

# **Tinjauan Efektivitas Kerja Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM) di Bangsal Perawatan Sesuai dengan Kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK)**

**Elise Garmelia<sup>1</sup>, Sri Lestari<sup>2</sup>, Zefan Adiputra Golo<sup>3</sup>**

<sup>1,2,3</sup>Poltekkes Kemenkes Semarang Jalan Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang

E-mail: <sup>1</sup>[elsa0360@gmail.com](mailto:elsa0360@gmail.com)

## **Abstract**

*Professional Medical Records and Health Information (PMIK) are required to provide quality services in accordance with competency standards and professional code of ethics. The purpose of this study was to review the implementation of the work of the Person in Charge of Medical Records (PJRM) in the nursing ward according to PMIK Competency Standards. This research is a descriptive quantitative study with a cross-sectional study approach. The study was conducted in 3 (three) hospitals in the city of Semarang with a total sample of 46 PJRM people who filled out questionnaires online on google form. The results showed that there were 10 people (21.7%) PJRM who had low work effectiveness. Effective Communication competency areas are in the capable category (60.9%), Data Management is in the capable category (50.0%), Classification of Disease and Problem Codes is in the capable category (52.2%), Statistical Applications, Basic Epidemiology and Biomedicine are in the capable category ( 54.3%) and Medical Record Service Management are in the capable category (60.9). The results of the bivariate analysis found that each PMIK competency area had a relationship with work effectiveness ( $p < 0.05$ ). The results of the multivariate analysis found that each area of PMIK competence had an effect on job effectiveness, where the competence of Statistics, Basic Epidemiology and Biomedicine was the most significant ( $p = 0.02 < 0.05$ ). The hospital needs to evaluate the ineffective PJRM, it needs to roll out staff to be more active.*

**Keywords:** Work Effectiveness, PMIK Competence, PJRM

## **Abstrak**

Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) yang profesional wajib memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan standar kompetensi dan kode etik profesi. Tujuan penelitian ini meninjau pelaksanaan pekerjaan Penanggungjawab Rekam Medis (PJRM) di bangsal perawatan sesuai dengan Standar Kompetensi PMIK. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *crosssectional study*. Penelitian dilakukan di 3 (tiga) rumah sakit yang ada di kota Semarang dengan jumlah sampel 46 orang PJRM yang mengisi kuesioner secara online pada google form. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 10 orang (21.7%) PJRM yang memiliki efektivitas kerja yang rendah. Area kompetensi Komunikasi Efektif berada pada kategori mampu (60.9%), Manajemen Data berada pada kategori mampu (50.0%), Klasifikasi Kodefikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan berada pada kategori mampu (52.2%), Aplikasi Statistik, Epidemiologi dasar dan biomedik berada pada kategori mampu ( 54.3%) dan Manajemen Pelayanan Rekam Medis berada pada kategori mampu (60.9). Hasil analisis bivariat menemukan bahwa setiap area kompetensi PMIK memiliki hubungan dengan efektivitas kerja ( $p < 0.05$ ). Hasil analisis multivariat menemukan bahwa setiap area kompetensi PMIK berpengaruh terhadap efektivitas kerja, dimana kompetensi Statistik, Epidemiologi dasar dan biomedik paling signifikan ( $p = 0.02 < 0.05$ ). Rumah sakit perlu melakukan evaluasi terhadap PJRM yang tidak efektif serta perlu melakukan rolling staf agar menjadi lebih aktif.

**Kata kunci:** Efektivitas Kerja, Kompetensi PMIK, PJRM

## **PENDAHULUAN**

Pelayanan Rekam Medis Informasi Kesehatan adalah kegiatan pelayanan penunjang secara profesional yang berorientasi pada kebutuhan informasi kesehatan bagi pemberi Layanan

kesehatan, administrator dan manajemen pada sarana layanan kesehatan dan instansi lain yang berkepentingan berdasarkan pada ilmu pengetahuan teknologi rekam medis (sintesa ilmu-ilmu sosial, epidemiologi, terminologi medis, biostatistik,

prinsip hukum medis dan teknologi informasi) (Pamboaji, 2019)

PMK No. 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, menegaskan bahwa profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) di setiap fasilitas pelayanan kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan informasi kesehatan yang profesional dan berorientasi pada kebutuhan informasi kesehatan bagi pemberi layanan kesehatan.

Pengelolaan pelayanan rekam medis di bangsal perawatan di beberapa rumah sakit di Jawa Tengah menggunakan tenaga PMIK sebagai Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM). Pendelegasian PMIK di bangsal perawatan merupakan solusi untuk efisiensi dan efektivitas pekerjaan pengelolaan rekam medis, seperti *assembling*, koding, analisis kelengkapan rekam medis untuk klaim BPJS/Asuransi.

Nedae et.al (2010) mengemukakan bahwa efektivitas kerja berkaitan dengan ketercapaian tujuan pekerjaan dan dapat dilihat dalam 4 pendekatan yaitu pendekatan tujuan, pendekatan system, pendekatan strategi dan pendekatan kompetensi. Mullins (2005) menyatakan bahwa efektivitas kerja menitik beratkan terhadap “melakukan pekerjaan yang benar” dan berhubungan dengan keluaran atau hasil dari pekerjaan dan apa yang dapat diperoleh.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka penelitian ini ingin mengetahui efektivitas kerja PMIK yang bertugas sebagai PJRM, dimana tujuan penelitian adalah untuk meninjau pelaksanaan pekerjaan PJRM di bangsal perawatan rumah sakit sesuai dengan kompetensi PMIK.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *crosssectional study*. Penelitian dilakukan di 3 (tiga) rumah sakit yang ada di Kota Semarang dengan jumlah sampel 46 orang PJRM yang mengisi kuesioner secara online pada google form. Analisis statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi logistik dengan variabel independen adalah Kompetensi PMIK yang terdiri dari Komunikasi Efektif, Manajemen data, Klasifikasi Kodefikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan, Aplikasi Statistik, Epidemiologi Dasar dan Biomedik dan Manajemen Pelayanan Rekam Medis, serta variabel dependen adalah efektivitas kerja.

