka.

Metode pengembangan perangkat lunak yang digunakan untuk merancang Sistem Informasi Pengukuran Kebugaran Jasmani menggunakan metode *prototyping*. Metode ini cocok digunakan untuk mengembangkan sebuah perangkat yang akan dikembangkan kembali (Mustika dkk, 2017). Metode ini juga cocok untuk sistem atau perangkat lunak yang bersifat *customize* (Susanto dan Andriana,

2016). Metode ini tepat digunakan karena dapat menghasilkan rancangan sistem informasi sementara, desain yang cepat dan memberikan visual dari sistem yang diusulkan (Litcher dkk, 1994). Dengan metode *prototyping*, pengguna dan pengembang dapat saling berkomunikasi untuk menentukan pemodelan sistem yang akan menjadi dasar pengembangan sistem operasi, pengguna dapat ikut terlibat secara aktif sehingga sistem yang dibuat sesuai dengan keinginan dan harapan pengguna dan sistem yang dibangun sesuai dengan kebutuhan yang ada (Buana T. Dkk, 2017). Berdasarkan metode *prototyping*, tahapan-tahapan yang dilakukan pada penelitian ini antara lain: 1) analisis kebutuhan sistem; 2) perencanaan sistem; 3) perancangan sistem, dan 4) implementasi.

HASIL

Hasil penelitian ini diuraikan bagaimana proses pengukuran kebugaran jasmani dilakukan. Gambaran kondisi ini didapat dari hasil studi kualitatif dengan metode wawancara, observasi dan studi literatur. Selain itu akan dijelaskan tahapan pengembangan sistem yang mengacu pada metode *prototyping* yaitu analisis kebutuhan sistem, perencanaan sistem.

Analisis Kebutuhan Sistem

Pengukuran kebugaran jasmani merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan stamina dan status kesehatan seseorang dengan cara melakukan aktivitas fisik dan latihan fisik/olahraga. Upaya ini telah dilaksanakan oleh Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga, Kementerian Kesehatan dengan sasaran seluruh pegawai Kementerian Kesehatan yang berlokasi di Jl. H.R. Rasuna Said Blok X5 Kav 4-9 Jakarta Selatan. Pengukuran kebugaran jasmani dilakukan di halaman kantor Kementerian Kesehatan dengan menggunakan metode *rockport*. Metode ini mengharuskan peserta untuk melakukan jalan cepat sejauh 1,6 KM yang kemudian akan dihitung waktu tempuh peserta dalam menit dan detik. Hasil pengukuran tersebut kemudian dicatat pada Kartu Menuju Bugar (KMB). Kartu tersebut harus dibawa setiap kali akan melakukan pengukuran kebugaran. Rekapitulasi hasil pengukuran kebugaran diserahkan kepada pemangku kebijakan dalam bentuk excel.

Dari gambaran tersebut dapat dilihat bahwa pemrosesan data dan informasi memiliki banyak kendala seperti sulitnya bagi peserta untuk dapat memantau kebugarannya secara berkala sehingga

sulit untuk mendeteksi penyakit tidak menular lebih awal. Pemantauan dapat berjalan dengan baik dipengaruhi oleh kesadaran pegawai untuk mengikuti pengukuran kebugaran. Selain itu hasil rekapitulasi kebugaran jasmani pegawai membutuhkan waktu yang lama untuk diolah menjadi laporan yang nantinya akan digunakan sebagai bahan pendukung pengambilan keputusan oleh pemangku kebijakan.

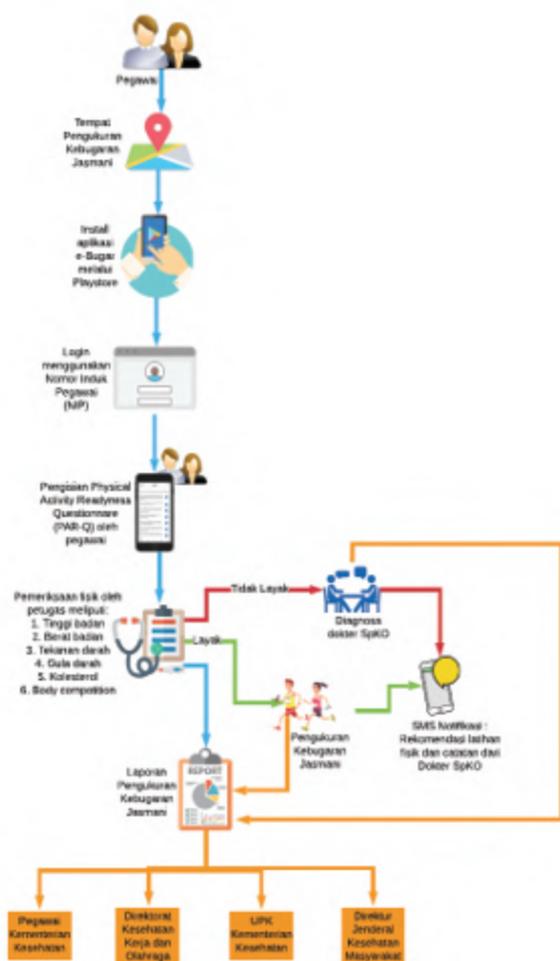
Sistem informasi kebugaran jasmani harus dapat mengakomodir kebutuhan dari 4 pengguna sistem yang terlibat dalam proses pengukuran kebugaran jasmani yaitu admin, pegawai Kementerian Kesehatan, Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) Kementerian Kesehatan, Direktur Kesehatan Kerja dan Olahraga dan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat.

Perencanaan Sistem

Proses perencanaan dibuat berdasarkan hasil yang diperoleh dari studi kualitatif. Hasil yang diperoleh dibuat kedalam bentuk *flowchart*. *Flowchart* tersebut menggambarkan urutan proses pengukuran kebugaran secara mendetail. Pelaksanaan pengukuran kebugaran jasmani dilakukan diluar ruangan sehingga sistem yang dirancang berbasis android agar memudahkan pengguna untuk mengaksesnya.

Proses pengukuran kebugaran dimulai dengan pegawai mendatangi tempat pengukuran kebugaran. Pegawai akan diminta untuk menginstall aplikasi e-Bugar pada *handpone* masing-masing. Kemudian pegawai diminta untuk login menggunakan NIP dan *password*. Setelah masuk ke dalam aplikasi e-Bugar, pegawai diminta mengisi *Physical Activity Readiness* (Par-Q) yang terdiri dari 7 pertanyaan. Par-Q adalah alat skrining diri sederhana yang dapat digunakan oleh siapa saja yang berencana untuk memulai program latihan. Pengisian ini dilakukan untuk melihat kemungkinan risiko berolahraga untuk seseorang berdasarkan riwayat kesehatannya dan melihat latihan yang paling ideal untuk dilakukan (Quinn, 2019). Proses selanjutnya adalah pengisian pemeriksaan fisik yang terdiri dari pemeriksaan berat badan, tinggi badan, tekanan darah, gula darah sewaktu dan kolesterol sewaktu. Data pemeriksaan ini sangat penting karena dapat digunakan sebagai deteksi dini penyakit tidak menular yang perlu dipantau secara berkala. Masalah yang ada adalah data tersebut dicatat pada Kartu Menuju Bugar (KMB) yang kemungkinan untuk kehilangan data sangatlah besar.

Setelah melakukan skrining dengan cara pengisian Par-Q dan pemeriksaan fisik, pegawai yang tidak memenuhi syarat melakukan konsultasi ke dokter SpKO untuk pemeriksaan lebih lanjut. Sedangkan untuk pegawai yang memenuhi syarat dapat langsung melakukan pengukuran kebugaran jasmani. Hasil pengukuran akan otomatis tercatat di dalam aplikasi e-Bugar dan akan ada SMS notifikasi kepada pegawai yang berisi hasil kebugaran, rekomendasi latihan fisik dan catatan dari dokter SpKO. Proses pengukuran kebugaran jasmani dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Alur Pengukuran Kebugaran Jasmani

Perancangan Sistem

Perancangan sistem melibatkan identifikasi dan deskripsi abstraksi sistem perangkat lunak yang mendasar beserta hubungan-hubungannya.¹¹ Rancangan tersebut dibagi kedalam beberapa bagian yaitu perancangan *Context Diagram*, *Data Flow Diagram (DFD)*, *Entity Relationship Diagram (ERD)* dan *Table Relationship Diagram (TRD)*.

Context Diagram (CD)

Pada konteks diagram dapat dilihat bagaimana sistem dirancang secara keseluruhan dan menggambarkan seluruh *entity* yang terkait sehingga dapat terlihat data yang mengalir pada input, proses dan outputnya. Diagram konteks memperlihatkan alur data yang mengalir dari entitas sumber ke entitas proses dan entitas tujuan (11). Berdasarkan diagram konteks pada Gambar 2 dapat dilihat bahwa terdapat empat entitas yang berhubungan dengan Sistem Informasi Kebugaran Jasmani yaitu pegawai Kementerian Kesehatan, Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga, Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat dan Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) Kementerian Kesehatan.

Data Flow Diagram (DFD)

Data Flow Diagram level 1 menjabarkan rincian dari proses yang ada pada diagram konteks yang terdiri dari proses login, pengisian Par-Q, pemeriksaan fisik, pengukuran kebugaran, data pemeriksaan spesialis, sms notifikasi, laporan kebugaran pegawai. DFD level 1 dapat dilihat pada Gambar 3.

Entity Relationship Diagram (ERD)

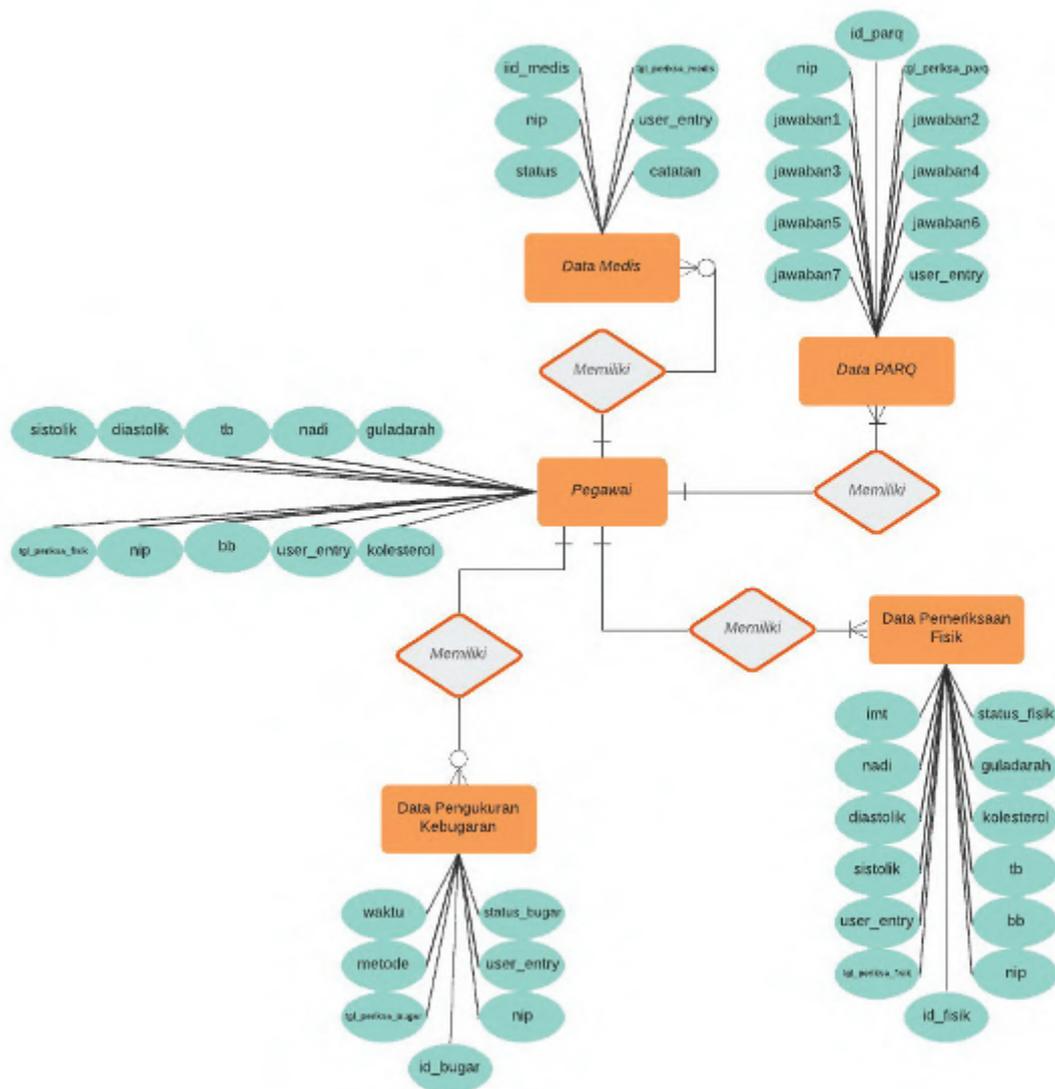
Entity Relationship Diagram digunakan untuk memperlihatkan hubungan antar entitas dalam sistem. ERD juga menggambarkan bagaimana hubungan antara entitas yang ada dalam sistem beserta atribut-atribut yang dimilikinya. Hubungan antar entitas yang terjadi dalam Sistem Informasi Pengukuran Kebugaran Jasmani dapat dilihat pada Gambar 4.

Table Relationship Diagram (TRD)

Pada *Table Relationship Diagram* dapat diketahui hubungan antar tabel yang ada pada rancangan Sistem Informasi Kebugaran Jasmani. Hubungan antar tabel dalam Sistem Informasi Pengukuran Kebugaran Jasmani dapat dilihat pada Gambar 5.

PEMBAHASAN

Analisa dalam pembahasan menguraikan secara tepat dan argumentatif hasil penelitian dengan teori dan hasil penelitian terdahulu.



Gambar 4. Entity Relationship Diagram (ERD)

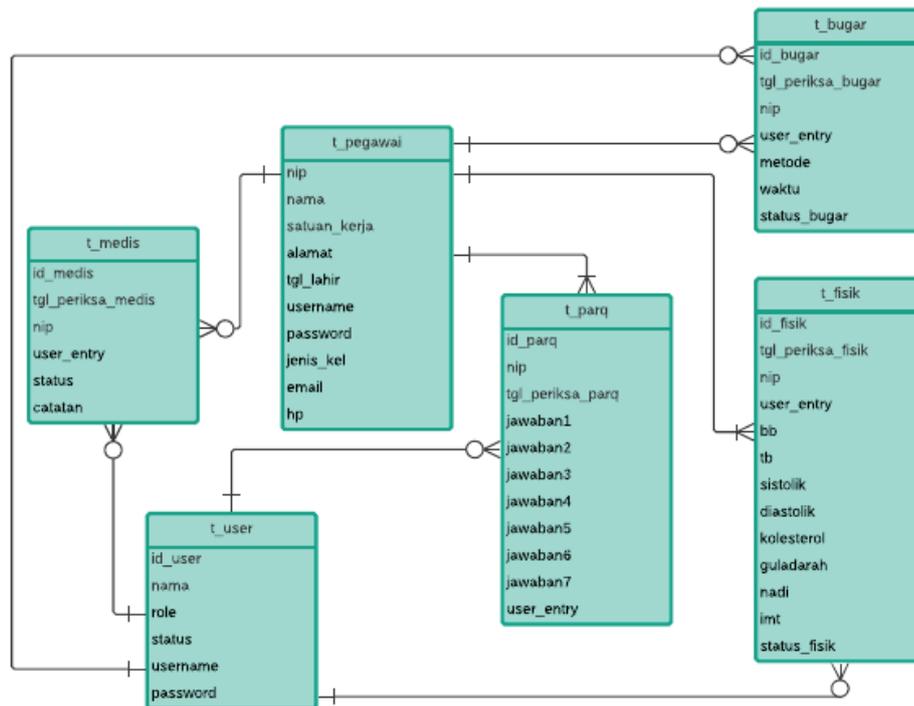
Implementasi

Tahap implementasi merupakan tahapan terakhir pada penelitian ini. Pada tahap ini desain sistem diterjemahkan ke dalam form, kode dan laporan. Implementasi dilakukan sesuai dengan kebutuhan yang telah dilakukan pada tahap analisis dan perancangan.

PEMBAHASAN

Sistem informasi pengukuran kebugaran jasmani (e-Bugar) merupakan aplikasi berbasis android yang dirancang untuk mencatat, mengolah, melaporkan dan menganalisis pelaksanaan pengukuran kebugaran

jasmani. Untuk melihat gambaran aplikasi e-Bugar secara lebih jelas, dapat dilihat pada antarmuka sistem yang sudah dibuat. Aplikasi E-Bugar ini terbagi ke dalam 2 model aplikasi yaitu model aplikasi web dan model aplikasi mobile android. Model aplikasi web berisi Daftar Hasil Pengukuran Kebugaran Pegawai, Laporan Rekapitulasi Status Kebugaran, Laporan Rekapitulasi Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Laporan Jumlah Pegawai yang Melakukan Pengukuran Kebugaran Jasmani, sedangkan untuk model aplikasi mobile android berisi Login, Pengisian Par-Q, Pemeriksaan Fisik, Pengukuran Kebugaran dan Pemeriksaan Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga. Bentuk antarmuka dari masing-masing menu adalah sebagai berikut:



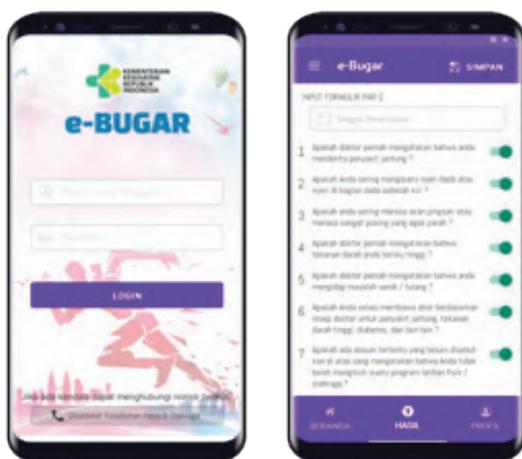
Gambar 5. Table Relationship Diagram (TRD)

Menu Login

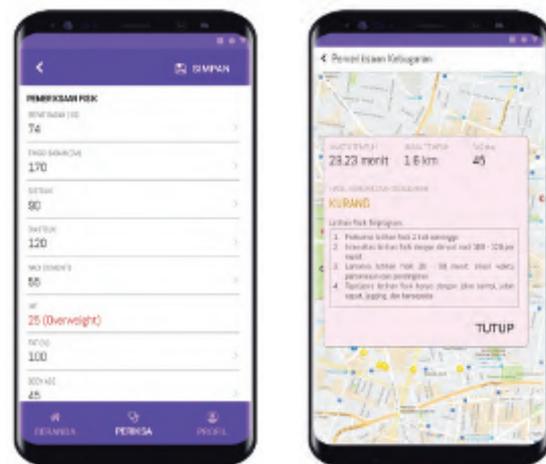
Form login dapat diakses setelah pengguna menginstall aplikasi e-Bugar melalui Playstore. Username dan password yang digunakan adalah NIP dari masing-masing pegawai sehingga pengguna tidak perlu melakukan pendaftaran terlebih dahulu.

Menu Pengisian Par-Q

Pada halaman ini menampilkan 7 pertanyaan yang berfungsi sebagai alat skrining diri sederhana sebelum memulai program latihan. Pengisian ini dilakukan untuk melihat bagaimana riwayat kesehatan dari pegawai yang akan melakukan pengukuran kebugaran jasmani tersebut. Menu pengisian Par-Q dapat dilihat pada Gambar 6.



Gambar 6. Menu Login dan Par-Q



Gambar 7. Menu Pemeriksaan Fisik dan Pengukuran Kebugaran

Menu Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan pemeriksaan untuk melihat apakah pegawai layak untuk melakukan pengukuran kebugaran. Pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi pemeriksaan berat badan, tinggi badan, tekanan darah, IMT, *body competition* dan ada juga pemeriksaan laboratorium yang meliputi gula darah sewaktu dan kolesterol sewaktu. Menu pemeriksaan fisik dapat dilihat pada Gambar 7.

Menu Pengukuran Kebugaran

Setelah pegawai dinyatakan layak untuk melakukan pengukuran kebugaran jasmani kemudian peserta melakukan lari / jalan cepat sejauh 1,6 KM. Hasil pengukuran tersebut yaitu waktu tempuh, jarak tempuh dan VO2Max yang kemudian di konversi sehingga menghasilkan status kebugaran. Pada Gambar 7 dapat dilihat antarmuka menu pengukuran kebugaran.

Menu Pemeriksaan Dokter Spesialis Kedokteran Olahraga

Halaman pemeriksaan dokter spesialis kedokteran olahraga berfungsi untuk menampilkan catatan dari dokter spesialis kesehatan olahraga terhadap pegawai yang mendapatkan hasil tidak layak mengikuti pengukuran kebugaran jasmani pada saat pengisian Par-Q dan pemeriksaan fisik untuk dapat dilakukan diagnosa mandalam.

Menu Daftar Pegawai yang melakukan Pengukuran Kebugaran

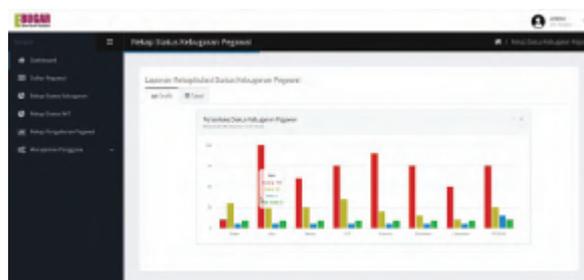
Menu ini menghasilkan daftar pegawai yang telah melaksanakan pengukuran pegawai. Pada halaman ini terdapat beberapa fungsi seperti mencetak laporan, export laporan kedalam bentuk excel dan memfilter laporan berdasarkan satuan kerja/nama pegawai/tanggal pengukuran. Antarmuka yang menampilkan daftar pegawai yang melakukan pengukuran kebugaran dapat dilihat pada Gambar 8.



Gambar 8. Daftar pegawai yang melakukan pengukuran kebugaran

Menu Laporan Rekapitulasi Status Kebugaran

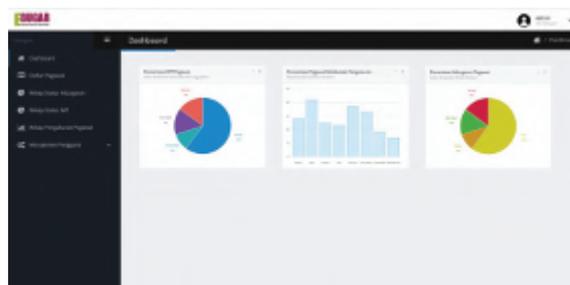
Menu laporan ini menampilkan informasi status kebugaran pegawai per satuan kerja. Laporan ini bisa dilihat dalam bentuk diagram ataupun tabel. Laporan rekapitulasi status kebugaran dapat dilihat pada Gambar 9.



Gambar 9. Laporan Rekapitulasi Status Kebugaran

Menu Laporan Jumlah Pegawai yang Melakukan Pengukuran Kebugaran Jasmani

Pada halaman ini disajikan berbagai laporan dalam bentuk diagram. Diagram yang ditampilkan antara lain presentase Indeks Massa Tubuh (IMT) pegawai, presentase pegawai yang melakukan pengukuran dan presentase kebugaran pegawai dibagi per kategori baik, cukup, kurang dan kurang sekali. Laporan tersebut dapat dilihat pada gambar 10.



Gambar 10. Menu laporan jumlah pegawai yang melakukan pengukuran kebugaran

SIMPULAN

Penelitian ini menghasilkan *prototype* sistem informasi kebugaran jasmani (e-Bugar) yang mencakup pengisian *Physical Activity Readiness* (Par-Q), pemeriksaan fisik (berat badan, tinggi badan, tekanan darah, gula darah sewaktu dan kolesterol sewaktu) dan pengukuran kebugaran jasmani menggunakan metode *Rockport*. Sistem informasi ini dapat dikembangkan oleh organisasi

agar dapat dimanfaatkan oleh masyarakat umum. Sistem Informasi Pengukuran Kebugaran Jasmani dikembangkan dengan membangun fitur-fitur yang sesuai dengan kebutuhan pengguna. Dengan beberapa pengembangan, sistem ini dapat digunakan oleh masyarakat umum. Tahapan *deployment delivery & feedback* perlu dilakukan untuk mengetahui kekurangan aplikasi. Implementasi aplikasi e-Bugar dengan segala keterbatasannya memerlukan pemeliharaan dan pengembangan lebih lanjut agar sistem dapat menyesuaikan dengan kebutuhan di masa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

- Buana Tunggang Dewi T, Marthasari GI, Risqiwati D. Rancang Bangun Dan Implementasi Website E-Commerce UKM GS4 Malang Menggunakan Metode Prototyping. *Jurnal Universitas Muhammadiyah. Malang.* 2017;1–10.
- Budiman I, Aprijana I, Iskandar D. Penggunaan Tes Lapangan 1,6 KM Metoda Rockport Untuk Pengukuran Kebugaran Jantung-Paru Dengan Baku Emas Treadmill Metoda Bruce. *Jurnal Sains Keolahragaan dan Kesehatan. Bandung.* 2017; 2(2):38.
- Hozisah D. Perancangan Sistem Informasi Pelayanan Antenatal Terpadu (SIPAT). *Jurnal MKMI. Makassar.* 2015; (September):189–96.
- Joanda AD, Priyandari Y, Zakaria R. Perancangan Sistem Informasi Manajemen Layanan Jasa Teknologi dan Kerjasama di Lembaga DEF. *Jurnal Sistem Informasi. Surakarta.* 2014; 10(2).
- Kementerian Kesehatan. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta. 2018.
- Lichter H, Schneider-Hufschmidt M, Zullighoven H. Prototyping in Industrial Software Projects- Bridging the Gap Between Theory and Practice. *IEEE Trans Softw Eng.* 1994; 20(11):825–32.
- Mustika, E. Sugara, M. Pratiwi. Pengembangan Media Pembelajaran Interaktif dengan Menggunakan Metode Multimedia Development Life Cycle. *Jurnal Online Informatika. Palembang.* 2017; 2(2):121 - 126.
- Nugraha W, Syarif M. Penerapan Metode Prototype dalam Perancangan Sistem Informasi Penghitungan Volume dan Cost Penjualan Minuman Berbasis Website. *Jurnal Sistem Informasi Musirawas. Lubuklinggau.* 2018; 3(2).
- Pressman RS. *Software Quality Engineering: A Practitioner’s Approach.* New York. 2014. 1–193.
- Susanto R, Andriana AD. Perbandingan Model Waterfall dan Prototyping untuk Pengembangan Sistem Informasi. *Jurnal Majalah Ilmiah UNIKOM.* 2016; 14(1). WHO. A Public Health Approach to Mental Health. 2001. [Diakses 13 Oktober 2019]. Available at: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_en.pdf
- WHO. Global Action Plan on Physical Activity 2018 - 2030. 2018. Switzerland.

Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Lembar *Informed Consent* Pasien Bedah di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwiryono Padang

Dewi Oktavia¹, Hardisman², Erkadius³

¹Apikes Iris, ^{2,3}Universitas Andalas

¹dewioktavia8780@gmail.com

²Erkadius@yahoo.com, ³Hardisman@gmail.com

Abstract

One indicator of the minimum standards service medical record is the complete filling of an informed consent sheet of 100%. Based on the initial survey at the 3rd Level Hospital of Dr.Reksodiwiryono Padang, it was found that from the 20 informed consent sheets, the average number of incomplete informed consent forms was 29%. The purpose of this study was to determine the number of completeness and causes of incomplete filling of surgical patients' informed consent sheets at the 3rd Level Hospital of Dr.Reksodiwiryono Padang. This study is a mixed methods research with sequential explanatory design carried out at the 3rd Level Hospital of Dr.Reksodiwiryono Padang in March to July 2017. In quantitative research, the sampling technique was simply random sampling, sample number 67, and the analysis used was descriptive. While the qualitative research technique for determining informants was used by purposive sampling, the number of informants was 15 people, and the analysis used content analysis techniques. The results of quantitative research obtained an average informed consent score of 66,3% optimal and the process in the implementation of the medical record has not been implemented properly. The conclusion of this study is the number of completeness in filling out the information sheet of the medical record has not reached the SPM medical record in the hospital. This is because the implementation of the medical record service system is not optimal.

Keywords: *Informed Consent, Hospital, Minimum Standards Service*

Abstrak

Salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rekam medis adalah kelengkapan pengisian lembar *informed consent* sebesar 100%. Berdasarkan survey awal di Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiryono Padang ditemukan bahwa dari 20 lembar *informed consent* rata-rata angka ketidaklengkapan pengisian lembar *informed consent* sebesar 29%. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui angka kelengkapan dan penyebab ketidaklengkapan pengisian lembar *Informed consent* pasien bedah di Rumah Sakit Tingkat III. dr.Reksodiwiryono Padang. Penelitian ini merupakan penelitian kombinasi (*mixed methods research*) dengan desain *sequential explanatory* yang dilaksanakan di Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryono Padang pada bulan Maret sampai dengan Juli 2017. Pada penelitian kuantitatif, teknik pengambilan sampel dengan simple random sampling, jumlah sampel 67, dan analisis yang digunakan deskriptif. Sedangkan penelitian kualitatif teknik penentuan informan yang digunakan secara *purposive sampling*, jumlah informan 15 orang, dan analisis yang digunakan teknik analisis isi. Hasil penelitian kuantitatif diperoleh rata-rata angka kelengkapan *informed consent* diperoleh 66,3%. Hasil Penelitian kualitatif diperoleh input penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis belum optimal dan proses dalam pelaksanaan rekam medis belum terlaksana dengan baik. Kesimpulan penelitian ini adalah angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* rekam medis belum mencapai SPM rekam medis di rumah sakit. Hal ini disebabkan karena penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis belum optimal.

Kata kunci: *Informed Consent, Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal*

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia (UUD RI) tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Rumah sakit merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (DPR RI, 2009).

Agar rumah sakit dapat melaksanakan fungsi dengan baik, maka rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Berdasarkan Kemenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 bahwa mutu atau kualitas adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan atau sesuai dengan persyaratan. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit merupakan suatu ketentuan-ketentuan bagi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam rangka usaha pemerintah untuk menjamin mutu pelayanan rumah sakit (Kemenkes RI, 2008).

Salah satu yang berperan penting dalam suatu rumah sakit adalah bagian dari intalasi perekam medis atau disebut dengan *medical record*. Berdasarkan Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/ tahun 2008 tentang Rekam Medis menyebutkan bahwa semua fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis, termasuk rumah sakit (Permenkes RI, 2008). Kemudian disusul lagi dengan dikeluarkannya Undang-Undang (UU) No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, ada kejelasan bagi rumah sakit menyangkut kewajibannya untuk menyelenggarakan rekam medis (DPR RI, 2009).

Pelayanan rekam medis peranannya sangat penting karena merupakan bukti tertulis dari pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Hal ini didukung dengan isi Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 1 ayat 1 bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI, 2008).

Salah satu SPM rekam medis di rumah sakit menurut Kemenkes RI tahun 2008 adalah kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas sebesar 100% (Kemenkes RI, 2008). Menurut Permenkes RI No. 290/MENKES/PER/III/2008 *informed consent* merupakan persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Rekam medis mempunyai kekuatan hukum sebagai salah satu unsur masukan dalam proses pengambilan keputusan oleh hakim, sehingga rekam medis yang selesai dibuat tidak boleh diubah, dihilangkan, atau ditambah isinya.

Kelengkapan lembar *informed consent* dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut diantaranya adalah sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan serta dapat digunakan sebagai alat untuk analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. *Informed consent* ini akan memberikan perlindungan hukum tidak hanya kepada pasien, namun juga melindungi tenaga kesehatan/ dokter dari tuntutan yang tidak proporsional dari pihak pasien (Hanafiah dan Amri, 2012). Selain itu, berkas rekam medis yang tidak lengkap seperti tidak adanya tanda tangan dan nama terang dokter, diagnosis dan kode diagnosis belum diisi atau belum tertulis, dan riwayat perjalanan penyakit belum terisi dengan lengkap, maka hal ini akan dapat menyebabkan terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS (Feriawati dan Kusuma, 2015).

Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwiryono Padang adalah rumah sakit tingkat III di Provinsi Sumatera Barat yang berada di wilayah Kodim 0312/ Padang, dan dibawah Korem 032/ Wirabrata. Rumah sakit ini termasuk rumah sakit tipe C yang memiliki tugas pokok melaksanakan fungsi organik militer dan fungsi teknis medis Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiryono Padang sampai saat ini belum pernah melakukan penilaian mutu berdasarkan SPM rekam medis di rumah sakit menurut Menkes RI no 129 tahun 2008.

Dari hasil survey tanggal 23 Februari 2017 mengenai kelengkapan *informed consent* didapatkan bahwa dari 20 lembar *informed consent* rata-rata angka kelengkapan pengisian lembar *informed consent* sebesar 71%. Rinciannya adalah identitas pemberi

persetujuan (nama, umur, jenis kelamin, dan alamat) 65%, tindakan medis 95%, hubungan dengan pasien 70%, identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, alamat, dan nomor rekam medis) 65%, waktu (tempat, tanggal, bulan, tahun), saksi (nama dan tanda tangan) 70%, dokter (nama, tanda tangan) 60%, serta yang membuat pernyataan (nama dan tanda tangan) 75%. Hal ini berarti kelengkapan pengisian lembar *informed consent* menurut SPM rumah sakit sebesar 100% juga tidak tercapai.

Begitu juga dengan hasil penelitian Prayogo, Lestari, dan Wariyanti (2014) di Rumah Sakit Muhammadiyah Selogiri Wonogiri mengenai kelengkapan pengisian berkas *informed consent* pada tindakan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* diperoleh bahwa rata-rata angka kelengkapan berkas *informed consent* adalah sebesar 68,33%. Hal ini didapatkan dari: analisis kelengkapan identifikasi pasien, item nama 45 (100%), ketidاكلengkapan jenis kelamin 8 (17,8%). Kelengkapan pelaporan yang penting seperti jam dan tanggal 40 (88,9%), ketidاكلengkapan jenis dan isi informasi 38 (84,4%). Kelengkapan autentikasi nama pasien 45(100%), ketidاكلengkapan tanda tangan dokter 31 (68,9%). Kelengkapan pendokumentasian yang benar dengan pencatatan jelas dan terbaca 45 (100%), dan ketidاكلengkapan penggunaan garis tetap item 32 (71,1%).

Adapun faktor-faktor penyebab ketidاكلengkapan pengisian berkas rekam medis tersebut adalah adanya keterbatasan waktu yang digunakan dokter untuk mengisi berkas rekam medis, beban kerja dokter yang tinggi, belum punya ruang tunggu bagi dokter tamu sehingga dokter tidak mempunyai tempat untuk mengisi berkas rekam medis, serta kurangnya kesadaran dokter akan pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis (Pamungkas, Marwati, dan Solikhah, 2010).

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kombinasi yang menggabungkan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif (*mixed methods research*) dengan desain *sequential explanatory* yang dilaksanakan di Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo Padang pada bulan Maret sampai dengan Juli 2017. Pada tahap pertama dilakukan dengan menggunakan metode kuantitatif dan tahap kedua dengan metode kualitatif (Sugiyono, 2013). Penelitian kuantitatif berperan

untuk memperoleh data jumlah output yang bersifat deskriptif dengan teknik pengambilan sampel secara simple random sampling, dengan jumlah sampel 67 lembar *informed consent* pada pasien bedah.

Jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus besar sampel deskriptif kategorik (Dahlan, 2010) dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z\alpha^2 P \times Q}{d^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel yang dibutuhkan
 $Z\alpha^2$ = Nilai baku distribusi normal = 1,96 (95%)
P = Proporsi kategori variabel yang diteliti
Q = 1 - P
d = Presisi = 10% = 0,1

Dengan proporsi variabel kelengkapan lembar *informed consent* yang sesuai standar (100%) pada penelitian sebelumnya sebesar 80% = 0,8 (Herfiyanti, 2015).

Untuk jumlah sampel yang perlu diambil sebanyak 61 sampel. Selain itu, untuk mengantisipasi *drop out* maka jumlah sampel di atas ditambah 10% sehingga menjadi 67 sampel.

Metode kualitatif untuk mendapatkan informasi mendalam tentang input dan proses dalam penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis berdasarkan SPM rekam medis di rumah sakit. Teknik penentuan informan yang digunakan secara *purposive sampling* dengan jumlah informan 15 orang. Pengolahan data diolah dengan cara reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan dan verifikasi. Analisis data yang dipakai untuk menganalisis data penelitian ini dilakukan dengan teknik analisis isi. Peneliti menggunakan *triangulasi* sebagai teknik untuk mengecek keabsahan data yakni triangulasi sumber dan triangulasi metode. Metode pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen.

HASIL

Hasil Penelitian Kuantitatif

Untuk mengetahui distribusi frekuensi kelengkapan pengisian lembar *informed consent* pasien bedah dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Lembar *Informed Consent* Pasien Bedah di RS Tk.III dr. Reksodiwiryo

No	Item Penilaian	Lengkap/Tidak Lengkap			
		Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Identitas Pasien				
	a. Nama	67	100,0	0	0,0
	b. Umur	60	89,6	7	10,4
	c. Jenis Kelamin	42	62,7	25	37,3
	d. Alamat	22	32,8	45	67,2
	e. No.Rekam Medis	55	82,1	12	17,9
2	Identitas Keluarga Pasien				
	a. Nama	65	97,0	2	3,0
	b. Umur	63	94,0	4	6,0
	c. Jenis Kelamin	50	74,6	17	25,4
	d. Alamat	40	59,7	27	40,3
	e. Hub dengan Pasien	59	88,1	8	11,9
3	Nama Dokter Pemberi Informasi	48	71,6	19	28,4
4	Jenis Informasi				
	1) Diagnosis	54	80,6	13	19,4
	2) Dasar Diagnosis	35	52,2	32	47,8
	3) Tindakan Kedokteran	47	70,1	20	29,9
	4) Indikasi Tindakan	30	44,8	37	55,2
	5) Tata Cara	37	55,2	30	44,8
	6) Tujuan	28	41,8	39	58,2
	7) Risiko	35	52,2	32	47,8
	8) Komplikasi	44	65,7	23	34,3
	9) Prognosis	38	56,7	29	43,3
	10) Alternatif dan Risiko	17	25,4	50	74,6
	11) Hal Lain untuk keselamatan pasien	37	55,2	30	44,8
4	Tanda Tangan Pemberi Informasi	40	59,7	27	40,3
5	Tanda Tangan Pemberi Persetujuan	57	85,1	10	14,9
6	Tanggal Persetujuan	40	59,7	27	40,3
	Rata-rata		66,3		33,7

Dari tabel 1 diketahui bahwa angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* terendah terdapat pada alternatif risiko dan alamat pasien masing-masing yakni 25,4% dan 32,8%. Adapun

angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* pasien rawat inap di Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo masih termasuk belum lengkap karena persentase angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* hanya diperoleh sebesar 66,3%. Artinya, angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* rekam medis belum mencapai standar pelayanan minimal rekam medis di rumah sakit yakni sebesar 100%.

Hasil Penelitian Kualitatif

Input (*Man dan Methode*)

Berdasarkan kuantitas jumlah petugas rekam medis masih belum mencukupi karena pekerjaan di bagian rekam medis ini banyak dan jumlah pasien juga semakin meningkat. Dari segi kualitas masih kurang karena masih ditemukan petugas yang berlatar belakang pendidikan SMA. Meskipun ada yang berlatar belakang D-III dan S-1, namun tidak semua berasal dari tamatan ilmu rekam medis. Selain itu, kegiatan pelatihan tentang penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis belum pernah diadakan di Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo Padang. Begitu juga dengan sistem *reward and punishment* juga belum pernah diterapkan.

Method dalam penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo dilaksanakan dengan cara manual dan komputerisasi. Berdasarkan wawancara, telaah dokumen, maupun observasi bahwa SOP penyelenggaraan rekam medis ada tersedia di instalasi rekam medis.