## HASIL

Hasil analisis karakteristik responden dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden**

No.	Karakteristik	PJRM	
		n	%
1	Usia responden		
	- 21-30 tahun	31	67.4
	- >30 - 40 tahun	12	26.1
	- > 40-50 tahun	3	6.5
	Jumlah	46	100.0
2	Jenis Kelamin		
	- Laki-laki	8	17.4
	- Perempuan	38	82.6
	Jumlah	46	100.0
3	Pendidikan Terakhir		
	- Diploma III RMIK	46	100.0
	- Diploma IV MIK	0	
	Jumlah	46	100.0
4	Status Kepegawaian		
	- PNS	12	26.1
	- Non PNS	34	73.9
	Jumlah	46	100.0
5	Masa Kerja Responden		
	1-5 Tahun	26	56.5
	>5-10 Tahun	11	23.9
	> 10 Tahun	9	19.6
	<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>

Berdasarkan tabel 1 di atas dapat diketahui rata-rata usia PJRM dari 3 (tiga) rumah sakit tersebut 57,4% berusia 21-30 tahun. PJRM lebih banyak berjenis kelamin perempuan yaitu 82,6% dengan latar belakang pendidikan 100% D-III RMIK. Sebanyak 12 orang (26,1%) PJRM adalah PNS dengan masa kerja PJRM sebesar 56,5% berada pada 1-5 tahun.

Adapun hasil analisis efektivitas kerja PJRM di 3 (tiga) rumah sakit adalah sebagai berikut :

**Tabel 2. Efektivitas Kerja PJRM di Rumah Sakit**

No	Rumah Sakit	Efektif		Tidak Efektif		Total
		n	%	n	%	
1	R S . K R M T Wongsonego	18	78.3	5	21.7	23
2	RS Roemani	8	72.7	3	27.3	11
3	RS. Tugurejo	10	83.2	2	16.8	12
<b>Jumlah</b>		<b>36</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>46</b>

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa efektivitas penempatan PMIK sebagai PJRM di 3 (tiga) Rumah Sakit adalah RSUD KRMT. Wongsonegoro sebesar 78.3%, RS. Roemani sebesar 72.7% dan RSUD Tugurejo sebesar 83.2%.

Adapun hasil analisis tingkat kompetensi PMIK yang ditempatkan sebagai PJRM adalah sebagai berikut:

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi berdasarkan Kompetensi PMIK**

No	Kompetensi PMIK	PJRM	
		n	%
1	Komunikasi Efektif		
	Kategori mampu	28	60.9
	Kategori kurang mampu	18	39.1
	Jumlah	46	100.0
2	Manajemen Data		
	Kategori mampu	23	50.0
	Kategori kurang mampu	23	50.0
	Jumlah	46	100.0
3	Klasifikasi Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait Kesehatan		
	Kategori mampu	24	52.2
	Kategori kurang mampu	22	47.8
	Jumlah	46	100.0
4	Aplikasi Statistik, Epidemio- logi dasar dan Biomedik		
	Kategori mampu	25	54.3
	Kategori kurang mampu	21	45.7
	Jumlah	46	100.0
5	Manajemen Pelayanan Rekam Medis		
	Kategori mampu	28	60.9
	Kategori kurang mampu	18	39.1
<b>Total</b>		<b>46</b>	<b>100.0</b>

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui area kompetensi Komunikasi Efektif berada pada kategori mampu (60.9%), Manajemen Data berada pada kategori mampu (50.0%), Klasifikasi Kodefikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan berada pada kategori mampu (52.2%), Aplikasi Statistik, Epidemiologi dasar dan biomedik berada pada kategori mampu (54.3%) dan Manajemen Pelayanan Rekam Medis berada pada kategori mampu (60.9%).

Adapun hasil analisis bivariat antara kompetensi PMIK dengan efektivitas kerja PJRM adalah sebagai berikut:

**Tabel 4. Hubungan Kompetensi PMIK dengan Efektivitas Kerja PJRM**

No	Kompetensi PMIK	Efektivitas Kerja		
		Correlation Coefficient	Sig. (2-tailed)	N
1	Komunikasi Efektif	.333*	.024	46
2	Manajemen Data	.316*	.032	46
3	KKPMT	.339*	.021	46
4	Statistik, Epidemiologi dasar dan Biomedik	.363*	.013	46
5	Manajemen Pelayanan	.333*	.024	46

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa nilai sig.(2-tailed) masing-masing kompetensi PMIK menunjukkan nilai  $p < 0.05$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kompetensi PMIK dengan efektivitas kerja PJRM di rumah sakit.

Adapun hasil analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik untuk melihat pengaruh kompetensi PMIK terhadap efektivitas kerja PJRM adalah sebagai berikut:

**Tabel 5. Pengaruh Kompetensi PMIK terhadap Efektif Kerja**

No	Kompetensi PMIK	B	S.E.	Sig.	Exp (B)
1	Komunikasi Efektif	1.668	.779	.032	5.30
2	Manajemen Data	1.723	.860	.045	5.60
3	KKPMT	1.838	.861	.033	6.28

No	Kompetensi PMIK	B	S.E.	Sig.	Exp (B)
4	Statistik, Epidemiologi dasar dan Biomedik	1.957	.863	.023	7.07
5	Managemen Pelayanan	1.668	.779	.032	5.30

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa setiap kompetensi PMIK memiliki pengaruh yang signifikan ( $p < 0.05$ ) terhadap Efektivitas Kerja PJRM, dimana kompetensi yang paling signifikan berpengaruh adalah Statistik, Epidemiologi dasar dan biomedik yaitu  $p = 0.023 < 0.05$ .

## PEMBAHASAN

Rata-rata usia petugas PJRM dari 3 (tiga) rumah sakit tersebut adalah berusia 21-30 tahun yang berarti bahwa rumah sakit merekrut tenaga PJRM masih muda. Petugas PJRM lebih banyak berjenis kelamin perempuan. Menurut peneliti tugas PJRM lebih banyak mengelola coding dan assembling yang memerlukan ketelitian dan kesabaran sehingga pekerjaan ini lebih banyak diminati oleh perempuan. Petugas PJRM semuanya berlatarbelakang pendidikan D-III RMIK. Sesuai dengan prasyarat rekrutment tenaga PJRM minimal berlatarbelakang pendidikan Diploma 3 RMIK. Diketahui bahwa 2 rumah sakit dalam penelitian ini merupakan rumah sakit pemerintah daerah dimana rekrutmen PNS tidak terlalu banyak, sedangkan 1 rumah sakit lainnya adalah rumah sakit swasta dimana kategori petugas PJRM termasuk tenaga Non-PNS. Masa kerja PJRM terbanyak berada pada masa kerja 1-5 tahun. Hal ini berarti bahwa rekrutment tenaga PJRM di 3 (tiga) rumah sakit tersebut masih baru.

Schillinger (2010) menyatakan bahwa efektivitas kerja bagi karyawan merupakan sebuah kemampuan yang disengaja untuk melakukan sesuatu dengan lebih baik untuk mencapai tujuan tertentu. Selanjutnya Mullins (2005) menyatakan bahwa efektivitas kerja menitik beratkan terhadap “melakukan pekerjaan yang benar” dan berhubungan dengan keluaran atau hasil dari pekerjaan dan apa yang dapat diperoleh.

Kompetensi yang dimiliki oleh sttaf PJRM menunjukkan kualitas dirinya yang mampu mengelola rekam medis dan informasi kesehatan secara efektif dan mampu mengerjakannya dengan baik. Oleh karena itu kompetensi PMIK dapat mendorong kinerja PJRM yang lebih maksimal dan secara langsung juga mempengaruhi kinerja unit kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Hal yang menarik adalah kompetensi PMIK pada area kompetensi aplikasi statistik, epidemiologi dasar dan biomedik sangat signifikan mempengaruhi efektivitas kerja PJRM dibandingkan dengan area kompetensi lainnya ( $p=0.023$ ) dan nilai OR sebesar 7.077. berdasarkan hasil analisis tersebut peneliti dapat menyimpulkan bahwa staf PJRM di rumah sakit bukan hanya melakukan assembling dan coding sesuai uraian tugasnya, tetapi lebih pada pengelolaan data statistik. Padahal kompetensi PMIK dalam hal ini petugas PJRM hanya mengerjakan sebagian dari kompetensi aplikasi statistik kesehatan, epidemiologi dasar dan biomedik.

Unit kerja Rekam Medis di masing masing rumah sakit mempunyai kewenangan dalam mendelegasikan staf PMIK ke bangsal menjadi PJRM atau juga dengan sebutan coder ruangan, namun dibawah kendali Kepala Instalasi RMIK. Adapun uraian tugas diantaranya sebagai berikut:

1. Melakukan assembling rekam medis rawat inap untuk mengecek kelengkapan dokumen rekam medis pasien (penyakit, operasi, kematian, dan dokter)
2. Melakukan analisa kuantitatif terhadap kelengkapan dokumen rekam medis
3. Menghubungi dokter, perawat atau petugas kesehatan lain (case manager) yang berwenang terkait dengan kelengkapan dokumen rekam medis.
4. Mengecek kesesuaian diagnosa atau tindakan yang tertulis di RM1 (Ringkasan pasien masuk dan keluar) dan rekam medis pada RMRI 2 (Ringkasan Pasien Pulang).
5. Mengkonfirmasi diagnosa dan atau tindakan kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) atau case manager.
6. Mengkode dan menginput kode penyakit, kode tindakan dan kode diagnosa kematian di SIM RS di menu ICD-10 dan ICD- 9 CM.

## SIMPULAN

Kompetensi PMIK yang terdiri dari 5 (lima) area kompetensi berpengaruh positif pada efektivitas kerja PJRM, hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi kompetensi PMIK yang ditugaskan sebagai PJRM maka akan semakin memengaruhi efektivitas kerjanya. Kualitas pengelolaan rekam medis di bangsal perawatan dapat terlihat dari petugas PJRM yang memiliki kompetensi PMIK yang baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Antonius Garbitto Pamboaji: Analisis Pengelolaan Sumber Daya Unit Rekam Medis di Rumah Sakit Misi Lebak Guna Meningkatkan Efisiensi dan Efektivitas Pelayanan, Universitas Respati Indonesia Jakarta, 2019
- Ivencevich, John M., et al. Perilaku Manajemen Organisasi, alih Bahasa Gina Gania. Surabaya: Erlangga, 2006), hlm. 22-23
- Mullins, Laurie J. Management and Organizational Behavior. (England: Pearson Education Limited, 2005), hlm. 260
- Nedae, Tahereh, Khalil Alavi and Zahra Nobakht Ramezani. "Employees' Effectiveness." World Applied Sciences Journal 18 (10): 1400-1411, ISSN 1818-4952, 2012, hlm. 1402

Notoaatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta, Jakarta, 2002.

Pamela K.Oachs., Amy L. Watters: Health Information Management: Concepts, Principles, and Practice. 5th edition. AHIMA 2016. Page 667-713 .