Proses (*Pencatatan dan Analisis Isi Rekam Medis*)

Pencatatan dalam penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo masih belum terlaksana dengan baik. Dari hasil telaah dokumen ditemukan pencatatan identitas pasien seperti alamat yang tidak lengkap, ditemukan masih banyak tenaga medis tidak melengkapi nama atau tanda tangan serta waktu saat memberikan pelayanan. Padahal, setiap pencatatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Hal ini diperlukan untuk memudahkan sistem pertanggungjawaban atas pencatatan tersebut. Berdasarkan observasi maupun wawancara, proses pencatatan ada yang manual dan ada memakai

komputer. Rekam medis dibuat oleh petugas rekam medis, perawat, dan dokter. Kendalanya dalam pencatatan adalah lupa mengisi. Apalagi jika ada kasus darurat maka tindakan diutamakan terlebih dahulu. Pencatatan rekam medis dilakukan setelah tindakan.

Analisis isi rekam medis dalam penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo tidak dilaksanakan oleh petugas rekam medis. Kendalanya karena dituntut oleh banyaknya pekerjaan lain.

PEMBAHASAN

Kuantitatif

Menurut Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 Pasal 1, persetujuan tindakan kedokteran (*Informed Consent*) adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap, mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Menurut Konsil Kedokteran Indonesia suatu persetujuan dianggap sah apabila pasien telah diberi penjelasan atau informasi, pasien atau yang sah mewakilinya dalam keadaan cakap (kompeten) untuk memberikan keputusan atau persetujuan, persetujuan harus dibrikan secara sukarela.

Menurut Herfiyanti (2015) bahwa kelengkapan pengisian formulir *Informed Consent* tindakan bedah terdiri dari: identitas pasien (nama pasien, umur, jenis kelamin, alamat, nomor rekam medis), informasi identitas keluarga pasien (nama pemberi persetujuan, umur, jenis kelamin, alamat, hubungan dengan pasien, tanggal persetujuan), jenis tindakan, jenis informasi (diagnosis kerja, diagnosis banding, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tata cara, tujuan, risiko tindakan, komplikasi, prognosis, alternatif dan risiko, dan lain-lain), serta informasi autentifikasi (nama dan tanda tangan dokter, nama dan tanda tangan pasien atau keluarga pasien, dan nama serta tanda tangan saksi-saksi).

Wulandari dan Sugiarsi(2014) catatan medis yang terdapat dalam berkas rekam medis dikatakan memiliki keabsahan bilamana tenaga kesehatan yang merawat pasien atau surat persetujuan yang diberikan pasien atau wali dalam rekam medis diakhiri dengan membubuhkan atau mengabsahkan tanda tangan disertai nama terang.

Angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* pasien rawat inap di Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo tahun 2017 masih termasuk belum lengkap karena persentase angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* hanya diperoleh sebesar 66,3%. Artinya, angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* rekam medis belum mencapai standar pelayanan minimal rekam medis di rumah sakit yakni sebesar 100%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Prayogo, dkk (2014) di Rumah Sakit Muhammadiyah Selogiri Wonogiri mengenai kelengkapan pengisian berkas *informed consent* pada tindakan *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)* diperoleh rata-rata angka kelengkapan lembar *informed consent* sebesar 68,33%. Hasil ini juga belum mencapai SPM kelengkapan lembar *informed consent* di rumah sakit yakni 100%.

Ketidaklengkapan lembar *Informed Consent* berdampak pada menurunnya kualitas mutu rekam medis sehingga bisa berpengaruh pada proses penilaian akreditasi rumah sakit, selain itu juga berdampak pada jaminan kepastian hukum bagi pasien, tenaga rekam medis, tenaga medis, maupun pihak rumah sakit. Apabila terjadi sengketa dikemudian hari, alat bukti berupa *Informed Consent* menjadi kurang kuat akibat tidak jelasnya identitas yang menandatangani baik dari pihak pasien maupun dokter yang menangani pasien. Selain itu, berdasarkan Permenkes No 269 (2008) pasal 13 dijelaskan bahwa adanya sanksi administratif pada pelanggaran pengisian *Informed Consent* antara lain, terhadap dokter yang melakukan tindakan medik tanpa persetujuan dari pasien atau keluarganya, dapat dikenakan sanksi administratif berupa pencabutan izin praktek.

Upaya yang perlu dilakukan agar pengisian lembar *Informed Consent* lengkap antara lain diadakannya sosialisasi secara rutin dan terjadwal kepada perwakilan tim komite medik, perawat, dan petugas rekam medis terkait dengan pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis termasuk juga lembar *Informed Consent*, perlu adanya petugas khusus untuk melakukan analisis kelengkapan lembar *Informed Consent* dengan menyediakan lembaran checklist kelengkapan, dan menerapkan *sistem reward and punishment* untuk meningkatkan kinerja petugas.

Kualitatif

Man yaitu tenaga kerja manusia, baik tenaga kerja pimpinan maupun tenaga kerja operasional/pelaksana (Hasibuan, 2009). Tenaga kerja adalah orang yang melaksanakan dan mengisi serta mengelola rekam medis. Tenaga kerja yang terlibat dalam penyelenggaraan rekam medis terdiri dari dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit, dokter tamu yang di rumah sakit, dan residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan medis. Tenaga paramedis perawatan dan paramedis non perawatan yang langsung terlibat dalam pelayanan kepada pasien antara lain : perawat, perawat gigi, bidan, tenaga labotarium, gizi, anesthesia, penata rontgent, rehabilitasi medis.

Tanggung jawab utama kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Dokter mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, terapi, serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada lembaran-lembaran rekam medis dan menandatangani. Perawat atau bidan mencatat pengamatan pertolongan yang diberikan kepada pasien, serta mengisi lembaran grafik tentang suhu, nadi, dan pernafasan, dan juga menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai kebutuhan pelayanan. Selanjutnya analisis kelengkapan rekam medis dan pengolahan data rekam medis dilakukan oleh petugas rekam medis (Depkes RI, 1997).

Petugas rekam medis menjadi aspek utama dalam sirkulasi rekam medis sebuah rumah sakit. Petugas rekam medis mempunyai tugas dan tanggung jawab yang besar dalam menjaga keutuhan sebuah rekam medis. Petugas rekam medis diharapkan benar-benar mengetahui seluk beluk dari rekam medis secara luas dan mendalam. Menurut Permenkes RI No 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis pada pasal tiga dijelaskan bahwa seorang pegawai rekam medis harus memiliki kualifikasi pendidikan antara lain : diploma 3 (D3) Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dengan gelar Ahli Madya, diploma 4 (D4) Manajemen Informasi Kesehatan dengan gelar Sarjana Terapan MIK/ STr, strata 1 (S1) Manajemen Informasi Kesehatan dengan gelar Sarjana Manajemen Informasi Kesehatan, dan strata 2 (S2) Manajemen Informasi Kesehatan dengan gelar Magister Manajemen Informasi Kesehatan.

Menurut Kemenkes RI No.377/Menkes/SK/III/2007, seorang pegawai rekam medis atau perekam medis harus memiliki kompetensi.

Kompetensi perekam medis itu harus mampu untuk menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai dengan klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10 dan ICD-9-CM), melakukan tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang bermutu tinggi dengan memperhatikan perundangan dan etika profesi yang berlaku, mengelola rekam medis dan informasi kesehatan untuk memenuhi kebutuhan layanan medis, administrasi, dan kebutuhan informasi kesehatan sebagai bahan pengambilan keputusan di bidang kesehatan (Kemenkes RI, 2007).

Selain itu, kompetensi yang diharapkan dari seorang perekam medis adalah menjaga mutu rekam medis; menggunakan statistik kesehatan untuk menghasilkan informasi dan perkiraan (*forecasting*), mengelola unit kerja yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, penataan dan pengontrolan unit kerja manajemen informasi kesehatan (MIK) rekam medis di instalasi pelayanan kesehatan, serta berkolaborasi inter dan intra profesi yang terkait dalam pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2007).

Berdasarkan data tenaga dari profil rumah sakit tidak ada data petugas rekam medis. Oleh karena itu, dilakukan penghitungan data rekam medis dari kepegawaian. Adapun jumlah petugas rekam medis Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwiryo Padang adalah 23 orang. Jumlah tenaga rekam medis berdasarkan pendidikan, tamatan SMA sebanyak 21%, D-III rekam medis sebanyak 52%, serta tamatan S-1 (sarjana) sebanyak 26%.

Hal ini tidak sesuai dengan Permenpan tentang Perekam Medis tahun 2013 yang menjelaskan bahwa jumlah tenaga rekam medis untuk rumah sakit umum tipe C adalah sebanyak 30 orang tenaga rekam medis terampil dengan latar belakang pendidikan minimal D-III Rekam Medis, dan sebanyak enam orang tenaga ahli dengan latar belakang pendidikan S-1 Rekam Medis. Dengan demikian kebutuhan akan kualitas tenaga di instalasi rekam medis Rumah Sakit Tk. III Dr. Reksodiwiryo belum dapat terpenuhi.

Mengenai pelatihan, sesuai dengan penelitian Budiyantri dan Damayanti (2015) tentang penilaian kebutuhan pelatihan pada tingkat individu petugas rekam medis di Rumah Sakit Undaan Surabaya bahwa kebutuhan pelatihan petugas rekam medis sangat diperlukan karena tingkat pengetahuan mengenai pengelolaan rekam medis dan keterampilan dalam melakukan pekerjaan teknis maupun non teknis masih termasuk kategori kurang. Adapun

kebutuhan pelatihan yang diperlukan meliputi pelatihan pengetahuan sistem identifikasi berkas, alur rekam medis, penulisan rekam medis, sistem pengembalian, sistem penyimpanan, tugas dan tanggung jawab tiap bagian kerja, kepatuhan petugas sesuai SOP, *softskill* terkait keramahan, komunikasi efektif, dan kedisiplinan.

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa jumlah tenaga rekam medis masih belum mencukupi, dari segi kualitas tenaga masih kurang karena masih ada yang berlatar belakang pendidikan SMA. Untuk mengatasi kekurangan jumlah tenaga perlu adanya perencanaan penambahan tenaga. Mengingat penambahan jumlah tenaga tidak bisa dalam waktu singkat, maka upaya yang dapat dilakukan adalah meningkatkan efektifitas petugas dengan memberikan penjelasan tentang tugas pokok dan fungsi serta uraian tugas masing-masing petugas secara tertulis, sehingga jelas tugas yang akan dikerjakannya. Selanjutnya, perlu ditempel/dipajang tentang SOP dan alur penyelenggaraan rekam medis di ruang kerja petugas rekam medis sebagai pedoman petugas dalam melaksanakan tugas.

Selain itu, kegiatan pelatihan tentang rekam medis belum pernah diadakan di rumah sakit. Padahal adanya pelatihan diperlukan untuk meningkatkan kualitas SDM. Sistem *reward* dan *punishment* juga belum ada. Sistem *reward* dan *punishment* seharusnya perlu diterapkan agar dapat meningkatkan motivasi dan kinerja petugas rekam medis.

Method yang dimaksud adalah jenis rekam medis yang digunakan dan Ketersediaan Prosedur Tetap (PROTAP)/ Standar Operasional Prosedur (SOP) Rekam Medis. Cara untuk melaksanakan rekam medis di instansi kesehatan dalam perkembangannya terbagi dalam dua jenis praktik : praktik rekam medis manual dan modern. Praktik rekam medis manual maksudnya adalah bentuk rekaman dilaksanakan melalui rekam medis kertas, sedangkan praktik rekam medis modern orientasi pengelolaan berbasis informasi yang dilakukan melalui komputer dan disebut manajemen informasi kesehatan/MIK (Hatta, 2008).

Dalam praktik manajemen rekam kesehatan secara manual, pengumpulan data dilakukan melalui format kertas serta disimpan dalam map (*folder*). Adapun Praktek rekam medis di era modern mengumpulkan, menyimpan dan menganalisis data/informasi melalui rekam kesehatan elektronik (RKE) yang interaktif (Hatta, 2008).

PROTAP/ SOP berisi langkah-langkah kerja yang dikerjakan pada pelayanan rekam medis. Prosedur tetap penyelenggaraan rekam medis terdiri dari beberapa standar antara lain : pendaftaran pasien baru, pendaftaran pasien lama, prosedur pendaftaran, prosedur pendaftaran pasien dengan perjanjian, prosedur pendaftaran dini, prosedur registrasi rawat inap, prosedur pembuatan sertifikat kelahiran, prosedur registrasi kelahiran, prosedur pendistribusian rekam medis, prosedur register penomoran, prosedur pengkodean dan indeks penyakit, serta prosedur pengkodean diagnosa penyakit rawat jalan.

Selain itu, prosedur tetap penyelenggaraan rekam medis antara lain terdapat standar-standar seperti pembuatan laporan morbiditas pasien rawat jalan, penataan berkas rekam medis rawat jalan, penyelesaian resume dan laporan kematian, pengodean dan indeks penyakit rawat inap, prosedur pencarian rekam medis, penyimpanan rekam medis, mikrofilmisasi berkas, penyusutan arsip rekam medis, sensus harian dan rawat jalan, pembuatan laporan kegiatan rumah sakit, peminjaman rekam medis, dan pembuatan laporan data individual morbiditas (Depkes RI, 1997).

Dari hasil penelitian diketahui bahwa *method* dalam penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo dilaksanakan dengan dua cara yaitu ada yang manual dan komputerisasi. Pelaksanaan pencatatan dokumen rekam medis rekam medis umumnya secara manual, kecuali pengisian data identitas pasien saat pendaftaran pasien dilaksanakan secara komputerisasi.

SOP sistem pelayanan rekam medis ada tersedia dan sudah dibagi-bagikan ke setiap unit. Adapun tujuan SOP adalah untuk sebagai acuan dalam melaksanakan tugas, menghindarkan kesalahan dan kebingungan dalam mengerjakan tugas, menjamin pelaksanaan pekerjaan menurut aturan yang benar secara efisien, memperjelas garis tanggung jawab dan sebagai perlindungan hukum baik bagi karyawan maupun institusi pelayanan kesehatan (Sabarguna, 2003). Namun, sosialisasi dan pelaksanaan SOP ini masih kurang. Upaya yang harus dilakukan adalah perlu adanya pertemuan atau rapat untuk mengevaluasi SOP agar dapat meningkatkan mutu rekam medis.

Proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesional lain) dan

interaksinya dengan pasien. Pendekatan proses adalah pendekatan paling langsung terhadap mutu pelayanan (Wijono,1999). Penyelenggaraan rekam medis meliputi: penerimaan pasien, pencatatan, penyimpanan dan pengambilan kembali. Pencatatan adalah pendokumentasian segala informasi medis pasien ke dalam rekam medis yang akan menjadi bahan informasi. Catatan berdasarkan sumber datanya dibedakan menjadi catatan sosial dan catatan medis. Catatan sosial diperoleh saat penerimaan pasien di TPP yang meliputi nama, alamat, umur, agama, dan pekerjaan. Sedangkan data medis diperoleh pasien setelah mendapatkan pelayanan dari dokter, perawat atau petugas lainnya seperti petugas laboratorium dan radiologi.

Secara garis besar penyelenggaraan rekam medis dalam Permenkes No 269 tahun 2008, diatur sebagai berikut antara lain rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Hal ini dimaksudkan agar data yang dicatat masih original dan tidak ada yang terlupakan karena adanya tanggung jawab. Namun dari hasil penelitian masih ada ditemukan rekam medis pasien yang belum lengkap.

Tanggung jawab rekam medis (Suprapti, 2001) bagi dokter yang merawat antara lain bertanggung jawab terhadap kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis. Pencatatan beberapa keterangan medis seperti riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan ringkasan keluar (resume) bisa didelegasikan kepada dokter lain dan data itu harus dipelajari kembali, dikoreksi, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat.

Isi rekam medis untuk dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan tindakan, persetujuan tindakan bila diperlukan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, ringkasan pulang nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan, pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, pasien khusus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik (Permenkes, 2008).

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa pencatatan dalam penyelenggaraan sistem pelayanan

rekam medis Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo masih belum terlaksana dengan baik. Dari hasil telaah dokumen ditemukan pencatatan identitas pasien seperti alamat yang tidak lengkap. Dari hasil telaah dokumen rekam medis pasien juga ditemukan masih banyak tenaga medis ini tidak melengkapi nama atau tanda tangan serta waktu saat memberikan pelayanan. Padahal, setiap pencatatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan Dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan keehatan secara langsung. Hal ini diperlukan untuk memudahkan sistem pertanggungjawaban atas pencatatan tersebut. Jika terdapat kesalahan pencatatan, maka pembetulan hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis (Permenkes, 2008).

Kendala dalam pencatatan adalah lupa mengisi, apalagi kalau ada kasus yang darurat maka tindakan dikerjakan terlebih dahulu baru mengisi rekam medis. Seharusnya ada yang mengingatkan, misalnya perawat atau dokter umum yang mendampingi dokter spesialis saat memberikan tindakan. Cara pembagian tugas pengisian rekam medis sesuai dengan *shift*, namun harus ada komunikasi yang jelas.

Analisis isi rekam medis terdapat tiga jenis analisis yaitu : analisis kuantitatif, analisis kualitatif, dan analisis statistik (Huffman, 1994). Analisis kuantitatif merupakan analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedis dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada rekam medis seseorang pasien sudah ada atau belum. Ketidaklengkapan berkas pasien dari lembaran tertentu agar segera menghubungi ke ruang rawat inap dimana pasien dirawat (Huffman, 1994).

Komponen analisis kuantitatif (Huffman, 1994) yakni : mengoreksi identifikasi pasien pada setiap formulir; memeriksa setiap halaman catatan medis minimal nama dan nomor rekam medis (kehadiran semua laporan yang diperlukan terdapat laporan tertentu yang umumnya ada pada catatan medis semua fasilitas, misalnya laporan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, catatan kemajuan dan resume;

otentikasi yang diharuskan pada semua entri (bisa berupa tanda tangan, stempel karet yang hanya dipegang oleh pemilik, kalau diperlukan tanda tangan pendamping, kedua tanda tangan harus ada, disamping catatan mengenai pemeriksa entri, misalnya telah diperiksa, disetujui atau menjalankan perintah seperti tercatat).

Analisis Kualitatif merupakan pemeriksa entri rekam medis untuk mencari inkonsistensi dan isi yang bisa menyebabkan catatan tersebut tidak lengkap atau tidak tepat. Komponen-komponen analisis kualitatif, yakni (Huffman, 1994) : pencatatan yang lengkap dan konsisten tentang diagnostik pernyataan-pernyataan diagnostik dibuat pada hampir semua bagian rekam medis; konsisten entri oleh semua penyedia asuhan kesehatan konsistensi adalah kesesuaian satu bagian dengan bagian lainnya dan bagian keseluruhan; uraian dan pembenaran perawatan pasien dirumah sakit rekam medis harus menguraikan dan menjadi alasan yang membenarkan arah hospitalisasi pasien; pencatatan semua hal yang diperlukan untuk "*informed consent*" yakni informasi mengenai persetujuan pasien akan pengobatan harus dituliskan dengan hati-hati; penerapan cara dokumentasi yang baik yang mana rekam medis harus memiliki keterbacaan atau penulisan yang bisa dibaca, penggunaan tinta permanen, dan pengisian formulir yang lengkap, rekam medis tidak boleh berisi komentar yang merendahkan atau mengkritik, adanya potensi "*compensable event*".

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa analisis isi rekam medis tidak dilaksanakan oleh petugas rekam medis. Kendalanya karena dituntut dengan pekerjaan lain. Upaya yang harus dilakukan, perlu ada kejelasan dalam penanggung jawab setiap pekerjaan di bagian rekam medis. Tugas pokok dan fungsi setiap petugas harus jelas dan ditetapkan oleh kepala ruangan rekam medis sehingga kegiatan analisis rekam medis ini dapat dipertanggungjawabkan oleh petugas yang telah ditunjuk.

Sebaiknya analisis isi rekam medis ini dilakukan berkala setiap bulan. Dengan menganalisis isi rekam medis, maka dengan mudah dalam mengevaluasi pengisian rekam medis. Setelah dievaluasi nanti akan diperoleh bahwa rekam medis tersebut lengkap atau tidak sesuai standar pelayanan minimal rekam medis di rumah sakit. Rekam medis yang lengkap ini dapat menghindari keadaan yang merugikan bagi pasien maupun pihak rumah sakit apabila ada yang memaksa fasilitas atau penyedia layanan dalam menghadapi tuntutan pidana atau perdata.

SIMPULAN

Kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent*, diperoleh sebesar 66,3%. Artinya, angka kelengkapan pengisian lembar *Informed Consent* rekam medis belum mencapai standar pelayanan minimal rekam medis di rumah sakit yakni sebesar 100%. Hal ini disebabkan karena :

1. Petugas rekam medis (*Man*) secara kuantitas masih kurang, pengembangan sumber daya manusia/tenaga berupa pelatihan belum pernah dilakukan, serta sistem *reward* dan *punishment* tidak ada.
2. SOP penyelenggaraan rekam medis tersedia di intalasi rekam medis, namun belum disosialisasikan kepada semua petugas rekam medis dan tenaga medis yang ada sehingga penyelenggaraannya belum sepenuhnya sesuai dengan SOP.
3. Kendala proses pencatatan sering terjadi lupa dalam pengisian lembar informed consent.
4. Analisis isi rekam medis dalam penyelenggaraan sistem pelayanan rekam medis Rumah Sakit Tk.III dr. Reksodiwiryo belum optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiyanti, H dan Damayanti, NA. (2015). *Penilaian Kebutuhan Pelatihan pada Tingkat Individu Petugas Rekam Medis*. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Vol. 3 No.1, Hal 70-79. [Online]. Diakses dari : [Http//media.neliti.com](http://media.neliti.com). 13 Maret 2017.
- Dahlan, S. (2010). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan : Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat*. Edisi 5. Jakarta : Salemba Medika.
- Depkes RI. (1997). *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
- DPR RI. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta.
- Ferriawati, P dan Kusuma, AP. (2015). *Faktor – Faktor Keterlambatan Pengklaiman BPJS Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Tahun 2015*. [Online]. Diakses dari : [Http://eprints.dinus.ac.id](http://eprints.dinus.ac.id). 15 Januari 2017.
- Hanafiah, MJ dan Amri, A. (2012). *Etika kedokteran dan Hukum Kesehatan*. Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Hasibuan, Malayu.S.P. 2009. *Manajemen : Dasar, Pengertian, dan Masalah Edisi Revisi*. Jakarta: Bumi Aksara
- [Hatta, GR. \(2008\). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.](#)
- [Herfiyanti, L. \(2015\). *Kelengkapan Informed Consent Tindakan Bedah Menunjang Akreditasi JCI Standar HPK 6 Pasien Orthopedi*. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* Vol.3 No.2, hal 81-87.](#)
- Huffman, EK. (1994). *Health Information Management. Tenth Edition*. Physicians Record Company. Berwyn : Illinois. Terjemahan Erkadius. (2013). *Manajemen Informasi Kesehatan I*. Diktat Perkuliahan. Padang: Apikes Iris.
- Huffman, EK. (1994). *Health Information Management. Tenth Edition*. Physicians Record Company. Berwyn : Illinois. Terjemahan Erkadius. (2011). *Manajemen Informasi Kesehatan II*. Diktat Perkuliahan. Padang: Apikes Iris.
- Huffman, EK. (1994). *Health Information Management. Tenth Edition*. Physicians Record Company. Berwyn : Illinois. Terjemahan Erkadius. (2011). *Manajemen Informasi Kesehatan III*. Diktat Perkuliahan. Padang: Apikes Iris.
- Kemenkes RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta. Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
- Kemenkes RI.(2007). *Keputusan Menteri Kesehatan RI No 337 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan.
- Pamungkas TW, Marwati T, dan Solikhah. (2010). *Analisis Ketidakeengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. *Jurnal Kesmas* Vol 4 No 1 Januari 2010 hal 17-28. [Online]. Diakses dari : [Http://journal.uad.ac.id](http://journal.uad.ac.id). 15 Januari 2017.
- Permenkes RI. (2008). *Rekam Medis*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
- Permenkes RI. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan No 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis*. Jakarta. Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
- Prayogo, PD, Lestari , T, dan Wariyanti, AS. (2015). *Analisis Kelengkapan Pengisian Formulir Informed Consent Tindakan Open Reduction Internal Fixtion/ORIF*. *Jurnal Rekam Medis*, Vol IX No.2, hal 41-45. [Online]. Diakses dari : [Http://ejurnal.stikesmhc.ac.id](http://ejurnal.stikesmhc.ac.id). 12 Januari 2017.
- Sabarguna, B. (2003). *Organisasi dan Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Konsorium Rumah Sakit Islam Jateng DIY.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suprpti, SR. 2001. *Etika Kedokteran Indonesia*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirodihardjo. Jakarta
- Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Wulandari, R dan Sugiarsi, S (2014). Analisis Pengisian Formulir Resume Medis Diabetes Mellitus Pasien Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (JMIKI)*. Vol 2 No.4

Perancangan Instrumen Audit Pengkodean Klinis di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati

Kholida Syiah Nasution¹, Hosizah²

^{1,2}Universitas Esa Unggul

Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk, Jakarta Barat

Email: ¹kholidasyahnasution@gmail.com, hozisah@esaunggul.ac.id

Abstract

The quality of diagnosis code is very important in the area of clinical data management, billing costs, and other matters relating to health care services. However, still often found inaccurate diagnosis codes resulting from a clinical coder. For this reason, it is necessary to conduct a clinical coding audit to improve the quality of the diagnosis code. In Indonesia some hospitals never conducted clinical coding audits because there are no instruments available for doing that. Fatmawati General Hospital never conducted a clinical coding audit. The purpose of this study is to design a clinical coding audit instrument in Fatmawati General Hospital. This is "Research & Development" study, the Delphi technique used to validate the clinical coding audit instrument design. Subjects of this study were clinical coder experts who had at least 5 years of experience as a clinical coders and the object of this research is clinical coding audit instrument. The results of the first round Delphi technique, the seven coding quality elements of the audit instrument were approved by all clinical coder experts and used in second round questionnaires. The results of second round 2, is known that the encoding quality elements recommended for use are reliability, completeness, timeliness, accuracy, relevance, and legibility. Element definition is not used because 80% of clinical coder experts didn't recommend it. This clinical coding audit instrument needs to be considered for use in conducting clinical coding audits in health care services. However, previously this instrument need to be tested for its implementation.

Keyword: *clinical coding audit, design*

Abstrak

Kualitas kode diagnosis sangat penting di bidang manajemen data klinis, penagihan biaya, dan hal lain yang berkaitan dengan asuhan pelayanan kesehatan. Sayangnya saat ini, masih sering ditemukan ketidaktepatan kode diagnosis yang dihasilkan oleh *clinical coder*. Untuk itu perlu dilakukan audit pengkodean klinis untuk dapat meningkatkan kualitas kode diagnosis. Beberapa Rumah Sakit di Indonesia belum pernah melakukan audit pengkodean klinis, dikarenakan belum tersedia instrumen yang dapat digunakan untuk membantu pelaksanaan audit pengkodean klinis. Salah satu rumah sakit yang belum pernah melakukan audit pengkodean klinis adalah RSUP Fatmawati. Tujuan penelitian ini merancang instrumen audit pengkodean klinis di RSUP Fatmawati. Jenis penelitian *Research & Development* dengan menggunakan teknik Delphi untuk memvalidasi desain instrumen audit pengkodean klinis. Subjek dari penelitian adalah Ahli *clinical coder* yang memiliki pengalaman minimal 5 tahun sebagai *clinical coder* dengan objek penelitian instrumen audit pengkodean klinis. Hasil teknik Delphi putaran 1, ketujuh elemen kualitas pengkodean dari instrumen audit disetujui oleh semua ahli *clinical coder* dan digunakan pada kuisioner putaran 2. Hasil dari putaran 2 diketahui bahwa elemen kualitas pengkodean yang direkomendasikan untuk digunakan yaitu *reliability, completeness, timeliness, accuracy, relevancy* dan *legibility*. Elemen *definition* tidak digunakan karena 60% ahli *clinical coder* memberikan skala 3. Instrumen audit pengkodean klinis ini perlu dipertimbangkan untuk digunakan dalam pelaksanaan audit pengkodean klinis di fasilitas kesehatan. Namun, sebelumnya perlu diuji coba untuk pelaksanaannya.

Kata kunci : Audit pengkodean klinis, perancangan.

PENDAHULUAN

Pengkodean klinis dapat diartikan sebagai suatu sistem pengelompokan (*categories*) penyakit, cedera dan kondisi kesehatan dan prosedur yang disusun sesuai kriteria yang telah ditentukan dan disepakati bersama (Pepo & Yulia, 2015). Dalam melakukan pengkodean diagnosis kode yang dihasilkan harus akurat, *complete* dan konsisten. Pengkodean diagnosis yang akurat, *complete* dan konsisten akan menghasilkan data yang berkualitas. Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis dan informasi kesehatan. Ketepatan kode diagnosis sangat penting di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta, 2017). Akan tetapi, masih sering ditemukan ketidaktepatan kode diagnosis yang dihasilkan oleh *clinical coder*.

Audit pengkodean klinis adalah proses pemeriksaan pendokumentasian rekam medis untuk memastikan bahwa proses dan hasil pengkodean diagnosis dan tindakan yang dihasilkan adalah akurat, presisi dan tepat waktu sesuai dengan aturan ketentuan kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku. Audit pengkodean klinis perlu dilakukan untuk mereview dan menganalisis kesalahan yang ditemukan dan berusaha untuk menelusuri sumbernya, membandingkan informasi yang dihasilkan oleh *clinical coder* dengan informasi yang tertera di dalam rekam medis pasien, dan mengidentifikasi area praktik pengkodean yang perlu peningkatan. Proses audit dapat dilakukan dengan meninjau empat elemen kualitas pengkodean yaitu *validity*, *reliability*, *completeness* dan *timeliness* (Hatta, 2017).

Beberapa Rumah Sakit di Indonesia belum pernah melakukan audit pengkodean klinis. Salah satu penyebab hal tersebut dapat terjadi dikarenakan belum adanya instrumen yang dapat digunakan untuk membantu pelaksanaan audit pengkodean klinis. Salah satu rumah sakit yang belum pernah melakukan audit pengkodean klinis adalah RSUP Fatmawati. Berdasarkan wawancara yang peneliti lakukan dengan petugas instalasi rekam medis RSUP Fatmawati, di RSUP Fatmawati belum pernah melakukan audit pengkodean klinis. Persentase angka pending klaim BPJS di RSUP masih cukup tinggi, pada bulan Desember 2018 dari 1995 klaim diajukan terdapat 200 (10,3%) klaim yang pending, bulan Januari 2019 dari 2113 klaim yang diajukan

terdapat 250 (11,83%) klaim yang pending, bulan Februari 2019 dari 1984 klaim yang diajukan terdapat 214 (10,79%) klaim yang pending. salah satu penyebab pending klaim tersebut yaitu dikarenakan kode diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan. Untuk itu, peneliti tertarik untuk merancang instrumen audit pengkodean klinis di RSUP Fatmawati. Penelitian ini bertujuan untuk merancang instrumen audit pengkodean klinis di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah *Research & Development* (R&D). Subjek pada penelitian ini adalah lima orang ahli *clinical coder* yang memiliki pengalaman minimal 5 tahun sebagai *clinical coder*. Objek pada penelitian ini adalah instrumen audit pengkodean klinis. Tahapan penelitian memodifikasi model pengembangan dari Sugiyono (2016) yang dilakukan sampai tahap kelima.

Tahapan penelitian dan pengembangan meliputi : 1) mengidentifikasi potensi & masalah terkait audit pengkodean klinis, yang dilakukan antara lain melakukan telaah terhadap beberapa jurnal terkait dengan persentase kualitas kode diagnosa yang masih rendah, dan melakukan wawancara kepada koordinator pusat data di RSUP Fatmawati terkait pelaksanaan audit pengkodean klinis di RSUP Fatmawati. 2) mengumpulkan data instrumen audit pengkodean klinis, yang dilakukan yaitu memperoleh data mengenai pengembangan instrumen dari teori pengembangan menurut Borg & Gall (2003), Sugiyono (2016) dan teknik Delphi menurut Oka (2017). Selain itu, peneliti juga memperoleh data mengenai audit models yang dikembangkan oleh Moghaddasi, Rabiei, dan Sadeghi (2014). 3) Mendesain Instrumen Audit Pengkodean Klinis, yang dilakukan antara lain membuat desain instrumen audit pengkodean klinis berdasarkan tujuh elemen kualitas pengkodean yaitu *reliability*, *completeness*, *timeliness*, *accuracy*, *relevancy*, *definiton* dan *legibility*. 4) Memvalidasi Desain Instrumen Audit Pengkodean Klinis, pada tahap ini peneliti menggunakan dua (2) putaran teknik Delphi untuk memvalidasi desain instrumen audit pengkodean klinis. Validasi dilakukan oleh lima (5) orang ahli *clinical coder* yang memiliki pengalaman sebagai *clinical coder* minimal 5 tahun.

Pada putaran 1, ahli *clinical coder* diminta untuk memberikan persetujuan terhadap tujuh elemen kualitas pengkodean yang meliputi *reliability*, *completeness*, *timeliness*, *accuracy*, *relevancy*, *definiton* dan *legibility* dan menambahkan tanggapan pada kolom yang telah disediakan. Elemen kualitas pengkodean dapat dimasuk ke Delphi putaran kedua, jika minimal 60 % ahli *clinical coder* memilih elemen kualitas pengkodean tersebut tersebut. Pada putaran 2, kelima ahli *clinical coder* akan memberikan peringkat pada setiap elemen kualitas pengkodean berdasarkan skala penting 1-5 (1 : Sangat Tidak Penting, 2 : Tidak Penting, 3 : Cukup Penting, 4 : Penting, 5 : Sangat Penting). Elemen data kualitas pengkodean dianggap penting apabila didapatkan minimal 60% ahli *clinical coder* memilih skala 4 atau 5 untuk setiap elemen tersebut; 5) merevisi instrumen audit pengkodean klinis, melakukan perbaikan terhadap kekurangan-kekurangan yang ditemukan pada saat validasi desain instrumen audit pengkodean klinis yang telah dilakukan oleh ahli *clinical coder*.

HASIL

1. Elemen-elemen dalam instrumen audit pengkodean klinis

Instrumen audit pengkodean klinis terdiri dari tujuh (7) elemen kualitas pengkodean. Ketujuh elemen kualitas pengkodean tersebut yaitu *reliability*, *completeness*, *timeliness*, *accuracy*, *relevancy*, *definiton* dan *legibility*.

- a. *Reliability* adalah konsistensi kode diagnosa dan tindakan yang dihasilkan oleh setiap *clinical coder*.
- b. *Completeness* adalah kode diagnosa yang lengkap yaitu mencakup diagnosa primer, diagnosa sekunder (jika diperlukan) dan tindakan (jika ada).
- c. *Timeliness* adalah penetapan kode diagnosa dilakukan maksimal 1 x 24 jam untuk rawat jalan dan 2 x 24 jam untuk rawat inap setelah selesai diberikan pelayanan.
- d. *Accuracy* adalah kesesuaian diagnosa yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosa dan tindakan yang ditetapkan oleh *clinical coder* sesuai dengan ICD-10 dan ICD 9 CM.
- e. *Relevancy* adalah kode diagnosa dan tindakan yang dihasilkan harus sesuai dan dapat digunakan untuk statistik pelaporan dan penggantian biaya.

- f. *Definition* adalah memahami semua singkatan, istilah dan simbol yang telah ditetapkan oleh rumah sakit dalam penulisan diagnosa dan tindakan.
- g. *Legibility* adalah diagnosa dan tindakan yang tertulis dalam lembaran resume medis dan lembaran lain yang diperlukan seperti Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi, Patologi Anatomi dan Laporan Operasi harus dapat dibaca dan mudah dipahami.

2. Rancangan instrumen audit pengkodean klinis

Pada instrumen audit pengkodean klinis, terdapat tujuh elemen kualitas pengkodean yang terdiri dari *reliability*, *completeness*, *timeliness*, *accuracy*, *definition*, *relevancy* dan *legibility*. Adapun unsur yang terdapat di dalam instrumen audit pengkodean klinis untuk masing-masing elemen adalah sebagai berikut.

- a. *Reliability* : nomor rekam medis, diagnosa / tindakan, kode yang dihasilkan *clinical coder* 1, kode yang dihasilkan oleh *clinical coder* 2, dan keterangan.
- b. *Completeness* : nomor rekam medis, diagnosa, kode yang dihasilkan oleh *clinical coder*, kode temuan auditor dan keterangan.
- c. *Timeliness* : nomor rekam medis, Penetapan kode diagnosa dan tindakan 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan dan keterangan.
- d. *Accuracy* : nomor rekam medis, diagnosa dan tindakan, kode temuan *clinical coder*, kode temuan auditor dan keterangan.
- e. *Definition* : nomor rekam medis, terdapat singkatan dalam penulisan diagnosa, penulisan singkatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dan keterangan.
- f. *Relevancy* : nomor rekam medis, diagnosa, pending klaim disebabkan oleh kesalahan penetapan kode, dan keterangan.

3. Validasi desain instrumen audit pengkodean klinis

Pada tahap validasi ini, peneliti menggunakan teknik Delphi untuk menilai apakah elemen-elemen kualitas pengkodean dapat digunakan ke dalam instrumen instrumen audit pengkodean klinis. Teknik delphi yang peneliti gunakan yaitu sebanyak dua (2) putaran. Sebanyak 5 orang ahli yang berlatar belakang sebagai *clinical*

coder, mengisi kuisioner mengenai elemen-elemen kualitas pengkodean yang terdapat di dalam instrumen audit pengkodean klinis yang penulis buat.

a. Teknik Delphi Putaran 1

Tabel 1. Respon Ahli *Clinical coder* pada Rancangan Instrumen Audit Pengkodean Klinis Putaran 1 Bulan Juli 2019

Elemen	Setuju		Tidak Setuju		Keterangan
	N	%	N	%	
<i>reliability</i>	5	100	0	0	Dapat digunakan
<i>Completeness</i>	5	100	0	0	Dapat digunakan
<i>Timeliness</i>	4	80	1	20	Dapat digunakan
<i>Accuracy</i>	4	80	1	20	Dapat digunakan
<i>Definition</i>	5	100	0	0	Dapat digunakan
<i>Relevancy</i>	5	100	0	0	Dapat digunakan
<i>Legibility</i>	5	100	0	0	Dapat digunakan

Dari hasil teknik Delphi putaran 1 dapat disimpulkan bahwa, ketujuh elemen kualitas pengkodean tersebut dapat digunakan pada kuisioner selanjutnya untuk teknik Delphi putaran 2. Dikarenakan lebih dari 60% ahli *clinical coder* setuju terhadap ketujuh elemen tersebut.

b. Teknik Delphi Putaran 2

Tabel 2. Respon Ahli *Clinical coder* pada Rancangan Instrumen Audit Pengkodean Klinis Putaran 2 Bulan Juli 2019

Elemen	Skala Penting										Keterangan
	1		2		3		4		5		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<i>reliability</i>							1	20	4	80	Dapat digunakan
<i>Completeness</i>							1	20	4	80	Dapat digunakan
<i>Timeliness</i>									5	100	Dapat digunakan
<i>Accuracy</i>							1	20	4	80	Dapat digunakan
<i>Definition</i>					4	80	1	20			Tidak dapat digunakan
<i>Relevancy</i>									5	100	Dapat digunakan
<i>Legibility</i>									5	100	Dapat digunakan

Pada tabel 2, 80% ahli *clinical coder* tidak memilih elemen *definition*, untuk itu elemen *definition* tidak dapat digunakan pada instrumen audit pengkodean klinis.

4. Revisi instrumen audit pengkodean klinis

Berdasarkan hasil validasi yang dilakukan oleh ahli *clinical coder* dari tujuh elemen kualitas pengkodean klinis yang peneliti ajukan, hanya 6 elemen saja yang lolos dalam teknik Delphi putaran 2. Adapun elemen-elemen tersebut ialah: *reliability*, *completeness*, *timeliness*, *accuracy*, *relevancy* dan *legibility*.

PEMBAHASAN

Hasil teknik Delphi putaran 1 dan 2 diperoleh kesimpulan bahwa, dari ketujuh elemen kualitas pengkodean yang peneliti ajukan 6 elemen diantaranya dapat digunakan dalam instrumen audit pengkodean klinis. Ke enam elemen tersebut yaitu *reliability*, *completeness*, *timeliness*, *accuracy*, *relevancy* dan *legibility*. Sedangkan untuk elemen *definition* tidak dapat digunakan karena lebih dari 60 % ahli *clinical coder* memberikan skala 3.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Horsky et al (2017) dengan judul “*Accuracy and Completeness of Clinical Coding Using ICD-10 for Ambulatory Visits*”, dalam penelitian tersebut audit pengkodean klinis dilakukan dengan menggunakan elemen *accuracy* dan *completeness*. Penelitian lain yang sesuai dengan penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Heywood et al (2016) dengan judul “*Improving accuracy of clinical coding in surgery: collaboration is key*”, dalam penelitian tersebut, audit pengkodean klinis dilakukan dengan menggunakan elemen *accuracy*.

Penelitian lain yang terkait dengan penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Misset et al (2008) yang berjudul “*Reliability of diagnostic coding in intensive care patients*”, dalam penelitian tersebut audit pengkodean klinis dilakukan dengan menggunakan elemen *reliability*. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Stausberg et al (2008) yang berjudul “*Reliability of diagnoses coding with ICD-10*”, dalam penelitian tersebut audit pengkodean klinis dilakukan dengan menggunakan elemen *reliability*.

SIMPULAN

Setelah dilakukan proses validasi kepada ahli *clinical coder* dengan menggunakan dua putaran teknik Delphi, dari tujuh elemen kualitas pengkodean

hanya 6 elemen kualitas pengkodean yang dapat digunakan dalam instrumen audit pengkodean klinis yaitu *reliability, completeness, timeliness, accuracy, relevancy* dan *legibility*.

DAFTAR PUSTAKA

- Alik, A. T. N. I. (2016). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa Obstetric terhadap Kelancaran Klaim BPJS di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan. Available from: <https://digilib.esaunggul.ac.id/UEU-Undergraduate-201434018/8006/andi-tenri>
- Departemen Kesehatan RI. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II. *Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik*. Available from: https://kupdf.net/download/193973854-pedoman-penyelenggaraan-rekam-medis-rs-2006_58a7406d6454a78f52b1e8ee_pdf
- Hatta, G. R. (2017). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan* (3rd ed.). Jakarta: UI-Press.
- Henderson T, Shephard J, Sundararajan V. (2006). Quality of Diagnosis and Procedure Coding in ICD-10. *Medical Care* ;44(11):1011–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/6733229_Quality_of_Diagnosis_and_Procedure_Coding_in_ICD-10_Administrative_Data
- Heywood NA, Gill MD, Charlwood N, Brindle R, Kirwan CC. (2016). Improving Accuracy of Clinical Coding Surgery: Collaboration is Key. *J Surg Res*. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2016.05.023>
- Horsky J, Drucker EA, Ramelson HZ. (2017). Accuracy and Completeness of Clinical Coding Using ICD-10 for Ambulatory Visits. *AMIA* ;912–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5977598/>
- Misset B, Nakache D, Vesin A, Darmon M, Garrouste-orgeas M, Mourvillier B, et al. (2008). Reliability of diagnostic coding in intensive care patients. *Crit care*;12(4):1–7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/23134861_Reliability_of_diagnostic_coding_in_intensive_care_patients
- Moghaddasi, H., Rabiei, R., & Sadeghi, N. (2014). Improving the quality of clinical coding : a comprehensive audit model. *Health Management & Informatics*, 1(2). Available from: https://www.researchgate.net/publication/310124283_Improving_the_quality_of_clinical_coding_a_comprehensive_audit_model
- NHS Foundation Trust. (2013). Clinical Coding Information Governance Audit. Durham & Darlington. Available from: https://www.cddft.nhs.uk/media/443125/07.14.05_att_1_clinical_coding_audit_report.pdf
- Oka, G. P. A. (2017). *Model Konseptual Pengembangan Produk Pembelajaran Beserta Teknik Evaluasi*. Yogyakarta: Deepublish.
- Pepo, A. A. H., & Yulia, N. (2015). Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2). Available from: <http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/88/72>
- Puspitasari, N., & Kusumawati, D. R. (2017). Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis dan Faktor Penyebab di Rumah Sakit X Jawa Timur. *MANAJEMEN KESEHATAN*, 3(1), 27–38. Available from: https://www.researchgate.net/publication/324252381_Evaluasi_Tingkat_Ketidaktepatan_Pemberian_Kode_Diagnosis_Dan_Faktor_Penyebab_Di_Rumah_Sakit_X_Jawa_Timur
- Putra, N. (2012). *Research & Development Penelitian dan Pengembangan : Suatu Pengantar*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Rahayu MS. (2016). Pengembangan Instrumen Evaluasi pada Mata Kuliah Model-Model Pembelajaran Ekonomi Prodi Pendidikan Ekonomi FKIP Universitas Jambi. Available from: http://repository.fkip.unja.ac.id/search/detil/PENGEMBANGAN_INSTRUMEN_EVALUASI_PADA_MATA_KULIAH_MODELMODEL_PEMBELAJARAN_EKONOMIPRODIENDIDIKAN EKONOMI FKIPUNIVERSITAS JAMBI.html

- Rusliyanti, N. K. L., Hidayat, A. R., & Seha, H. N. (2016). Analisis Ketepatan Pengkodean Diagnosis berdasarkan ICD-10 dengan Penerapan Karakter ke-5 pada Pasien Fraktur Rawat Jalan Semester II di RSUD Mitra Paramedika Yogyakarta. *Jurnal Permata Indonesia*, 7(Mei), 26–34. Available from: http://www.permataindonesia.ac.id/wp-content/uploads/2016/08/03.-Jurnal-PI_Lusi-Anas-Harinto.pdf
- Sappaile, B. I. (2007). Konsep Instrumen Penelitian Pendidikan. *Pendidikan Dan Kebudayaan*, (066). Available from: <http://jurnaldikbud.kemdikbud.go.id/index.php/jpnk/article/view/356>
- Stausberg J, Lehmann N, Kaczmarek D, Stein M. (2006). Reliability of Diagnoses Coding with ICD-10. *Med Informatics*; 7:50–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17185030>
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: ALFABETA.
- Tatham, A. J. (2008). The increasing importance of clinical coding. *British Journal of Hospital Medicine*, 69(7). Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/hmed.2008.69.7.30409>
- WHO. (2010). *ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems)*.

Evaluasi Ruang Kerja Bagian Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Aspek Tata Ruang Kantor di Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo

Yasida Bella Asri¹, Bambang Nudji², Muhadi³, Yustinah Rumiati⁴

¹²³STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

⁴Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo

Email: yasidabellaasri@gmail.com¹, bbnudji@gmail.com², muhadi@stikes-yrsds.ac.id³, yustina.rumiati@gmail.com⁴

Abstract

Delta Surya Sidoarjo Hospital is a type C hospital, with a medical records room area of 33 m², which has facilities including: tables, chairs, wardrobes and others. Where the medical records workspace is often found piles of inpatient Medical Record Files, on the table and on the floor. With a limited area, the Medical Record workspace looks more narrow, because many piles of inpatient medical record files are not yet processed. With such conditions, the access road for Medical Recorders is increasingly less flexible. In addition, the security of medical record files is not guaranteed and is very vulnerable to loss of medical record files. Based on the description of the problem above, it becomes the basis for researchers to conduct research on the evaluation of medical records workspace based on aspects of office layout at Delta Surya Hospital Sidoarjo. With a high enough workload can result in work fatigue and will also result in health problems. To minimize these adverse effects, it takes real efforts from the hospital. One effort that can be done is to pay more attention to work environment factors. This study aims to redesign the medical recorder workspace based on aspects of office layout at Delta Surya Sidoarjo Hospital. This type of research uses quantitative descriptive research, the subject of this study is the medical recorder workspace at the Delta Surya Hospital Sidoarjo. The instrument of this study used observation sheets and questionnaire sheets. In this study the observation sheet is used to find out the object of research directly, so that researchers easily understand the implementation process in the field. Data presented later based on field surveys will be compared with theory.

Keywords: Medical records, hospitalization, office layout

Abstrak

Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo merupakan rumah sakit tipe C, dengan luas ruang rekam medis adalah 33 m², yang memiliki fasilitas antara lain: meja, kursi, almari dan lain-lain. Dimana ruang kerja rekam medisnya banyak ditemukan tumpukan Berkas Rekam Medis rawat inap, di atas meja dan di atas lantai. Dengan luas yang terbatas, ruang kerja Rekam Medis terlihat lebih sempit, karena banyak tumpukan berkas rekam medis rawat inap yang belum diolah. Dengan kondisi seperti itu, akses jalan untuk Perekam Medis semakin tidak leluasa. Di samping itu keamanan berkas rekam medis tidak terjamin dan sangat rawan terjadi kehilangan berkas rekam medis. Berdasarkan uraian permasalahan di atas, menjadi dasar pertimbangan peneliti untuk melakukan penelitian tentang evaluasi ruang kerja rekam medis berdasarkan aspek tata ruang kantor di Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo. Dengan beban kerja yang cukup tinggi dapat mengakibatkan kelelahan kerja dan akan berakibat pula pada gangguan kesehatan. Untuk meminimalisir dampak buruk tersebut, diperlukan upaya-upaya yang nyata dari rumah sakit. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan lebih memperhatikan faktor lingkungan kerja. Penelitian ini bertujuan untuk merancang ulang ruang kerja perekam medis berdasarkan aspek tata ruang kantor di Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo. Jenis penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif kuantitatif, subjek dari penelitian ini adalah ruang kerja perekam medis di Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo. Instrumen dari penelitian ini menggunakan lembar observasi dan lembar kuesioner. Dalam penelitian ini lembar observasi digunakan untuk mengetahui objek penelitian secara langsung, sehingga peneliti mudah memahami proses pelaksanaan dilapangan. Data yang disajikan nantinya berdasarkan survei lapangan akan dibandingkan dengan teori.

Kata Kunci: Rekam medis, rawat inap, tata ruang kantor

PENDAHULUAN

Tata Ruang Kantor adalah penyusunan peralatan dan alat perlengkapan kantor pada luas lantai yang tersedia, penentuan mengenai kebutuhan-kebutuhan ruang dan tentang penggunaan secara terperinci dari ruang itu untuk menyiapkan suatu susunan yang yang praktis mengenai peralatan perlengkapan kantor tersebut yang dianggap perlu bagi pelaksanaan kerja kantor dengan biaya yang layak (Diklat Jarak Jauh Sepala 1994:3).

Penataan ruang kerja di unit kerja rekam medis mempengaruhi kegiatan pelayanan, sehingga tata ruang kerja di unit kerja rekam medis perlu diperhatikan agar pelayanan yang diberikan oleh unit kerja rekam medis berjalan lancar (Aris Antoni, M. Mun'im Hendrawi, Ulfah Sukmasari 2014).

Hasil pengukuran luas ruangan rekam medis di RSUD M.Zein Painan didapat luas ruangan pengolahan 3,4m x 3,8m yang ditempati oleh 3 orang petugas rekam medis, 3 meja petugas, 5 kursi, 1 rak berkas dan lemari. Luas ruangan penyimpanan (I) 3,8m x 7,4m yang ditempati oleh 9 petugas rekam medis, 1 meja petugas, 1 rak dan 5 roll o'pack. Dan luas ruangan penyimpanan (II) 1,7m x 10,6m yang ditempati oleh 9 orang petugas dan 5 rak serta adanya berkas yang disusun dilantai. Luas ruangan rekam medis di RSUD M. Zein Painan ini belum memenuhi standar yang ditentukan, akibatnya petugas rekam medis tidak dapat mencari berkas dan mengolah data dengan cepat karena tidak bisa bergerak dengan leluasa (Oktamianiza dan Sinta Andriani 2016).

Aspek tata ruang kantor dalam lingkungan kerja sangat mempengaruhi kualitas dan kinerja bagi organisasi yang bersangkutan. Tata kerja di ruang Perekam Medis dapat disesuaikan dengan alur kerja. Salah satu pendukungnya adalah sarana dan prasarana yang memadai yang akan membantu dalam pelaksanaan kegiatan, sehingga tercipta lingkungan kerja yang cocok, aman, nyaman dan tidak menimbulkan keluhan-keluhan petugas, serta dapat mengurangi kelelahan.

Berdasarkan latar belakang di atas, perlu mendekripsikan tatanan dari ruang kerja. Tujuan penelitian ini ialah Merancang Ulang Ruang Kerja Bagian Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Aspek Tata Ruang Kantor.

METODE

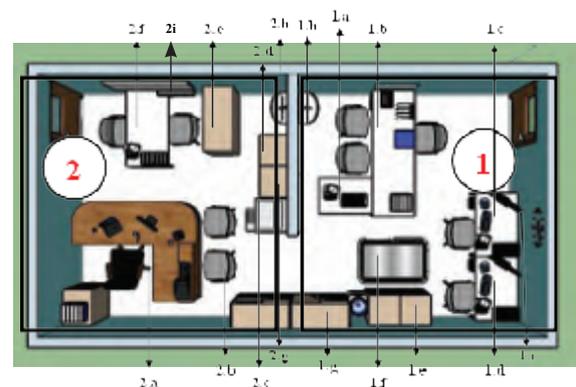
Penelitian ini menggunakan deskriptif yaitu digunakan untuk mengevaluasi ruang kerja bagian rekam medis rawat inap berdasarkan aspek tata ruang

kantor. Rancangan penelitian ini adalah kegiatan penelitian dari tahap persiapan, pengumpulan data, pengolahan data atau analisis data, penarikan kesimpulan dan penyusunan laporan penelitian. waktu penelitian dilaksanakan pada bulan April-Agustus 2019. Sampel yang digunakan untuk penelitian adalah ruang kerja bagian rekam medis rawat inap Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo dengan 3 sampel kuesioner dari Perekam Medis.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah Lembar Observasi digunakan oleh peneliti untuk mencatat hasil pengamatan yang dilakukan di lapangan. Lembar observasi berisi tentang materi-materi sesuai dengan keperluan peneliti, Lembar Kuesioner digunakan oleh peneliti untuk memperoleh jawaban dari perekam medis mengenai hasil rancangan tata letak ruang bagian Perekam Medis Rawat Inap, dan SketchUp Viewer adalah software yang digunakan peneliti untuk membuat rancangan tata letak ruang kerja bagian Perekam Medis.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil observasi pada penelitian di Ruang Kerja Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo dapat diperoleh hasil sebagai berikut :



Keterangan :

No. 1 Ruang kerja bagian Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo,	No. 2 Ruang kerja Kepala Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo
1.a Meja kerja bagian filing	2.a Meja kerja Kepala Bagian Rekam Medis
1.b Meja kerja bagian assembling	2.b Rak laporan
1.c Meja kerja bagian scanning	2.c Mesin fotokopi
1.d Meja kerja bagian coding	2.d Lemari arsip
1.e Lemari arsip	2.e Lemari laporan
1.f Trolley berkas	2.f Meja kerja bagian rensi/pelaporan
1.g Rak laporan	2.g Jam dinding
1.h Wastafel	2.h Wastafel
1.i Jam dinding	2.i Papan tulis

Tata Letak Ruang Kerja Kepala Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo



Pada gambar diatas meja kerja Kepala Bagian Rekam Medis dekat dengan pintu keluar dan terletak sejajar dengan meja kerja perekam medis bagian retensi/ pelaporan dengan jarak 1 m² yang bersebelahan dengan lemari arsip ditambah dua kursi petugas. Meja kerja Kepala bagian Rekam Medis berukuran 360 cm x 75 cm. Terdapat satu kursi untuk Kepala bagian Rekam Medis dan dua kursi untuk tamu di depan meja Kepala bagian Rekam Medis. Ruang kerja Kepala bagian Rekam Medis dekat dengan pintu keluar dan terletak bersebelahan dengan meja kerja Perekam Medis bagian retensi dengan jarak 2,95 m² yang terletak di samping mesin fotokopi dan sejajar dengan lemari arsip dan lemari laporan.

Tata Letak Ruang Kerja Perekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo.



Pada Gambar diatas dapat dilihat bahwa ruang kerja Perekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo terdiri dari meja kerja perekam medis bagian assembling, meja kerja perekam medis bagian coding, meja kerja perekam medis bagian scanning, meja kerja perekam medis bagian dokumen medis, meja kerja perekam medis bagian filing. Ruang kerja bagian Rekam Medis Rawat Inap berukuran 7,8 m² x 4,2 m² yang dibagi dua dengan menggunakan sekat tembok untuk ruang kerja Kepala Bagian Rekam

Medis dan ruang kerja Perekam Medis Rawat Inap. Untuk membawa berkas rekam medis rawat inap ke ruang filing dengan menggunakan trolley besar.

Hasil Kuesioner Tentang Rancangan Ulang Tata Letak Ruang Kerja Bagian Rekam Medis Rawat Inap.

Tabel 1. Hasil Kuesioner Tentang Persetujuan Rancangan Ulang Tata Letak Ruang Kerja

No	Pernyataan	Responden			Jumlah	Total
		1	2	3		
1.	Setuju dengan rancangan ulang ruang kerja bagian Rekam Medis rawat inap yang baru.	3	3	3	9	
2.	Apakah setuju dengan denah (layout) bagian rekam medis rawat inap sesuai dengan kriteria	3	3	3	9	35
3.	Apakah rancang ulang yang telah dibuat dapat mempermudah alur kinerja bagian rekam medis	4	2	3	9	
4.	Apakah rancang ulang yang telah dibuat dapat diterapkan di ruang kerja bagian rekam medis	3	2	3	8	

Keterangan:

- 1 = Tidak Setuju
- 2 = Cukup Setuju
- 3 = Setuju
- 4 = Sangat Setuju

PEMBAHASAN

Tata Letak Ruang Kerja Kepala Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo.

Menurut Diklat Jarak Jauh Sepala (1994:11) dalam mengatur tata letak tempat duduk dan peralatan dalam ruangan, kantor pimpinan diletakan di bagian belakang para pegawai. Ruang kerja Kepala Bagian Rekam Medis di Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo terletak dekat dengan pintu akses keluar masuk sejajar dengan meja kerja untuk bagian retensi.

Ruang kerja bagian Rekam Medis rawat inap telah memenuhi standar yang ada, yaitu dekat dengan unit pendaftaran, kasir, instalasi rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Tata letak ruang kerja Kepala Bagian Rekam Medis di Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo adalah sebagai berikut :

1. Meja Kepala Bagian Rekam Medis terletak di bagian belakang berhadapan dengan meja kerja untuk bagian retensi.

2. Dengan rancangan yang baru ini letak meja kerja untuk bagian retensi akan diletakkan di belakang mesin fotokopi dan lemari arsip akan diletakkan di depan lemari rak dan meja Kepala Bagian Rekam Medis, sehingga meja kerja bagian retensi akan lebih dekat dengan meja perekam medis lainnya dan waktu kerja perekam medis lebih efisien.

Tata Letak Ruang Kerja Perekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo

Ruang kerja bagian rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo memiliki luas ruangan dengan ukuran 7,8 m² x 4,2 m² yang diberi sekat tembok untuk ruangan Kepala Bagian Rekam Medis dan Perekam medis lainnya. Ruang penyimpanan berkas rekam medis rawat inap terdapat di lantai dua yang memiliki satu pintu untuk akses keluar masuk dan ruangan selalu terkunci. Ruang kerja bagian Perekam Medis rawat inap tidak diubah karena tata letak meja kerja sudah sesuai dengan alur kerja Perekam Medis.

Hasil Kuesioner Tentang Rancangan Ulang Tata Letak Ruang Kerja Bagian Rekam Medis Rawat Inap

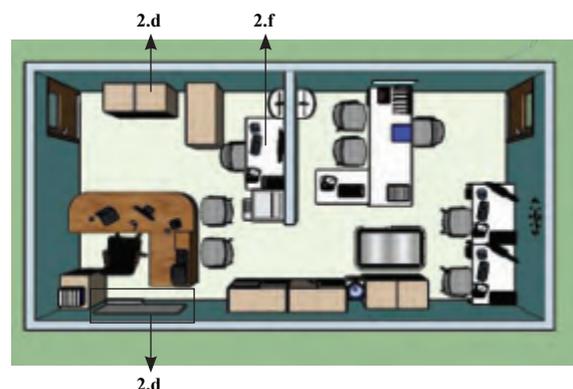
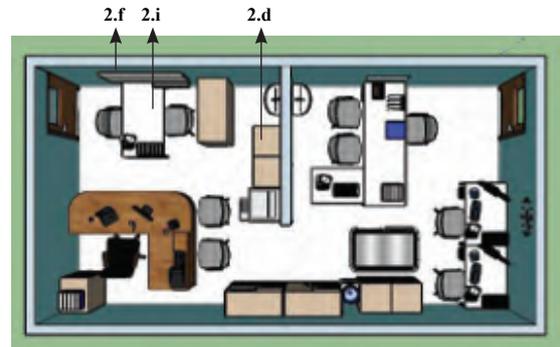
Perhitungan skor dari hasil kuesioner dari 3 (tiga) orang Perekam Medis Rawat Inap dengan 4 pertanyaan didapatkan total seluruh pernyataan sebesar 35 dengan hasil skor akhir adalah 2,92 dengan kriteria skor adalah setuju. Ini berarti hasil rancangan ulang ruang kerja Perekam Medis Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo dapat dipergunakan.

Tabel 2. Hasil Kuesioner Tentang Persetujuan Rancangan Ulang Tata Letak Ruang Kerja Dengan Nilai Skor Akhir

No	Pernyataan	Res-ponden			Total	Skor Akhir
		1	2	3		
1.	Setuju dengan rancangan ulang ruang kerja bagian Rekam Medis rawat inap yang baru.	3	3	3	9	
2.	Apakah setuju dengan denah (layout) bagian rekam medis rawat inap sesuai dengan kriteria	3	3	3	9	35
3.	Apakah rancang ulang yang telah dibuat dapat mempermudah alur kinerja bagian rekam medis	4	2	3	9	2,92

4. Apakah rancang ulang yang telah dibuat dapat diterapkan di ruang kerja bagian rekam medis 3 2 3 8

Rancangan Ulang Ruang Kerja Kepala Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo.



Keterangan:

No. 2 Ruang kerja Kepala Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo

- 2.d Lemari arsip
- 2.f Meja kerja bagian retensi/pelaporan
- 2.i Papan tulis

Berdasarkan gambar diatas, meja kerja bagian retensi (A. Desain lama) terlalu jauh dengan meja perekam medis lainnya sehingga sesuai dengan permintaan Kepala bagian Rekam Medis dilakukan perancangan ulang agar terciptanya kenyamanan kerja bagi perekam medis dalam melakukan pekerjaannya. Dapat dilihat bahwa sudah mampu memenuhi standar tata ruang yang baik dengan pemisah ruangan antara ruang kerja Kepala bagian Rekam Medis dan Perekam Medis. Rancangan di atas dilakukan pemindahan meja kerja perekam

medis bagian retensi (B. Desain baru) diletakkan di samping mesin fotokopi dan pemindahan papan tulis (B. Desain baru) di samping meja Kepala Bagian Rekam Medis. Peneliti mengusulkan perancangan ini untuk memudahkan tugas Perekam Medis.

Rancangan tata letak ruang kerja bagian Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo sudah memenuhi keempat Aspek Tata Ruang Kantor, yaitu:

1. Azaz Jarak Terpendek
Mulai dari kegiatan assembling hingga kegiatan pelaporan.
2. Azaz Rangkaian Kerja
Mulai dari Perekam Medis yang melakukan pekerjaan assembling hingga pekerjaan pelaporan sudah ditempatkan sesuai rangkaian urutan kerja dan menempati meja sesuai pekerjaannya.
3. Azaz Penggunaan Segenap Ruang
Ruang ini memanfaatkan seluruh fasilitas yang ada, sehingga seluruh fasilitas digunakan tidak ada yang sia-sia.
4. Azaz Perubahan Susunan Tempat Kerja
Penempatan meja dan kursi serta peralatan lainnya posisi dapat diubah atau disusun kembali dengan mudah.

Alur kerja di ruang Perekam Medis rawat inap sudah disesuaikan dengan pekerjaan masing-masing sehingga memudahkan Perekam Medis dalam melakukan pekerjaan. Berdasarkan Tabel 2 dari 3 responden (bagian rekam medis) dengan 4 pertanyaan didapatkan total seluruh pernyataan sebesar 35 dengan hasil skor akhir adalah 2,92 sesuai dengan kriteria skor adalah setuju. Dengan demikian ini bisa dikatakan hasil rancangan ulang ruang kerja Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Delta Surya Sidoarjo dapat dipergunakan.

SIMPULAN

Tujuan pertama tentang identifikasi tata letak ruang kerja Kepala bagian Rekam Medis hasil kesimpulan yang dapat ditarik yaitu kepala bagian rekam medis sering menerima tamu sehingga ruangan harus lebih privasi, tidak menjadi satu dengan ruang kerja Perekam Medis dan terletak dekat dengan urusan pelaporan, tujuan yang kedua yaitu identifikasi tata letak ruang kerja bagian rekam medis rawat inap

dimana ruang kerja bagian rekam medis Rawat Inap tidak dekat dengan ruang penyimpanan yang terletak di lantai dua sehingga membuat kerja perekam medis rawat inap kurang efisien, dan tujuan yang terakhir yaitu rancangan ulang tata letak ruang kerja bagian rekam medis rawat inap dimana letak meja kepala bagian rekam medis sebelumnya berhadapan dengan meja kerja untuk bagian retensi, pada rancangan tata letak yang baru meja kerja untuk bagian retensi bersebelahan dengan mesin fotokopi dan meja kepala bagian rekam medis berhadapan dengan lemari arsip dan lemari laporan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya, teman-teman, dan khususnya untuk keluarga atas bimbingan dan dukungan kepada peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

- Antoni, Aris, M. Mun'im Hendrawi dan Ulfah Sukmasari. 2014. Tinjauan Tata Letak Ruang Guna Kelancaran Proses Pelayanan Rekam Medis di UKRM BLUD RSU Banjarbaru Tahun 2014. *Jurkessia*. Volume 5 (2).
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggara dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia*. Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik. Jakarta.
- Hospital, T. G. (n.d.). Kesehatan dan Kualitas Kehidupan Kerja terhadap Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Tangerang Tangerang General Hospital, 59–66.
- Kementerian Kesehatan. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Majid, C. A. (2018). *Desain Ulang Ruang Penyimpanan Dokumen Rekam Medik Aktif Di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur Berdasarkan Ilmu Ergonomi*. Surabaya.
- Media, O. (2017). *Pengertian, Jenis, Asas Dan Tujuan Tata Ruang Kantor*. Retrieved from odemedia.blogspot.com/2017/11/pengertian-jenis-asas-dan-tujuan-tata.html?m=1. 7 mei 2019(15:18)

- Nopianto, H., Riyanto, B., & Ariani, M. D. (2012). Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Lama Rawat Inap pada Pasien Demam Berdarah Dengue di RSUP DR Kariadi Semarang. Fakultas Kedokteran.
- Oktamianiza, Sinta Andriani. 2016. Tinjauan Kondisi Fisik Ruangan Terhadap Kinerja Petugas Dalam Pengolahan Rekam Medis Di Rsud M. Zein Painan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. Volume 4 (83).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016. (2016).
- Rumah, D. I., & Paru, S. (2017). urusan pelaporan, urusan kepala rekam medis, perekam medis, tata letak ruang unit rekam medis, tata letak ruang urusan, 3(1).
- Sepala, D. J. J. (1994). *Teknik Menata Ruang Kantor*. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia.
- Sosial, D., & Dan, T. K. (2010). Pengaturan tata ruang kantor pada dinas sosial, tenaga kerja dan transmigrasi kabupaten kudu.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *Tentang Rumah Sakit* 2009. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 40. Jakarta.

Analisis Quality Assurance Penerapan Kebijakan Reward and Punishment Berdasarkan Assessment Tingkat Kepatuhan

**Faik Agiwahyunto¹, Evina Widianawati², Widya Ratna Wulan³,
dan Cesara Kharismaharani Komara⁴**

^{1,2,3,4}**Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro**

Email: ¹faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id

Abstract

Standard Operating Procedure (SOP) for patient registration service at RSUD Dr. M. Ashari Pemalang is in force since 2016. Oversight is carried out in the hospital registration section (outpatient, inpatient, and emergency department) but not documented. This study aims to analyze quality assurance by implementing a reward and punishment policy based on compliance level assessment of inpatient registration service officers in the SOP for patient registration. This research type is descriptive study. Data collected by observation and interview methods. Research subjects were 2 inpatient registration service officers and the Head of the Medical Record Unit. The object of the study was the Standard Operating Procedure for inpatient registration at RSUD Dr. M. Ashari Pemalang. Data analyze using univariate with percentage and content analyze. Research results are RSUD Dr. M. Ashari Pemalang does not have an SOP for Inpatient Registration Services for BPJS patients. Facilities and infrastructure at Inpatient Registration Services are sufficient, but bracelets for baby patients are only available in the emergency room. Another inadequate tool is MNH written manually using white paper. The reward given is only in the form of thank you. Punishment for officers who are not obedient is verbally reprimanded, given input and guidance.

Keywords: *Assesment, compliance, quality assurance, reward and punishment*

Abstrak

Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan pendaftaran pasien di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang berlaku sejak tahun 2016. Pengawasan yang dilakukan di bagian pendaftaran rumah sakit (pendaftaran rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat) namun tidak terdokumentasikan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis quality assurance dengan penerapan kebijakan reward and punishment berdasarkan *assesment* tingkat kepatuhan petugas Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI) pada SOP pendaftaran pasien. Jenis penelitian adalah deskriptif. Data dikumpulkan dengan metode observasi dan wawancara. Subjek penelitian adalah 2 petugas TPPRI dan Kepala Unit Rekam Medis. Objek yang diteliti adalah Standar Operasional Prosedur pendaftaran rawat inap RSUD Dr. M. Ashari Pemalang. Analisis data menggunakan analisis univariat dengan persen dan analisis isi (*content analysis*). Hasil penelitian RSUD Dr. M. Ashari Pemalang belum memiliki SOP Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap untuk pasien BPJS. Sarana dan prasarana di TPPRI sudah cukup memadai, namun gelang untuk pasien bayi hanya tersedia di IGD. Sarana lain yang kurang memadai adalah KIB ditulis secara manual dengan menggunakan kertas putih. Reward yang diberikan hanya berupa ucapan terima kasih. Punishment bagi petugas yang kurang patuh adalah ditegur secara lisan, diberi masukan dan pembinaan.

Kata Kunci: *Assesment, kepatuhan, quality assurance, reward and punishment*

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam memberikan pelayanan kesehatan diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang berkualitas (Giyana, 2012).

Quality assurance atau program penjagaan mutu adalah program untuk memonitor dan menilai kualitas pelayanan agar konsisten dengan standar (Sukma, dkk., 2017). Program penjagaan mutu (*Quality Assurance*) yang meliputi kegiatan monitoring, evaluasi, dan tindakan koreksi terhadap sasaran mutu pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan penting diperhatikan karena melibatkan interaksi langsung antara perawat dengan pasien terus menerus selama 24 jam, sehingga program *Quality Assurance* pelayanan keperawatan perlu dilakukan demi menjaga standar mutu pelayanan keperawatan. *Quality assurance* merupakan suatu upaya mengkaji secara periodik berbagai kondisi yang mempengaruhi pelayanan, melakukan pemantauan terhadap pelayanan, serta menelusuri keluaran yang dihasilkan sedemikian rupa sehingga berbagai kekurangan serta penyebab kekurangan dapat diketahui dan upaya perbaikan dapat dilakukan, kesemuanya dilakukan untuk menyempurnakan taraf kesehatan dan kesejahteraan.

Reward bisa disebut sebagai hadiah atau bonus yang diberikan karena prestasi seseorang. *Reward* dapat berwujud banyak rupa. Salah satu bentuk sederhananya, berupa kata-kata seperti pujian. *Punishment* atau sanksi merupakan konsekuensi dari perilaku yang negatif (Putri, dkk., 2014; Budiawan, dkk., 2015; Isnainy dan Nugraha, 2018). *Assesment* adalah proses untuk mengetahui kemampuan seseorang terhadap suatu kompetensi berdasarkan bukti-bukti (Mangold, et al., 2018). Pada dasarnya *assesment* adalah proses penelusuran bukti. Kepatuhan (*compliance*) adalah tingkat seseorang melaksanakan suatu cara atau berperilaku seseorang dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Ratnawati dan Sianturi, 2018). Kepatuhan merupakan bagian dari perilaku individu yang bersangkutan untuk mentaati atau mematuhi sesuatu (Jeli dan Ulfa, 2014).

Standar Prosedur Operasional atau *Standart Operational Procedure* (SOP) adalah standar yang harus dijadikan acuan dalam memberikan setiap pelayanan (Natasia, dkk., 2014). Standar kinerja ini dapat digunakan untuk menilai kinerja instansi secara internal maupun eksternal. Setiap manajemen berkualitas baik selalu didasari oleh SOP kemudian disosialisasikan kepada seluruh pihak untuk melaksanakannya. SOP merupakan hal yang sangat penting karena standar prosedur

operasional merupakan serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan administrasi pemerintahan, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. SOP meliputi peraturan-peraturan dalam mengaplikasikan proses-proses sehingga hasilnya sesuai dengan ketentuan yang diharapkan (Rizkika, dkk., 2014). Selain itu, SOP juga dapat memberikan kemudahan kepada petugas kesehatan dalam melaksanakan tugasnya sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas, disamping terhindar dari risiko terpajan atau tertular penyakit.

Variabel-variabel faktor yang mempengaruhi *quality assurance* antara lain *man, money, materials, machines*, dan *methods* (Sukma, dkk., 2017). Penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan SOP antara lain pengetahuan dan sikap (Rizkika, dkk., 2014), faktor dinas kesehatan, faktor *power* kepala, dan faktor petugas (Hidayat, 2012), usia, lama kerja, pendidikan, motivasi, dan persepsi (Natasia, dkk., 2014), faktor predisposisi (pengetahuan dan sikap), faktor pemungkin (sarana/*checklist*, pelatihan, dan SOP), dan faktor penguat (pengawasan) (Sarah, dkk., 2015). Penelitian Dewi (2015), SOP rawat inap dengan pendekatan *Lean Hospital*. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Quality Assurance*.

Pada survei awal di TPPRI RSUD Dr. M. Ashari Pemalang bulan Maret tahun 2019, bahwa ada 2 petugas TPPRI dimana satu petugas diberi masing-masing 5 kali *checklist* selama satu hari, yang mana ada 3 dari 10 *checklist* tersebut terdapat ketidaklengkapan berkas pendaftaran seperti fotocopy KK (Kartu Keluarga), namun di dalam SOP tidak ada standar tentang kelengkapan berkas pendaftaran pasien. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti kepatuhan pelaksanaan SOP pelayanan pendaftaran pada petugas TPPRI untuk menilai kegiatan pelayanan pendaftaran pasien rawat inap, dengan judul penelitian “Analisis *Quality Assurance* dengan Penerapan Kebijakan *Reward and Punishment* Berdasarkan Assesmen Tingkat Kepatuhan Petugas TPPRI pada SOP Pendaftaran Pasien di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang Tahun 2019”.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah analisis deskriptif kualitatif dengan metode observasi dan wawancara. Subjek penelitian yaitu 2 petugas TPPRI

dan 1 petugas Kepala RM dan Objek penelitian yaitu Standar Operasional Prosedur (SOP) pendaftaran rawat inap RSUD Dr. M. Ashari Pemalang. Analisis data menggunakan analisis univariate dengan persentase dan analisis isi (*content analyze*).

HASIL

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang terhadap 2 petugas TPPRI dan Kepala RM didapatkan hasil sebagai berikut (keterangan IU adalah informan utama dan IT adalah informan triangulasi):

Tabel 1 Kelayakan SOP Pelayanan Pendaftaran TPPRI Perlu/Tidaknya Revisi

Kode Informan	Hasil Wawancara
IU1	Sudah cukup. Tidak ada yang perlu dikurangi atau ditambahkan.
IU2	Sudah cukup. Tidak ada yang perlu dikurangi atau ditambahkan.
IU3	Sementara, masih belum ada yang harus diubah. Dalam waktu dekat mungkin akan berubah karena adanya sistem RME-RJ (Rekam Medis Elektronik Rawat Jalan). Tetapi itu menjadi program berikutnya, jadi sekarang belum perlu revisi.
Kesimpulan	SOP Pelayanan Pendaftaran TPPRI di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang belum memerlukan revisi.

Tabel 2 Kepatuhan Petugas Terhadap Pelaksanaan SOP Pendaftaran Pasien Rawat Inap

No	Prosedur	Keterangan
1	Mengecek dan mencatat jumlah tempat tidur kosong	$\frac{30}{30} \times 100 = 100\%$
2	Komputer, printer, label ID, rekam medis rawat inap, dan tracer sudah siap dan tersedia sebelum pasien datang	$\frac{30}{30} \times 100 = 100\%$
3	Memberi salam	$\frac{30}{30} \times 100 = 100\%$
4	Menanyakan pernah berobat atau belum?	$\frac{30}{30} \times 100 = 100\%$
5	Apabila pasien baru	$\frac{3}{5} \times 100 = 40\%$
6	Apabila pasien lama	$\frac{25}{25} \times 100 = 100\%$

Tabel 3 Kendalam yang Ada di TPPRI

Kode Informan	Hasil Wawancara
IU1	Alamat pasien yang tidak lengkap. Kalau tidak lengkap, bisa memperlama proses pendaftaran.
IU2	Untuk pasien tunai tidak ada kendala, asalkan pasien tersebut membawa identitas dan didaftarkan sesuai identitasnya. Sedangkan untuk pasien BPJS biasanya bermasalah di v-claim yang <i>error</i> dan membuat proses pelayanan menjadi lama, karena yang memakai server bukan hanya rumah sakit.
IT1	Pasien baru kurang mengetahui prosedur pendaftaran, terkadang tidak membawa surat rekomendasi. Dan pada pasien BPJS juga biasanya tidak membawa persyaratan yang lengkap. Misalnya fotocopy KK.
Kesimpulan	Kendala di TPPRI terdapat pada ketidaklengkapan identitas pasien seperti alamat yang kurang lengkap. Selain itu terdapat kendala pada v-claim yang <i>error</i> . Hal ini membuat proses pelayanan menjadi lambat. Kendala lain terdapat pada pasien baru dan pasien BPJS yang kurang mengetahui prosedur pendaftaran.

Tabel 4 Sarana dan Prasarana Pendukung Pelayanan di TPPRI

Kode Informan	Hasil Wawancara
IU1	Sudah cukup
IU2	Belum tersedia gelang untuk pasien bayi, saat ini hanya tersedia di IGD.
IT1	Sebetulnya sudah cukup. Tetapi untuk KIB belum ada sistem untuk mencetak itu. Jadi KIB masih manual ditulis di kertas putih.
Kesimpulan	Sarana dan prasarana di TPPRI sudah cukup memadai, namun saat ini belum tersedia gelang untuk pasien bayi di bagian TPPRI dan juga KIB yang dicetak dari komputer dengan bahan yang tidak mudah terlipat dan tidak mudah hilang.

Tabel 5 Reward and Punishment

Kode Informan	Hasil Wawancara
IU1	Untuk pemberian hadiah tidak ada. Untuk <i>punishment</i> berupa teguran, seperti diberi peringatan.
IU2	Sementara belum ada pemberian hadiah. Untuk <i>punishment</i> belum sampai hukuman, masih ditegur secara lisan, diberi masukan dan nanti diperbaiki.
IT1	<i>Reward</i> secara materiil belum ada, hanya ucapan terima kasih. Tetapi untuk <i>punishment</i> , minimal dilakukan dengan pembinaan. Jika ada staf yang melanggar atau staf yang melakukan kesalahan itu tetap dipanggil, diberi masukan dan pembinaan agar tidak mengulangi kesalahan yang sama

Kesimpulan Reward hanya berupa ucapan terima kasih. Untuk *punishment* bagi petugas yang kurang patuh yaitu ditegur secara lisan, diberi masukan dan pembinaan.

Tabel 6 Monitoring Kelayakan SOP Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap

Kode Informan	Hasil Wawancara
IU1	Ada monitoring, seperti koordinator pendaftaran yang memantau petugas TPPRI bagaimana cara kerjanya.
IU2	Pasti dilakukan monitoring, hampir setiap hari dievaluasi walaupun tidak secara langsung. Monitoring biasanya dilakukan oleh kepala RM atau koordinator pendaftaran yang langsung turun ke TPPRI atau dilihat dari buku laporan transfer pasien. Lalu terkadang jika ada laporan kendala dari ruangan perihal TPPRI akan langsung disampaikan.
IT1	Monitoring dilakukan setiap saat namun tidak didokumentasikan. Jika terjadi masalah pada TPPRI, petugas TPPRI atau koordinator pendaftaran menghubungi kepala RM melalui telepon. Lalu saat itu juga langsung direspon dan ditangani oleh kepala RM. Selain itu, setiap bulannya diadakan rapat koordinasi yang membahas masalah dan kesalahan yang ada, salah satunya pada TPPRI.
Kesimpulan	Monitoring dilakukan setiap saat oleh kepala RM atau koordinator pendaftaran, namun tidak terdokumentasi. Setiap bulan diadakan rapat koordinasi yang membahas masalah dan kesalahan yang ada.