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Peraturan Menteri Pendayagunaan dan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 30 Tahun 2014 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis dan Angka Kreditnya.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 312 tahun 2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

Schillinger Dean. An Introduction to Effectiveness, Dissemination and Implementation Research. (California: University of California San Francisco, 2010), hlm. 2

# Determinan Pemanfaatan Aplikasi Si-Cantik sebagai Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Sidoarjo

Umi Khoirun Nisak<sup>1</sup>, Septi Budi Sartika<sup>2</sup>, Cholifah<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

Jl. Mojopahit No. 666 B, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur 61271, Indonesia

E-mail: <sup>1</sup>umikhoirun@umsida.ac.id

E-mail: <sup>2</sup>septibudi1@umsida.ac.id, <sup>3</sup>cholifah@umsida.ac.id

## Abstract

*In 2017, there were 30 cases of maternal deaths in Sidoarjo (East Java Health Profile, 2017). Although the number of maternal deaths dropped into 23 cases in 2018, Sidoarjo is still included in the top 5 cities with the highest maternal mortality in East Java (East Java Province Maternal Health Report, 2018). Health Department Sidoarjo reported that 40% of maternal death caused by hemorrhage and 33% by pre/eclampsia. These factors can be prevented by early detection during antenatal and intrapartum care and timely referral. This research aimed to show the determinant factor of Si Cantik information system through perceived organizational support and behavioral intention to use with TAM theory. It was observational research with a cross-sectional approach. The subjects were 75 midwives of community healthcare in Sidoarjo which randomly chosen. Data collection is performed by questionnaires and analyzed by Regression. The result was that the variable of personal characteristic, perceived organizational support, Supervisor support and reward has a significant effect on behavioral intention to use Si Cantik (0.00). The conclusion of this study was personal characteristic, perceived organizational support, supervisor support, and the reward variable was determined successful utilization of Sidoarjo Prevent Mother and Child Death Rate (Si Cantik) Information System.*

**Keywords:** Si Cantik, Information System, Child and Maternal Health

## Abstrak

Sidoarjo masih termasuk dalam 5 kota teratas dengan angka kematian ibu tertinggi di Jawa Timur, walaupun sudah ada penurunan kasus kematian tahun 2017 ke tahun 2018 dari 30 menjadi 23 kasus (Laporan Kesehatan Ibu Provinsi Jawa Timur, 2018). Dinas Kesehatan Sidoarjo melaporkan bahwa 40% kematian ibu disebabkan oleh perdarahan dan 33% oleh pre/eklampsia. Faktor-faktor ini dapat dicegah dengan deteksi dini selama perawatan antenatal dan intrapartum dan rujukan pada waktu yang tepat. Deteksi dini dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti pemanfaatan Aplikasi Si Cantik. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan faktor yang berpengaruh pada pemanfaatan aplikasi melalui persepsi dukungan organisasi dan niat perilaku dengan teori TAM. Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah subjek penelitian adalah 75 bidan di Puskesmas di Sidoarjo yang dipilih secara acak dengan *simple random sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner dan dianalisis dengan Regresi. Hasil penelitian ini adalah variabel karakteristik pribadi, dukungan organisasi, dan penghargaan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap niat untuk menggunakan Aplikasi Si Cantik yaitu sebesar 0,00. Kesimpulan dari penelitian ini adalah karakteristik pribadi, persepsi dukungan organisasi, kemudahan dalam menggunakan aplikasi merupakan faktor penentu keberhasilan pemanfaatan Sistem Informasi Cegah Kematian Ibu dan Anak Sidoarjo (Si Cantik).

**Kata kunci:** SI CANTIK, Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir, Sistem Informasi Kesehatan

## PENDAHULUAN

Kesehatan ibu dan anak telah ditetapkan pada tujuan pembangunan Millenium Development

Goals (MDGs) dalam kurun waktu 2000-2015 dan dilanjutkan menjadi *Sustainable Development Goals* (SDGs) dalam kurun waktu 2015-2030

dengan tujuan menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang dan semua usia khususnya untuk menurunkan angka kematian ibu (AKI) hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan megakhiri kematian bayi (AKB) hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita (AKBA) hingga 25 per 1.000 kelahiran hidup.

Target angka kematian ibu (AKI) yang belum tercapai di Indonesia tahun 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi (AKB) adalah 23 per 1.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI 2010). Kondisi tersebut tentunya membutuhkan upaya segera untuk menurunkan AKI dan AKB yang menjadi indikator dari status kesehatan masyarakat dan kualitas pelayanan kesehatan (Kementrian Kesehatan RI 2019).

Tren kematian ibu di Kabupaten Sidoarjo fluktuatif dengan jumlah yang masih cukup tinggi. Pada tahun Sidoarjo masuk ke 5 besar kota/kabupaten di Jawa Timur dengan jumlah kematian ibu mencapai 30 kasus. Pada tahun 2018 pemerintah Sidoarjo berhasil menurunkan jumlah kematian ibu menjadi 23 kasus. Meskipun begitu Sidoarjo masih masuk ke dalam 10 besar kabupaten kota di Jawa Timur dengan jumlah kematian ibu tertinggi. Pada tahun 2017, sebanyak 90% kematian terjadi di Rumah Sakit dan sebanyak 40% ibu yang meninggal telah melewati dua kali estafet rujukan (Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur 2018).

Kematian ibu secara langsung dapat disebabkan oleh pendarahan, eklamsi, infeksi atau penyakit penyerta lain. Sebanyak 40% dari seluruh kematian ibu pada tahun 2017 disebabkan karena perdarahan. Sebanyak 56,7% ibu meninggal pada masa nifas. Cakupan ANC K1 pada tahun 2017 sudah mencapai 100% dan cakupan K4 sebesar 99,63%. Cakupan kunjungan Nifas juga sudah cukup tinggi yakni sebesar 97,66% (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2018).

Salah satu upaya meningkatkan keberhasilan program KIA melalui pemantauan cakupan program secara berkesinambungan dikenal sebagai Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Alur sistem pencatatan dan pelaporan dimulai dengan mencatat sasaran KIA di tingkat desa kemudian bidan desa melaporkan hasil pencatatan tersebut kepada Puskesmas dilanjutkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, disebarkan secara berjenjang ke Dinas Kesehatan Provinsi dan terakhir adalah tingkat pusat. Puskesmas dan Dinas

Kesehatan Kabupaten/Kota mempunyai kewajiban untuk melakukan analisis cakupan program KIA disertai penentuan prioritas dan penyelesaian masalah (Kementerian Kesehatan RI 2010).