PEMBAHASAN

1. Kelayakan SOP pelayanan pendaftaran TPPRI perlu/tidaknya revisi

Standard operating procedure (SOP) adalah langkah-langkah kerja tertulis yang terfokus kepada pelaksanaan pekerjaan untuk mengurangi risiko kerugian dan mempertahankan kehandalan (Sarah, dkk., 2015). Dalam SOP biasanya terdapat batasan operasi peralatan dan keselamatan, prosedur menghidupkan, mengoperasikan, dan mematikan peralatan. Kelayakan SOP pendaftaran pasien rawat inap adalah kriteria penentuan SOP pendaftaran pasien rawat inap layak untuk dijalankan atau perlu adanya revisi (penambahan atau pengurangan standar).

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, diketahui bahwa RSUD Dr. M. Ashari Pemalang sudah mempunyai Standar Operasional Prosedur dengan No.445/2030/SPO/VI/2016. SOP Pelayanan

Pendaftaran TPPRI di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang sudah pernah dilakukan revisi pada saat sistem pendaftaran masih manual menuju pelayanan menggunakan SIMRS. SOP dengan pelayanan menggunakan SIMRS ditetapkan pada tahun 2016. Menurut Kepala RM, sampai saat ini belum ada yang perlu ditambah/dikurangi. Sejak 2016, SOP belum pernah ditinjau untuk direvisi. Hal ini akan berdampak pada pelayanan di TPPRI, karena SOP Pelayanan Pendaftaran TPPRI hanya ada untuk pasien umum. Saat ini SOP untuk pasien umum masih layak digunakan. Untuk pasien BPJS belum tersedia SOP.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Dewi(2015) bahwa SOP yang sudah ada tetapi belum dibuat secara terperinci tahap-tahapnya serta SIRS yang belum terintegrasi secara online dengan semua unit di RS "X". Evaluasi, perbaikan dan sosialisasi SOP minimal setiap 6 bulan sekali. Memisahkan bagian pendaftaran untuk pasien rawat inap dan rawat jalan dengan memaksimalkan fungsi petugas dan tanpa menambahkan bangunan baru namun cukup meletakkan meja dan kursi untuk pendaftaran ranap di sisi ruang yang dekat dengan pendaftaran utama sehingga petugas dapat dengan mudah berpindah jika ada pasien ranap yang perlu dilayani.

2. Kepatuhan petugas terhadap pelaksanaan SOP Pendaftaran pasien rawat inap.

Kepatuhan (*compliance*) adalah tingkat seseorang melaksanakan suatu cara atau berperilaku seseorang dengan apa yang disarankan atau dibebankan kepadanya. Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat sebagai seorang profesional terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati (Ratnawati dan Sianturi, 2018).

Dari hasil wawancara, petugas sudah melakukan tugasnya sesuai SOP. Dari hasil observasi, terdapat 2 pasien baru yang ditolak untuk dirawat inap dikarenakan tidak membawa surat rekomendasi rawat inap, yang mana pasien tersebut pasien lansia yang datang ke TPPRI sendiri tanpa adanya surat rujukan. Dengan adanya hal itu, petugas langsung memberikan penjelasan kepada pasien bagaimana prosedur pendaftaran di TPPRI. Akibatnya, antrian pasien lain sempat terhambat selama beberapa menit.

Dengan terhambatnya antrian seperti ini sesuai dengan penelitian Lestari dan Aini (2015) diperoleh hasil bahwa petugas tidak melaksanakan peraturan isi Standar Prosedur Operasional. Pasien rawat inap yang tidak dipakaikan gelang identitas masih 38,4 % dari pasien yang memakai gelang identitas 13,5% masih belum sesuai dengan identitas pasien. Hasil penelitian Anggraeni, dkk (2014) bahwa perlunya membuat alur pelaksanaan identifikasi pasien, yang dimulai dari pendaftaran pasien sampai rawat inap. Ketidak lengkapan SPO dalam rumah sakit merupakan faktor yang berkontribusi secara langsung dalam kejadian *adverse outcome* (Lestari dan Aini, 2015).

3. Kendala yang ada di TPPRI

Kendala adalah faktor atau keadaan yang membatasi, menghalangi, atau mencegah pencapaian sasaran. Kendala juga berarti kekuatan yang memaksa pembatalan pelaksanaan (Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, 2016). Dari hasil observasi dan wawancara, kendala di TPPRI terdapat pada ketidak-lengkapan identitas pasien seperti alamat yang kurang lengkap. Selain itu terdapat kendala pada v-claim yang error. Hal ini membuat proses pelayanan menjadi lambat. Jika ditemukan alamat pasien yang tidak lengkap, petugas akan menyesuaikan nomor RM dengan alamat pasien sehingga mudah dicari.

Untuk kendala pada v-claim yang error, petugas TPPRI melakukan koordinasi dengan pihak BPJS melalui grup whatsapp agar server yang digunakan kembali normal. Hasil penelitian Harma (2015) bahwa kendala dalam pelaksanaan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dilihat dari rawat jalan yaitu file yang lama selesai karena jumlah pasien yang berobat sangat banyak pada saat itu dan Dokter yang sedang melaksanakan operasi sehingga tidak bisa melayani pasien rawat jalan pada saat itu. Dilihat dari rawat inap yaitu ruang rawat inap kelas 3 yang terbatas dan jam kunjungan layanan Dokter yang sering terlambat. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan RSHB Batam melakukan upaya-upaya untuk mengatasi kendala yang ada dalam pelaksanaan prosedur pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

4. Sarana dan Prasarana pendukung pelayanan di TPPRI

Dalam pengadaannya, sarana dan prasarana bisa dengan cara membeli, membuatnya sendiri, maupun menerima bantuan orang lain. Tentunya dalam penggunaan sarana dan prasarana adalah untuk memanfaatkan segala jenis alat atau barang yang sesuai dengan keperluan. Dalam penggunaannya tentu harus mempertimbangkan beberapa hal, seperti tujuan yang ingin dicapai dengan menggunakan sarana dan prasarana tersebut hingga adanya sarana dan prasarana yang menjadi penunjang.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, sarana dan prasarana di TPPRI sudah cukup memadai, namun saat ini belum tersedia gelang untuk pasien bayi di bagian TPPRI dan hanya tersedia di IGD. Hal ini akan mempersulit petugas TPPRI jika ada pasien bayi yang akan dirawat inap. Sarana lain yang kurang memadai yaitu KIB yang masih ditulis manual dan menggunakan kertas putih. Jika KIB hanya berbahan dasar kertas putih, maka KIB akan sangat mudah terlipat/rusak jika pasien tidak menyimpannya dengan benar.

Hasil penelitian ini sesuai penelitian Lestari dan Aini (2015), diperoleh hasil bahwa adanya penggunaan gelang identitas pada bayi baru lahir yang penulisannya belum terstandar, sehingga tulisan yang ada pada gelang identitas masih berbeda beda pada satu bayi dengan bayi lain, serta tidak sesuai dengan SPO yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Untuk meningkatkan kualitas dari sarana dan prasarana, pihak rumah sakit mengganti model tulisan yang ada di gelang identitas dengan menggunakan tulisan cetak dari komputer.

5. Reward and Punishment

Reward dan *punishment* merupakan dua bentuk metode dalam memotivasi seseorang untuk melakukan kebaikan dan meningkatkan prestasinya. Kedua metode ini sudah cukup lama dikenal dalam dunia kerja. Pada dasarnya keduanya sama-sama dibutuhkan dalam memotivasi seseorang, termasuk dalam memotivasi para pegawai dalam meningkatkan kinerjanya (Putri, dkk., 2014; Budiawan, dkk., 2015; Isnainy dan Nugraha, 2018; Mangold, et al., 2018).

Berdasarkan hasil wawancara di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang, *reward* hanya berupa ucapan terima kasih. Untuk *punishment* bagi petugas yang kurang patuh yaitu ditegur secara lisan, diberi masukan dan pembinaan. Untuk ke depannya, kepala RM belum berencana memberikan *reward* secara materiil ataupun *punishment* berupa sanksi yang tegas.

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian Romadhon (2017), *reward* yang diterapkan untuk karyawan berupa pemberian jasa pelayanan atau balas jasa sesuai beban kerja dan lama bekerja pegawai. *Reward* tersebut sudah berjalan dengan secara efektif. Dengan pemberian jasa pelayanan sebagai *reward* kepada karyawan RSUD Dolopo Madiun di harapkan dengan pemberian penghargaan ikut mempengaruhi disiplin karyawan di RSUD Dolopo Madiun, karena penghargaan akan memberikan kepuasan dan kecintaan karyawan terhadap organisasi atau pekerjaannya. Jika kecintaan karyawan semakin baik terhadap pekerjaan, kedisiplinan mereka akan baik pula.

6. Monitoring kelayakan SOP pelayanan pendaftaran rawat inap

Monitoring dilakukan tepat waktu karena ketersediaan data *on-time* diperlukan bagi pihak manajemen/pengguna data untuk penyelesaian masalah secara tepat waktu. Selain itu ketepatan waktu monitoring juga penting untuk mendapatkan data akurat dalam memantau obyek tertentu pada saat yang tepat.

Berdasarkan hasil wawancara di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang, monitoring dilakukan setiap saat oleh kepala RM atau koordinator pendaftaran, namun tidak terdokumentasi karena pendokumentasian dari monitoring hanya dilakukan pada saat rapat koordinasi yang diadakan setiap bulannya. Dari hasil rapat koordinasi tersebut, hasil dari monitoring digunakan untuk perbaikan ke depannya dan menjadi masukan bagi pimpinan sehingga diharapkan dengan adanya evaluasi tersebut bisa lebih meningkatkan kualitas pelayanan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Hidayat(2012) dan Natasia, dkk (2014) yaitu monitoring dilakukan oleh kepala rumah sakit

setiap saat. Pendokumentasian segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan harus dicatat secara cepat, tepat, lengkap serta dapat dipertanggungjawabkan.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan mengenai analisis *quality assurance* penerapan kebijakan *reward and punishment* berdasarkan *assesment* tingkat kepatuhan petugas TPPRI pada SOP Pendaftaran Pasien di RSUD Dr. M. Ashari Pemalang Tahun 2019, diperoleh kesimpulan bahwa RSUD Dr. M. Ashari Pemalang belum memiliki SOP Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap untuk pasien BPJS. Sarana dan prasarana di TPPRI sudah cukup memadai, namun gelang untuk pasien bayi hanya tersedia di IGD. Sarana lain yang kurang memadai adalah KIB ditulis secara manual dengan menggunakan kertas putih. *Reward* yang diberikan hanya berupa ucapan terima kasih. *Punishment* bagi petugas yang kurang patuh adalah ditegur secara lisan, diberi masukan dan pembinaan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro khususnya Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan D3, dan RSUD Dr. Ashari Pemalang.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D., Hakim, L., & Imam, C.W. (2014). Evaluasi Pelaksanaan Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1): 99-105.
- Budiawan, I.N., Suarjana, K., & Wijaya, I.P. (2015). Hubungan Kompetensi, Motivasi dan Beban Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Public Health and Preventive Medicine Archive (PHPMA)*, 3(2): 143-149.
- Dewi, P.K. (2015). Analisis Alur Proses Penerimaan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit "X" Tahun 2015 dengan Pendekatan *Lean Hospital*. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit (Jurnal ARSJ)*, 2(1): 1-16.

- Ditha, M.P., Destriatania, S., & Mutahar, R. (2014). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Produktivitas Kerja Perawat Di RS Bhayangkara Palembang Tahun 2014. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 5(03): 183-191.
- Giyana, F. (2012). Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2): 48-61.
- Harma, U. (2015). Pelaksanaan Prosedur Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap Pada Rumah Sakit Harapan Bunda. *Skripsi*. Universitas Negeri Padang.
- Hidayat, T. (2012). Analisa Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan Petugas Kusta dalam Pelaksanaan SOP Pelayanan Kusta di Puskesmas Kabupaten Sampang. *J. Adm. Kebijak. Kesehat*, 10(2): 68-72.
- Isnainy, U.C.A.S., & Nugraha, A. (2018). Pengaruh Reward Dan Kepuasan Kerja Terhadap Motivasi Dan Kinerja Perawat. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 12(4): 235-243.
- Jeli, M.M., & Ulfa, M. (2014). Kepatuhan Perawat dalam Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pemasangan Infus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. *Mutiara Medika*, 14(1): 51-62.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2016). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Lestari, S., & Aini, Q. (2015). Pelaksanaan Identifikasi Pasien Berdasarkan Standar Akreditasi JCI Guna Meningkatkan Progrm *Patient Safety* Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 4(1): 1-20.
- Mangold, K., Tyler, B., Velez, L., & Clark, C. (2018). Peer-Review Competency Assessment Engage Staff and Influence Patient Outcome. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(3): 119-126.
- Natasia, N., Loekqijana, A., & Kurniawati, J. (2014). Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Pelaksanaan SOP Asuhan Keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1): 21-25.
- Ratnawati, L., & Sianturi, S. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Hand Hygiene. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 9(2): 148-154.
- Rizkika, S., Restuastuti, T., & Fatmawati. (2014). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Petugas Laboratorium Patologi Klinik Terhadap Penerapan *Standard Operating Procedure* (SOP) Penanganan Bahan Infeksius Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *JOM FK*, 1(2): 1-11.
- Romadhon, F. (2017). Pengaruh Reward Terhadap Disiplin Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dolopo Madiun Tahun 2017. *Skripsi*. Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun.
- Sarah, S., Ekawati, & Widjasena, B. (2015). Analisis Kepatuhan Supervisor Terhadap Implementasi Program *Occupational Health & Safety* (OHS) *Planned Inspection* Di PT. CCAI. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 3(3): 342-355.
- Sukma, S.N.F., Sudiro, & Fatmasari, E.Y. (2017). Analisis Perencanaan *Quality Assurance* Ditinjau Dari Aspek Input Pelayanan Keperawatan Rawat Inap Pasca Akreditasi Paripurna RS Swasta X Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(4): 127-136.

Dampak Beban Kerja *Coder* yang Tinggi terhadap Ketidakkuratan Kode Diagnosis

Warsi Maryati^{1*}, Indriyati Oktaviano Rahayuningrum², Niar Perdana Sari³

^{1,2,3}Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta
Email: ¹warsi_maryati@udb.ac.id, ²indriyati_oktaviano@udb.ac.id,
³niar_perdana@udb.ac.id

Abstract

Dr. Moewardi General Hospital is a fully accredited hospital. Based on the results of a preliminary survey of 10 medical record documents in the Melati ward, 40% are inaccurate documents. This study aims to determine the relationship of coder workload with the accuracy of the diagnosis code in inpatients of the jasmine ward at Dr. Moewardi in 2018. This research is an analytic study with cross sectional approach. The sample in this study were 99 medical records of inpatient Melati ward with proportionate stratified random sampling technique. Data management by collecting, editing, coding, classification, tabulating, analysis and presenting data. The percentage of the workload is low at 60% (59 documents) while the workload is high at 40% (40 documents). Percentage of accuracy of Melati ward code 59% (58 documents) while inaccuracy is 41% (41 documents). The data is processed using the chi square and show that $p = 0.01$ so that $p < 0.01$. The conclusion drawn is that H_0 is rejected and H_a is accepted, meaning that there is a relationship between the workload of the coder and the accuracy of the diagnosis code. The suggestion for hospitals should plan and analyze the workload of the coder in each ward.

Keywords: workload, accuracy, code, diagnosis

Abstrak

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi merupakan rumah sakit terakreditasi Paripurna. Berdasarkan berdasarkan hasil survei pendahuluan terhadap 10 dokumen rekam medis di bangsal Melati menunjukkan bahwa 40% tidak akurat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan beban kerja coder dengan keakuratan kode diagnosis pada pasien rawat inap bangsal melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi tahun 2018. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 99 dokumen rekam medis rawat inap bangsal Melati dengan teknik pengambilan sampel proportionate stratified random sampling. Pengelolaan data dengan collecting, editing, coding, classification, tabulating, analisis dan penyajian data. Persentase beban kerja rendah sebesar 60% (59 dokumen) sedangkan yang beban kerja tinggi sebesar 40% (40 dokumen). Persentase keakuratan kode bangsal Melati 59% (58 dokumen) sedangkan ketidakkuratan sebesar 41% (41 dokumen). Data tersebut diolah dengan menggunakan uji statistik chi square dan menunjukkan bahwa $p=0,01$ sehingga $p<0,01$. Kesimpulan yang diambil adalah H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada hubungan antara beban kerja coder dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Tahun 2018. Saran bagi rumah sakit sebaiknya merencanakan dan menganalisis beban kerja coder di masing-masing bangsal.

Kata kunci: beban, kerja, keakuratan, kode, diagnosis

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-undang RI No. 44, 2009).

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 377/ MenKes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan informasi Kesehatan menyatakan

bahwa salah satu atau kompetensi yang harus dimiliki oleh perekam medis adalah klasifikasi dan kodefikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Selama beberapa tahun, penggunaan prosedur dan istilah penyakit yang berbeda-beda mengakibatkan pengumpulan dan pengolahan data morbiditas dan mortalitas menjadi tidak akurat.

Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam

satu grup kode penyakit sejenis sesuai dengan *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* revisi 10 (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan (Kasim, 2011).

Menurut Sudra (2014) pemahaman petugas tentang bahasa terminologi medis dan beban kerja dapat mempengaruhi keakuratan kode. Beban kerja tersebut terlihat dari jumlah berkas rekam medis pasien yang telah dikode setelah mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit per hari. Penetapan kode diagnosis pasien rawat jalan yang akurat juga perlu diperhatikan informasi tambahan seperti jenis kelamin, umur, kehamilan, riwayat penyakit, komplikasi, hasil pemeriksaan dan lembar konsultasi.

Saat melakukan pengkodean, beban kerja para petugas *coder* dapat mempengaruhi keakuratan kode. Penerapan kebijakan setiap bangsal memiliki *coder* menyebabkan beban kerja yang ditanggung pun berbeda di setiap bangsalnya. Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Octaria (2017) menghasilkan informasi bahwa kode diagnosis yang akurat 73,4%, tidak akurat 26,3%, beban tinggi 22,8%, beban kerja tidak tinggi 77,2% serta terdapat hubungan beban kerja dengan keakuratan kode ($p < 0,05$).

Keakuratan kode diagnosis di rumah sakit umum lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit khusus, akan tetapi jumlah kode diagnosis dengan tipe kesalahan besar di rumah sakit umum lebih banyak (Farzandipour *et al.*, 2010). Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Moewardi merupakan rumah sakit umum negeri bertipe A dan telah terakreditasi paripurna. Persentase ketidaktepatan kode diagnosis tersebut lebih tinggi dibandingkan rata-rata rumah sakit dalam negeri lainnya yaitu 31,5% (Arifianto *et al.*, 2011; Rahayu *et al.*, 2011; Rohman *et al.*, 2011; Abiyasa *et al.*, 2012; Ifalahma, 2013; Sarwastutik, 2013; Pujihastuti dan Sudra, 2014; Seruni dan Sugiarsi, 2015; Karimah *et al.*, 2016) dan masih sangat jauh lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit di luar negeri yaitu 12,71% (Farzandipour *et al.*, 2010; Cheng *et al.*, 2009; Dalal dan Roy, 2009; Thigpen *et al.*, 2015; Cummings *et al.*, 2011).

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi terdapat beberapa bangsal salah satunya adalah bangsal melati yang dibagi menjadi tiga bangsal yaitu bangsal melati I, bangsal melati II, bangsal melati III yang masing-masing bangsal terdapat 1 *coder*. Setelah melakukan survei pendahuluan, peneliti mendapatkan hasil

bahwa beban kerja *coder* dari masing-masing bangsal sangat beragam dan dari 10 dokumen terdapat 40% dokumen rekam medis tidak akurat.

Berdasarkan permasalahan tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Beban Kerja *Coder* dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Pasien Rawat Inap Bangsal Melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta Tahun 2018”.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan desain *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh dokumen rekam medis pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta tahun 2018 sejumlah 7.835 dokumen. Jumlah sampel dalam penelitian ditentukan dengan rumus Slovin dan didapatkan sampel sejumlah 99 dokumen rekam medis yang dipilih secara *proportionate stratified random sampling*. Data dikumpulkan menggunakan tabel observasi, lembar analisis beban kerja *coder*, lembar analisis keakuratan kode diagnosis dan ICD-10. Data di analisis dengan univariat dan bivariat dengan *chi-square*.

HASIL

Jumlah dan Persentase Beban Kerja

a. Menetapkan Waktu Kerja Tersedia

Waktu kerja tersedia adalah waktu yang dipergunakan untuk melaksanakan tugas dan kegiatan dalam kurun waktu 1 tahun. Berikut merupakan waktu kerja tersedia yang telah dihitung :

Tabel 1. Waktu Kerja Tersedia

No.	Komponen	Keterangan	Jumlah	Satuan
1.	Hari Kerja	5 hari	260	Hari/tahun
2.		6 hari	312	Hari/tahun
3.	Cuti Pegawai	Peraturan kepegawaian	12	Hari/tahun
4.	Libur Nasional	Dalam 1 tahun (Kalender)	19	Hari/tahun
5.	Mengikuti Pelatihan	Rata-rata dalam 1 tahun	5	Hari/tahun
6.	Absen (Sakit, dll)		12	Hari/tahun
7.	Waktu Kerja (dalam 1 minggu)	Kepres No. 68/1995	37.5	Jam/minggu
8.	Jam Kerja Efektif	Permen PAN-RB 26/2011	26.25	Jam/minggu
9.	Waktu Kerja (dalam 1 hari)	5 hari/kerja	5.25	Jam/hari
10.		6 hari/kerja	4.375	Jam/hari

11.	Waktu Kerja	5 hari/kerja	212	Hari/tahun
12.	Tersedia (hari)	6 hari/kerja	264	Hari/tahun
13.	Waktu Kerja	5 hari/kerja	1.113	Jam/tahun
14.	Tersedia (hari)	6 hari/kerja	1.155	Jam/tahun
Waktu kerja tersedia dibulatkan (dalam jam)			1.200	Jam/tahun
Waktu kerja tersedia dibulatkan (dalam menit)			72.000	Menit/tahun

b. Menetapkan Komponen Beban Kerja dan Norma Waktu

Komponen beban kerja adalah jenis tugas dan uraian tugas yang secara nyata dilaksanakan oleh jenis petugas tertentu sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan. Berikut hasil meneliti komponen beban kerja dan norma waktu di bangsal Melati :

Tabel 2. Komponen Beban Kerja dan Norma Waktu

No	Bangsal	Kegiatan	Norma Waktu (menit/dok)	Jumlah
1.	Melati I	Assesment 1 x 24 jam	2	31
		Koding	21	
		Melengkapi berkas klaim	5	
		Pra-grouping	3	
2.	Melati II	Assesment 1 x 24 jam	1	20
		Koding	6	
		Melengkapi berkas klaim	10	
		Pra-grouping	3	
3.	Melati III	Assesment 1 x 24 jam	2	30
		Koding	11	
		Melengkapi berkas klaim	14	
		Pra-grouping	3	

Berdasarkan penelitian di atas didapatkan hasil norma waktu bangsal Melati I yaitu 31 menit/dokumen, bangsal Melati II yaitu 20 menit/dokumen dan bangsal Melati III yaitu 30 menit/dokumen.

c. Menetapkan Standar Beban Kerja

Standar beban kerja *coder* merupakan data yang diperoleh dengan meneliti 9 dokumen rekam medis dari hasil pengamatan data primer bangsal Melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi. Berdasarkan penelitian tersebut dihasilkan standar beban kerja seperti pada tabel berikut :

Tabel 3. Standar Beban Kerja

No.	Bangsal	Norma Waktu	Satuan (menit/dok)	WKT (menit)	SBK
1.	Melati I	31	(menit/dok)	72.000	2.322
2.	Melati II	20	(menit/dok)	72.000	3.600
3.	Melati III	30	(menit/dok)	72.000	2.400

Berdasarkan penelitian terhadap 9 dokumen rekam medis pasien rawat inap bangsal Melati didapatkan hasil Standar Beban Kerja untuk bangsal Melati I yaitu 2322 dokumen, bangsal Melati II yaitu 3600 dokumen dan bangsal Melati III yaitu 2400 dokumen. Selanjutnya hasil Standar Beban Kerja perbangsal dibandingkan dengan jumlah kunjungan pada bangsal Melati selama 1 tahun.

c. Menetapkan Kategori Beban Kerja di Bangsal Melati

Beban Kerja bangsal Melati merupakan data yang diperoleh dari hasil Standar Beban Kerja yang dibandingkan dengan jumlah kunjungan pada tahun 2018. Berdasarkan penelitian tersebut dihasilkan kategori beban kerja di setiap bangsal Melati sebagai berikut :

Tabel 4. Kategori Beban Kerja

No.	Bangsal	Standar Beban Kerja	Jumlah Kunjungan	Kesimpulan
1.	Melati I	2.322	901	Rendah
2.	Melati II	3.600	3.817	Rendah
3.	Melati III	2.400	3.117	Tinggi

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui Beban Kerja pada Bangsal Melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Tahun 2018 terdapat bahwa beban kerja di bangsal Melati I dan bangsal Melati II yaitu rendah serta Melati III beban kerjanya tinggi.

Jumlah dan Persentase Keakuratan dan Ketidakeakuratan Kode Diagnosis

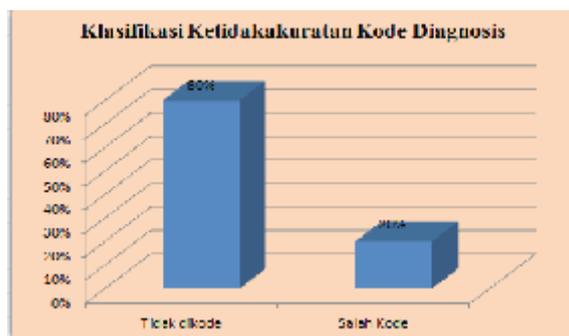
Keakuratan dan Ketidakeakuratan kode merupakan data yang diperoleh dengan meneliti 99 dokumen rekam medis dari hasil pengamatan data primer bangsal Melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi. Berdasarkan penelitian ini dihasilkan kode yang akurat dan tidak akurat dengan presentase sebagai berikut :



Gambar 1. Grafik Persentase Keakuratan dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis

Berdasarkan Gb 1 dapat dilihat bahwa persentase keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis pada bangsal Melati ada 59% (58) dokumen akurat dan 41% (41) dokumen tidak akurat.

Klasifikasi ketidakakuratan kode diagnosis yang diambil dari 99 sampel dikelompokkan menjadi dua klasifikasi kode yang tidak akurat yaitu ketidakakuratan karena tidak dikode dan ketidakakuratan karena salah kode. Persentase ketidakakuratan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:



Gambar 2. Grafik Klasifikasi Ketidakakuratan Kode Diagnosis

Hubungan Beban Kerja dengan Keakuratan Kode Diagnosis

Berdasarkan observasi yang dilakukan terhadap Beban Kerja dengan keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis pasien rawat inap Bangsal Melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Tahun 2018 didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 5. Tabulasi Silang Beban Kerja Dengan Keakuratan Kode Diagnosis

Beban Kerja	Keakuratan		Total		p	Odds Ratio
	Akurat	Tidak Akurat	N	%		
Rendah	40	13	59	100%	0,00	0,550
Tinggi	12	28	40	100%		

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan uji statistik *Chi Square* dapat diketahui nilai $p < 0,01$ sehingga dapat ditarik kesimpulan yaitu H_0 ditolak, maka dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan beban kerja dengan keakuratan kode diagnosis pada Bangsal Melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Tahun 2018.

PEMBAHASAN

Tinggi atau rendahnya beban kerja dapat diukur berdasarkan perbandingan antara beban kerja yang ada terhadap standar beban kerja yang dihitung menggunakan rumus yang sudah ditetapkan. Beban kerja dapat dikatakan rendah jika tidak melebihi dari standar beban kerja dan beban kerja yang tinggi jika melebihi standar bekerjanya. Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan dapat diketahui bahwa beban kerja pada bangsal Melati I dan bangsal Melati II dikategorikan rendah, sedangkan beban kerja pada bangsal Melati III dikategorikan tinggi.

Pekerjaan yang dirangkap oleh *coder* berupa *assesment* awal 1x24 jam, *coding*, *pra-coding/pra-grouper* dan melengkapi berkas rekam medis. *Assesment* 1x24 jam merupakan audit berkas rekam medis pasien rawat inap yang akan keluar dari rumah sakit. *Pra-coding / pra-grouper* merupakan kegiatan memasukkan kode penyakit dan tindakan saat pasien masih rawat inap, sedangkan melengkapi berkas rekam medis yaitu kegiatan melengkapi dokumen rekam medis seperti tanda tangan dokter penanggung jawab dan hasil pemeriksaan penunjang.

Alasan bangsal Melati II jumlah dokumennya banyak namun bekerjanya rendah karena bangsal Melati II merupakan bangsal khusus anak yang tingkat kesulitan dalam mengkode lebih mudah sehingga dikejakan lebih cepat sedangkan alasan bangsal Melati III jumlah dokumennya sedikit namun bekerjanya tinggi karena bangsal Melati III merupakan bangsal yang menangani kasus Interna khususnya Neoplasma dengan komplikasi berat sehingga tingkat kesulitan dalam mengkode lebih sulit.

Menurut Moekijat (2011) yang menyebutkan bahwa Beban kerja yang didistribusikan secara tidak merata dapat mengakibatkan ketidaknyamanan suasana kerja karena karyawan merasa beban kerja yang dilakukannya terlalu berlebihan atau bahkan kekurangan. Standar beban kerja menunjukkan betapa banyak pekerjaan yang diharapkan dari tiap pegawai.

Ketidaktepatan kode diagnosis di bangsal Melati

mencapai 41%. Faktor yang dapat mempengaruhi salah penetapan kode diagnosis tersebut adalah kelengkapan dokumen rekam medis termasuk hasil pemeriksaan penunjangnya. Kelengkapan informasi medis dan keakuratan dokumen rekam medis sangatlah penting, jika informasi medis dalam suatu dokumen rekam medis tidak lengkap, maka kode diagnosis yang dihasilkan menjadi tidak akurat (Maryati et al, 2019).

Pengkode harus mampu menetapkan kode diagnosis dengan baik sesuai klasifikasi penyakit yang berlaku di Indonesia yaitu *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)* (Hatta, 2014). Apabila terdapat diagnosis yang tidak dikode menunjukkan bahwa Rumah Sakit perlu menetapkan kebijakan bahwa kodefikasi diagnosis merupakan kewajiban dari pengkode (Maryati et al, 2016).

Hasil analisis *Chi-square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja *coder* dengan keakuratan kode diagnosis. Tabulasi silang juga telah menunjukkan bahwa semakin tinggi beban kerja *coder* akan meningkatkan ketidakakuratan kode diagnosis. Seperti pada Tabel 3.5 di atas, beban kerja *coder* yang tinggi menghasilkan ketidakakuratan kode diagnosis lebih besar yaitu 70%, dibandingkan dengan beban kerja *coder* rendah yang hanya menghasilkan ketidakakuratan kode diagnosis 22%. Pernyataan di atas sama seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Oktaria (2017) yang menyebutkan beban kerja *coder* mempengaruhi keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap.

SIMPULAN

Ada hubungan beban kerja dengan keakuratan kode diagnosis pada bangsal Melati di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi tahun 2018. Sebaiknya rumah sakit merencanakan kebutuhan *coder* dan menganalisis beban kerja *coder* di masing-masing bangsal karena beban kerja pebangsal berbeda-beda agar keakuratan kode diagnosis semakin optimal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada Rektor Universitas Duta Bangsa Surakarta yang telah memberikan dukungan untuk publikasi artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abiyasa MT, Ernawati D, Kresnowati L. (2012). Hubungan antara Spesifitas Penulisan Diagnosis terhadap Akurasi Kode pada RM 1 Dokumen Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. *Jurnal Visikes*. 11(2): 99-104.
- Arifianto E, Kresnowati L, Ernawati D. (2011). Keakuratan Kode Diagnosa Utama Dokumen Rekam Medis pada Kasus Partus dengan Sectio Cesarean di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum. *Jurnal Visikes*. 10(2): 84-88.
- Cheng P, Gilchrist A, Robinson KM, Paul L. (2009). The Risk and Consequences of Clinical Miscoding Due to Inadequate Medical Documentation: A Case Study of The Impact on Health Services Funding. *HIMJ*. 38(1): 35-46.
- Cummings E, Maher R, Showell CM, Croft T, Tolman J, Vickers J, Stirling C, Robinson A, Turner P. (2011). Hospital Coding of Dementia: Is It Accurate. *Health Information Management Journal*. 40(3): 5-11.
- Dalal S, Roy B. (2009). Reliability of Clinical Coding of Hip Fracture Surgery: Implications for Payment by Results. *International Journal Care Injured*. 40 (1): 738-741.
- Farzandipour M, Sheikhtaheri A, Sadoughi F. (2010). Effective Factors on Accuracy of Principal Diagnosis Coding Based on International Classification of Diseases, The 10th Revision (ICD-10). *International Journal of Information Management*. 30: 78-84.
- Hatta, G.R. (2014). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Ifalahma D. (2013). Hubungan Pengetahuan Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan ICD-10 Di RSUD Simo, Boyolali. *Jurnal INFOKES*. 3(2): 14-26.
- Karimah RN, Setiawan D, Nurmalia PS. (2016). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Gastroenteritis Acute Berdasarkan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Balung, Jember. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*. 2(2): 12-17.

- Kasim, F. (2011). *Sistem Klasifikasi Utama Morbiditas dan Mortalitas*. Jakarta: UI Press
- Maryati, W., Murti, B., Indarto, D. (2016). Factors Affecting the Quality of Diagnosis Coding and Medical Record at Dr. Moewardi Hospital, Surakarta. *Journal of Health Policy and Management*, 1(2): 61-70.
- Maryati, W., Rahayuningrum, I.O., Justika, A.I. (2019). Quality of medical information determine the quality of diagnosis code. *International Journal of Public Health Science*, 8 (3) : 326-331.
- Menteri Kesehatan RI. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*. Jakarta : Menkes RI.
- Moekijat. (2010). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung : Mandar Maju.
- Octaria, H. (2017). Hubungan Beban Kerja Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Syarifa Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 5 (1) : 92-95.
- Pujihastuti A, Sudra RI. (2014). Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 3(1): 60-64.
- Rahayu H, Ernawati D, Kresnowati L. (2011). Akurasi Kode Diagnosis Utama pada RM 1 Dokumen Rekam Medis Ruang Karmel dan Karakteristik Petugas Koding Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus Periode Desember 2009. *Jurnal Visikes*. 10(1): 1-5.
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Republik Indonesia.
- Rohman H, Hariyono W, Rosyidah. (2011). Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama dan Keakuratan Kode Diagnosis pada Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal KESMAS*. 5(2): 162-232.
- Sarwastutik. (2013). Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap dengan Kondisi Utama Typhoid Fever Berdasarkan ICD-X di RSU PKU Muhammadiyah Delanggu. *Jurnal INFOKES*. 3(2): 8-13.
- Seruni FDA, Sugiarsi S. (2015). Problem Solving Cycle Swot Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri pada Lembar Masuk dan Keluar (RM 1a) Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Sayidiman Magetan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 3(2): 5-13.
- Sudra, R.I. (2014). *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Thigpen JL, Pharm, Dillon C, Forster KB, Henault L, Quinn EK, Tripodis Y, Berger PB, Hylek EM, Limdi NA. (2015). Validity of International Classification of Disease Codes to Identify Ischemic Stroke and Intracranial Hemorrhage Among Individuals with Associated Diagnosis of Atrial Fibrillation. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 8(1): 8-14.

Pengelompokan Diagnosis dan Prosedur Berdasarkan ICD X dan ICD IX di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang

Meymi Dwi Okta Reni¹⁾, Nurhasanah Nasution²⁾, Rahmi Septia Sari³⁾
Prodi Ilmu Rekam Medis, APIKES Iris Padang, Jln Gajah Mada No. 23 Padang
Email : hasanah.nasution11@gmail.com

Abstract

Disease classification system is a grouping of diseases that are similar to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revisions (ICD-10) for the term of diseases and health-related issues. The implementation should be appropriate with ICD-10 in order to obtain the accuracy of codes because the results are used to index the recording of diseases. The purpose of this study to identify diagnose classification and procedures based on ICD X and ICD IX at the Islamic Hospital of Siti Rahmah Padang period 01 March – 31 March 2018. This research was using descriptive research method by collecting data from inpatient data abstraction. The result was showed that mostly diagnosed are Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) as code of ICD X A91 (seven patients) and the most procedures are Chemotherapy as code of ICD IX 99.25 (Five patients) by using cancer diagnoses. The conclusion is Dengue Haemorrhagic Fevers diagnose higher than last year.

Key Word: Classification, Diagnose, Procedures, ICD X, ICD IX

Abstrak

Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis dengan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan kesehatan. Penerapan pengodean harus sesuai ICD-10 guna mendapatkan kode yang akurat karena hasilnya digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengelompokan diagnosis dan prosedur berdasarkan ICD X Dan ICD IX di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang Periode 01 Maret Sampai 31 Maret 2018. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan cara mengambil data dari abstraksi data pasien rawat inap. Hasil penelitian menunjukkan diagnosis terbanyak didapat adalah Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) dengan kode ICD X A91 sebanyak tujuh pasien dan prosedur terbanyak didapat Chemotherapy dengan kode ICD IX 99.25 sebanyak 5 pasien dengan diagnosis kanker yang berbeda. Kesimpulan: Diagnosis DHF mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya.

Kata Kunci : Pengelompokan, Diagnosis, Prosedur, ICD X, ICD IX.

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan, teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat. Rumah sakit harus mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau bagi masyarakat agar terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. (Permenkes No. 269/Per/III/2008).

Peningkatan mutu pelayanan tersebut dapat dilaksanakan apabila pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan terlaksana secara profesional.

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan informasi tentang identitas pasien, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosis segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes, 2006).

Berkas rekam medis terdapat resume medis yang berisikan segala informasi penting yang berhubungan dengan pasien, salah satu yang terpenting yaitu diagnosis utama pasien, informasi ini menjadi dasar untuk menentukan tindakan yang lebih lanjut dalam upaya pelayanan medis yang lebih baik.

Menurut Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perakam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perakam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan.

Dari uraian tersebut perlu dilakukan penelitian tentang diagnosis dan prosedur yang terbanyak yang terdapat di RS. Siti Rahmah pada periode 01 – 31 Maret 2018. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengelompokan Diagnosis Dan Prosedur Berdasarkan ICD X Dan ICD IX Di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang Periode 01 Maret Sampai 31 Maret 2018.

METODE

Jenis penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 28 Januari sampai 11 Februari 2019. Pengumpulan data tersebut dimulai dengan cara mencatat nomor rekam medis pasien yang pulang sejak tanggal 01 Maret sampai 31 Maret 2018, pencatatan dilakukan berdasarkan buku register pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang. Setelah pencatatan dilakukan lalu dilakukan abstraksi rekam medis berdasarkan item-item yang diperlukan.

HASIL

Tabel 1 Pengelompokan Diagnosis Utama Berdasarkan ICD-10

ICD-10	Arti ICD-10	Jumlah
A91	Dengue haemorrhagic fever	17
B51.9	Plasmodium vivax malaria without complication	4
C18.9	Malignant neoplasm of colon, unspecified	14
C20	Malignant neoplasm of rectum	10
D64.9	Anaemia, unspecified	6
E10.9	Insulin-dependent diabetes mellitus without complications	7
J18.0	Bronchopneumonia, unspecified	16
J90	Pleural effusion, not elsewhere classified	5
K01.1	Impacted teeth	4
K29.7	Gastritis, unspecified	8
K52.9	Noninfective gastroenteritis and colitis, unspecified	11
K56.5	Intestinal adhesions [bands] with obstruction	6

N18.9	Chronic kidney disease, unspecified	5
N20.0	Calculus of kidney	11
O21.0	Mild hyperemesis gravidarum	5
O48	Prolonged pregnancy	9
R50.9	Fever, unspecified	5
Total Keseluruhan Diagnosis Utama		252

Tabel 2 Pengelompokan Prosedur Berdasarkan Diagnosis Utama

Diagnosis	Prosedur	Kode Prosedur	Jumlah
Apendicitis	Apendectomy	47.09	1
Ca Colon			2
Ca Mammariae	Chemoterapy	99.25	1
Ca Pancreas			1
Ca Rectum			1
Abortion Spontan	Curettage	69.00	1
Batu Ginjal	ESWL	98.05	2
Abscess Cutaneous	Excisi Abscess	86.02	1
Tumor Jaringan Lunak	Excisi Tumor	83.39	2
Fraktur Clavicula	ORIF	79.02	1
Melahirkan Sc			1
Prolonged Pregnancy	SC	74.99	1
Total Keseluruhan			15

Keterangan :

ESWL : Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy

ORIF : Open Reduction Internal fiktation

SC : sectio Caesar

PEMBAHASAN

Dari hasil yang telah didapat berdasarkan abstraksi rekam medis pasien rawat inap (Tabel 1) total keseluruhan diagnosis utama sebanyak 252, dengan diagnosis utama terbanyak berdasarkan ICD-10 adalah *Dengue Haemorrhagic Fever* atau yang lebih dikenal Demam Berdarah Dengue dengan kode A91 sebanyak 17 pasien, diikuti diagnosis *Bronchopneumonia* dengan kode J18.0 sebanyak 16 pasien dan diagnosis *malignant neoplasm colon* dengan kode C18.9 sebanyak 14 pasien.

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes Aegypti*. Demam Berdarah Dengue adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan dapat juga ditularkan oleh *Aedes albopictus*, yang ditandai

dengan : Demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari, manifestasi perdarahan, termasuk uji Tourniquet positif, trombositopeni (jumlah trombosit $\leq 100.000/\mu\text{l}$), hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit $\geq 20\%$), disertai dengan atau tanpa perbesaran hati. (Depkes RI, 2005).

Dari penelitian sebelumnya di RSI Siti Rahmah dengan periode yang sama yaitu di bulan Maret 2017, diagnosis DHF ini tidak termasuk yang terbanyak hanya berjumlah 5 pasien. Hal ini memperlihatkan ada peningkatan dalam diagnosis DHF. Menurut profil kesehatan kota Padang (2017) menyatakan jumlah kasus DBD berfluktuasi dari tahun ketahun. Hal ini juga dipengaruhi oleh iklim dan perilaku masyarakat serta kepedulian terhadap kebersihan lingkungan. Sebagaimana masyarakat juga belum paham dengan siklus penyakit DBD, sehingga terjadi keterlambatan pertolongan kesehatan, karena pasien terkadang masuk rumah sakit sudah dalam kondisi shock, yang dikenal dengan Dengue Shock Syndrome (DSS).

Bronkopneumonia (BP) juga merupakan diagnosis yang tertinggi di rumah sakit. Menurut Ramadhona (2018) dalam hasil penelitiannya di RSI Siti Rahmah menyatakan diagnosis BP mendapat urutan kedua terbanyak. Pneumonia adalah radang paru yang disebabkan oleh bakteri *Streptococcus pneumoniae* dengan gejala panas tinggi disertai batuk berdahak, napas cepat (frekuensi nafas >50 kali/menit), sesak, dan gejala lainnya (sakit kepala, gelisah dan nafsu makan berkurang). Dalam lima tahun terakhir, kota Padang selalu mengalami peningkatan posisi ditinjau dari jumlah kasus pneumonia yang ditemukan Pada tahun 2015 dan 2016, Kota Padang menduduki posisi ke 6 untuk setiap tahunnya. Angka IR pneumonia Kota Padang pada tahun 2015 yaitu 20.5 dan 2016 yaitu 20.3 per 1000 jumlah balita. (Profil Kesehatan Kota Padang)

Diagnosis tertinggi ketiga yang didapat adalah *malignant neoplasm colon*. Kanker usus besar adalah tumor ganas yang ditemukan pada kolon atau rektum. Kanker usus besar disebut juga dengan kanker kolorektal atau kanker kolon. Kolon dan rektum merupakan bagian dari saluran pencernaan di mana fungsinya adalah untuk menghasilkan energi bagi tubuh dan membuang zat-zat yang tidak berguna. (Gontar Alamsyah, 2007:2). Sama halnya dengan kanker lainnya, awalnya kanker kolorektal bukan jaringan kanker yang membahayakan. Diperlukan

sebuah proses untuk menjadi jaringan kanker yang membahayakan.

Dari tabel 2 hasil dapat dilihat prosedur terbanyak yaitu prosedur *Chemoterapy* dengan kode prosedur 99.25 sebanyak 5 pasien kemudian *Extracorporeal shock wave lithotripsy* (ESWL) dengan kode prosedur 98.5, dan *Excisi Tumor* dengan kode prosedur 83.39 sebanyak 2 pasien.

Salah satu bentuk penanganan kanker adalah kemoterapi. Dalam pelaksanaannya, kemoterapi menggunakan obat-obatan sitostatika. Sitostatika adalah kelompok obat (bersifat sitotoksik) yang digunakan untuk menghambat pertumbuhan sel kanker. Obat sitotoksik adalah obat yang sifatnya membunuh atau merusakkan sel-sel propaganda. Obat ini termasuk obat-obat berbahaya (OB), yaitu obat-obat yang genotoksik, karsinogenik, dan teratogenik, dan atau menyebabkan kerusakan fertilisasi, ruam kulit, kemandulan, keguguran, kecacatan bayi, risiko leukemia dan kanker lainnya. Dari 5 orang pasien yang mendapatkan prosedur kemoterapi memiliki diagnosis kanker yang berbedabeda yaitu kanker colon(2 pasien), kanker mammae (satu pasien), kanker rectum, (satu pasien), dan kanker pankreas (satu orang)

Prosedur selanjutnya yang terbanyak adalah *Extracorporeal shock wave lithotripsy* (ESWL). *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy* (ESWL) banyak digunakan dalam penanganan batu saluran kencing. Prinsip dari ESWL adalah memecah batu saluran kencing dengan menggunakan gelombang kejut yang dihasilkan oleh mesin dari luar tubuh. Gelombang kejut yang dihasilkan oleh mesin di luar tubuh dapat difokuskan ke arah batu dengan berbagai cara. Setelah sampai di target tujuan yaitu di batu, gelombang kejut tadi akan melepas energinya. Diperlukan beberapa ribu kali gelombang kejut untuk memecah batu hingga menjadi pecahan-pecahan kecil, agar bisa keluar bersama air kencing tanpa menimbulkan sakit .

Prinsip kerja alat ESWL adalah menggunakan gelombang kejut. Gelombang kejut adalah gelombang tekanan yang berenergi tinggi yang dapat dialirkan melalui udara maupun air. Ketika berjalan melewati dua medium yang berbeda, energi tersebut dilepaskan, menyebabkan batu terfragmentasi. Gelombang kejut tidak menyebabkan kerusakan bila melewati substansi dengan kepadatan yang sama. Oleh karena air dan jaringan tubuh memiliki kepadatan yang sama, gelombang kejut tidak

merusak kulit dan jaringan dalam tubuh. Batu saluran kemih memiliki kepadatan akustik yang berbeda, dan bila dikenai gelombang kejut, batu tersebut akan pecah, Setelah batu terfragmentasi, batu akan keluar dari saluran kemih (Pahira dan Pevzner, 2007).

Prosedur terakhir terbanyak adalah Eksisi tumor. Bedah eksisi adalah salah satu tindakan bedah yang membuang jaringan (tumor) dengan cara memotong. Tindakan ini dilakukan untuk berbagai tujuan antara lain pemeriksaan penunjang biopsy), pengobatan lesi jinak maupun ganas dan memperbaiki penampilan secara kosmetis. Sebelum melakukan eksisi, harus dikuasai terlebih dahulu.

SIMPULAN

Diagnosis DHF (Dengue Haemorrhagic Fever) termasuk yang tertinggi didapat pada periode 01-31 Maret 2018 sebanyak 17 pasien dengan kode ICD X A91. Prosedur terbanyak didapat yaitu Kemoterapi dengan kode ICD IX 99.25 sebanyak 5 prosedur dengan diagnosis kanker yang berbeda-beda.

DAFTAR PUSTAKA

Alamsyah, G. 2007. *Deteksi Dini dan Penatalaksanaan kanker Usus Besar*. Fakultas Kedokteran. Universitas Sumatera Utara

Depkes RI, 2005; *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor : 23 tahun 2005 Tentang Kesehatan*; Jakarta

DepKes, RI. 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*. Jakarta. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

Dinas Kesehatan Kota Padang. 2017. *Profil Kesehatan Kota Padang*.

Pahira, J. Pevzner. 2007. *Pen Clinical Manual of Urologi : Nefrolithiasis*. US.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/Menkes/Per/III/2008/tentang Rekam Medis

Soedarwoto, AD. 2000. *Kombinasi bedah eksisi, skin, flaps, dan injeksi triamsinolon asetonid intra lesi pada keloid di cuping telinga*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang.

World Health Organization. 2010. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*. Geneva: WHO.

_____. 2012. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Clinical Modification*. Geneva: WHO.

Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyphoid* dalam Klaim BPJS dengan Metode Hatta

Suci Khotimah¹, Imas Masturoh²

^{1,2} Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Khotimahsuci2@gmail.com¹, imas.mth74@gmail.com²

Abstract

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) in Law Number 24 of 2011 described as a legal entity established to organize a social security program. The issue of BPJS insurance claims of one of the thypoid cases included in the top 10 diseases dropped claim guarantees, due to major or secondary diagnosis discrepancies with inspection evidence, will greatly affect the amount of insurance claims filed and received by the hospital. This causes a loss to the hospital resulting from the incomplete filling of medical record documents. The purpose of this study to determine how complete files patient hospital medical record the case of thypoid in claims BPJS Hatta method in hospital Jasa Kartini Tasikmalaya 2016. Methode study Descriptive. 95 document for sample use paper ceklsist. Result study The completeness of administrative analysis with percentage of 100% of the documents as claimed and not in accordance with the clarity statement of the problem and condition or diagnosis, informed consent, current, ink and information in charge, 98.5% (n = 65) consistent inpu & 7% (n = 30) consistent input, service reason, unreadable text, standard abbreviation. The highest completeness of medical analysis based on extra information with 100% "yes" percentage of complaint statement, electrolyte fluid dispensing, medical resume, primary and secondary diagnosis, "not the case" (n = 65) 78.5% and (n = 30) 76.7% are at risk of less than 3 years. It can be concluded that the percentage of completeness of administrative qualitative elements shows a high average percentage but there is still incompleteness in some elements. Percentage of completeness of medical qualitative analysis is following typhoid management seen from records regarding complaints and symptoms

Keyword : BPJS, Analisis, Analisis Kualitatif, Thyphoid.

Abstrak

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dijelaskan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Permasalahan klaim asuransi BPJS salah satu kasus *thyphoid* yang termasuk dalam 10 besar penyakit turun jaminan klaim, karena ketidaksesuaian penulisan diagnosa utama atau sekunder dengan bukti pemeriksaan, akan sangat berpengaruh dengan besaran klaim asuransi yang diajukan dan diterima oleh rumah sakit. Hal ini menyebabkan kerugian terhadap rumah sakit akibat dari ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui bagaimana kelengkapan berkas rekam medis pasien rawat inap kasus *thyphoid* dalam klaim BPJS dengan metode Hatta di rumah sakit Jasa Kartini Tasikmalaya tahun 2016. Jenis penelitian yang digunakan Deskriptif, sampel 95 dokumen dengan pengisian lembar ceklis. Hasil penelitian kelengkapan analisis administratif dengan persentase 100% dokumen sesuai klaim dan tidak sesuai pada pernyataan kejelasan masalah dan kondisi atau diagnosis, *informed consent*, mutakhir, tinta dan informasi penanggung jawab, 98,5%(n=65) masukan konsisten&alasan pelayanan 96,7%(n=30) masukan konsisten, alasan pelayanan, tulisan terbaca, singkatan baku. Kelengkapan tertinggi analisis medis berdasarkan informasi ekstra dengan keterangan"ya" persentase 100% pada pernyataan keluhan, pemberia cairan elektrolit, resume medis, diagnosa utama dan sekunder, "bukan kasus ini" (n=65)78,5% dan (n=30)76,7% usia beresiko kurang dari 3 tahun. Dapat disimpulkan bahwa persentase kelengkapan unsur analisis kualitatif administratif menunjukkan persentase rata-rata tinggi namun masih terdapat ketidaklengkapan di beberapa unsur. Persentase kelengkapan analisis kualitatif medis sudah sesuai dengan tatalaksana *thyphoid* dilihat dari catatan mengenai keluhan dan gejala.

Kata kunci :BPJS, Analisis, Analisis Kualitatif, Thyphoid.

PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sesuai dengan hak dan kewajiban Rumah sakit dinyatakan sebagai tempat penyelenggaraan program pemerintah secara regional maupun nasional dengan Program Jaminan Kesehatan Sosial (Undang-Undang Republik Indonesia No. 44, 2009).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2014 Program Jaminan Kesehatan diwujudkan oleh pemerintah dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat untuk mewujudkan kesejahteraan sosial dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali. Untuk mengatasi hal tersebut, terbitlah Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 ini mengamanatkan bahwa program jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk program Jaminan Kesehatan melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Permenkes Republik Indonesia No. 28, 2014).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dijelaskan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial, adapun bentuk perlindungannya adalah untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan layak dibidang kesehatan agar masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan indikasi medis, dengan biaya yang terjangkau (Undang-undang Republik Indonesia No. 24, 2011).

Salah satu komponen sumber daya yang diperlukan dalam menjalankan pembangunan kesehatan adalah pembiayaan kesehatan, pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah dan pembiayaan yang bersumber dari masyarakat (Kemenkes Republik Indonesia, 2011). Program BPJS sebagai tindak lanjut dari pada Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk pembiayaan kesehatan, namun perlu dipahaminya oleh petugas kesehatan dan verifikasi klaim BPJS subsistem pembiayaan kesehatan. Namun kenyataan hal ini masih kurang dimengerti dan dipahami sepenuhnya dimana masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai dengan prosedur dan tarif dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah (Malonda, T. dkk, 2011).

Masalah yang muncul antara lain adanya ketidaklengkapan dokumen klaim terutama pada rekapitulasi pelayanan dalam rekam medis dan berkas pendukung pasien yang merupakan sebagai dari kelengkapan dokumen dan prosedur klaim masalah tersebut muncul karena kurangnya pengetahuan dan pemahaman dari dokter, perawat, dan petugas rekam medik terhadap kelengkapan dokumen rekam medis (Malonda, T. dll : 2015). Dampak dari ketidaklengkapan tersebut menyebabkan terhambatnya proses klaim asuransi oleh pihak ketiga yaitu BPJS, karena ketidaksesuaian penulisan diagnosa utama atau disertai dengan diagnosa sekunder/tambahan, akan sangat berpengaruh dengan besaran klaim asuransi yang diajukan dan diterima oleh rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian Hana Abdullah yang menyatakan bahwa pembengkakan pembiayaan pelayanan kesehatan yang terjadi di RSI Sultan Agung pada tahun 2008 terindikasi klaim hanya ditunjukkan untuk diagnosa utama karena tercatat dalam data rekam medis sedangkan diagnosa sekunder/tambahan tidak mendapatkan ganti pembiayaan dari dana klaim sehingga menyebabkan pembiayaan kesehatan Jamkesmas membengkak dan memerlukan *covering* pembiayaan (Abdullah, 2013).

Covering terjadi karena tarif BPJS ditentukan menggunakan tarif INA-CBG's bukan menggunakan tarif rumah sakit sehingga jumlah klaim berdasarkan tarif rumah sakit terkadang berbeda dengan jumlah hasil klaim (Putra, 2016). Resiko apabila rumah sakit secara terus menerus menanggung selisih tarif INA-CBG's maka dampak yang terjadi yaitu cadangan

dana yang dimiliki oleh rumah sakit menjadi semakin kecil dikarenakan pendapatan yang diterima juga semakin mengecil. Cadangan dana yang menipis akan berakibat pada perkembangan rumah sakit seperti pembangunan gedung, penggantian alat rusak, pengembangan layanan dan lainnya menjadi lambat (Putri, 2016). *Covering* pembiayaan terjadi akibat dari ketidaklengkapan dokumen, karena rekam medis seringkali merupakan satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit (Abdullah, 2013).

Ketidaklengkapan dokumen yang sering terjadi diantaranya diantaranya pada kasus *Thyphoid*, hal ini disebabkan karena tidak spesifiknya gejala kasus ini. Beberapa uji yang paling sensitivitas diantaranya uji tubex dengan sensitivitas 70%-80%, uji typhidot dengan sensitivitas 98%, dan uji IgM dipstick terhadap *Salmonella thypi* dengan sensitivitas 65-77% (Sudoyo. at all, 2010) sedangkan untuk tes widal setiap rumah sakit mempunyai nilai standar tersendiri, maka dari itu tes widal tidak dapat dipakai untuk membantu menegakkan diagnosis demam *thyphoid* bila dilakukan satu kali saja, kenaikan widal titer harus dilakukan beberapa kali uji widal dalam menegakkan diagnosis ini (Rampengan, 2008) namun pemeriksaan darah pada minggu 1 dengan metode pembiakan kuman akan lebih sensitifitas 80-90% sebab paling tinggi pada minggu I sakit, diagnosis pasti demam *thyphoid* (Tjokroprawiro. dkk, 2007 :295). Jumlah kasus *Thyphoid* menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2009 kurang lebih terdapat 17 juta kasus *Thyphoid* di seluruh dunia dengan insidensi 600.000, dengan kasus kematian tiap tahun Case Fatality Rate (CFR) = 3,5%. Berdasarkan Laporan Ditjen Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI tahun 2008, demam *thyphoid* menempati urutan ke 2 dari 10 penyakit terbanyak pasien rawat inap di Rumah Sakit di Indonesia dengan jumlah kasus 81.116 dengan proporsi 3,15% (Depkes RI, 2009 dalam Nuruzza & Syahrul, 2016).

Kasus penyakit *thyphoid* tersebut selalu ada dan sering menempati 10 besar penyakit di berbagai rumah sakit. Bila dikaitkan dengan permasalahan klaim asuransi BPJS dan tidak spesifiknya gejala kasus. Hal ini sering menimbulkan ketidaksesuaian diagnosis utama dengan diagnosis yang ada pada dokumen rekam medis dengan hasil verifikasi. Ketidakesesuaian kasus *Thyphoid* dengan dokumen dalam klaim BPJS dapat diketahui dengan analisis

kualitatif metode Hatta, tujuannya untuk mengetahui sejauh apa kualitas pelayanan medis yang diberikan kepada pasien berdasarkan pemanfaatan kelengkapan informasi medis dan untuk menghindari ketidak konsistenan maupun pelanggaran terhadap catatan yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap (Hatta, 2013). Metoda Hatta terbukti dapat digunakan dalam menganalisis rekaman prosedur diagnostik, keterampilan fisik dan keteknisian medis. Metoda Hatta bermanfaat pula dalam merubah pandangan bahwa audit medis hanya untuk tenaga medis. Selanjutnya analisis rekam kesehatan diagnosis maupun tindakan dapat dikerjakan oleh tenaga kesehatan terlatih non dokter, termasuk praktisi manajemen informasi kesehatan (perekam medis) (Hatta, 2015).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di rumah sakit Jasa Kartini pada bulan Februari 2017 dengan observasi dan wawancara kepada petugas rekam medis, didapatkan data *Thyphoid* sebagai kasus tertinggi dalam 10 besar kasus rawat inap dengan jumlah kasus 11837 (8,46%) pada tahun 2016 dan masuk kedalam 10 kasus tertinggi yang di klaim oleh BPJS. Diagnosa klaim yang diajukan tidak sesuai dengan standar pemeriksaan penunjang diagnosa tersebut ataupun diagnosa sekunder yang diajukan hanya beberapa yang diklaim oleh BPJS. Menurut BPJS, data kasus *thyphoid* pada bulan Januari-Maret pasien rawat inap dengan pembayaran BPJS berjumlah 179 kasus dengan yang sesuai klaim berjumlah Rp.697.393.200 dan 38 kasus yang tidak sesuai klaim dengan kerugian berjumlah Rp.44.872.100 dengan permasalahan yang terjadi pihak rumah sakit harus melakukan *covering* biaya akibat turunnya jaminan karena tarif yang digunakan adalah tarif INA-CBG's dan tidak menggunakan tarif rumah sakit, hal ini menyebabkan kerugian terhadap rumah sakit sehingga perlunya *covering* pembiayaan.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh tentang "Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus *Thyphoid* dalam Klaim BPJS dengan Metode Hatta di Rumah Sakit Jasa Kartini Tasikmalaya Tahun 2016".

METODE

Jenis penelitian yang digunakan yaitu deskriptif dengan menggunakan analisis kualitatif administratif dan medis metode Hatta, Cara pengumpulan data melalui observasi terhadap 95 dokumen rekam

medis pasien rawat inap kasus *Thyroid*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *total sampling* sesuai jumlah berkas yang berhasil dilakukan klaim baik yang besarnya sesuai klaim

ataupun yang tidak sesuai klaim. Cara pengumpulan data melalui observasi dengan instrumen lembar *checklist*. Analisis data dengan univariat dalam bentuk persentase.

HASIL

Analisis Kualitatif Administratif Kelengkapan Informasi Dokumen Rekam Medis Kasus *Thyroid* tahun 2016

Tabel. 1 Persentase Hasil Analisis Kualitatif Administratif Kelengkapan Informasi Dokumen Rekam Medis Kasus *Thyroid* tahun 2016

No.	Kelengkapan dan informasi	n	Sesuai klaim				Tidak sesuai klaim				
			Presentase hasil kelengkapan informasi				Presentase hasil kelengkapan informasi				
			Ya		Tidak		Ya		Tidak		
			f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Kejelasan masalah dan kondisi atau diagnosis	65	65	100	0	0	30	30	100	0	0
2.	Masukan konsisten	65	64	99	1	1,5	30	29	96,7	1	3,3
3.	Alasan pelayanan	65	64	99	1	1,5	30	29	96,7	1	3,3
4.	Informed concent	65	65	100	0	0	30	30	100	0	0
5.	Telaah rekaman										
	a. Mutakhir	65	65	100	0	0	30	30	100	0	0
	b. Singkatan baku	65	63	97	2	3,1	30	29	96,7	1	3,3
	c. Hindari sindiran	65	0	0	65	100	30	0	0	30	100
	d. Pengisian tidak senjang	65	64	99	1	1,5	30	20	66,7	10	33,3
	e. Tinta	65	65	100	0	0	30	30	100	0	0
	f. Catatan jelas	65	65	100	0	0	30	20	66,7	10	33,3
	g. Informasi ganti rugi	65	0	0	65	100	30	0	0	30	100
6.	Informasi penanggung biaya	65	65	100	0	0	30	30	100	0	0

Berdasarkan tabel.1 menunjukkan bahwa Kelengkapan informasi dokumen rekam medis sesuai klaim dan tidak sesuai klaim tertinggi yaitu item kejelasan masalah dan kondisi atau diagnosis, informed concent, telaah rekaman, dan informasi penanggung jawab masing-masing dengan keterangan lengkap sebesar 100%. Disusul dengan item masukan konsisten dan alasan pelayanan memiliki kelengkapan yang sama yaitu sebesar 98,5% sesuai klaim dan 96,7% tidak sesuai klaim. Item kelengkapan informasi tulisan terbaca dengan persentase 89,2% dokumen sesuai klaim dan persentase 9,67% dokumen tidak sesuai klaim. Berikutnya untuk kelengkapan informasi singkatan baku dengan persentase 96,9% dokumen sesuai klaim dan persentase 96,7% dokumen tidak sesuai klaim. Berbeda dengan item informasi ganti rugi diperoleh ketidaklengkapan tertinggi dengan persentase 100% karena tidak ditemukannya pernyataan informasi

ganti rugi. Berikutnya kelengkapan informasi pengisian tidak senjang dengan persentase 98,5% dokumen sesuai klaim dan persentase 66,7% dokumen tidak sesuai klaim.

Analisis Kualitatif Medis Kelengkapan Informasi Dokumen Rekam Medis Kasus *Thyroid* tahun 2016

Berdasarkan tabel. 2 dibawah ini menunjukkan bahwa pemanfaatan informasi berdasarkan penilaian typoid pada rekam medis sesuai klaim dengan skor 4 keterangan “ya” persentase tertinggi yaitu tentang pernyataan keluhan pasien dengan persentase 100% disusul dengan gejala (93,8%), nadi (80%), pernafasan (55,4%), perubahan pola tidur (36,9%), usia pasien (20%), riwayat perawatan penyakit (16,9%), penyakit kronis (12,3%), status gizi dan riwayat pengobatan (9,2%). Untuk skor 3 keterangan “bukan kasus ini” pada dokumen sesuai klaim dengan

persentase tertinggi yaitu usia pasien sebesar 78,5% dan terendah tentang gejala sebesar 10%. Untuk skor 2 keterangan “tidak” pada dokumen sesuai klaim dan yang tidak sesuai klaim memperoleh persentase yang rendah. Terakhir untuk skor 1 keterangan

“TAK” pada dokumen sesuai klaim yang memiliki persentase tinggi sebesar 100% yaitu: riwayat operasi, riwayat merokok, menggunakan narkoba dan alkohol, riwayat penyakit menular seksual, riwayat alergi obat.

Tabel.2 Persentase Hasil Analisis Kualitatif Medis berdasarkan penilaian Kasus *Thyroid* tahun 2016

No.	Uraian kelengkapan dan informasi	n	Sesuai klaim								Tidak sesuai klaim								
			Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
A. Penilaian pasien thyroid																			
1.	Keluhan pasien	65	65	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2.	Riwayat perawatan penyakit	65	11	16,5	0	0	0	0	54	83,1	30	5	16,7	0	0	1	1,5	24	80
3.	Riwayat penyakit kronis	65	8	12,3	0	0	0	0	57	87,7	30	3	10	0	0	0	0	27	90
4.	Usia pasien	65	13	20	51	78,5	0	0	1	1,5	30	5	16,7	23	76,7	0	0	2	6,7
5.	Gejala	65	61	93,8	3	4,6	0	0	1	1,5	30	27	90	3	10	0	0	0	0
6.	Perubahan dalam pola tidur	65	24	36,9	1	1,5	1	1,5	39	60	30	11	36,7	0	0	0	0	19	63,3
7.	Nadi	65	42	80	12	18,5	1	1,5	0	0	30	16	53,3	13	43,3	1	3,3	0	0
8.	Pernafasan	65	36	55,4	29	44,6	0	0	0	0	30	16	53,3	12	40,4	1	3,3	1	3,3
9.	Status gizi	65	6	9,2	47	72,3	2	3,1	10	15,4	30	2	6,7	12	40,4	6	20,2	10	33,3
10.	Riwayat operasi	65	0	0	0	0	0	0	65	100	30	0	0	0	0	0	0	19	63,3
11.	Riwayat pengobatan	65	6	9,2	0	0	0	0	59	90,8	30	1	3,3	0	0	1	3,3	28	29,3
12.	Riwayat merokok, menggunakan narkoba dan alkohol	65	0	0	0	0	0	0	65	100	30	0	0	0	0	0	0	30	100
13.	Riwayat penyakit menular seksual	65	0	0	0	0	0	0	65	100	30	0	0	0	0	0	0	30	100
14.	Riwayat alergi obat	65	0	0	0	0	0	0	65	100	30	0	0	0	0	0	0	30	100

Berikutnya berdasarkan pemeriksaan penunjang pada Tabel.3 pemanfaatan informasi rekam medis sesuai klaim dengan skor 4 keterangan “ya” berturut turut sebagai berikut: tes darah (44,6%), uji tubex (30,8%), tes widal (10,8%) dan tes urin (7,7%). Sedangkan dokumen yang tidak sesuai klaim yaitu: tes darah (26,7%), tes widal (13,3%), uji tubex (10%) dan tes urin (3,3%). Untuk skor 3 keterangan

“bukan kasus ini” pada dokumen sesuai klaim, persentase tertinggi yaitu tes darah sebesar 20% dan terendah tes feses sebesar 1,5% . Dokumen tidak sesuai klaim yaitu tes darah sebesar 33,3% dan uji tubex sebesar 10%. Untuk skor 2 keterangan “tidak” persentase 3,1% yaitu uji tubex. Untuk skor 1 keterangan “TAK” persentase tertinggi tes feses sebesar 98,5% tes feses,

Tabel.3 Persentase Hasil Analisis Kualitatif Medis berdasarkan Pemeriksaan Penunjang pada Kasus *Thyroid* tahun 2016

No.	Pemeriksaan penunjang	n	Sesuai klaim								Tidak sesuai klaim								
			Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Tes urin	65	5	7,7	4	6,2	0	0	56	86,2	30	1	3,3	0	0	4	13,3	25	83,3
2.	Tes feses	65	0	0	1	1,5	0	0	64	98,5	30	0	0	0	0	0	0	30	100
3.	Tes darah	65	29	44,6	13	20	0	0	23	35,4	30	8	26,7	10	33,3	6	20	6	20
4.	Tes widal	65	7	10,8	2	3,1	0	0	56	86,2	30	4	13,3	0	0	1	3,3	25	83,3
5.	Uji tubex	65	20	30,8	10	15,4	2	3,1	33	50,8	30	3	10	3	10	2	6,7	22	73,3

Berdasarkan perawatan dan pengobatan pada Tabel.4 menunjukkan bahwa pemanfaatan informasi rekam medis sesuai klaim dengan skor 4 keterangan “ya” secara berurutan 3 tertinggi persentasenya yaitu cairan elektrolit (100%), pemberian paracetamol (98,5%), tirah baring (96,9%). Dokumen tidak sesuai klaim persentase tertinggi tirah baring sebesar 100%. Untuk skor 3 keterangan “bukan kasus ini” pada dokumen sesuai klaim yaitu 7,7% diet kalori

dan protein serta 4,6% mobilisasi. Untuk skor 2 keterangan “tidak” yaitu mobilisasi sebesar 4,6% dan pemberian kloramfenikol, paracetamol, jadwal kontrol masing-masing sebesar 1,5% Untuk skor 1 keterangan “TAK” persentase tertinggi yaitu mengenai ruang perawatan sebesar 78,5% dan terendah pendokumentasian perawat sebesar 1,5%. Dokumen tidak sesuai klaim persentase tertinggi yaitu diet kalori dan protein yaitu sebesar 80%,.

Tabel.4 Persentase Hasil Analisis Kualitatif Medis berdasarkan pengobatan dan perawatan pada Kasus *Thyphoid* tahun 2016

No.	Perawatan dan pengobatan	n	Sesuai klaim						Tidak sesuai klaim										
			Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Pendokumentasian perawatan	65	64	98,5	0	0	0	0	1	1,5	30	20	66,7	0	0	1	3,3	9	30
2.	Ruang perawatan	65	14	21,5	0	0	0	0	51	78,5	30	7	23,3	0	0	0	0	23	76,6
3.	Tirah baring	65	63	96,9	0	0	0	0	2	3,1	30	30	100	0	0	0	0	0	0
4.	Mobilisasi	65	37	56,9	3	4,6	3	4,6	22	33,8	30	9	30	0	0	1	3,3	20	66,7
5.	Cairan elektrolit	65	65	100	0	0	0	0	0	0	30	30	100	0	0	0	0	0	0
6.	Diet kalori dan protein	65	27	41,5	5	7,7	0	0	33	50,8	30	6	20	0	0	0	0	24	80
7.	Obat kloramfenikol	65	46	70,8	0	0	1	1,5	18	27,7	30	17	43,3	0	0	0	0	17	56,7
8.	Obat paracetamol	65	64	98,5	0	0	1	1,5	0	0	30	30	100	0	0	0	0	0	0
9.	Jadwal kontrol	65	53	81,3	0	0	1	1,5	11	16,9	30	20	66,7	0	0	7	23,3	3	10
10.	Pendarahan usus	65	0	0	0	0	0	0	65	100	30	1	3,3	0	0	0	0	29	96,7
11.	Hepatitis tifosa	65	4	6,2	0	0	0	0	61	93,8	30	1	3,3	0	0	0	0	29	96,7

Berdasarkan komplikasi pada Tabel.5 bahwa pemanfaatan informasi rekam medis sesuai klaim dengan skor 4 keterangan “ya” persentase hepatitis

tifosa sebesar 6,2%. Untuk skor 1 keterangan “TAK” persentase 100% perdarahan usus dan hepatitis tifosa sebesar 93,8%.

Tabel.5 Persentase Hasil Analisis Kualitatif Medis berdasarkan Komplikasi pada Kasus *Thyphoid* tahun 2016

No.	Komplikasi	n	Sesuai klaim						Tidak sesuai klaim										
			Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Pendarahan usus	65	0	0	0	0	0	0	65	100	30	1	3,3	0	0	0	0	29	96,7
2.	Hepatitis tifosa	65	4	6,2	0	0	0	0	61	93,8	30	1	3,3	0	0	0	0	29	96,7

Berdasarkan proses klaim pada Tabel.6, menunjukkan bahwa pemanfaatan informasi rekam medis sesuai klaim dengan skor 4 keterangan “ya” persentase tertinggi sebesar 100% pada resume medis dan diagnosa utama. Untuk skor 3 keterangan “bukan kasus ini” sebesar 60% diagnosa sekunder menjadi

diagnosa utama. Untuk skor 2 keterangan “tidak” sebesar 7,7% terkait pemeriksaan penunjang lain. Untuk skor 1 keterangan “TAK” persentase tertinggi masing-masing sebesar 100% yaitu: surat perintah rawat inap, surat elegebitas peserta, laporan operasi dan yang terendah lama perawatan sebesar 1,5%.

Tabel.6 Persentase Hasil Analisis Kualitatif Medis berdasarkan Proses Klaim pada Kasus *Thyphoid* tahun 2016

No.	Proses klaim	n	Sesuai klaim								Tidak sesuai klaim									
			Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)		Ya (4)		Bukan kasus ini (3)		Tidak (2)		TAK (1)			
			f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1.	Surat perintah rawat inap	65	0	0	0	0	0	0	0	65	100	30	0	0	0	0	0	0	30	100
2.	Surat eligibilitas peserta	65	0	0	0	0	0	0	0	65	100	30	0	0	0	0	0	0	30	100
3.	Resume medis	65	65	100	0	0	0	0	0	0	0	30	29	96,7	0	0	0	0	1	3,3
4.	Diagnosa utama	65	65	100	0	0	0	0	0	0	0	30	30	100	0	0	0	0	0	0
5.	Diagnosa																			
a.	Diagnosa sekunder	65	42	64,6	0	0	0	0	23	5,4	30	19	63,3	0	0	1	3,3	10	33,3	
b.	Diagnosa sekunder menjadi utama	65	2	31,2	39	60	0	0	24	36,9	30	1	3,3	18	60	0	0	11	36,7	
6.	Pemeriksaan penunjang utama	65	55	84,6	0	0	0	0	10	15,4	30	24	80	0	0	0	0	6	20	
7.	Pemeriksaan penunjang lain	65	16	24,6	33	50,8	5	7,7	11	16,9	30	10	33,3	14	46,7	0	0	6	20	
8.	Lama perawatan	65	64	98,5	0	0	0	0	1	1,5	30	29	96,7	0	0	0	0	1	3,3	
9.	Laporan operasi	65	0	0	0	0	0	0	65	100	30	1	3,3	0	0	0	0	29	96,7	

PEMBAHASAN

Analisis Kualitatif Administratif Kelengkapan Informasi Dokumen Rekam Medis Kasus *Thyphoid* tahun 2016

Hasil pencatatan informasi tentang kejelasan masalah dan kondisi atau diagnosis pada dokumen rekam medis di rumah sakit Jasa Kartini adanya kesesuaian antara informasi dari pasien dengan tindakan yang diberikan. Pencatatan tersebut terbukti dengan hasil pemeriksaan suhu dan pemeriksaan fisik karena pasien mempunyai keluhan khas *thyphoid* kemudian dilakukan pemeriksaan yang menunjang penentuan diagnosis. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Hatta (2015) dalam Analisis Kelengkapan dan Pemanfaatan Pendokumentasian Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik tentang kejelasan dan masalah dan kondisi/diagnosis dengan jawaban lengkap sebanyak 93% artinya rekaman telah memuat dasar dasar berobat yang jelas dengan kondisi/diagnosis pasien. Menurut teori Hatta (2013) kejelasan masalah dan kondisi atau diagnosis yaitu adanya hubungan yang jelas antara informasi dari pasien dengan tindakan yang dilakukan.

Berikutnya tentang konsistensi menunjukkan bahwa dalam pencatatan informasi telah konsisten dengan kondisi informasi mengenai keluhan ataupun masalah pasien, catatan tersebut terbukti dengan adanya hasil pemeriksaan suhu. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Rahmawati (2014) dalam Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Dokumen Rekam

Medis Rawat Inap Kasus Bedah Pada Tindakan Hernioraphy Di Rsud Tugurejo Semarang Pada Triwulan I Tahun 2014 dengan ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada review kelengkapan dan pencatatan kekonsistensian diagnosa, perawatan dan pengobatan yaitu 37 DRM (73%) lengkap dan 14 DRM (27%) tidak lengkap/tidak konsisten dalam pencatatan diagnosa. Menurut teori Hatta (2013) masukan konsisten adalah adanya hubungan antara data dalam dokumen dengan informasi tentang kondisi pasien. Konsistensi menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien sudah jelas alasan yang mendasarinya diperkuat dengan hasil keterangan “tidak” lebih rendah dengan persentase 1,5% untuk dokumen sesuai klaim dan 3,3% untuk dokumen tidak sesuai klaim. Sejalan pada penelitian Hatta (2015) dalam analisis kelengkapan pendokumentasian Ortotik Prostetik menyebutkan bahwa apabila ketiga unsur yaitu kejelasan masalah dan kondisi, masukan konsisten dan alasan pelayanan lebih lengkap itu menunjukkan cukup menjelaskan alasan pasien mendatangi layanan kesehatan memang setara dengan kondisinya. Setiap pasien yang diduga menderita penyakit typhoid akan dilakukan pemeriksaan widal untuk menegakkan diagnosis *thyphoid*. Menurut Tjokroprawiro (2007) tes widal dilakukan untuk mengetahui kenaikan O tinggi atau kenaikan titer 4 kali lipat dengan jarak waktu 7 hari pemeriksaan pertama dan kedua (O lebih spesifik dari H). Selanjutnya bila hasil menunjukkan positif terkena typhoid, menurut Nelwan (2012) maka harus

diberikan obat Chloramphenicol dan sudah menjadi terapi standar pada demam thypoid.

Berikutnya tentang pengisian *informed consent* bukan hanya untuk pemberian tindakan khusus namun untuk keseluruhan tindakan yang akan diberikan kepada pasien seperti pemasangan infus, berdasarkan tabel.1 pengisian *informed consent* dengan persentase 100% untuk dokumen yang sesuai klaim dan dokumen tidak sesuai klaim dinyatakan sudah lengkap yaitu adanya pencatatan diagnosis, tata cara tindakan medis, tujuan dan resiko dari tindakan. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Rahmawati (2014) dalam Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Bedah Pada Tindakan Hernioraphy untuk *review informed consent* menunjukkan 47 (92%) lengkap dan 4 (8%) tidak lengkap karena tidak terdapat tanda tangan pasien dan dokter pemberi informasi. Menurut Hatta (2013) bahwa *informed consent* merupakan pernyataan persetujuan sepihak atas layanan yang ditawarkan pihak lain, dengan demikian harus ditandatangani oleh pasien atau keluarga pasien sebagai bukti persetujuan, sedangkan pihak rumah sakit termasuk dokter hanya menjadi saksi. Berdasarkan Permenkes 290 tahun 2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran pasal 1 ayat 5 *Informed consent* sebagai bukti dikemudian hari apabila dilakukannya tindakan yang beresiko tinggi berdasarkan probabilitas tertentu mengakibatkan kematian atau kecacatan.

Selanjutnya terkait unsur mutakhir berdasarkan tabel.1 terdapat 100% artinya pencatatan di rumah sakit Jasa Kartini sudah sesuai dengan dicatat segera setelah dilakukan pemeriksaan. Menurut Hatta (2013) bahwa mutakhir yaitu pencatatan segera dilakukan setelah pemeriksaan/pemberian pelayanan tanpa ada pencatatan yang dilakukan hingga hari berikutnya.