Awal penerapan program PWS-KIA seluruh Kabupaten/ Kota rutin untuk melaksanakan pencatatan dan pelaporan, namun seiring dengan perjalanan waktu dan temuan di lapangan terbukti bahwa sebagian besar Kabupaten/Kota tidak melaksanakan pemantauan dan pelaksanaan program KIA menggunakan PWS-KIA. Berbagai cara telah dilakukan untuk mendukung komitmen program tersebut termasuk penguatan manajemen melalui reformasi pedoman PWS-KIA pada tahun 2009 namun masih terlibat kendala yang cukup berarti yang yaitu kualitas mutu pelayanan KIA tidak mengalami peningkatan yang berdampak pada terhambatnya penurunan AKI dan AKB (Kementerian Kesehatan RI 2010).

Peluang solusi yang dapat diberikan dari permasalahan diatas melalui perwujudan sistem informasi kesehatan (SIK) yang kuat sehingga mampu mendukung upaya-upaya yang dilakukan dari institusi kesehatan (Pusdatin Kemenkes 2016).

Salah satu sistem informasi kesehatan (SIK) yang sedang dikembangkan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo adalah sistem informasi Sidoarjo Cegah Kematian Ibu dan Anak (Si Cantik) pada bulan Desember tahun 2017 sebagai upaya terobosan tindak lanjut pemantauan kesehatan ibu dan anak (KIA) yang bertujuan untuk menekan AKI dan AKB. Hasil pengembangan berupa piranti lunak mengenai pengumpulan data ibu hamil hingga ibu melahirkan berbasis *website* dan android yang dapat digunakan secara online untuk Puskesmas dan Rumah Sakit (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2019). Keuntungan menggunakan sistem informasi Si Cantik adalah bila ada ibu hamil dengan risiko tinggi maka dapat segera teridentifikasi dan diberikan intervensi untuk mencegah terjadinya komplikasi sehingga keselamatan ibu dan anak menjadi prioritas utama (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo 2019)

Berdasarkan kegiatan *Focus Grup Discussion* (FGD) yang difasilitasi oleh Jalin-USAID, diperoleh beberapa permasalahan yaitu belum ada analisis determinan penggunaan aplikasi SiCantik sedangkan pelaksanaan program pencatatan dan pelaporan melalui aplikasi SI Cantik apakah efektif dalam menurunkan angka kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir di Sidoarjo.

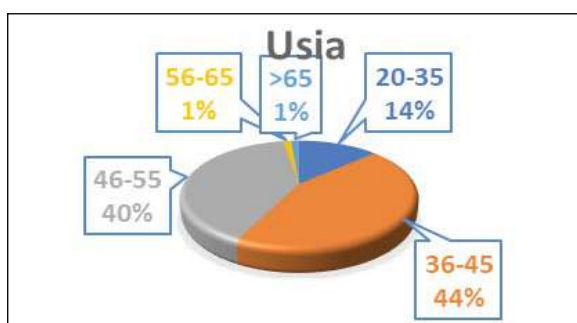
Kegiatan analisis determinan yang mempengaruhi perilaku penggunaan aplikasi Si Cantik. Pendekatan ini dilakukan dengan teori TAM yaitu dengan model perubahan perilaku meliputi *perceived ease of use* (PEOU) yang berarti tingkat kemudahan yang dirasakan saat menjalankan teknologi informasi, *perceived usefulness* (PU) yaitu tingkat kemanfaatan teknologi informasi yang dirasakan oleh pengguna, *attitude toward using* (ATU) yaitu keputusan atau penolakan terhadap penerimaan teknologi informasi, *behavioral intention to use* (BI) yaitu niat menggunakan teknologi informasi, dan *actual system use* (AU) yang berarti bahwa kondisi nyata dari penggunaan system (Sternad and Bobek 2013).

## METODE

Penelitian ini bertujuan untuk menentukan determinan yang berpengaruh pada pemanfaatan Aplikasi Si Cantik melalui persepsi dukungan organisasi dan niat perilaku dengan teori TAM. Penelitian ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Subjek penelitian dipilih secara *simple random sampling* dengan jumlah sampel 75 bidan di Puskesmas yang tersebar diseluruh Sidoarjo. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner dan data dianalisis dengan analisis Regresi.

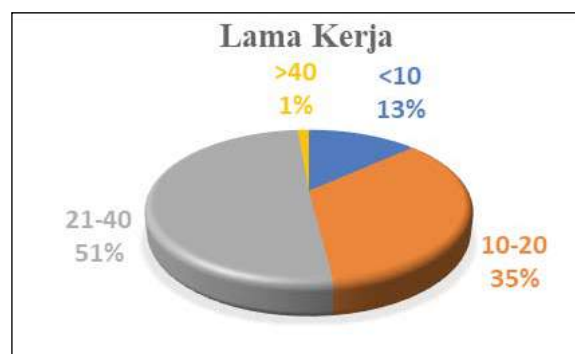
## HASIL

Karakteristik responden mayoritas dengan usia 36-46 tahun. Data tersebut menunjukkan bahwa mayoritas bidan yang menjadi responden adalah bidan dengan usia produktif. Data tersebut dapat dilihat pada gambar 1.1 berikut:



Gambar 1.1 Kategori Usia Bidan

Selain usia, karakteristik yang dilihat dalam penelitian ini adalah masa kerja menjadi bidan. Mayoritas responden masa kerjanya adalah 21-40 tahun (51%) dan 10-20 tahun (35%). Hal tersebut dapat dilihat pada gambar 1.2 berikut:



Gambar 1.2 Lama Kerja Bidan

Variable keyakinan dalam menggunakan aplikasi, persepsi kerumitan aplikasi, keyakinan dalam menggunakan aplikasi, Inovasi terhadap teknologi dari aplikasi, Dukungan organisasi termasuk atasan, dan persepsi kemudahan dalam menggunakan aplikasi diuji dengan menggunakan regresi untuk melihat pengaruh variable-variable tersebut terhadap variable *Behavioral Intention to Use*. Berdasarkan hasil pengolahan dan analisis data didapatkan nilai signifikan pada table berikut:

Tabel 1. Hasil Analisis Statistik Variabel Penelitian

No	Variabel	R Square	Sig.
1	Keyakinan	0.101	0.006
2	Kerumitan	0.045	0.069
3	Inovasi Teknologi	0.350	0.000
4	Dukungan Organisasi	0.317	0.000
5	Persepsi Kemudahan penggunaan	0.428	0.000
6	Persepsi kegunaan	0.755	0.000

Berdasarkan tabel 1 diatas, variabel yang berpengaruh terhadap penggunaan aplikasi Si Cantik adalah keyakinan (sig. 0.006), inovasi teknologi (sig. 0.000), dukungan organisasi (sig. 0.000), persepsi kemudahan penggunaan (sig. 0.000), persepsi kegunaan (sig. 0.000).

## PEMBAHASAN

Usia dan masa kerja yang sudah mencukupi menunjukkan bahwa para bidan telah memiliki banyak pengalaman dalam melakukan pemantauan dan pencatatan terhadap ibu hamil sehingga diharapkan dengan adanya inovasi teknologi



pencatatan berbasis elektronik maka bidan memiliki lebih banyak kesempatan untuk mencoba beradaptasi dan mengenal sistem informasi Si Cantik. Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Krishan and Mary menyatakan bahwa dengan adanya pertambahan usia dan masa kerja memungkinkan seseorang mengalami peningkatan kesempatan tumbuhnya kematangan emosional yang membawa pengaruh pada proses adaptasi dalam menerima *stressor* (Sternad and Bobek 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi kerumitan dalam penggunaan aplikasi SI Cantik tidak berpengaruh terhadap niat dalam menggunakan aplikasi. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ahmadi et al, menyatakan bahwa kerumitan penggunaan sistem diidentifikasi sebagai faktor kritis yang dapat mempengaruhi keputusan seseorang tentang adopsi teknologi inovatif. Kerumitan mengacu pada tingkat dimana suatu inovasi dianggap sebagai sulit untuk digunakan sehingga menyebabkan resistensi yang disebabkan kurangnya keterampilan dan pengetahuan (Ahmadi, Nilashi, and Ibrahim 2015). Hal tersebut bisa disebabkan responden sudah terbiasa dengan aplikasi dan desain dari aplikasi tidak sulit untuk digunakan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa bidan melakukan inovasi teknologi terhadap penerapan aplikasi Si Cantik dan hal tersebut berpengaruh terhadap niat bidan dalam menggunakan aplikasi. Hal ini sejalan dengan teori difusi inovasi yang menjelaskan bahwa orang cenderung menimbulkan reaksi berbeda-beda saat muncul sebuah ide, praktik, objek baru karena perbedaan mereka menuju adopsi suatu inovasi. Keinovatifan pribadi terhadap teknologi informasi mewakili sejauh mana seseorang bersedia untuk mencoba menggunakan teknologi informasi baru (Sternad and Bobek 2013).

Variabel keyakinan diri dalam penggunaan Aplikasi Si Cantik berpengaruh terhadap niat untuk menggunakan aplikasi Si Cantik. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat percaya diri dalam kemampuan menggunakan teknologi lebih memungkinkan timbulnya niat untuk menggunakan teknologi tersebut. Kurangnya kompetensi seseorang untuk menggunakan teknologi dapat menjadi penghalang utama yang menghambat pengguna baru dalam implementasi teknologi.

*Perceived organizational support* (dukungan organisasi) berpengaruh terhadap niat dalam menggunakan aplikasi Si Cantik. Penelitian

Mitchell et al., menjelaskan bahwa dukungan organisasi terhadap pegawai dalam menghargai kontribusi dan kepedulian tentang kesejahteraan akan dibalas dengan kerja keras pegawai tersebut (Mitchell et al. 2012). Pernyataan tersebut bermakna bahwa dukungan organisasi mampu membangkitkan kerja keras bidan dalam menjalankan sistem informasi Si Cantik.

Rasa senang, mudah dalam menggunakan atau persepsi kemudahan penggunaan aplikasi juga berpengaruh terhadap niat dalam menggunakan aplikasi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian oleh Kurkinen yang mengartikan bahwa kenikmatan dalam menggunakan teknologi dianggap menyenangkan, terlepas dari konsekuensi kinerja apapun (Kurkinen 2014). Kenikmatan yang dirasakan merupakan ketergantungan paling dominan terhadap kegunaan dan kemudahan penggunaan. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa Wang kenikmatan yang dirasakan akan menjadi tujuan penting dari penggunaan aplikasi kesehatan berbasis *smartphone*, selain itu fungsi rekreasi juga akan menjadikan faktor penting dalam keinginan mengadopsi aplikasi (Sun et al. 2013).

*Perceived usefulness* (persepsi kegunaan) yang dirasakan mengekspresikan keyakinan pegawai menggunakan teknologi dapat meningkatkan kinerja. (Gardner and Amoroso 2004) menjelaskan bahwa *perceived usefulness* (persepsi kegunaan) yang dirasakan berdasarkan pada teori harapan yang berkaitan dengan keyakinan individu dalam proses pengambilan keputusan. Hubungan antara *perceived usefulness* (persepsi kegunaan) yang dirasakan dengan penggunaannya lebih kuat dan konsisten dibandingkan variabel lain dan memiliki efek langsung yang kuat pada perilaku penggunaan aplikasi. Dengan kata lain semakin mudah sistem digunakan maka sistem tersebut semakin berguna (Kuo, Liu, and Ma 2013). Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian bahwa persepsi kegunaan memiliki pengaruh terbesar dibandingkan dengan factor-faktor yang lainnya (R Square 75%).