Wariyanti & Sugiarsi(2019); dalam melakukan pencatatan laporan terutama pencatatan tanggal dan jam harus diisi segera, pencatatan menjadi penting karena ada kaitannya dengan peraturan bahwa pencatatan rekam medis harus dilengkapi selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam. Tata cara pendokumentasian merupakan unsur-unsur atau syarat yang harus dipenuhi dalam mendokumentasikan data pelayanan dalam rekam medis pasien. Tata cara pendokumentasian ini harus dipenuhi dan dilaksanakan oleh setiap petugas yang berwenang mengisi rekam medis, sehingga dapat mendukung terciptanya rekam medis yang baik dan lengkap dari segi penulisannya.

Terkait singkatan baku menunjukkan masih terdapat sedikit yang menggunakan singkatan tidak baku, Hal ini berarti perlu peningkatan keilmuan dan keterampilan berikutnya dalam penggunaan peristilahan medis yang sudah disepakati dalam dunia kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan. Selain itu isinya tidak ada catatan yang menjatuhkan sesama rekan sejawat serta pencatatan yang dilakukan di rumah sakit Jasa Kartini dilakukan setiap pasien datang tanpa adanya kekosongan meski dalam keadaan darurat akan tetapi masih ada catatan yang masih senjang artinya adanya baris yang kosong antara setiap baris harus dihindari karena kesenjangan bisa beresiko munculnya tulisan data atau informasi ilegal (palsu) yang bukan hasil penulisan petugas itu sendiri (pemberi pelayanan kesehatan). Penggunaan tinta juga sudah sesuai yaitu menggunakan tinta warna biru atau hitam dalam penulisan, khusus untuk suhu, nadi, pernafasan boleh menggunakan warna merah dan hijau. Berdasarkan hasil analisis pada dokumen sesuai klaim catatan sudah lengkap namun pada dokumen tidak sesuai klaim catatan belum lengkap dengan persentase 66,7% lengkap dan 33,3% tidak lengkap artinya dalam dokumen rekam medis tidak ditulis secara urutan kronologinya oleh pemberi pelayanan. Catatan yang tidak lengkap ditemukan dalam formulir asal masuk pasien rawat inap, catatan tersebut dapat dimuat dalam formulir IGD atau rawat jalan. Formulir tersebut di rumah sakit Jasa Kartini dapat memberi keterangan pertama pasien masuk, hal tersebut menyebabkan tidak teruntutnya kronologis pasien. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Utami, dll(2016) tentang kelengkapan pencatatan perawat yang menyatakan kelengkapan catatan keperawatan dibagi menjadi dua yaitu data administratif sebesar 87,8%, sedangkan data klinis sebesar 95,5% diperkuat dengan wawancara bahwa perawat tidak mengisi secara lengkap dikarenakan banyaknya beban kerja. Berdasarkan Permenkes nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis pasal 3 tercantum bahwa rekam medis harus segera dilengkapi setelah melakukan pelayanan atau tindakan dan disertai nama, waktu dan tanda tangan dokter.

Berdasarkan Hatta (2013) kelengkapan informasi rekam medis berdasarkan urutan kronologis sesuai tahapan kunjungan dan pemberian pelayanan kesehatan sehingga informasi medis jelas dan mudah dipahami. Berikutnya persentase terkait informasi ganti rugi mempunyai nilai lebih tinggi pada keterangan "tidak" karena tidak adanya informasi ganti rugi dalam dokumen pasien. Hasil analisis yang dilakukan tidak ditemukan dalam dokumen

sesuai klaim maupun tidak sesuai klaim bahwa pasien menderita thypoid diakibatkan oleh pekerjaannya, maka persentase keterangan “tidak” didapatkan 100% sebab tidak ada informasi ganti rugi. Menurut teori Hatta (2013) bila kondisi atau penyakit pasien memerlukan ganti rugi misalnya akibat resiko kerja yang merugikan pasien atau bila keadaan sekarang mendapat pengganti biaya berobat. Berbeda dengan informasi penanggung biaya di rumah sakit Jasa Kartini tergambar sudah sesuai dengan persentase 100%, dimana informasi adanya penanggung biaya pada catatan penanggung biaya baik pasien umum maupun asuransi dalam formulir ringkasan masuk dan keluar.

Analisis Kualitatif Medis Kelengkapan Informasi Dokumen Rekam Medis Kasus *Thypoid* tahun 2016P

Pencatatan keluhan *thypoid* secara umum sudah lengkap dan informasi ekstra sebagai tindak lanjut dari informasi tentang keluhan sudah ada seperti dengan adanya pemeriksaan nadi, pernapasan, suhu untuk penegakkan diagnosa dilakukan pemeriksaan darah dan widal. Pemeriksaan tersebut sejalan dengan gejala yang dirasakan oleh pasien dalam kelengkapan informasi ekstra terdapat 93,8% dan 10%. Sejalan dengan hasil penelitian Inawati (2015) tentang demam tyfoid menyatakan adanya keluhan pada awal minggu yang dirasakan demam tinggi yang berpanjangan yaitu setinggi 39°C hingga 40°C, sakit kepala, pusing, pegal-pegal, anoreksia, mual, muntah. Menurut teori Hatta (2013) informasi ekstra menandakan pasien dengan komplikasi atau kondisi buruk atau beresiko telah ditindak lanjuti oleh tenaga kesehatan. Keterangan “bukan kasus ini” dengan skor 3 tertinggi pada dokumen sesuai klaim 78,5% adalah usia pasien sebanding dengan dokumen yang tidak sesuai klaim 76,7%, menurut teori Rampengan (2008) umur penderita yang terkena di Indonesia (daerah endemis) dilaporkan antara 3-19 tahun mencapai 91% kasus. Dengan persentase tersebut informasi ekstra bahwa pasien yang berada di usia 3-19 tahun rata-rata terkena *thypoid* sedangkan di bawah usia 3 tahun tidak ditemukannya kasus terkena *thypoid*.

Berdasarkan keterangan “tidak” skor 2 tertinggi dengan persentase 3,1% sesuai klaim dan 20% tidak sesuai klaim pada pernyataan status gizi, dalam dokumen rekam medis di rumah sakit Jasa Kartini terdapat formulir khusus untuk penilaian gizi, anjuran terdapat dan dilakukannya pemeriksaan namun hasil

dari pemeriksaan tidak tercantum dalam dokumen. Hal ini menandakan pengisian tidak lengkap oleh pemberi pelayanan. Berdasarkan Kepmenkes nomor 346 tahun 2006 bahwa penilaian gizi dilakukan sebab transmisi utama basil salmonella melalui air dan makanan. Berdasarkan pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran tahun 2009 menegaskan bahwa dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis dalam menjalankan praktik kedokteran setelah memberikan pelayanan segera melengkapi rekam medis. Hal ini menjadi penilaian kelengkapan untuk mengetahui sejauh apa kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Pemanfaatan informasi dari keluhan pasien secara klinis telah ditindaklanjuti dengan pemeriksaan penunjang tes darah termasuk didalamnya tes widal serta dilakukan uji tubex. Hal ini dapat menggambarkan bahwa penegakkan diagnosa perlu adanya pemeriksaan penunjang, dan untuk pencegahan komplikasi yang timbul dan tergambaranya tertibnya kelengkapan informasi tentang tindak lanjut. Menurut teori Tjokroprawiro (2007) tes darah dilakukan untuk pencegahannya leukopenia, leukositosis dan anemia. Menurut teori Nelwan (2012) tes widal digunakan untuk mendeteksi antibodi terhadap antigen salmonella thypy dan menurut teori Sudoyo (2010) uji tubex digunakan untuk mendeteksi anti S.thypi. Dalam pencatatan dokumen yang tidak sesuai klaim masih ada sedikit terlihat ketidaklengkapan dalam pencatatan hasil pemeriksaan penunjang, hal ini diartikan dokumen tidak segera dilengkapi oleh pemberi pelayanan.

Pemanfaatan informasi tentang pengobatan dan perawatan yang tertinggi terkait pendokumentasian keperawatan dan pemberian obat paracetamol untuk dokumen sesuai klaim dan untuk dokumen tidak sesuai klaim yaitu pemberian cairan elektrolit, tirah baring, pemberian paracetamol. Hal ini menggambarkan adanya pengisian informasi ekstra yang lengkap, sejalan dengan teori Nelwan (2012) bahwa pemberian obat paracetamol untuk menurunkan demam sebagai terapi untuk mencegah komplikasi dan kekambuhan penyakit tersebut. Terdapat keterangan “tidak” skor 2 tertinggi pada mobilisasi dan jadwal kontrol serta pada pengisian jadwal tidak lengkapnya pengisian nama dan tanda tangan dokter. Berdasarkan Permenkes 269 tahun 2008 tentang rekam medis bahwa setiap isian dokumen harus disertai nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan. Menurut teori Nelwan (2012) jadwal kontrol sebagai upaya pencegahan seiring munculnya

kasus resistensi. Terdapat juga keterangan “TAK” dengan skor 1 tertinggi pada dokumen sesuai klaim pada pernyataan ruang perawatan, dikarenakan tidak ada keterangan pasien membutuhkan ruang khusus terpisah dari pasien lainnya dan tidak adanya keterangan anjuran untuk diet.

Selanjutnya pemanfaatan informasi tentang komplikasi pada keterangan “TAK” dengan perdarahan usus dan hepatitis tifosa dikarenakan tidak adanya keterangan atau informasi ekstra pasien mengalami komplikasi. Menurut Sudoyo(2010) bahwa kasus hepatitis tifosa dapat terjadi pada pasien dengan malnutrisi dan sistem imun yang kurang dan menurut Rampengan (2008) menyebutkan bahwa kasus perdarahan usus terjadi akibat penurunan tekanan darah dan nyeri perut serta penegakkan diagnosa ditunjang dengan hasil USG.

Berikutnya terkait proses klaim diperlukan kelengkapan pengisian rekam medis seperti lama perawatan, resume medis, diagnosa utama, diagnosa sekunder dan tindakan yang dilakukan, pemeriksaan penunjang. Kelengkapan dokumen dengan berkas yang di klaim kepada BPJS harus lengkap mengingat tahapan verifikasi melalui beberapa tahap. Menurut BPJS (2014) bahwa pengisian resume medis harus memuat diagnosa utama, sekunder dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa sehingga tarif akan sesuai jika dokumen lengkap. Selain itu, adanya pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung terhadap diagnosa utama sehingga dapat menyebabkan tarif sesuai klaim dan tidak sesuai klaim (rugi) hal ini diperkuat sebab adanya penurunan jaminan dari diagnosa utama yang menjadikan diagnosa sekunder sebagai utama, hal ini dapat menyebabkan kerugian sebab pemeriksaan penunjang tidak mendukung diagnosa tersebut.

Hal ini, sejalan dengan penelitian Ulfah (2011) dalam kelengkapan persetujuan klaim menyatakan bahwa dari 85 dokumen rekam medis yang lengkap dengan prosentase 90,4 %, sedangkan dokumen rekam medis yang tidak lengkap ada 9 dengan prosentase 9,6 %. faktor yang terbesar mempengaruhi klaim tidak disetujui karena faktor hasil pemeriksaan penunjang yang belum lengkap. Dalam penegakkan diagnosa dokter sudah berdasarkan hasil-hasil pemeriksaan penunjang yang ada, namun kode diagnosa yang ditegakkan oleh dokter tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan penunjang. Menurut BPJS (2014) bahwa perlunya konfirmasi administrasi pelayanan dengan meminta bukti penunjang yang

diperlukan untuk klaim sesuai dengan diagnosa utama. Keterangan “tidak” (skor 2) pada pernyataan pemeriksaan penunjang, hal ini karena pemeriksaan dilakukan untuk menegakkan diagnosa lain tetapi tidak ada informasi ekstra hasil dari pemeriksaannya tersebut. Keterangan “TAK” tertinggi skor 1 persentase 100% dikarenakan tidak adanya kelengkapan berkas surat perintah rawat inap dan surat elegebitas peserta karena surat ini hanya dicetak sekali dan tidak disimpan dalam dokumenm, terpisah hanya untuk proses kelengkapan berkas klaim ke BPJS. Proses pengajuan pengklaiman dari rumah sakit kepada BPJS harus sesuai dengan prosedur pengklaiman yang telah ditetapkan oleh BPJS baik persyaratan maupun waktu, hal itu sangat penting karena akan mempengaruhi hasil verifikasi yang dikeluarkan oleh BPJS dan berdampak terhadap pendapatan rumah sakit.

SIMPULAN

Kelengkapan pengisian mendekati 100% terjadi pada kejelasan kondisi atau diagnosis, masukan konsisten, alasan pelayanan, informed consent, telaah rekaman serta informasi penanggung biaya dengan hasil sebagian besar menunjukkan persentase rata-rata tinggi namun masih terdapat ketidaklengkapan di beberapa unsur. Penilaian kasus typhoid sudah sesuai dengan tatalaksana *typhoid* dilihat dari kelengkapan catatan mengenai keluhan dan gejala, pemeriksaan penunjang yang sesuai klaim lebih lengkap terkait dengan tes darah dan widal, Catatan pendokumentasian keperawatan dokumen sesuai klaim dari hasil analisis dinyatakan lebih lengkap, ditemukan komplikasi perforasi usus dan hepatitis tifosa dan proses klaim dilihat dari penilaian kelengkapan surat perintah rawat inap, SEP, Laporan operasi. Disarankan bagi dokter diharapkan agar menulis penentuan diagnosis dan pemeriksaan penunjang lebih teliti dan lebih lengkap

DAFTAR PUSTAKA

Abdullah, Hana. (2013). *Analisis Kegiatan Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Pasien Kanker Payudara Program Jamkesmas Untuk Mendukung Pengelolaan Pembiayaan Kesehatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2011*. Tersedia <http://ejournal1.undip.ac.id/index.php/jkm> [25 Januari 2017].

- Alamsyah, Dedi (2011). *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha medika.
- Azwar, Azrul. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Tangerang: Bina Aksara.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. (2014). *Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan*. Jakarta : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia.(2006). *Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*. Jakarta:Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Dorland, W.A.Newman. (2014). *Kamus Saku Kedokteran Dorland Edisi 28*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Hatta, Gemala. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia.
- Hatta, Gemala. (2015). *Metoda Hatta untuk Analisis Kelengkapan dan Pemanfaatan Pendokumentasian Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik*. Tersedia <http://www.poltekkesjakarta.ac.id> [24 februari 2017].
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/MenteriKesehatan/SK/V/2006 *Tentang Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*.Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *Tentang RumahSakit*.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Profil Kesehatan 2010* : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan. (2013). *Buku Pegangan Sosialisasi BPJS*. Jakarta : Kementerian Kesehatan.
- Malonda, T.D. et al (2015) *Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano*. Tersedia ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu [20 Februari2017].
- Nuruzzaman, N & Syahrul, F. (2016). *Analisis Risiko Kejadian Demam Tifoid Berdasarkan Kebersihan diri dan Kebiasaan Jajan dirumah*.Tersedia e-journal.unair.ac.id/index.php [02 Maret 2016].
- Nelwan, HH. (2012). *Tata Laksana Terkini Demam Tifoid*. Tersedia www.kalbemed.com [02 maret 2017].
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28.(2014).*Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam. (2008). *Panduan Pelayanan Medik* : PB PAPDI.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 *Tentang Jaminan Kesehatan*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290 Tahun 2008 *Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran*.
- Putra, Rendi Fadhlan.(2016).*Analisis Manajemen Piutang Pendapatan Jasa Layanan Pada Rsud Dr. Soetomo*.Tersedia <http://digilib.binadarma.ac.id> [22 Mei 2017]
- Putri, Dita Nadira.(2016).Analisi Pengendalian Internal Pasa Siklus Pendapatan Dari Pasien Pengguna BPJS. Tersedia <http://www.jurnalpost.com/klaim-bpjs-lambat-cair-pengaruh-pelayanan-rs> [22 Mei 2017]
- Rahmawati, Atika Rizky.(2014). Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Bedah Pada Tindakan Hernioraphy Di Rsud Tugurejo Semarang Pada Triwulan I Tahun 2014. Tersedia <http://epirints.dinus.ac.id> [02 Juni 2017]
- Rampengan, T.H. (2008). *Penyakit Infeksi Tropik Pada Anak*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sudoyo, A.W. Et Al (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : Interna Publishing.
- Tjokroprawiro, Askandar. (2007). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Subaya : Airlangga University.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 *Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 *Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2009 *Tentang Praktik Kedokteran*.
- Utami, Sri. Et Al(2016).*Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Rekam Medis Dengan Kelengkapan Pengisian Catatan Keperawatan Pada Instalasi Rawat Inap Di Rumah Sakit At-Turots Al Islamy Sleman*. Tersedia <http://epirints.dinus.ac.id> [02 Juni 2017]
- Wariyanti, AS, Harjanti, Sugiarsi S(2019). Potret Kelengkapan Rekam Medis Puskesmas Sebelum dan Setelah Akreditasi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia(JMIKI. Vol.7 N0.2*
- Word Health Organization (WHO). (2011). *Guidelines for the Management of Typhoid Fever*.

Analisis Penulisan Abstrak Bahasa Inggris pada Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa D3 RMIK STIKes Mitra Husada Karanganyar

Erna Adita Kusumawati¹, Sri Sugiarsi²

^{1,2} Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan
STIKes Mitra Husada Karanganyar

Email: ¹ernaadita@gmail.com, ²sri_sugiarsi@yahoo.com

Abstract

Based on the preliminary survey that had been done toward ten English abstracts of Medical Record students graduated on 2018, it was still found a lot of mistakes in the writing (tenses). This research was aimed at identifying the use of tenses in sentences applied in the English abstract of Medical Record students in STIKes Mitra Husada Karanganyar. The type of this research was descriptive through documentation study approach. The population was all English abstracts of scientific writing of Medical Record students graduated in 2018 which was 120. The sampling was purposive sampling. The data were analyzed descriptively. The results of the research showed that the inappropriate use of tense was more than that of the appropriate one in the part of background; the inappropriate use of tense was more than that of the appropriate one in the part of research method; the inappropriate use of tense was more than that of the appropriate one in the part of result (findings); the appropriate use of tense was more than that of the inappropriate one in the part of discussion; and the appropriate use of tense was more than that of the inappropriate one in the part of conclusion and suggestion

Keywords: *abstract, appropriate, inappropriate, tense, use*

Abstrak

Menurut hasil survei yang telah dilakukan terhadap 10 abstrak bahasa Inggris mahasiswa RMIK tahun kelulusan 2018, masih ditemukan banyak kesalahan dalam penulisan kalimat (*tenses*). Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi penggunaan tipe kalimat (*tenses*) yang digunakan pada abstrak bahasa Inggris mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada. Jenis penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan studi dokumen. Populasinya adalah seluruh abstrak berbahasa Inggris pada karya tulis ilmiah mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar tahun 2018 yang berjumlah 120. Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling*. Analisis penelitian dilakukan secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan *tenses* yang tidak tepat lebih banyak dilakukan di pendahuluan abstrak pada bagian latar belakang; penggunaan *tense* yang tidak tepat lebih banyak dilakukan daripada penggunaan *tense* yang tepat pada bagian metodologi penelitian; penggunaan *tense* yang tidak tepat lebih banyak dilakukan daripada penggunaan *tense* yang tepat pada bagian hasil penelitian (temuan); penggunaan *tense* yang tepat lebih banyak dilakukan daripada penggunaan *tense* yang tidak tepat pada bagian pembahasan (diskusi); dan penggunaan *tense* yang tepat lebih banyak dilakukan daripada penggunaan *tense* yang tidak tepat pada bagian kesimpulan dan saran

Kata Kunci: abstrak, penggunaan, *tense*, tepat, tidak tepat

PENDAHULUAN

Salah satu kewajiban bagi mahasiswa sebagai persyaratan kelulusan adalah membuat karya tulis ilmiah. Karya tulis ilmiah adalah karya tulis yang disusun secara sistematis menurut aturan atau kaidah tertentu berdasarkan hasil berpikir ilmiah. Karya ilmiah terbagi atas beberapa jenis, yaitu laporan penelitian, makalah, karya tulis ilmiah, skripsi, tesis,

disertasi dan proposal (Jauhari, 2010). Salah satu unsur yang penting dalam karya tulis ilmiah adalah abstrak. Hal tersebut dikarenakan abstrak merupakan hasil ringkasan yang memuat intisari karya ilmiah. Abstrak juga menjadi tolak ukur terhadap isi dari karya ilmiah tersebut. Pembaca akan tertarik atau tidak untuk membaca karya ilmiah juga ditentukan oleh abstrak tersebut.

Abstrak diletakkan di halaman awal sebuah karya tulis dengan tujuan untuk membantu pembaca agar dapat dengan mudah dan cepat melihat tujuan dan penulisannya (Polontalo, 2013). Abstrak merupakan deskripsi singkat dari suatu karya tulis ilmiah yang mencakup latar belakang, masalah yang diteliti, metode yang digunakan, hasil-hasil yang diperoleh, kesimpulan, dan saran yang diajukan.

Seiring dengan perkembangan zaman, abstrak penelitian ilmiah dibuat dalam dua bahasa, yaitu bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Penulisan abstrak berbahasa Inggris merupakan respon dari kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dimana karya-karya ilmiah dipublikasikan lewat internet sehingga karya-karya ilmiah tersebut dapat diakses secara global. Oleh sebab itu, penerjemahan abstrak dari bahasa Indonesia ke dalam bahasa Inggris menjadi hal yang sangat krusial. Penulisan abstrak dalam versi bahasa Inggris harus ditulis dengan memenuhi kaidah penulisan Bahasa Inggris yang baik dan benar, dalam hal ini harus ditulis dengan tipe kalimat (*tenses*) yang sesuai. Menurut hasil survey yang telah dilakukan terhadap 10 abstrak mahasiswa RMIK tahun kelulusan 2018, masih ditemukan banyak kesalahan dalam penulisan kalimat (*tenses*) pada bagian pendahuluan abstrak. Hal ini dikarenakan sebagian besar mahasiswa menerjemahkan abstrak dari bahasa Indonesia kedalam bahasa Inggris secara kata per kata (*word by word*). Ini tidak sesuai dengan kaidah-kaidah dalam menerjemahkan.

Menerjemahkan adalah suatu tindakan mentransfer teks dari bahasa asal (*source language*) kedalam bahasa yang diinginkan (*target language*) dalam suatu konteks tertentu (Foster, 1958). Menerjemahkan merupakan suatu proses dan metode yang digunakan untuk menyampaikan makna dari bahasa asal kedalam bahasa yang diinginkan. Dengan kata lain, dalam menerjemahkan lebih difokuskan pada gagasan tentang makna sebagai elemen penting (Ghazala, 1995). Itulah mengapa ketika kita menerjemahkan berarti kita sedang memahami makna dari bahasa asal dan mentransfernya ke bahasa yang diinginkan sesuai dengan tata bahasa yang baik dan benar (*meaning to meaning*).

Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilaksanakan penelitian dengan judul “Analisis Penulisan Abstrak Bahasa Inggris pada Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar”.

METODE

Jenis rancangan penelitian ini adalah observasional dengan pendekatan deskriptif. Maksudnya adalah pengumpulan data melalui observasi terhadap dokumen karya tulis ilmiah dengan tujuan mendisripsikan kesesuaian penulisan pendahuluan abstrak dalam bahasa Inggris. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh abstrak berbahasa inggris pada karya tulis ilmiah mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar telah lulus tahun 2018 yang berjumlah 120. Teknik pengambilan sampel dengan *purposive sampling* dan diperoleh sampel sebanyak 30 abstrak dari karya tulis ilmiah. Pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumen dengan menggunakan *checklist*. Analisis data dalam penelitian ini adalah diskriptif yaitu memberikan deskripsi mengenai bagian pendahuluan abstrak bahasa Inggris mahasiswa D3 RMIK STIKes Mitra Husada Karanganyar dalam kaitannya dengan *tenses* yang digunakan pada bagian pendahuluan abstrak.

HASIL

Tabel 1. Analisis Penggunaan *Tenses* pada Abstrak Bahasa Inggris Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar

Komponen	Tepat n(%)	Tidak Tepat n(%)
Pendahuluan	14(46,7%)	16(53,3%)
Metode	11(36,7%)	19(63,3%)
Hasil	14(46,7%)	16(53,3%)
Simpulan	20(66,7%)	10(33,3%)
n(sampel)	30	

Tabel 1 menunjukkan bahwa penggunaan *tenses* tidak tepat tertinggi terdapat pada komponen metode penelitian sebanyak 19(63,3%) abstrak pada artikel penelitian. Kesalahan tersebut terletak pada penggunaan *Present Tense*.

Kesalahan penggunaan *tenses* tertinggi berikutnya adalah pada pendahuluan abstrak; yaitu penggunaan *Simple Present Tense* untuk merujuk pada survei pendahuluan yang telah dilakukan; sebanyak 16(53,3%). Demikian pula kesalahan penggunaan *tesis* terjadi pada penulisan hasil penelitian; yaitu penggunaan *Simple Present Tense*. Sebagian besar

penggunaan tenses pada penulisan simpulan abstrak sudah tepat; 20(66,6%) yaitu penggunaan *Simple Past Tense*. dan yang tidak tepat; 10(33,3%); *Simple Present Tense*.

PEMBAHASAN

Berdasarkan deskripsi dan analisis data abstrak bahasa Inggris Karya Tulis Ilmiah mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar, diperoleh gambaran kesalahan pada penggunaan *tenses* yang terdapat pada pendahuluan, metode penelitian, hasil (temuan), pembahasan (diskusi), simpulan, dan saran.

Pendahuluan

Temuan pertama pada penelitian ini adalah penggunaan *tenses* pada bagian pendahuluan pada sebuah abstrak bahasa Inggris yang meliputi Tepat (T) dan Tidak Tepat (TT). Penggunaan *tenses* yang tepat pada bagian pendahuluan yaitu sebanyak 14 abstrak (46,6%). Penggunaan *tenses* yang tepat pada pendahuluan yaitu menggunakan *Simple Past Tense* untuk menjelaskan apa yang sudah dilakukan peneliti dalam penelitiannya (dalam hal ini adalah survei yang sudah dilakukan peneliti): “*Preliminary survey results at Army Hospital dr. Soedjono Magelang found that there were differences in reporting ...*” Kata *found* dan *there were* merujuk pada bentuk *Simple Past Tense* yang digunakan untuk menyatakan kejadian yang sudah dilakukan sebelumnya (lampau).

Sedangkan terdapat 16 abstrak (53,3%) yang penggunaan *tenses* nya tidak tepat, yaitu dengan menggunakan *Simple Present Tense* untuk merujuk pada survei pendahuluan yang telah dilakukan: “*Patient satisfaction at RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri shows that*” Kata *shows* menunjukkan *Simple Present Tense* yang merujuk pada kegiatan survei yang telah dilakukan oleh peneliti. Penggunaan *shows* pada kalimat tersebut tidak tepat karena survei dilakukan oleh peneliti pada suatu waktu sebelum penelitian dilakukan, sehingga kata yang tepat untuk menggantikan *shows* adalah *showed*, yang merupakan bentuk lampau (Verb 2) dari *show*. Jadi kalimat yang benar seharusnya “*Patient satisfaction at RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri showed that*”

Adapun *Simple Present Tense* yang digunakan pada bagian pendahuluan hanya sebatas untuk menunjukkan fakta dan kebenaran dai informasi

yang kita terima dan masih relevan sampai saat ini dan dinilai benar: “*Professional Ethics is a dicipline that accesses and learns about the good of bad behavior, attitude of human being*”. Penggunaan *is* pada kalimat tersebut sudah tepat karena Etika Profesi merupakan kebenaran atau fakta umum yang tidak berubah dari dulu sampai sekarang.

Metode

Temuan kedua dalam penelitian ini adalah penggunaan *tenses* pada bagian metode penelitian. Penggunaan *tenses* yang tepat ditemukan dalam abstrak karya tulis ilmiah mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar sebanyak 11 abstrak (36,6%). *Tenses* yang tepat pada bagian metode penelitian adalah *Simple Past Tense*: “*The population in this study were the whole new outpatients at ...*” dan “*The instruments used a checklist and guidelines of unstructured interview*”. Kata *were* dan *used* menunjukkan bentuk *Simple Past Tense* dimana *were* adalah *to be Past Tense* sedangkan *used* merupakan bentuk lampau (Verb 2) dari kata *use*, yang artinya menggunakan. Penggunaan *were* dan *used* sudah tepat karena bentuk *Past Tense* pada bagian metode dalam abstrak menjelaskan apa yang telah dilakukan peneliti terkait dengan pendekatan penelitian yang diimplementasikan.

Terdapat pula 19 abstrak (63,3%) yang penggunaan *tenses* nya tidak tepat: “*This study uses a cross-sectional approach.*” dan “*The instrument in this research is questionnaire*”. Pada kalimat tersebut menunjukkan kegiatan yang dilakukan peneliti termasuk pendekatan penelitian yang dilakukan, maka penggunaan *uses* dan *is* (*Present Tense*) tidak tepat. Seharusnya kalimat tersebut menggunakan *Simple Past Tense* sehingga kalimat yang tepat adalah “*This study used a cross-sectional approach.*” dan “*The instrument in this research was questionnaire*”. Adapun penggunaan *Simple Present Tense* pada bagian metode penelitian hanya sebatas untuk menunjukkan prosedur dan kegiatan standar dalam penelitian.

Hasil

Temuan ketiga adalah penggunaan *tenses* pada bagian hasil atau temuan pada abstrak. Penggunaan *tenses* yang tepat ditemukan dalam abstrak karya tulis ilmiah mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar sebanyak 14 abstrak (46,6%). *Simple Past Tense* digunakan pada bagian hasil atau temuan: “*The*

result showed that inter-table distance analyzing ...”; “*The results showed the completeness of the medical records...*”; dan “*The result showed that the management statistical data resources for ...*”. Penggunaan kata *showed* dalam kalimat tersebut sudah tepat karena *showed* merupakan bentuk lampau (*Verb 2*) yang berasal dari kata dasar (*Verb 1*) *show* yang berarti menunjukkan.

Sementara itu terdapat 16 abstrak (53,3%) dengan penggunaan *tense* yang tidak tepat yaitu dengan menggunakan *Simple Present Tense* untuk menyatakan hasil temuan: “*The result of research shows that the return flow of inpatient medical record document has been executed ...*”; “*The result of research shows that temperature and humidity still above standard ...*”; dan “*The result of research shows that most of patient knowledge on authority medical information is ...*”. Pada ketiga kalimat tersebut terdapat kata *shows* yang menunjukkan penggunaan *Simple Present Tense* pada bagian hasil temuan. Kata *shows* dalam konteks tersebut tidak tepat karena mengacu pada suatu hasil dari kegiatan yang sudah dilakukan pada masa lampau. Kata *show* seharusnya ditulis menjadi *showed* (*Simple Past Tense*) yang merujuk pada kegiatan yang lampau, sehingga kalimat tersebut menjadi “*The result of research showed that the return flow of inpatient medical record document has been executed ...*”; “*The result of research showed that temperature and humidity still above standard ...*”; dan “*The result of research showed that most of patient knowledge on authority medical information is ...*”.

Kesimpulan dan Saran

Temuan kelima adalah penggunaan *tense* pada bagian kesimpulan dan saran. Terdapat 6 abstrak dimana dalam penulisannya tidak mencantumkan kesimpulan dan saran. Penggunaan *tense* yang tepat pada bagian kesimpulan dan saran sebanyak 20 abstrak (83,3%): “*The conclusion of the study was that the management of risk in the Boyolali RSUD filing unit had not been carried out yet risk grading.*” dan “*The suggestion in this study is that it is better to conduct socialization or training to ...*” Penggunaan *was* (*Simple Past Tense*) pada bagian kesimpulan sebuah abstrak sudah tepat karena merujuk pada intisari, ringkasan dan implikasi temuan. Sedangkan penggunaan *is* (*Simple Present Tense*) pada bagian saran juga sudah tepat karena untuk menyatakan sesuatu yang umum, yang pada kenyataannya bisa dilaksanakan atau tidak.

Sementara itu terdapat 4 (16,6%) abstrak yang penggunaan *tense* nya tidak tepat pada bagian kesimpulan dan saran: “*The conclusions of this study are that no expedition book is available for submission of incomplete medical record documents.*” dan “*Advisable, held socialization about borrowing medical record document for research and law which appropriate with procedure operational standard which had set by the head of ...*” Penggunaan *are* dan *is* (*Simple Present Tense*) untuk menyatakan kesimpulan dinilai tidak tepat karena merujuk pada intisari, ringkasan dan implikasi temuan, yang seharusnya menggunakan *Simple Past Tense* sehingga kalimatnya berubah menjadi “*The conclusions of this study were that no expedition book was available for submission of incomplete medical record documents.*” Sedangkan penggunaan *held* dan *had set* (*Simple Past Tense*) pada bagian saran juga tidak tepat karena untuk menyatakan sesuatu yang umum, yang pada kenyataannya bisa dilaksanakan atau tidak, sehingga lebih tepat menggunakan *Simple Present Tense*: “*Advisable, hold socialization about borrowing medical record document for research and law which appropriate with procedure operational standard which is set by the head of ...*”

SIMPULAN

Berdasarkan paparan data dan temuan penelitian dapat dikemukakan beberapa simpulan. Kesalahan penggunaan *tense* pada abstrak bahasa Inggris pada karya tulis ilmiah mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar terdiri atas penggunaan *tense* yang tepat dan tidak tepat. Penggunaan *tense* yang tidak tepat lebih banyak dilakukan daripada penggunaan *tense* yang tepat, yaitu pada bagian pendahuluan, metode penelitian, dan hasil (temuan) penelitian. Sedangkan penggunaan *tense* yang tepat terdapat pada bagian pembahasan (diskusi) serta kesimpulan dan saran.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Khasawneh, F. M. (2017). A Genre Analysis of Research Article Abstracts Written by Native and Non-Native Speakers of English. *Journal of Applied Linguistics and Language Research*, 4 (1): 1-13.
- Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik* (pp 47-49). Jakarta, Indonesia

- Behnam, B & Golpour, F. (2014). A Genre Analysis of English and Iranian Research Article Abstracts in Applied Linguistics and Mathematics. *International Journal of Applied Linguistics and Literature*, 3 (5): 173-179.
- Darabad, A. M. (2016). Move Analysis of Research Article Abstracts: A Cross-Disciplinary Study. *International Journal of Linguistics*, 8 (2):125-140.
- Doro, K. (2013). The Rhetoric Structure of Research Article Abstracts in English Studies Journal. *Prague Journal of English Studies*, 2 (1):119-139.
- Foster, C.R. (1958). *Social Research: An International Quarterly* (pp108-12). New York, USA
- Ghasempour, B & Farnia, M. (2017). Contrastive Move Analysis: Persian and English Research Articles Abstracts in Law. *The Journal of Teaching English for Specific and Academic Purposes*, 5 (4): 739-753
- Indarto, Wusono. (2012). Analisis Karya Tulis (Skripsi) Tugas Akhir Mahasiswa Program Studi Administrasi Pendidikan Periode 2008/2009 dan 2009/2010. *Educhild: Jurnal Pendidikan Sosial dan Budaya*, 1(1): 70-78
- Jackson, S.L. 2009. *Research methods and Statistics: A Critical Thinking Approach 3rd edition*. Belmont: Wadsworth
- Jauhari, Heri. 2010. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Bandung: CV Pustaka Setia
- Koopman, Philip. 2001. *How to Write an Abstract*. London: Facet
- Leki, I. 1998. *Academic Writing*. Cambridge: Cambridge University Hairston
- Loutayf, Maria Soledad. (2017). Analysis of abstracts in English: A study of abstracts written by EFL writers in Argentina. *Argentinian Journal of Applied Linguistics*, 5(1): 15-36
- Mohamadzadeh, Shirin. (2013). Genre Analysis of Literature Research Article Abstracts: A Cross-Linguistic, Cross-cultural Study. *Journal of Applied Research on English Language*, 2(2): 37-50
- Rahmiati. (2015). Analisis Kendala Internal Mahasiswa dalam Menulis Karya Ilmiah. *Jurnal Al-daulah*, 4(2): 327-343
- Rismen, Safna. (2015). Analisis Kesulitan Mahasiswa dalam Penyelesaian Skripsi di Prodi Pendidikan Matematika STKIP PGRI. *LEMMA*, 1(2): 57-62.
- Supatranonta, Pisamai. (2012). Developing a Writing Template of Research Article Abstracts: A Corpus-based Method. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 66 (2012): 144-156.
- Terzi, Canan & Arslanturk, Yalcin. (2014). An Analysis of Dissertation Abstracts In Terms Of Translation Errors and Academic Discourse. *International Journal of English Language and Translation Studies*, 2(4): 1-11.
- Zhen-ye, Ning. (2008). A Genre-based Analysis of English Research Article Abstracts and the Linguistic Feature of Personal Pronouns for Financial Economics. *US-China Education Review*, 5(7): 62-65.

Optimalisasi Analisis Data Rekam Medis Elektronik Menggunakan *Business Intelligence* di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih

Jayanti Aswinasih¹, Aris Susanto², Hosizah³

^{1,2,3}Universitas Esa Unggul, Jalan Arjuna Utara no.9 Kebon Jeruk, Jakarta Barat

Email: 1jayantiaswinasih@gmail.com

Abstract

At present, the ease of access to health services has an influence on the number of visits to health facilities, one of which is Jakarta Cempaka Putih Islamic Hospital. An increasing number of visits makes the patient's medical record data also increase and result in big data, known as big data. The number of outpatient visits to the Jakarta Cempaka Putih Islamic Hospital in 2018 has reached 147,232 patients from Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang and Bekasi (JABODETABEK). For processing big data, we need a big data processing model using Business Intelligence (BI). This technology can facilitate the processing and presentation of data in a short time and produces an output in the form of a dashboard that can display all information in one window. In order to be quick to making decisions about services, given the lots of visits a fast process is needed so that services are not hampered. This type of research is action research by referring to the business intelligence roadmap. The analysis techniques in this study are multidimensional analysis, exploratory analysis, and trend analysis. The results of the study show are dashboards needed, which are the patient distribution map, age, gender, polyclinic, diagnosis, method of payment, origin of referrals and patient visit trends, and interpret the dashboard into information

Keywords: *Business Intelligence, Electronic Medical Record*

Abstrak

Saat ini, kemudahan akses pelayanan kesehatan memiliki pengaruh terhadap jumlah kunjungan di fasilitas kesehatan, salah satunya adalah Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih. Jumlah Kunjungan yang meningkat menjadikan data rekam medis pasien juga meningkat dan mengakibatkan data besar, yang dikenal dengan *big data*. Jumlah kunjungan rawat jalan Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih pada tahun 2018 sudah mencapai angka 147.232 pasien yang berasal dari wilayah Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi (JABODETABEK). Untuk pengolahan data yang besar maka diperlukan suatu model pengolahan data besar menggunakan *Business Intelligence* (BI). Teknologi ini dapat mempermudah pengolahan dan penyajian data dalam waktu singkat serta menghasilkan luaran berupa *dashboard* yang dapat menampilkan semua informasi dalam satu jendela. Agar cepat dalam pengambilan keputusan terhadap pelayanan, mengingat jumlah kunjungan yang banyak maka diperlukan proses yang cepat agar pelayanan tidak terhambat. Jenis penelitian ini adalah *action research* dengan mengacu *business intelligence roadmap*. Teknik analisis dalam penelitian ini adalah *multidimensional analysis*, *exploratory analysis*, dan *trend analysis*. Hasil penelitian menampilkan sejumlah dashboard yang dibutuhkan yakni *dashboard* peta sebaran pasien, usia, jenis kelamin, poliklinik, diagnosis, cara pembayaran, asal rujukan dan tren kunjungan pasien, serta mengintepretasikan *dashboard* menjadi sebuah informasi.

Kata kunci: *Business Intelligence, Rekam Medis Elektronik*

PENDAHULUAN

Instansi kesehatan adalah instansi pelayanan kesehatan yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan, pemulihan dan pengobatan masyarakat oleh perseorangan maupun kelompok. Salah satunya adalah rumah sakit. Pertumbuhan instansi

pelayanan kesehatan seperti rumah sakit di Indonesia sangat pesat (Bahiyah, Hajar, & Sejati, 2012). Pertambahan rumah sakit di Indonesia pada tahun 2015 sampai dengan tahun 2016 mencapai sebanyak 133 RS atau mengalami pertumbuhan sebesar 5.3% (KEMENKES RI, 2016). Hal tersebut disebabkan oleh jumlah kunjungan pasien meningkat. Hal

ini terjadi seiring perkembangan zaman yang memudahkan cara pembayaran dengan berbagai opsi serta menjamurkan asuransi di Indonesia yang memudahkan untuk pasien berobat. Salah satu asuransi yang paling berdampak pada peningkatan pasien adalah BPJS Kesehatan, jumlah kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) tahun 2016 mencapai 49.283.264 kunjungan atau meningkat sebesar 23,79% bila dibandingkan realisasi pada periode tahun 2015 (BPJS KESEHATAN, 2016).