## SIMPULAN

Karakteristik pribadi yang meliputi persepsi kerumitan, keyakinan diri, inovasi teknologi merupakan faktor penentu keberhasilan pemanfaatan Sistem Informasi Cegah Kematian Ibu dan Anak Sidoarjo (Si Cantik) selain itu faktor, persepsi dukungan organisasi termasuk dukungan atasan, dan penghargaan serta kemudahan dalam

menggunakan aplikasi dan persepsi kegunaan aplikasi merupakan faktor penentu keberhasilan pemanfaatan Sistem Informasi Cegah Kematian Ibu dan Anak Sidoarjo (Si Cantik). Oleh karena itu, agar pemanfaatan Aplikasi Si Cantik optimal, diperlukan dukungan organisasi dan atasan serta pemberian penghargaan baik penghargaan secara materiil maupun non materiil. Selain itu, evaluasi terkait kemudahan dalam pengoperasian aplikasi diharapkan terus dilakukan dengan pelatihan dan brainstorming yang dilakukan secara periodik kepada bidan-bidan pengguna aplikasi.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada Universitas Muhammadiyah Sidoarjo sebagai penyandang dana penelitian, responden, Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, serta Puskesmas di Sidoarjo dan semua pihak yang membantu dalam terlaksananya penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, Hossein, Mehrbakhsh Nilashi, and Othman Ibrahim. 2015. "Organizational Decision to Adopt Hospital Information System: An Empirical Investigation in the Case of Malaysian Public Hospitals." *International Journal of Medical Informatics* 84(3):166–88. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2014.12.004.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. 2018. "Laporan Dinas Kesehatan Sidoarjo 2017."
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo. 2019. "Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Dinas Kesehatan 2018." Retrieved April 5, 2020 (<http://dinkes.sidoarjo.kab.go.id/2019/02/04/laporan-kinerja-instansi-pemerintah-lakip-dinas-kesehatan-tahun-2018/>).
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. 2018. "Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur." Retrieved July 18, 2020 ([https://dinkes.jatimprov.go.id/index.php?r=site/file\\_list&id\\_file=10&id\\_berita=8](https://dinkes.jatimprov.go.id/index.php?r=site/file_list&id_file=10&id_berita=8)).
- Gardner, Corina, and D. L. Amoroso. 2004. "Development of an Instrument to Measure the Acceptance of Internet Technology by Consumers." *37th Annual Hawaii International Conference on System Sciences, 2004. Proceedings of The* 10 pp.-.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. "Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak (PWS-KIA)." Retrieved March 18, 2020 ([http://www.akbidmuhammadiyahmadiun.ac.id/backsite/file\\_download/Pedoman-PWS-KIA.pdf](http://www.akbidmuhammadiyahmadiun.ac.id/backsite/file_download/Pedoman-PWS-KIA.pdf)).
- Kementrian Kesehatan RI. 2019. "Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018."
- Kuo, Kuang-Ming, Chung-Feng Liu, and Chen-Chung Ma. 2013. "An Investigation of the Effect of Nurses' Technology Readiness on the Acceptance of Mobile Electronic Medical Record Systems." *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13(1):88. doi: 10.1186/1472-6947-13-88.
- Kurkinen, Erkki. 2014. "Effect Of Enjoyment On Attitude And On Behavioral Intention To Use Mobile Applications When Technology Use Is Mandatory."
- Mitchell, Jonathan I., Marylène Gagné, Anne Beaudry, and Linda Dyer. 2012. "The Role of Perceived Organizational Support, Distributive Justice and Motivation in Reactions to New Information Technology." *Computers in Human Behavior* 28(2):729–38. doi: 10.1016/j.chb.2011.11.021.
- Pusdatin Kemenkes. 2016. "Sistem Informasi Kesehatan Buletin Pusat Data Dan Informasi - Kementerian Kesehatan Republik Indonesia." Retrieved July 31, 2020 (<https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-buletin.html>).
- Sternad, Simona, and Samo Bobek. 2013. "Impacts of TAM-Based External Factors on ERP Acceptance." *CENTERIS 2013 - Conference on ENTERprise Information Systems / ProjMAN 2013 - International Conference on Project MANagement/ HCIST 2013 - International Conference on Health and Social Care Information Systems and Technologies* 9:33–42. doi: 10.1016/j.protcy.2013.12.004.
- Sun, Yongqiang, Nan Wang, Xitong Guo, and Zeyu Peng. 2013. "Understanding the Acceptance of Mobile Health Services: A Comparison and Integration of Alternative Models." *Journal of Electronic Commerce Research* 14(2):183.

# Perancangan *Tracer* untuk Mengendalikan *Missfile* Berkas Rekam Medis pada Bagian *Filing* di Puskesmas I Denpasar Selatan

Luh Yulia Adiningsih<sup>1</sup>, Komang Ananta Wijaya<sup>2</sup>, Ida Ayu Putu Feby Paramita<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Politeknik Kesehatan Kartini Bali,<sup>2,3</sup>Politeknik Kesehatan Kartini Bali

E-mail: <sup>1</sup>lyauno@yahoo.com, <sup>2</sup>[komanganantawijaya@gmail.com](mailto:komanganantawijaya@gmail.com)

<sup>3</sup>[febyparaamita@gmail.com](mailto:febyparaamita@gmail.com)

## Abstract

*Public Health Centre have an important role in basic health that is needed by the community. This certainly affects the management and quality of service which can be seen from a good medical record file storage system. This research was conducted at Puskesmas I Denpasar Selatan regarding the tracer design in the filing section to control missfiles using tracer design method. The subjects in this tracer design were three medical record officers. The object of this design is the tracer design at Puskesmas I South Denpasar. This activity includes observation and interviews and the design of tracer alternative I, alternative II and alternative III. The medical record officer will select and make a mutual agreement in choosing one of these tracer designs to be applied. The results of this research are the design of alternative I tracer measuring 29,7 cm x 21 cm, alternative II measuring 30 cm x 15 cm and alternative III measuring 23 cm x 12,5 cm. The design of the tacer that was chosen and mutually agreed upon was the design of the alternative III tracer because it was sized according to the size of the medical record file storage rack at Puskesmas I Denpasar Selatan.*