Pengelolaan data yang besar ini, bertujuan agar rumah sakit dapat mengambil keputusan yang lebih baik untuk peningkatan pelayanan rumah sakit. Maka dari itu *Business Intelligence* (BI) dapat membantu rumah sakit untuk mengolah data yang berukuran besar dan menghasilkan visualisasi informasi melalui grafik yang bersifat interaktif dan menarik sehingga akan memudahkan dalam membaca informasi, sementara hasil *print out* (*Hardcopy*) akan menjadi dokumentasi bagi rumah sakit (Syarli, Tamin, & Qashlim, 2018). Sehingga dapat membantu rumah sakit dalam pengambilan keputusan serta sekaligus meningkatkan keunggulannya (*competitive advantage*). Selain itu, BI juga dapat membantu rumah sakit dalam menganalisis perubahan *trend* yang terjadi sehingga dapat membantu rumah sakit dalam menentukan strategi yang diperlukan untuk mengantisipasi perubahan *trend* tersebut (Arifin, 2014).

Berdasarkan pada observasi awal, RSIJ Cempaka Putih belum pernah memanfaatkan salah satu aplikasi *Business Intelligence* untuk pengelolaan data rumah sakit yang dapat melakukan analisis terhadap data pasien. Khususnya data yang berasal dari rekam medis elektronik yang dilaksanakan pada pelayanan rawat jalan. Jumlah data pasien yang besar dengan 147.232 pasien pada tahun 2018 yang berdomisili di wilayah JABODETABEK. Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih masih memakai laporan yang berupa dokumen yang berisikan data pasien yang disajikan dalam *table* sederhana. Dengan laporan yang seperti itu maka laporan tersebut tidak menuntun pembaca pada kesimpulan tertentu. Oleh karena itu rumah sakit memerlukan bentuk pengolahan data yang besar dan dapat dilakukan dengan cara yang ringkas serta tidak memakan waktu yang cukup lama. Pengolahan tersebut dapat dijadikan *report* ataupun sebagai *performance evaluation* yang kemudian disajikan dalam visualisasi data berupa *dashboard* agar pembaca dapat menginterpretasikan data yang ada. Maka dari itu pada penelitian ini, digunakan

sebuah aplikasi BI yakni QlikView untuk membantu Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih dalam mengkoordinir data yang dimilikinya.

METODE

Jenis penelitian ini adalah *action research*, yang merupakan penelitian upaya pemecahan masalah atau perbaikan yang bersifat reflektif dan kolaboratif. Penelitian ini dilakukan dengan mengacu kepada *business intelligence roadmap*. Adapun langkah – langkah yang dilakukan dilakukan pada *business intelligence roadmap* (Moss & Atre, 2003) yang telah dimodifikasi menyesuaikan dengan penelitian sebagai berikut :

- a. Fase *Justification*
Fase *justification*, melakukan identifikasi masalah dan *assessment* terhadap kebutuhan rumah sakit,
- b. Fase *Planning*
Fase *planning*, mengembangkan rencana untuk menghasilkan bagaimana BI akan dikerjakan.
- c. Fase *Business Analysis*
Fase *business analysis*, melakukan analisis masalah dan peluang untuk mendapatkan pemahaman kebutuhan untuk mencari solusi.
- d. Fase *Design*
Pada tahap ini terdapat desain pemodelan data warehouse yang akan digunakan untuk penyimpanan data dan ETL Design yaitu membangun desain ETL untuk memasukkan data ke dalam data warehouse.
- e. Fase *Construction*
 - 1) Membuat ETL dari data sumber ke OLAP
 - 2) Membuat OLAP agar dapat dibuat dashboard yang telah ditentukan
 - 3) Membuat dashboard yaitu *Dashboard* peta sebaran pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih, *Dashboard* jumlah pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih berdasarkan usia, *Dashboard* jumlah pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih berdasarkan jenis kelamin, *Dashboard* jumlah pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih berdasarkan poliklinik, *Dashboard* jumlah pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih berdasarkan diagnosis, *Dashboard* peningkatan jumlah pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih selama 2018, *Dashboard* jumlah pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih berdasarkan cara pembayaran,

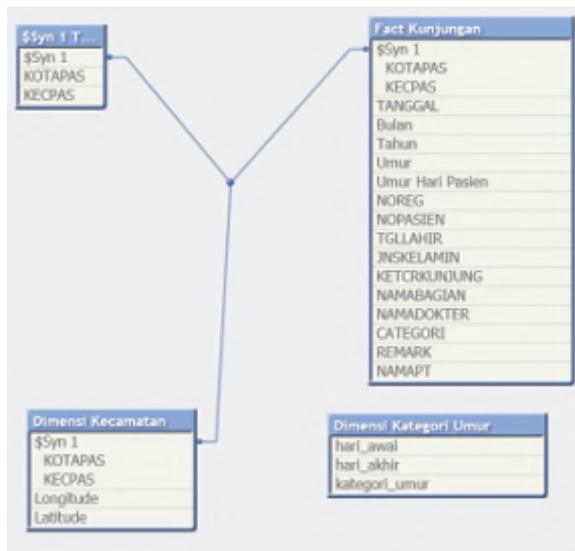
Dashboard jumlah pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih berdasarkan asal rujukan.

f. *Fase Data Interpretation*

Mengartikan informasi yang muncul dalam bentuk visual yakni berupa *dashboard*.

HASIL

Skema Data Warehouse



Gambar 1. Skema Data Warehouse

Berdasarkan gambar diatas dapat diketahui relasi data warehouse kunjungan rawat jalan RSIJ Cempaka Putih. Garis relasi dikarenakan antara ‘fact kunjungan’ dengan ‘dimensi kecamatan’ memiliki atribut yang sama hingga saling mengaitkan satu sama lain, hal ini dapat terlihat pada *dashboard* yang akan digunakan, karena akan terkait satu sama lain. Untuk dimensi ‘kategori umur’ tidak memiliki relasi dari manapun dibuat hanya untuk mengklasifikasikan umur. Relasi ini dihasilkan dari *multidimensional analysis*. Kemudian untuk *exploratory analysis* terdapat pada *dashboard* jumlah pasien berdasarkan usia, jenis kelamin, poliklinik, diagnosis, cara pembayaran, dan asal rujukan. *Trend analysis* terdapat pada *dashboard* peningkatan jumlah pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih di tahun 2018.

Dimension and Fact Table

Tabel dibawah ini memuat semua keterangan dan juga jenis data yang terkandung didalam fact kunjungan, dimensi kecamatan, dan dimensi kategori umur.

Tabel 1 Dimension and Fact Table

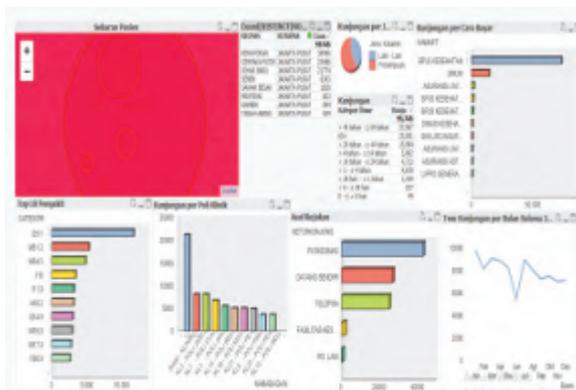
<i>Dimension dan Fact Table</i>	<i>Keterangan</i>
Fact Kunjungan	Memiliki atribut yang terdiri dari : <ol style="list-style-type: none"> 1. KOTAPAS : Berisikan nama kota pasien dengan tipe data <i>varchar</i> 2. KECPAS : Berisikan nama kecamatan pasien dengan tipe data <i>varchar</i> 3. TANGGAL : Berisikan tanggal berobat pasien dengan tipe data <i>varchar</i> 4. NOREG : Berisikan kode registrasi pengunjung dengan tipe data <i>integer</i> 5. NOPASIEN : Berisikan kode pasien yang berobat dengan tipe data <i>integer</i> 6. TGLLAHIR : Berisikan tanggal lahir pasien dengan tipe data <i>decimal</i> 7. JNSKELAMIN : Berisikan jenis kelamin pasien dengan tipe data <i>varchar</i> 8. KETCRKUNJUNG : Berisikan cara kunjungan pasien dengan tipe data <i>varchar</i> 9. NAMABAGIAN : Berisikan kode poliklinik RSIJ dengan tipe data <i>string</i> 10. NAMADOKTER : Berisikan nama dokter yang bertugas dipoliklinik dengan tipe data <i>varchar</i> 11. CATEGORI : Berisikan kode diagnosis ICD-10 dengan tipe data <i>string</i> 12. REMARK : Berisikan diagnosis pasien dengan tipe data <i>varchar</i> 13. NAMAPT : Berisikan nama penanggung jawab pembayar pasien yang berobat dengan tipe data <i>varchar</i>
Dimensi Kecamatan	Menyimpan informasi sistem koordinat geografis yang digunakan untuk menentukan lokasi Kota dan Kecamatan di wilayah Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang, Bekasi. Memiliki atribut yang terdiri dari : <ol style="list-style-type: none"> 1. Longitude : Berisikan garis bujur koordinat lokasi kecamatan pasien dengan tipe data <i>decimal</i>

2. Latitude : Berisikan garis lintang koordinat lokasi kecamatan pasien dengan tipe data *decimal*

Dimensi	Memiliki atribut yang terdiri dari :
Kategori Umur	<ol style="list-style-type: none"> 1. hari_awal : berisikan batas atas jumlah hari umur pasien dengan tipe data <i>integer</i> 2. hari_akhir : berisikan batas bawah jumlah hari umur pasien dengan tipe data <i>integer</i> 3. kategori_umur : berisikan 9 kategori umur dengan tipe data <i>string</i>

Visualisasi Data

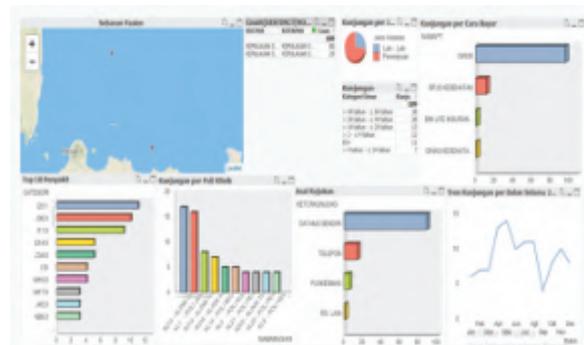
Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah DKI Jakarta di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018



Gambar 2. Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah DKI Jakarta di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018

Pada wilayah DKI Jakarta, pasien terbanyak berasal dari Jakarta Pusat yang memiliki 8 Kecamatan dengan jumlah pasien keseluruhan 95.745 orang. Pasien didominasi dari wilayah Kecamatan Kemayoran sejumlah 38.496 orang. Asal pasien dari Kecamatan Tanah Abang menjadi yang paling sedikit dengan jumlah 509 orang. Pasien laki – laki yang berasal dari wilayah Jakarta Pusat sejumlah 38.881 orang dan pasien perempuan 56.864 orang. Kemudian pasien paling banyak dari kelompok usia > 44 tahun - ≤ 64 tahun . Sebagian besar berobat di klinik rehabilitasi medik. Mayoritas penyakit yang diderita adalah I25.1 (*atherosclerotic heart disease*). Kedatangan pasien ke RSIJ Cempaka Putih sebagian besar asal rujukannya berasal dari puskesmas dengan cara bayar menggunakan BPJS kesehatan.

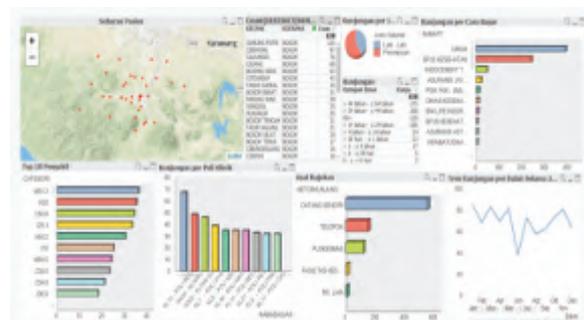
Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Kepulauan Seribu di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018



Gambar 3. Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Kepulauan Seribu di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018

Bagian wilayah Kepulauan Seribu, terdapat pasien dari 2 Kecamatan dengan jumlah pasien keseluruhan 109 orang. Pasien didominasi dari wilayah Kecamatan Kepulauan Seribu Utara sejumlah 80 orang. Asal pasien dari Kecamatan Kepulauan Seribu Selatan menjadi yang paling sedikit dengan jumlah 29 orang. Pasien laki – laki yang berasal dari wilayah Jakarta Selatan sejumlah 31 orang dan pasien perempuan 8 orang. Kemudian pasien paling banyak dari kelompok usia > 44 tahun - ≤ 64 tahun. Sebagian besar berobat di klinik dalam. Mayoritas penyakit yang diderita adalah I25.1 (*atherosclerotic heart disease*). Kedatangan pasien ke RSIJ Cempaka Putih berobat dengan cara kunjungan datang sendiri serta menggunakan cara bayar pasien umum atau pribadi.

Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Bogor di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018



Gambar 4. Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Bogor di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018

Sebaran pasien wilayah Bogor, terdiri dari 35 Kecamatan dengan jumlah pasien keseluruhan 838 orang. Pasien didominasi dari wilayah Kecamatan Gunung Putri sejumlah 125 orang. Asal pasien dari Kecamatan Dramaga Selatan menjadi yang paling sedikit dengan jumlah 2 orang. Pasien laki – laki yang berasal dari wilayah Bogor sejumlah 336 orang dan pasien perempuan 502 orang. Kemudian pasien paling banyak dari kelompok usia > 44 tahun - ≤ 64 tahun. Sebagian besar berobat di poli bedah. Mayoritas penyakit yang diderita adalah M51.2 (*hernia nucleus pulposus*). Kedatangan pasien ke RSIJ Cempaka Putih berobat dengan cara kunjungan datang sendiri serta menggunakan cara bayar pasien umum atau pribadi.

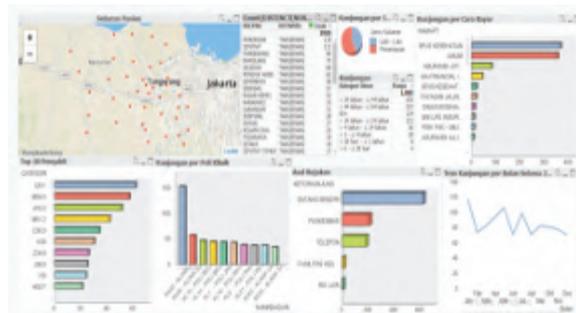
Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Depok di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018



Gambar 5. Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Depok di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018

Pasien yang berasal dari wilayah Depok, terdiri dari 10 Kecamatan dengan jumlah pasien keseluruhan 646 orang. Pasien didominasi dari wilayah Kecamatan Cimanggis sejumlah 147 orang. Asal pasien dari Kecamatan Bojongsari menjadi yang paling sedikit dengan jumlah 5 orang. Pasien laki – laki yang berasal dari wilayah Depok sejumlah 249 orang dan pasien perempuan 397 orang. Kemudian pasien paling banyak dari kelompok usia > 44 tahun - ≤ 64 tahun. Sebagian besar berobat di klinik rehabilitasi medik. Mayoritas penyakit yang diderita adalah M51.2 (*hernia nucleus pulposus*). Kedatangan pasien ke RSIJ Cempaka Putih berobat dengan cara kunjungan datang sendiri serta menggunakan BPJS Kesehatan sebagai pembayarannya..

Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Tangerang di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018



Gambar 6. Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Tangerang di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018

Pada wilayah Tangerang, terdiri dari 38 Kecamatan dengan jumlah pasien keseluruhan 1.025 orang. Pasien didominasi dari wilayah Kecamatan Panongan sejumlah 119 orang. Asal pasien dari Kecamatan Jatiuwung menjadi yang paling sedikit dengan jumlah 3 orang. Pasien laki – laki yang berasal dari wilayah Tangerang sejumlah 441 orang dan pasien perempuan 584 orang. Kemudian pasien paling banyak dari kelompok usia > 24 tahun - ≤ 44 tahun. Sebagian besar berobat di klinik rehabilitasi medik. Mayoritas penyakit yang diderita adalah I25.1 (*atherosclerotic heart disease*). Kedatangan pasien ke RSIJ Cempaka Putih berobat dengan cara kunjungan datang sendiri serta menggunakan BPJS Kesehatan sebagai pembayarannya.

Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Bekasi di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018



Gambar 7. Dashboard Berdasarkan Peta Rawat Jalan Wilayah Bekasi di Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih Tahun 2018

Selanjutnya wilayah Bekasi, terdiri dari 29 Kecamatan dengan jumlah pasien keseluruhan 4.977 orang. Pasien didominasi dari wilayah Kecamatan Bekasi Utara sejumlah 929 orang. Asal pasien dari Kecamatan Kedungwaringin menjadi yang paling sedikit dengan jumlah 1 orang. Pasien laki – laki yang berasal dari wilayah Bekasi sejumlah 2.324 orang

dan pasien perempuan 2.653 orang. Kemudian pasien paling banyak dari kelompok usia > 44 tahun - ≤ 64 tahun. Sebagian besar berobat di klinik rehabilitasi medik. Mayoritas penyakit yang diderita adalah I25.1 (*atherosclerotic heart disease*). Kedatangan pasien RSIJ Cempaka Putih berobat dengan cara kunjungan datang sendiri serta menggunakan BPJS Kesehatan sebagai pembayarannya.

PEMBAHASAN

Dashboard peta dapat dilihat informasinya tentang bagaimana pola sebaran pasien pada wilayah DKI Jakarta. Hal ini juga dapat diteliti lebih lanjut untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi pemilihan RSIJ Cempaka Putih sebagai tempat berobat, misalnya faktor aksesibilitas, pelayanan kesehatan, biaya pengobatan, atau faktor fasilitas kesehatannya. Selain itu dari *dashboard* peta ini juga dapat diketahui darimana wilayah yang paling banyak pasien berobat agar dapat dianalisis lebih lanjut terkait permasalahan penyakit dan faktor resiko lainnya di daerah tersebut.

Dashboard kategori umur di sesuaikan dengan Formulir Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit RL 4b, agar kedepannya dapat digunakan sebagai laporan ke pihak Kementerian Kesehatan. *Dashbord* jenis kelamin ini dapat digunakan sebagai bahan laporan internal seperti *key performance indicator* dan eksternal rumah sakit seperti laporan Morbiditas Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit RL 4b.

Menurut Efraim Turban (2011) salah satu lapisan informasi pada *dashboard* adalah *monitoring* (pemantauan), *dashboard* ini dapat digunakan untuk memantau bagaimana kinerja masing – masing poliklinik yang ada di RSIJ Cempaka Putih. Besaran jumlah pasien yang berobat tiap harinya menjadi salah satu hal yang dapat dipertimbangkan, maka dapat diketahui apakah angka besaran pasien berobat dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan. Seperti yang dijelaskan oleh Nurul Bahiyah (2012) dalam penelitiannya bahwa keuntungan yang didapat rumah sakit jika mengimplementasikan *business intelligence* antara lain peningkatan kinerja, performa organisasi, dan peningkatan pelayanan kesehatan.

Dashboard diagnosis ini dapat digunakan untuk mengetahui 10 penyakit terbesar rumah sakit. Harapannya agar dapat dilaporkan kepada Dinas Kesehatan dan Kementerian Kesehatan dan dapat

di analisis apa penyebab dan faktor resikonya. *Dashboard* diagnosis juga dapat memantau pengkodean yang telah dilakukan oleh koder, apakah kode tersebut telah sesuai atau tidak dengan aturan yang telah ditentukan oleh Tim Nasional Casemix Center.

Dashboard Peningkatan Jumlah Pasien ini berguna untuk memantau jumlah pasien agar pihak rumah sakit dapat mengidentifikasi tindakan apa yang harus diambil jika terjadi hal – hal yang menyebabkan adanya penurunan jumlah pasien yang berobat. Selain itu, pada *dashboard* peningkatan jumlah pasien, pihak rumah sakit juga dapat mengestimasi volume jumlah pasien kedepannya agar dapat merencanakan program pelayanan yang optimal.

Dashbord cara bayar ini juga dapat menilai besaran pasien yang membayar dengan dana pribadi atau menggunakan asuransi kesehatan. *Dashbord* asal rujukan ini dapat digunakan untuk mengetahui besaran pasien yang memakai jenjang rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan juga dapat mengetahui besaran pasien dari cara kunjung lainnya.

SIMPULAN

Gambaran pasien rawat jalan RSIJ Cempaka Putih ditampilkan dalam satu jendela, dengan satu *dashboard* dapat menampilkan banyak informasi. *Dashboard* peta sebaran dapat menampilkan asal pasien terbanyak dari Jakarta Pusat sebanyak 95.743 orang, jenis kelamin pasien terbanyak adalah perempuan sebanyak 56.864 (59,4%) orang, sebagian besar pasien berusia antara > 44 tahun sampai ≤ 64 tahun sebanyak 37.967 orang, pasien paling banyak berobat di klinik rehabilitasi medik sebanyak 21.349 orang, mayoritas penyakit yang diderita pasien adalah *atherosclerotic heart disease* (I25.1) dengan jumlah 11.573 orang, sebagian besar asal rujukan pasien dari puskesmas berjumlah 42.526 orang dengan cara bayar menggunakan BPJS kesehatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih yang pertama peneliti haturkan setulus – tulusnya kepada pembimbing yang membantu, menginspirasi, dan memotivasi untuk belajar lebih giat mengenai ilmu *business intelligence*. Kedua, untuk pihak Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Esa Unggul.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, R., Darman, R., Namora, J., & Ardewati, N. (2018). Implementasi Business Intelligence Menentukan Daerah Rawan Gempa Bumi di Indonesia dengan Fitur Geolokasi, (June). Retrieved from : <https://doi.org/10.26418/jp.v4i1.25518>
- Akbar, R., Soniawan, A., Dinur, R., Adrian, J., Azim, R., Zikri, A., ... Pendahuluan, I. (2017). Implementasi Business Intelligence untuk Menganalisis Data Persalinan Anak di Klinik Ani Padang dengan Menggunakan Aplikasi Tableau Public, 2(1), 20–24. Retrieved from : https://www.researchgate.net/publication/318118425_Implementasi_Business_Intelligence_untuk_Menganalisis_Data_Persalinan_Anak_di_Klinik_Ani_Padang_dengan_Menggunakan_Aplikasi_Tableau_Public
- Amatayakul, M. K. (2013). *Electronic Health Record* (fifth). Chicago: American Health Information Management Association.
- Arifin, M. (2014). *Business Intelligence Untuk Prediksi Customer Churn* Telekomunikasi, 279–286. Retrieved from : <https://jurnal.umk.ac.id/index.php/SNA/article/view/156>
- Bahiyah, N., Hajar, R., & Sejati, P. (2012). Business Intelligence Untuk Instansi Pelayanan Kesehatan : Manfaat Dan Peluangnya Di Indonesia, (September). Retrieved from : <https://journal.uui.ac.id/snimed/article/view/4093>
- BPJS KESEHATAN. (2016). Ringkasan Eksekutif Laporan Pengelolaan Program dan Laporan Keuangan Jaminan Sosial Kesehatan. Retrieved from : <https://bpjs-kesehatan.go.id/BPJS/index.php/arsip/detail/951>
- Gaardboe, R., Sandalgaard, N., & Nyvang, T. (2017). *An assessment of business intelligence in public hospitals*, 5(4), 5–18. Retrieved from : <https://doi.org/10.12821/ijispm050401>
- Handiwidjojo, W. (2009). Rekam medis elektronik, 02, 36–41. Retrieved from : <https://ti.ukdw.ac.id/ojs/index.php/eksis/article/view/383>
- K, Huffman, E. (1994). *Health Information Management*. (J. Cofer, Ed.) (tenth). Berwyn: Physicians Record Company.
- Kao, H., Yu, M., Masud, M., Wu, W., Chen, L., & Wu, Y. J. (2016). *Computers in Human Behavior Design and evaluation of hospital-based business intelligence system (HBIS) : A foundation for design science research methodology*. *Computers in Human Behavior*, 62, 495–505. Retrieved from : <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.021>
- KEMENKES RI. (2004). Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. Retrieved from : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://ditjenpp.kemenumham.go.id/arsip/ln/2004/uu292004.df&ved=2ahUKEwjhwNjfoNPkAhWFOI8KHdtMDvcQFjAAegQIAxAB&usg=AOvVaw2mewaPKKrKcELYxTN16bHs>
- KEMENKES RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. Retrieved from : http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=35&Itemid=142%5Cbuk.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35&Itemid=112
- KEMENKES RI. (2011). Petunjuk Teknis Sistem Informasi Rumah sakit. Retrieved from : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/Juknis%2520SIRS%25202011.pdf&ved=2ahUKEwis5qzUotPkAhULso8KHeVID-UQFjAAegQIARAB&usg=AOvVaw1e6qqVpr80dAAWewgMbp3P>
- KEMENKES RI. (2013). CODE CREEP, 1–9. Retrieved from : <https://www.google.com/amp/s/dokumen.tips/amp/documents/code-creep.html>
- KEMENKES RI. (2016). Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Retrieved from : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://depkes.go.id/resources/download/LAKIP2017/6%2520LKj%2520Es%25202%25202016/1%2520LKj%2520Es%2520Yankes/LAKIP%2520YANKES%2520PRIMER%25202016.pdf&ved=2ahUKewjZ4OTal9PkAhVkmYKHB0oA2EQFjAAegQIAxAB&usg=AOvVaw37mDMRHlnyjwz5QgiB-cZk>

- Mettler, T., & Vimarlund, V. (2009). *Understanding Business Intelligence In The Context of Healthcare*, 15(3), 254–264. Retrieved from : <https://doi.org/10.1177/1460458209337446>
- Moss, L. T., & Atre, S. (2003). *Business Intelligence Roadmap : The Complete Project Lifecycle for Decision Support Application*. Retrieved from : https://books.google.co.id/books?id=HSeE7rOXKsUC&pg=PR2&dq=Moss+LT,+Atre+S.+Business+Intelligence+Roadmap%E2%80%AF:+The+Complete+Project+Lifecycle+for+Decision+Support+Application.+2003&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiK_PmQo9PkAhUMUI8KHeYpAH4Q6wEIIDAA#v=onepage&q=Moss%20LT%2C%20Atre%20S.%20Business%20Intelligence%20Roadmap%E2%80%AF%3A%20The%20Complete%20Project%20Lifecycle%20for%20Decision%20Support%20Application.%202003&f=false
- NPGeoMap. (2019). QlikView and Qlik Sense map Extension. Retrieved from : <http://www.npgeomap.com/index.php/en/>
- Prajena, G., Yesmaya, V., Darmawan, D., & Sudarma, H. (2014). Arsitektur *Business Intelligence* Berorientasi *User*, 157–163. Retrieved from: <https://journal.unesa.ac.id/index.php/jieet/article/view/2615>
- QlikView. (2019). QlikView. Retrieved from : <https://www.qlik.com/us/products/qlik-geoanalytics>
- Saputra, H. (n.d.). *Pembangunan Data Warehouse Pada Institusi Balai Pengkajian Teknologi Pertanian (BPTP) Jawa Barat*. Retrieved from : <https://elib.unikom.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jbptunikompp-gdl-hengkysapu-33649>
- Syarli, Tamin, R., & Qashlim, A. (2018). *Perancangan Business Intelligence System Pada Gudang Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten Mamasa, 1(1)*. Retrieved from : <http://journal.unhas.ac.id/index.php/juteks/article/view/4274>
- Turban, E., Sharda, R., & Delen, D. (2011). *Decision Support and Business Intelligence System* (9th ed.). Pearson.
- Vercellis, C. (2009). *Business Intelligence* (1st ed.). John Wiley & Sons Ltd.

Penentu Penyebab Kematian di RSUD Panembahan Senopati Bantul: *Miscoding* Berdampak pada Laporan Statistik Kematian

Laili Rahmatul Ilmi¹, Zakharias Purbobinuko²

^{1,2}Universitas Jenderal Achmad Yani dan Jl. Brawijaya, Ring Road Barat,
Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta
Email: lailiilmi@gmail.com

Abstract

The doctor's explanation of the cause of death form contains the sequence of the disease that caused the patient to die. The determination of the underlying cause of death (UCOD) has been standardized by the WHO. The right UCOD supports decision-makers and health policy, but much of the information is inaccurate, thus affecting death reports. This study aims to measure the quality of UCOD and miscoding in Panembahan Senopati Bantul District Hospital. This research is descriptive. Retrieval of data using observation checklist, interviews and study of medical records of patients and death certificates for the 2018 period were 120 sheets. The results of the UCOD quality analysis are not possible 46 (38%), improper UCOD 39 (33%), there are multiple unrelated conditions reported in one row 15 (13%), there is one condition that is reported as 12 (10%) and UCOD is not specific 8 (7%). A total of 55 diagnoses were reported as UCOD. The highest classification of diagnoses was in the Certain infectious and parasitic diseases group 10 (18%), the Sign group, symptoms, Abnormal Finding were 9 (16%) and the Diseases of the circulatory system group 8 (15%). 374 diagnoses reported in the letter meet the exact coding category (55) and incorrect (311). The results of the interview with the UCOD determination coder are not according to WHO, due to the lack of understanding of the rule and UCOD determination so that it can affect the quality of death reports.

Keywords: miscoding, UCOD, Death Certificate, Death Report

Abstrak

Formulir keterangan penyebab kematian dibuat dokter berisikan runtutan penyakit penyebab pasien meninggal. Penentuan *underlying cause of death* (UCOD) telah distandarkan oleh WHO. UCOD yang tepat mendukung pengambil keputusan dan kebijakan kesehatan, namun informasi tersebut banyak yang tidak akurat sehingga berpengaruh pada laporan kematian. Penelitian ini bertujuan mengukur kualitas UCOD dan *miscoding* di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Pengambilan data menggunakan *checklist* observasi, wawancara dan studi dokumen rekam medis pasien dan surat keterangan kematian periode 2018 sebanyak 120 lembar. Hasil analisis kualitas UCOD runtutannya tidak mungkin 46(38%), UCOD tidak tepat 39 (33%), terdapat multiple kondisi yang tidak berkaitan dilaporkan dalam satu baris 15(13%), terdapat satu kondisi yang dilaporkan sebesar 12(10%) dan UCOD tidak spesifik 8(7%). Sebanyak 55 diagnosis yang dilaporkan sebagai UCOD. Penggolongan diagnosis tertinggi pada kelompok *Certain infectious and parasitic diseases* 10(18%), kelompok *Sign, symptoms, Abnormal Finding* sebanyak 9(16%) dan kelompok *Diseases of the circulatory system* 8(15%). 374 diagnosis dilaporkan dalam surat tersebut memenuhi kategori *coding* tepat (55) dan tidak tepat (311). Hasil wawancara dengan *coder* penentuan UCOD belum sesuai WHO, disebabkan minimnya pemahaman penentuan *rule* dan UCOD sehingga dapat berpengaruh pada kualitas laporan kematian.

Kata kunci: *miscoding, UCOD, Surat Keterangan Kematian, Laporan Kematian*

PENDAHULUAN

Setiap fasilitas kesehatan wajib membuat sertifikat kematian yang dilaporkan kepada pihak eksternal antara lain Dinas Kesehatan Kabupaten Kota, provinsi, ataupun pihak penyedia jaminan kesehatan, pihak asuransi dan lainnya. Ketepatan pemilihan *code* penyebab kematian pada sertifikat kematian memiliki peranan penting, karena data tersebut digunakan sebagai dasar untuk melakukan seleksi aturan dalam menentukan penyebab dasar kematian. (Jansson, 2005).

Laporan penyebab kematian dapat digunakan sebagai bahan untuk melakukan *monitoring* terhadap status kesehatan secara umum, serta untuk pencegahan penyakit yang menjadi penyebab kematian (Walker, 2012). Pada pembuatan sertifikat kematian melalui beberapa tahapan, dimulai dari penulisan diagnosis oleh dokter yang merawat pasien kedalam sertifikat kematian, selanjutnya sertifikat tersebut dikde oleh petugas yang diberikan wewenang. Keakuratan pemberian kode penyebab kematian berpengaruh terhadap ketepatan pemilihan penyebab utama kematian (Underlying Cause Of Death) yang dilaporkan dalam statistik mortalitas (John Hopkins, 2006). Penyebab kematian tersebut oleh WHO (World Health Organization) tertuang dalam ICD-10 (International Classification Diagnostic And Statistical 10th Revision) dapat digunakan dalam pendukung keputusan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas.

Data statistik kematian yang dilaporkan melalui pencatatan dan pelaporan rutin oleh rumah sakit di diy melalui mekanisme sirs penyebab kematian yang dilaporkan disebabkan oleh 5 besar penyakit, diantaranya septicaemia (150 kasus), pendarahan intrakranial (130 kasus), infark cerebral (120 kasus), kecelakaan lalu lintas (120 kasus), gagal jantung (110 kasus) data yang dlaporkan tersebut menunjukkan bahwa penyebab kematian di Yogyakarta didominasi oleh penyakit-penyakit tidak menular. Septisima adalah penyebab kematian paling tinggi, sedangkan urutan ke-5 penyebab kematian di DI. Yogyakarta adalah gagal jantung(Dinkes Yogyakarta, 2016).

Pada sertifikat kematian dokter menuliskan beberapa diagnosis atau kondisi yang menjadi dasar pasien meninggal, selanjutnya diagnosis tersebut diseleksi menggunakan aturan (rule) yang telah terstandarisasi dan sesuai kaidah aturan internasional (ICD-10). Seorang tenaga *coding* (*coder*) harus memberikan kode diagnosis yang tepat pada surat kematian untuk

menentukan *underlying cause of death*(Scott *et al.*, 2005).

Beberapa penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa ketepatan *code* diagnosis tidak hanya menggambarkan mutu rekam medis melainkan kode yang tepat berdampak terhadap survailans, data statistik, dasar sebuah penelitian, pembiayaan kesehatan (Hersh, 2016). Meskipun diagnosis pada sertifikat kematian terdiri lebih dari satu diagnosis, namun masih terdapat *coder* yang belum memberikan kode yang tepat, sehingga pemilihan UCoD bisa tidak tepat.(Lu, Lee and Chou, 2000)

Coding pada sertifikat kematian digunakan sebagai bahan untuk menghimpun formulirasi penyebab meninggalnya seseorang berdasarkan penyakit dan mencari solusi yang tepat dengan menggunakan sistem untuk melakukan seleksi UCoD pada diagnosis yang dtegakkan oleh dokter (IFHIMA, 2012)

Code yang tepat memiliki peranan penting dalam mencapai tujuan statistic kesehatan. salah satu alternatif yang masih belum banyak diteliti adalah pengaruh ketepatan *coding* diagnosis untuk menentukan *underlying cause of death* berdampak kepada statistik mortalitas.

METODE

Metode penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan *mix method* melalui studi kasus dengan strategi eksplanatori sekuensial. Populasi objek pada penelitian ini adalah berkas rekam medis dan surat keterangan kematian sebanyak 684 surat kemaitian dalam rekam medis pasien meninggal selama periode Januari sampai dengan Desember 2019. Sampel surat keterangan kematian yang diteliti dengan cara pengambilan sampel secara acak sebanyak 120 surat keterangan. Pengambilan datanya menggunakan checklist ketepatan dalam penentuan UCOD dan menggunakan tabel MMDS untuk mengukur kualitas coding dalam menentukan UCOD. Uji analisis ketepatan pemilihan UCOD penyebab kematian dengan uji chi-square. Hasil uji disajikan dalam bentuk narasi deksriptif

HASIL

Studi Populasi

Pada Tahun 2018 terdapat sebanyak 684 surat kematian yang dibuat oleh RSUD Panembahan

Senopati Bantul Yogyakarta, peneliti mengambil secara random sampling sebanyak 120 surat keterangan kematian yang dibuat periode Januari sampai dengan Desember tahun 2018. Dari 120 surat keterangan kematian yang dilampirkan dalam rekam medis pasien peneliti menjabarkan karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin, umur dan pekerjaan (tabel 1). Sebagian besar pasien meninggal berjenis kelamin laki-laki berjumlah 73 (60,83%) dengan pengelompokan usia terbesar (61-80 tahun) sebesar 53% dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga 31 (26%). Surat keterangan kematian dibuat oleh dokter berdasarkan kasus diagnosis penyebab kematian, hasil investigasi dan informasi patologis pasien untuk dapat menentukan penyebab kematian (COD). Peneliti membuka rekam medis satu per satu untuk mendapatkan informasi secara lengkap terkait penyebab dasar kematian atau UCOD (Underlying Cause of Death), melihat diagnosis utama, diagnosis sekunder, lamanya perawatan, kondisi kematian apakah terjadi di luar rumah sakit atau saat perawatan, serta resume medis pasien dan tentunya laporan kematian.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Data Administratif

Item	jumlah	Frekuensi (%)
Jenis Kelamin		
Laki –laki	73	60.83
Perempuan	47	39.17
Umur		
≤< 5 tahun	2	2
6-20	5	4
21-40	20	17
41-60	63	53
61- 80	28	23
>80	2	2
tidak sekolah		
Pelajar	8	7
Buruh	14	12
Ibu rumah tangga	31	26
PNS	9	8
Swasta	29	24
Wiraswasta	22	12
Pensiunan	6	5

Dari tabel diatas (Tabel 1) untuk karakteristik jenis kelamin pasien meninggal terbesar dialami oleh laki-laki 73 (60.83%), perempuan 47(39.17%) usia tertua diatas 80 tahun dan termuda 2 tahun, dengan distribusi pekerjaan tertinggi sebagai ibu rumah tangga 31(26%) dan terendah tidak sekolah (1%).

Kualitas UCOD

Peneliti melakukan pengukuran kualitas UCOD dengan mengklasifikasikan menjadi 5 bagian secara umum dengan cara memilih surat keterangan kematian yang diisikan oleh dokter diantaranya: UCOD tidak tepat, Pemilihan UCOD yang tidak spesifik, terdapat multiple kondisi yang tidak berkaitan dilaporkan dalam satu baris, UCOD tidak spesifik dan terdapat satu kondisi yang dilaporkan saja (**Tabel 2**).

Penggolongan UCOD tersebut mengacu pada standarisasi yang ditetapkan oleh WHO bahwa untuk menentukan UCOD dalam surat keterangan kematian melalui beberapa tahapan dan reseleksi dalam memilih diagnosis penyebab kematian. Peneliti menelusur penentuan UCOD yang dilaporkan dalam surat kematian dengan melihat formulir ringkasan masuk dan keluar pada lembar kedua, membaca resume medis, mencocokkan surat kematian dan laporan kematian. Pada lembar ringkasan masuk keluar dilakukan pengecekan kode diagnosis yang diisikan oleh *coder* menggunakan ICD-10 volum 1 dan 3, selanjutnya UCOD yang dipilih pada surat keterangan kematian dinilai kualitasnya dengan menggunakan checklist pengukuran kualitas UCOD dan telusur kembali dengan tabel MMDS.

Hasil pengukuran kualitas UCOD yang dilaporkan, peneliti mengklasifikasikan UCOD menjadi 5 bagian (**Tabel 3**). Dari tabel 3 diketahui bahwa pada peruntutan kasus yang tidak mungkin sebesar 46 (38%), UCOD tidak tepat 39 (33%), Terdapat multiple kondisi yang tidak berkaitan dilaporkan dalam satu baris 15 (13%), terdapat satu kondisi yang dilaporkan saja sebesar 12 (10%).

Untuk pengukuran hubungan antara kualitas UCOD dengan diagnosis yang dilaporkan, peneliti menggolongkan diagnosis mengacu ICD-10 yang dilaporkan (**Tabel 4**). Dari 120 surat keterangan kematian yang dibuat periode tahunan 2018, diperoleh diagnosis yang telah dikelompokkan sebanyak 55 diagnosis yang sebagai penyebab dasar kematian (UCOD). Penggolongan diagnosis tertinggi sebagai UCOD, pada kelompok *Certain infectious and parasitic diseases* sebanyak 10 diagnosis (18%), penggolongan berdasarkan *Sign, symptoms, Abnormal Finding* sebanyak 9 diagnosis (16%) dan kelompok *Diseases of the circulatory system* sebesar 8 (15%).

Selanjutnya surat kematian sebanyak 120 lembar tersebut, dianalisis kembali untuk menilai ketepatan pemberian *coding diagnosis* oleh *coder* dan UCOD

yang dipilih, selanjutnya dicocokkan kembali dengan laporan kematian pada tahun 2018 (**Tabel 5**) diketahui bahwa dari 120 surat kematian, diagnosis yang dilaporkan sebagai laporan kematian sebanyak 374 kasus sebagai penyebab dasar kematian, dari diagnosis yang dilaporkan tertinggi adalah diagnosis pada kelompok infeksi dengan kasus sepsis 48

dengan tingkat ketepatan (11) tidak tepat (43), urutan kedua pada kelompok penyakit pada sistem saluran pembuluh darah dengan kasus stroke sebesar 36 dengan tingkat ketepatan (10) tidak tepat (26), dan urutan ketiga yaitu pada kelompok penyakit sistem pernafasan dengan kasus pneumonia 17 dengan tingkat ketepatan (1) dan tidak tepat (16).

Tabel 2. Klasifikasi pengukuran kualitas UCOD

	Definisi	Spesifikasi	Contoh kesalahan eror
UCOD tidak tepat	UCOD dipilih menggunakan standar internasional, namun terdapat kondisi yang diisikan dokter tidak berhubungan	Kondisi yang dilaporkan dalam sertifikat kematian pada baris bawah bagian I dipilih sebagai UCOD, namun ada kondisi lain yang dilaporkan dengan menggunakan rule sesuai standar nasional	UCOD dipilih dari kondisi pada bagian II pada surat keterangan kematian Bagian I “Sepsis” due to “Pneumonia” Bagian II “HIV”
UCOD yang tidak spesifik	Pemilihan kondisi anatomi atau kondisi psikologi yang dilaporkans seperti “Sepsis”, Acute Myocardial Infraction, dan Pneumonia” dipilih sebagai UCOD pada baris terakhir pada bagian I	Kondisi yang diisikan oleh dokter untuk kasus yang tidak spesifik pada baris paling bawah pada bagian I	“septic shock” due to “bilateral lower lobe pneumonia”
terdapat multiple kondisi yang tidak berkaitan dilaporkan dalam satu baris	Multiple kondisi yang dilaporkan pada satu baris pada bagian I atau ada perbedaan BAB ICD-10	Kecuali kondisi yang dilaporkan memiliki persamaan BAB dalam ICD-10	Hypertention dan Diabetes Milletus pada bagian I
Rangkaian kondisi yang tidak masuk akal	Terdapat hubungan kausal yang tidak dilaporkan	Termasuk kondisi sekuesial yang tidak dilaporkan menjadi kondisi spesifik	“coronary artery disease” due to breast cancer
terdapat satu kondisi yang dilaporkan saja	Hanya terdapat 1 kondisi yang dilaporkan pada bagian I dan II	Yang tidak termasuk kondisi pada bagian II, termasuk juga kondisi metastase, stadium penyakit	“uterine cancer”

Tabel 3. Tabel pengukuran kualitas UCoD pada surat keterangan kematian tahun 2018

Kualitas UCOD	Jumlah	%
sertifikat kematian	120	100
UCOD tidak tepat	39	33
Peruntutan kasus yang tidak mungkin	46	38
Terdapat multiple kondisi yang tidak berkaitan dilaporkan dalam satu baris	15	13
UCOD tidak spesifik	8	7
Terdapat satu kondisi yang dilaporkan	12	10

Tabel 4. Pengelompokan Diagnosis berdasarkan ICD-10 dalam surat keterangan kematian 2018

No	Kelompok Diagnosis	Jumlah	%
1	A00-B99 Certain infectious and parasitic diseases	10	18
2	C00-D49 Neoplasms	4	7

3	D50-D89 Diseases of the blood and blood-forming organs / certain disorders involving the immune mechanism	2	4
4	E00-E89 Endocrine, nutritional and metabolic diseases	6	11
5	I00-I99 Diseases of the circulatory system	8	15
6	J00-J99 Diseases of the respiratory system	3	5
7	K00-K95 Diseases of the digestive system	3	5
8	M00-M99 Diseases of the musculoskeletal system	1	2
9	N00-N99 Diseases of the genitourinary system	3	5
10	O00-O99 Pregnancy, Maternal Condition and Post partum condition	1	2

11	P00-P96 Certain conditions originating in the perinatal period	4	7
12	Q00-Q99 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1	2
13	Sign, symptoms, Abnormal Finding	9	16
total diagnosis		55	10

Tabel 5. Ketepatan pemilihan UCOD di RSUD Panembahan Senopati

Cause of Death	N	Frekuensi	
		Tepat	Tidak Tepat
UCOD	374		
Chapt1:A00-B99 Certain infectious and parasitic diseases			
Sepsis	48	11	37
HIV	12	0	12
bacterial infection	16	1	15
leptospirosis	1	0	1
Tuberculosis	8	2	6
Chapt2:C00-D49 Neoplasms			
Carcinoma Nasopharyngitis	3	0	3
carcinoma mammae	4	0	4
Tumor mesenterium	1	0	1
Chapter 3:D50-D89 Diseases of the blood and blood-forming organs / certain disorders involving the immune mechanism			
anemia	8	2	6
Aplastic anemia	1	0	1
Iron deficiency	2	0	2
thalasemia	2	0	2
trombocitopenya	1	0	1
Chapter 4:E00-E89 Endocrine, nutritional and metabolic diseases			
DM	13	2	11
IDDM	3	0	3
NIDDM	2	1	1
Hypoparathyroidism	1	0	1
Chapter 5: F01-F99 Mental, Behavioral and Neurodevelopmental disorders			
alcoholic	1	0	1
Chapter 6: G00-G99 Diseases of the nervous system			
Meningitis	4	0	3
Encephalitis	3	1	2
polyneuropathy	1	0	1

Chapter 7: H00-H99 Disease of eye, skin, adnexa			
Cataract senile	2	0	1
Glaucoma	1	0	1
Chapter 9: I00-I99 Diseases of the circulatory system			
HHD	3	0	3
Hypertention	10	2	8
ICH	4	0	4
IHD	5	1	4
hypertention	6	2	4
SNH	8	3	5
atrial fibrillation	3	1	2
intraventricular hemorrhage	5	3	2
Stroke	36	10	26
Chapter 10: J00-J99 Diseases of the respiratory system			
Bronchopneumonia	6	0	6
ISPA	6	1	5
emphysema	3	2	1
pneumonia	24	1	23
Chapter 11: K00-K95 Diseases of the digestive system			
Appendicitis	7	1	6
cholecystitis	2	1	1
Alcoholic liver disease	3	1	2
Inguinal hernia	3	1	2
Chapter 12: L00-L99 Diseases of the skin and subcutaneous tissue			
ulcer	1	1	0
Chapter 13: M00-M99 Diseases of the musculoskeletal system / connective tissue			
Rheumatoid arthritis	2	1	1
osteomyelitis	1	0	1
Chapter 14: N00-N99 Diseases of the genitourinary system			
ISK	6	1	5
Nephropathy	1	0	1
Renal Disease	2	1	1
Renal Failure	8	0	8
Chapter 15: O00-O99 Pregnancy, Maternal Condition and Post partum condition			
Partus Spontan	2	1	1
Chapter 16: Perinatal Condition			
IUFD	1	0	1
Birth Asphixia	1	0	1

Chapter 18: Sign, symptoms, Abnormal Finding			
Convulsion	2	0	2
anorexia	1	0	1
hypoxia	2	0	2
shock cardiogenic	12	0	12
septic shock	45	0	45
abnormality of albumin	1	0	1
asphyxia	2	0	2
sudden death	7	0	7
Senility	5	0	5

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel distribusi karakteristik data pasien diatas, bahwasannya pada surat kematian diketahui jenis kelamin laki-laki sebesar 73 (60,83%) dan perempuan 46 (39,17%), penjabaran data administratif sangat mendukung dalam pencatatan survailans kesehatan (Nichols *et al.*, 2018). Sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwasannya salah satu komponen dalam data demografi digunakan departemen catatan sipil untuk sensus kematian penduduk (Filippatos *et al.*, 2016)(Nichols *et al.*, 2018)

Pengukuran kualitas UCOD di RSUD Panembahan senopati dengan membagi menjadi 5 kriteria umum, Pentingnya ketepatan dalam penentuan UCOD akan berdampak terhadap pelaporan kematian kepada pihak internal maupun eksternal (Akter *et al.*, 2015)(Jansson, 2005). Dari penelitian ini diperoleh dalam pembuatan sertifikat kematian untuk pemberian coding mengacu pada kaidah yang ditetapkan oleh WHO(World Health Organization, 2006), dengan mengisikan diagnosis yang dianggap sebagai penyebab kematian dengan menuliskan waktu kejadian dan runtutannya, namun di RSUD Panembahan Senopai Bantul hanya sebatas pengisiannya saja pada formulir ringkasan masuk dan keluar lembar kedua tanpa melengkapi waktu kejadiannya, sehingg dalam surat tersebut dalam menentukan UCOD belum berdasarkan tabel MMDS. Standarisasi yang ditetapkan oleh WHO harus dipenuhi, hal ini bertujuan ada sinkronisasi antara waktu terjadinya dan penegakan diagnosis untuk memperoleh informasi secara komprehensif dalam menentukan UCOD (Bratzler *et al.*, 2011). Pentingnya menggunakan kaidah tersebut untuk mempermudah coder professional menentukan UCOD(Lu, Lee and Chou, 2000) (Zellweger, Junker and Bopp, 2019). Hasil UCOD tersebut

tentunya dapat dijadikan sebagai data laporan kematian, dimana laporan tersebut berperan penting mendukung para pemangku kebijakan(Morano and Watkins, 2017)

Ketepatan coding oleh seorang coder tidak hanya mempermudah dalam menentukan hubungan causal atau reseleksi dalam memilih UCOD tetapi juga menggambarkan kualitas rekam medis dan laporan kematian yang dibuat (Jansson, 2005)(Morano and Watkins, 2017)

Hasil diatas pada Penggolongan diagnosis tertinggi sebagai UCOD pada kelompok *Certain infectious and parasitic diseases* sebanyak 10 kasus (18%). Berikutnya kelompok *Diseases of the circulatory system* sebesar 8 (15%), bahwasannya kelompok penyakit yang disebabkan oleh infeksius dapat dijadikan perhatian khusus terkait kebersihan, patient safety dan penularan penyakit dan pentingnya pencegahan (Rampatige *et al.*, 2014)(Bhopal, 2002) (Singer, 2017). Selain penyakit menular, perhatian pemerintah saat ini adalah meningkatnya kematian dikarenakan penyakit yang tidak menular sehingga para pembuat kebijakan, pakar epidemiologi dan para pengambil keputusan harus fokus pada permasalahan ini (Satman *et al.*, 2013)(Walker, 2012)

Sebanyak 120 surat kematian yang dilaporkan, untuk ketepatan penentuan UCOD masih ada dibawah 50% hal ini dibuktikan ketika peneliti menganalisis meggunakan tabel MMDS. Ketepatan dalam menentukan UCOD tidak hanya berdampak terhadap pelaporan kematian (Redelings, Wise and Sorvillo, 2007)(Falci *et al.*, 2018), namun dalam penentuan tarif layanan kesehatan yang diberikan serta ketepatan pengambilan keputusan untuk pemangku kebijakan(Hazard *et al.*, 2018)(Morano and Watkins, 2017). Pada laporan kematian diatas dikategorikan berdasarkan penggolongan diagnosis, dari hasil analisis diagnosis penyebab kematian adalah penyakit tidak menular, sehingga diperlukan perhatian khusus tidak hanya pemberi layanan kesehatan tetapi juga pada pengambil keputusan atau kebijakan kesehatan (Mellhammar *et al.*, 2016) (Tobergte and Curtis, 2013).

SIMPULAN

Simpulan dari penelitian ini bahwasannya di RSUD Panembahan Senopati Bantul telah membuat surat keterangan kematian bagi pasien yang meninggal disana dengan mengisikan pada formulir ringkasan masuk dan keluar pada lembar ke dua, namun belum

mencantumkan waktu penentu diagnosis, selain itu dokter telah mengisikan diagnosis-diagnosis yang dianggap sebagai penyebab kematian namun dalam penentuan UCOD belum tepat dikarenakan *coding diagnosis* yang diisikan tidak tepat, sehingga berdampak pada penentuan UCOD dan belum sepenuhnya mengacu pada pedoman *mortality rule* yang ditetapkan oleh WHO. Dari 120 surat keterangan kematian yang dibuat sebanyak 375 kasus penyakit yang dilaporkan dikelompokkan pada diagnosis sesuai WHO sebanyak 55 kasus sebagai penyebab dasar kematian (UCOD). Penggolongan diagnosis tertinggi sebagai UCOD, pada kelompok *Certain infectious and parasitic diseases* sebanyak 10 diagnosis (18%), penggolongan berdasarkan *Sign, symptoms, Abnormal Finding* sebanyak 9 diagnosis (16%) dan kelompok *Diseases of the circulatory system* sebesar 8 (15%). Dari laporan diagnosis sebanyak 374 tersebut yang memenuhi kategori tepat (55) dan tidak tepat (311). pengukuran kualitas UCOD yang dilaporkan, peneliti mengklasifikasikan UCOD menjadi 5 bagian diantaranya peruntutan kasus yang tidak mungkin sebesar 46 (38%), UCOD tidak tepat 39 (33%), Terdapat multiple kondisi yang tidak berkaitan dilaporkan dalam satu baris 15 (13%), terdapat satu kondisi yang dilaporkan saja sebesar 12 (10%). Dari hasil penilaian pada ketepatan coding diagnosis dan UCOD yang dilaporkan masih terdapat data yang tidak sesuai dengan laporan kematian di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami ucapkan terima kasih kepada semua anggota peneliti Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta yang memberikan kesempatan dan izin kepada kami untuk melakukan penelitian. Terima kasih banyak kepada pihak Kementerian Riset dan Pendidikan Perguruan Tinggi (Kemenristekdikti) yang memberikan kepercayaan kepada kami dengan memberikan hibah penelitian sebagai peneliti pemula. Tak lupa kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak bagian rekam medis dan RSUD Panembahan Senopati Bantul yang mendukung jalannya penelitian ini dengan lancar

DAFTAR PUSTAKA

- Akter, T. *et al.* (2015) 'Is there any association between parental education and child mortality ? A study in a rural area of Bangladesh', *Public Health*. Elsevier Ltd, pp. 1–8. doi: 10.1016/j.puhe.2015.08.004.
- Bhopal, R. S. (2002) *Concepts of Epidemiology : First*. Britain: oxford university press.
- Bratzler, D. W. *et al.* (2011) 'An Administrative Claims Model for Profiling Hospital 30- Day Mortality Rates for Pneumonia Patients', 6(4). doi: 10.1371/journal.pone.0017401.
- Dinkes Yogyakarta (2016) *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2016* Yogyakarta, Dinas Kesehatan.
- Falci, L. *et al.* (2018) 'Practice of Epidemiology Examination of Cause-of-Death Data Quality Among New York City Deaths Due to Cancer, Pneumonia, or Diabetes From 2010 to 2014', 187(1), pp. 144–152. doi: 10.1093/aje/kwx207.
- Filippatos, G. *et al.* (2016) 'The quality of death certification practice in Greece', *Hippokratia*, 20(1), pp. 19–25.
- Hazard, R. H. *et al.* (2018) 'Comparing tariff and medical assistant assigned causes of death from verbal autopsy interviews in Matlab , Bangladesh : implications for a health and demographic surveillance system'. *Population Health Metrics*, (June). doi: 10.1186/s12963-018-0169-1.
- Hersh, W. R. (2016) 'Adding Value to the Electronic Health Record Through Secondary Use of Data for Quality Assurance, Research, and Surveillance', *American Journal of Manage care*, 13(6), pp. 277–278.
- IFHIMA (2012) *Education Module for Health Record Practice Module 5b - Disease & Procedure Classification and Indexing*.
- Jansson, B. (2005) 'Coding errors and underestimation of fall injury mortality [2] (multiple letters)', *American Journal of Public Health*, 95(8), pp. 1305–1306. doi: 10.2105/AJPH.2005.067553.

- John Hopkins (2006) 'Mortality and Morbidity Data Sources for Measuring Mortality'.
- Lu, T. H., Lee, M. C. and Chou, M. C. (2000) 'Accuracy of cause-of-death coding in Taiwan: Types of miscoding and effects on mortality statistics', *International Journal of Epidemiology*, 29(2), pp. 336–343. doi: 10.1093/ije/29.2.336.
- Mellhammar, L. *et al.* (2016) 'Sepsis Incidence : A Population-Based Study'. doi: 10.1093/ofid/ofw207.
- Morano, L. H. and Watkins, S. (2017) 'Evaluation of diagnostic codes in morbidity and mortality data sources for heat-related illness surveillance', *Public Health Reports*, 132(3), pp. 326–335. doi: 10.1177/0033354917699826.
- Nichols, E. K. *et al.* (2018) 'The WHO 2016 verbal autopsy instrument : An international standard suitable for automated analysis by InterVA , InSilicoVA , and Tariff 2 . 0', pp. 1–9.
- Rampatige, R. *et al.* (2014) 'Systematic reviews Systematic review of statistics on causes of deaths in hospitals : strengthening the evidence for policy-makers', (January 2015). doi: 10.2471/BLT.14.137935.
- Redelings, M. D., Wise, M. and Sorvillo, F. (2007) 'Practice of Epidemiology Using Multiple Cause-of-Death Data to Investigate Associations and Causality between Conditions Listed on the Death Certificate', 166(1), pp. 104–108. doi: 10.1093/aje/kwm037.
- Satman, I. *et al.* (2013) 'Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults', pp. 169–180. doi: 10.1007/s10654-013-9771-5.
- Scott, J. T. *et al.* (2005) 'Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study.', *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7528), pp. 1313–6. doi: 10.1136/bmj.38638.497477.68.
- Singer (2017) *Improving the prevention , diagnosis and clinical management of sepsis*. WHO. doi: 10.1001/jama.2016.0287.1.
- Tobergte, D. R. and Curtis, S. (2013) *Strengthening civil registration and vital statistics for births, deaths and causes of death, Who*. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Walker, P. J. R. (2012) 'Mortality , Morbidity and Health', pp. 1–46. Available at: www.ssc.wisc.edu/~walker/wp/wpcontent/uploads/.../E623MortLec.pdf.
- World Health Organization (2006) *Medical Records Manual : A Guide for Developing Countries*. Geneva.
- Zellweger, U., Junker, C. and Bopp, M. (2019) 'Cause of death coding in Switzerland : evaluation based on a nationwide individual linkage of mortality and hospital in-patient records'. *Population Health Metrics*, 2, pp. 1–15.

Optimalisasi Penggunaan Ms Excel Terhadap Kepekaan Data Informasi Kesehatan di Posyandu

Evina Widianawati¹, Faik Agiwahyunto², Widya Ratna Wulan³

^{1,2,3} Prodi D3 Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan,

Universitas Dian Nuswantoro Semarang

Email: ¹evina.widianawati@dsn.dinus.ac.id

Email: ²faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id, ³widya.ratna.wulan@dsn.dinus.ac.id

Abstract

Children growth needs to be monitored to prevent undernourished, stunting and various other growth disorder. Ms Excel can be used as a monitoring tool for childrens growth so the recording, storage and processing of health information data will be easier, more accurate and analytical. This study aims to obtain information on the use of Ms Excel and its influence on the sensitivity of health information. The research design used is descriptive research with quantitative approach. The population is Posyandu representative and community representative in Kedungori village Dempet Demak as many as 36 people. Variable of this study is : Constraints on the Use of Ms Excel (X), Implementation on the Use of Ms Excel (Y) and Sensitivity of Health Information (Z). Data were analyzed using descriptive analysis for variable X and linier regression analysis for variable Y and Z. The result show that the Posyandu representative still didn't use Ms Excel because they couldn't use Excel and the implementation of using Ms Excel affected the sensitivity of health information data.

Keywords: health, Ms Excel, Posyandu, sensitivity, utilization

Abstrak

Tumbuh kembang balita perlu dimonitoring untuk mencegah balita gizi kurang, stunting dan berbagai gangguan pertumbuhan balita yang lainnya. Ms Excel dapat dijadikan sebagai alat monitoring tumbuh kembang balita oleh kader Posyandu sehingga pencatatan, penyimpanan dan pengolahan data informasi kesehatan akan lebih mudah, akurat & analitis. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi penggunaan Ms Excel dan pengaruhnya terhadap kepekaan informasi kesehatan pada kader Posyandu. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi yaitu kader posyandu dan wakil masyarakat di Desa Kedungori kecamatan Dempet Demak sebanyak 36 orang. Variabel penelitian antara lain : Kendala Penggunaan Ms Excel (X), Implementasi Penggunaan Ms Excel (Y), Kepekaan Informasi Kesehatan (Z). Data dianalisis menggunakan analisis deskriptif untuk variabel X, dan analisis regresi linier untuk variabel Y dan Z. Hasil penelitian menunjukkan kader Posyandu masih belum menggunakan Ms Excel dikarenakan tidak bisa menggunakan Excel dan implementasi penggunaan Ms Excel berpengaruh terhadap kepekaan data informasi kesehatan.

Kata kunci: kepekaan, kesehatan, Ms Excel, penggunaan, Posyandu

PENDAHULUAN

Tumbuh kembang balita perlu dimonitoring untuk mencegah balita gizi kurang, stunting dan berbagai gangguan pertumbuhan balita yang lainnya. Dalam memantau tumbuh kembang anak, pemerintah melalui program Posyandu melakukan pengukuran tinggi badan, menimbang berat badan balita serta pemberian vitamin yang rutin dilakukan setiap bulan.

Posyandu sangat berperan aktif dalam memantau tumbuh kembang balita, khususnya dalam

pemeriksaan, pencatatan dan pelaporan data kesehatan balita kepada Puskesmas. Kader sebagai penggerak Posyandu, menjadi kunci keberhasilan Posyandu (Susilowati, 2012). Kader Posyandu perlu dibina dan diarahkan oleh Puskesmas sebagai penanggung jawab utama kesehatan masyarakat dilingkungannya. Kader diharapkan dapat menjembatani antara petugas/ahli kesehatan dengan masyarakat serta membantu masyarakat mengidentifikasi dan menghadapi dan menjawab kebutuhan kesehatan (Iswarawanti, 2010).

Kader Posyandu dibekali petugas kesehatan informasi-informasi kesehatan yang bermanfaat bagi warga sekitar. Tugas kader Posyandu selain memberikan informasi kesehatan bagi warga, juga melakukan pemeriksaan, pencatatan dan pelaporan data kesehatan balita. Untuk meningkatkan kesehatan tumbuh kembang balita, diharapkan kader Posyandu lebih peka terhadap hasil laporan data kesehatan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan berat badan dan tinggi badan balita. Dengan adanya kader posyandu yang peka data kesehatan serta komunikatif dengan ibu balita maka diharapkan kesehatan tumbuh kembang balita meningkat.

Pencatatan dan pelaporan adalah salah satu dari tiga komponen utama untuk melakukan monitoring dan evaluasi (Kemenkes, 2014). Pencatatan data kesehatan anggota Posyandu selama ini dilakukan secara manual. Setiap balita memiliki satu kartu data kesehatan yang berisi berat badan dan tinggi badan setiap bulannya. Kader Posyandu dalam melakukan analisa terhadap data pasien perlu membuka satu per satu kartu, mengecek satu per satu berat badan dan tinggi badan balita, kemudian mencatat di buku besar.

Pendataan dengan buku catatan manual mengalami banyak kendala seperti lama dan salah dalam pendataan, pengolahan, dan pelaporan. Kendala lain adalah buku catatan sering rusak, hilang, ganti buku, sulit dibaca, sehingga sulit mendeteksi perkembangan balita (Supriyanto, 2017). Hal ini tentu akan memperlambat kegiatan analisis, sehingga upaya preventif/ pencegahan penyakit tidak optimal.

Dalam rangka mengatasi kendala tersebut serta meningkatkan kepekaan kader Posyandu terhadap data rekam medis anggota Posyandu, diperlukan alat pencatatan yang lebih cepat, mudah, akurat dan analitis. Ms Excel adalah salah satu alat analitis yang mudah dan cukup terkenal. Hampir setiap komputer memiliki program Ms Excel, sehingga aksesnya mudah didapat. Selain itu, penggunaan Ms Excel juga tidak sulit, bahkan bisa digolongkan mudah apabila dijalankan sesuai petunjuk. Ms Excel diperlukan oleh kader Posyandu guna membantu kader dalam melakukan kegiatan pencatatan dan administrasi data yang lebih baik (Wanti & Tripustikasari, 2019).

Untuk mewujudkan Sistem Informasi Kesehatan (SIK) dengan dukungan teknologi dalam rangka mempermudah pelaporan khususnya data kesehatan di Posyandu, dimana data kesehatan Posyandu direkap secara manual dengan menulis di buku. Untuk itu dilakukan pendataan berbasis Ms. Excel guna mendapatkan rekap data dan laporan yang lebih

mudah, akurat & analitis. Ms. Excel mempermudah dalam pengolahan data, analisis maupun pelaporan hasil kegiatan oleh kader Posyandu ke Puskesmas (Deharja,2019)

Terdapat berbagai kendala dalam menggunakan Ms Excel yang bisa dibedakan menjadi 2 aspek yaitu kendala teknis dan kendala persepsi. Kendala teknis berupa pengetahuan pengolahan data dengan menggunakan Excel sedangkan kendala persepsi berupa sikap atau persepsi kader terhadap penggunaan Excel. Sikap / persepsi terhadap penggunaan (attitude toward using) mempengaruhi niat perilaku terhadap penggunaan teknologi (behavior intention of use) (Ardhiani, 2019).

Kader diharapkan dapat memberikan pelaporan yang baik secara berkelanjutan terhadap temuan kasus yang ada di masyarakat kepada pihak puskesmas. Sehingga temuan kasus tersebut dapat segera mendapatkan penanganan dan diharapkan tercapainya peningkatan status kesehatan anak. Karena dengan status kesehatan yang baik anak dapat berkembang secara optimal (Adistie, 2017). Dengan menggunakan Ms Excel diharapkan kader Posyandu menjadi lebih peka terhadap data sehingga tindakan pencegahan penyakit lebih optimal.

Berdasarkan penelitian 2019 di Kecamatan Dempet Kabupaten Demak, diketahui bahwa 40 dari 229 balita atau sebesar 17,4% balita mengalami stunting (kekurangan tinggi badan dibandingkan umur). Puskesmas dengan cepat melakukan tindakan perbaikan agar stunting dapat berkurang. Kader Posyandu berperan aktif dalam memonitoring stunting di Dempet. Selain berperan dalam monitoring stunting, kader posyandu juga diharapkan dapat melakukan pencegahan penyakit di kecamatan Dempet dengan memantau data rekam medis anggota Posyandu menggunakan Ms Excel. Dengan menggunakan Ms Excel diharapkan kader Posyandu lebih peka terhadap data informasi kesehatan anggota Posyandu sehingga stunting di Dempet berkurang serta tumbuh kembang anak terpantau dengan baik.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi penggunaan dan kendala Ms Excel serta pengaruh implementasi penggunaan Ms Excel terhadap kepekaan informasi kesehatan pada kader Posyandu.

METODE

Desain penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yaitu

analisis kuantitatif secara deskriptif, dan analisis kuantitatif secara inferensial. Variabel penelitian antara lain : Kendala Penggunaan Ms Excel (X), Implementasi Penggunaan Ms Excel (Y), Kepekaan Informasi Kesehatan dari laporan Excel(Z).

Populasi yaitu kader posyandu dan petugas puskesmas serta wakil masyarakat di Desa Kedungori kecamatan Dempet Demak sebanyak 36 orang. Sample yang digunakan adalah seluruh anggota populasi.

Instrument penelitian yang digunakan adalah Angket Implemetasi Penggunaan dan Kepekaan Informasi Kesehatan menggunakan Ms Excel. Data diambil pada bulan oktober 2019. Data dianalisis menggunakan analisis deskriptif untuk variabel X, dan analisis regresi linier untuk variabel Y dan Z.

HASIL

Hasil Analisis Deskriptif Profil Responden

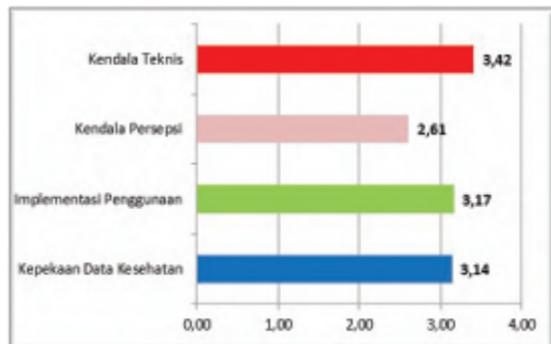
Tabel 1 Profil Responden

No	Umur	Frekuensi	Frekuensi Relatif
1	<=25 th	0	0%
2	26-35th	10	28%
3	36-45th	8	22%
4	46-55th	12	33%
5	>55th	6	17%
Total		30	100%

Dari total 36 responden, 50% responden berusia 46-55th dan > 55th, artinya sebagian kader Posyandu sudah berusia cukup tua, sedangkan sebagian sisanya masih berusia muda.

Hasil Analisis Deskriptif Skor Angket

Berikut hasil analisa deskriptif rata-rata skor angket yang disajikan pada Gambar 1. Rata-rata skor angket.



Gambar 1. Rata-rata skor angket

Pada variabel kendala penggunaan dibedakan menjadi 2 yaitu kendala teknis dan kendala persepsi. Dari rata-rata skor angket terlihat bahwa skor kendala teknis 3,42 lebih tinggi dari skor kendala persepsi yaitu 2,61. Hal ini berarti responden mengalami lebih banyak kendala teknik dalam penggunaan Ms Excel, sedangkan secara persepsi responden tidak merasa terkendala. Untuk lebih detail, akan dijabarkan analisis setiap item pertanyaan pada aspek kendala penggunaan. Berikut hasil rata-rata skor item pertanyaan pada aspek kendala teknis dan kendala persepsi yang disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Analisis item pertanyaan aspek kendala penggunaan

Aspek	Item Pertanyaan	AVG Skor
K e n d a l a Teknis	Saya tidak punya komputer	3,39
	Saya tidak tahu Ms Excel	3,44
	Saya tidak pernah mengikuti pelatihan Ms Excel	3,39
	Saya tidak bisa mengoperasikan Ms. Excel	3,44
Rata-rata Kendala Teknis		3,42
K e n d a l a Persepsi	Umur sudah tidak muda	2,78
	Merepotkan	2,56
	Saya sibuk bekerja	2,72
	S a y a m a l a s mempelajari hal-hal baru.	2,39
Rata-rata Kendala Persepsi		2,61

Dari tabel 2. Terlihat bahwa pada kendala teknis, responden tidak tahu dan tidak bisa mengoperasikan Ms Excel adalah kendala terbesar (skor 3,44), sedangkan pada aspek kendala persepsi responden merasa umur yang tidak muda lagi menjadi kendala terbesar dalam menggunakan Excel (skor 2,78)..

Pada variabel implementasi penggunaan Excel diperoleh gambar 1. skor rata-rata angket adalah 3,17 yang artinya responden cukup mampu mengoperasikan Excel. Berikut detail analisis item pertanyaan pada aspek implementasi penggunaan.

Tabel 3. Analisis item pertanyaan aspek implementasi penggunaan Excel

Item Pertanyaan Implementasi Penggunaan Excel	AVG Skor
Mampu input, edit & simpan di Ms. Excel	3,11
Mengetahui menu utama di Ms. Excel	3,17
Mampu mengolah data di Ms. Excel	3,33
Mampu membuat & memahami grafik di Excel	2,94
Mampu menarik kesimpulan dr laporan Ms. Excel	3,28
Rata-rata Implementasi Penggunaan Excel	3,17

Dari Tabel 3. diketahui responden cukup mampu mengoperasikan Excel dengan mengetahui menu utama, input data, olah data, simpan serta menarik kesimpulan. Namun responden masih sedikit kesulitan dalam membuat dan memahami grafik di Excel. Hal ini berarti kader Posyandu cukup mampu menggunakan Ms Excel sehingga diharapkan pencatatan dan pelaporan data kesehatan menjadi lebih mudah dan sistematis.

Pada variabel kepekaan informasi kesehatan diperoleh gambar 1. skor rata-rata angket adalah 3,14 yang artinya responden cukup peka terhadap informasi kesehatan yang dihasilkan dari laporan Excel. Berikut detail analisis item pertanyaan pada aspek kepekaan informasi kesehatan.

Tabel 4. Analisis item pertanyaan aspek kepekaan data kesehatan

Item Pertanyaan Kepekaan Data Kesehatan	AVG Skor
Mampu menganalisis data rekam medis anggota Posyandu (sehat/tidak sehat) dari laporan Excel	3,17
Mengetahui kejanggalan data rekam medis anggota Posyandu dari laporan Excel	3,33
Mampu mencari sumber masalah dari data janggal dari laporan Excel	2,94
Mampu mengusulkan tindakan pencegahan penyakit pada anggota Posyandu dari laporan Excel	3,00
Menjadi lebih peka terhadap informasi kesehatan anggota Posyandu dari laporan Excel	3,28

Item Pertanyaan Kepekaan Data Kesehatan	AVG Skor
Rata-rata Kepekaan Data Kesehatan	3,14

Dari Tabel 4. diketahui responden cukup peka terhadap informasi kesehatan yang dihasilkan dari laporan Excel dengan menganalisis data rekam medis anggota posyandu, mengetahui kejanggalan data, mengusulkan tindakan pencegahan penyakit dan lebih peka terhadap informasi kesehatan dari laporan Excel. Namun responden masih sedikit kesulitan dalam mencari sumber masalah dari data yang janggal. Hal ini berarti kader Posyandu peka dan dapat memahami hasil laporan Ms Excel sehingga diharapkan akan memberikan dampak positif bagi optimalisasi kesehatan anggota Posyandu.

Hasil Analisis Regresi Linier

uji persyaratan

Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa data berdistribusi normal, dimana; nilai $p=0.068 (>0.05)$ dan $p=0.278 (>0.05)$. Dan tidak terjadi autokorelasi; $dU = 1,4107 < \text{Nilai Durbin Watson} = 1,663 < 4-dU = 2,5893$.

Tabel 5 Uji regresi linier

Constan	B	SE	Beta	Sig(P)
10.528	0.328	2.531	0.324	0.039

Tabel 5 menunjukkan bahwa nilai $p=0.039 (p<0.05)$, artinya ada pengaruh implementasi penggunaan Excel terhadap kepekaan data kesehatan.

Rumus regresi linier yaitu $Y=a+bx$, dimana x adalah variabel implementasi penggunaan Excel, Y adalah kepekaan data kesehatan, a = koefisien constant, b = koefisien implementasi. Rumus persamaan regresi linier adalah $Y=10528+0,328X$. Nilai R square adalah 12% artinya implementasi penggunaan Ms Excel mempengaruhi kepekaan data kesehatan sebesar 12%, sisanya dipengaruhi oleh variabel lain.

PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian diketahui bahwa 50% responden berusia 46-55th dan > 55th, artinya sebagian kader Posyandu sudah berusia cukup tua. Jika dari hasil kuesioner kendala persepsi, umur yang tidak muda lagi menjadi kendala responden dalam menggunakan Excel. Sedangkan pada kuesioner kendala teknis,

kendala terbesar karena responden tidak bisa menggunakan Excel.

Pada aspek kendala persepsi responden merasa umur yang tidak muda lagi menjadi kendala terbesar dalam menggunakan Excel (skor 2,78). Umur mempunyai kaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti keterampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis. (Lubis & Syahri, 2015). Namun tidak sejalan dengan hasil penelitian Simanjuntak (2012) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan umur dan pekerjaan dengan kinerja kader posyandu.

Pada aspek implementasi penggunaan mendapat skor rata-rata 3,17 dari 5 artinya responden cukup mampu menggunakan Excel, namun masih terkendala dalam membuat dan memahami grafik Excel. Hal ini berarti kader Posyandu cukup mampu menggunakan Ms Excel sehingga diharapkan pencatatan dan pelaporan data kesehatan menjadi lebih mudah dan sistematis.

Pada aspek kepekaan data kesehatan mendapat skor rata-rata 3,14 dari 5 artinya responden cukup peka terhadap data kesehatan dari hasil laporan excel, namun masih terkendala dalam mencari sumber asal kejanggalaan data. Hal ini berarti kader Posyandu peka dan dapat memahami hasil laporan Ms Excel sehingga diharapkan akan memberikan dampak positif bagi optimalisasi kesehatan anggota Posyandu.

Pada hasil uji regresi linier, diketahui bahwa implementasi penggunaan Excel mempengaruhi kepekaan data kesehatan sebesar 12%, sisanya dipengaruhi oleh variabel lain. Excel dapat memberikan manfaat yang cukup banyak yaitu selain sebagai alat penyimpanan, pengolahan data, Excel juga membantu kader Posyandu untuk lebih peka terhadap data kesehatan anggota Posyandu.

SIMPULAN

Pada aspek kendala, umur yang tidak muda lagi menjadi kendala responden dalam menggunakan Excel. Pada aspek implementasi penggunaan Excel diketahui kader Posyandu cukup mampu menggunakan Ms Excel. Pada aspek kepekaan data, kader Posyandu peka dan dapat memahami hasil laporan Ms Excel sehingga diharapkan akan memberikan dampak positif bagi optimalisasi kesehatan anggota Posyandu. Penggunaan Excel dapat memberikan manfaat yang cukup banyak yaitu

selain sebagai alat penyimpanan, pengolahan data, Excel juga membantu kader Posyandu untuk lebih peka terhadap data kesehatan anggota Posyandu sehingga diharapkan kader mampu melakukan tindakan pencegahan penyakit pada anggota Posyandu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih ditujukan kepada Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang atas ijin penelitian dan pengabdianya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adistie, dkk. Pengetahuan Kader Kesehatan Tentang Deteksi Dini Gizi Buruk Pada Balita (Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Parigi Kabupaten Pangandaran). Dharmakarya: Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat, Vol. 6, No. 3, September 2017: 173 – 177, ISSN 1410 – 5675.
- Ardhiani, Lisa Noor. Analisis Faktor-Faktor Penerimaan Penggunaan Quipperschool. com Dengan Menggunakan Pendekatan Technology Acceptance Model (TAM) Dan Theory OF Planned Behavior (TPB) Di SMA N 7 YOGYAKARTA. 2015 [diakses tanggal 20 Januari 2019]; Available From: [Http://Eprints.Uny.Ac.Id/20550/](http://Eprints.Uny.Ac.Id/20550/)
- Deharja, dkk. 2019. Peningkatan Kompetensi Kader Dalam Pembuatan Laporan Posyandu Berbasis Teknologi Informasi. Seminar Nasional Hasil Pengabdian Masyarakat dan Penelitian Pranata Laboratorium Pendidikan Politeknik Negeri Jember Tahun 2019, ISBN : 978-602-14917-8-2.
- Iswarawanti, D. N. 2010. Kader Posyandu: Peranan Dan Tantangan Pemberdayaannya Dalam Usaha Peningkatan Gizi Anak Di Indonesia. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 13, No. 4 Desember 2010
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis; 2014 [cited 14 Januari 2019]; Available from: www.tbindonesia.or.id/opendir/Buku/bpn_ptb_2014.pdf

- Lubis & Syahri. 2015. Pengetahuan Dan Tindakan Kader Posyandu Dalam Pemantauan Pertumbuhan Anak Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, KEMAS* 11 (1) (2015) 65-73, ISSN 1858-1196.
- Simanjuntak, M. 2012. Karakteristik Sosial Demografi Dan Faktor Pendorong Peningkatan Kinerja Kader Posyandu. *Jurnal Wira Ekonomi Mikroskil*, Volume 2, Nomor 01, April 2012.
- Supriyanto, dkk. 2017. Peran Teknologi Informasi Bagi Kader Posyandu Dalam Kegiatan Pendataan K.I.A. Seminar Nasional Vokasi dan Teknologi (SEMNASVOKTEK). ISSN Cetak : 2541-2361 | ISSN Online : 2541-3058.
- Susilowati, U. 2012. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Kader Tentang Tugas Kader Posyandu. *Jurnal Kebidanan*, Vol. IV, No. 02, Desember 2012.
- Wanti & Tripustikasari. 2019. Pelatihan Komputer Dasar Bagi Kader Pkk Dan Posyandu Di Desa Patikraja. *Madani : Indonesian Journal Of Civil Society* Vol. 1, No.1, Agustus 2019, pp. 17-23.