**Keywords:** Design, Missfile, Tracer

## Abstrak

Puskesmas memiliki peran penting dalam kesehatan dasar yang dibutuhkan masyarakat. Hal ini tentunya berpengaruh pada manajemen dan mutu pelayanan yang dapat dilihat dari sistem penyimpanan berkas rekam medis yang baik. Penelitian ini dilakukan di Puseksmas I Denpasar Selatan mengenai perancangan *tracer* di bagian *filing* untuk mengendalikan *missfile* menggunakan metode perancangan *tracer*. Subyek dalam perancangan *tracer* ini berjumlah tiga orang petugas rekam medis. Obyek dalam perancangan ini adalah perancangan *tracer* di Puskesmas I Denpasar Selatan. Kegiatan ini meliputi observasi dan wawancara dan perancangan *tracer* alternatif I, alternatif II dan alternatif III. Petugas rekam medis akan memilih dan melakukan kesepakatan bersama dalam memilih salah satu perancangan *tracer* tersebut untuk diaplikasikan. Hasil penelitian ini didapatkan yaitu perancangan *tracer* alternatif I berukuran 29,7 cm x 21 cm, alternatif II berukuran 30 cm x 15 cm dan alternatif III berukuran 23 cm x 12,5 cm. Perancangan *tacer* yang dipilih dan disepakati bersama adalah perancangan *tracer* alternatif III karena berukuran sesuai dengan ukuran rak penyimpanan berkas rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan.

**Kata kunci:** *Missfile*, Perancangan, *Tracer*

## PENDAHULUAN

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan salah satu instalasi pelayanan kesehatan sebagai bentuk penguatan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) juga disebut *basic health services* yang terdiri dari beberapa jenis pelayanan kesehatan yang dianggap esensial guna menjaga kesehatan individu, keluarga dan

masyarakat agar hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Bapennas, 2018). Penguatan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas tersebut diharapkan berjalan secara komprehensif, salah satunya dengan cara peningkatan manajemen dan mutu pelayanan Puskesmas (Bapennas, 2018). Peningkatan manajemen dan mutu pelayanan Puskesmas dapat dilihat dari sistem penyimpanan berkas rekam medis yang baik.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 menyatakan Rekam Medis adalah dokumen yang berisi catatan-catatan serta dokumen-dokumen yang berisi data pasien baik identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien rawat jalan, rawat inap serta gawat darurat di Puskesmas. *Filing* merupakan unit kerja rekam medis yang diakreditasi oleh Departemen Kesehatan yang memiliki fungsi sebagai tempat pengaturan dan penyimpanan dokumen atas dasar sistem penataan tertentu melalui prosedur sistematis (Farlinda, 2017). Masalah yang sering dijumpai pada bagian *filing* yaitu *missfile* yang berdampak pada keterlambatan pencarian dokumen rekam medis, satu pasien memiliki nomor rekam medis ganda dan angka pada dokumen rekam medis yang tidak jelas. Dalam kegiatan *filing* terdapat beberapa masalah yang dapat menghambat pelayanan terhadap pasien antara lain pencarian berkas rekam medis lama, nomor rekam medis ganda, berkas rekam medis yang hilang dan kurangnya rak untuk penyimpanan (Mardiyawati, 2016). Suatu tujuan dapat terwujud dengan baik jika terdapat suatu sistem yang benar agar memudahkan suatu organisasi untuk mencapainya. Maka organisasi hanya perlu membuat suatu kendali untuk menjalankan proses aktivitas maupun kegiatan dapat dilakukan sebaik-baiknya oleh siapapun juga.

Hal ini berlaku juga pada adanya *tracer* di ruang *filing* rekam medis untuk mengendalikan kejadian *missfile*. Ketentuan pokok yang harus dipenuhi dan ditaati di tempat penyimpanan adalah tidak satupun berkas rekam medis boleh keluar dari ruang *filing* tanpa tanda keluar atau kartu peminjaman. *Tracer* (*outguide*) adalah pengganti rekam medis yang akan dikeluarkan dari penyimpanan untuk tujuan apapun, biasanya terbuat dari bahan yang kuat dan berwarna (IFHIMA, 2012). Pentingnya keberadaan *tracer* mampu meningkatkan efektifitas dan efisiensi dalam menunjukkan dimana rekam medis akan disimpan kembali. Selain itu, *tracer* juga dapat memastikan bahwa rekam medis setiap kali akan dipindahkan dari penyimpanan untuk tujuan tertentu harus diganti dengan *tracer* yang menunjukkan dimana rekam medis telah dikirim. Jadi, *tracer* memungkinkan rekam medis untuk ditelusuri apabila tidak ada di tempat penyimpanan. Hasil penelitian dari Pujilestari (2016) menyebutkan bahwa petugas rekam medis mengeluh tidak adanya *tracer* membuat mereka

kesulitan untuk mengembalikan berkas rekam medis yang keluar dari penyimpanan. Hal ini juga didukung oleh penelitian dari Mardiyawati (2016) di Puskesmas Bayan Lombok Utara didapatkan bahwa tidak menggunakan *tracer* di bagian *filing* mengakibatkan pelaksanaan pengembalian berkas rekam medis yang disimpan tidak sesuai pada tempatnya.

Berdasarkan hasil observasi di Puskesmas I Denpasar Selatan pada studi pendahuluan Senin 11 Mei 2020, terlihat bahwa tidak terdapatnya *tracer* yang digunakan sebagai penanda bahwa berkas rekam medis sedang berada diluar ruang *filing*. Hal ini juga didukung dari hasil wawancara dengan petugas rekam medis, bahwa di Puskesmas I Denpasar Selatan belum menggunakan *tracer* sebagai pengganti berkas rekam medis yang masuk dan keluar di bagian *filing* dikarenakan petugas tidak tahu bagaimana membuat *tracer* yang benar. Selain itu, petugas juga mengatakan sering terjadi *missfile* berkas rekam medis dikarenakan tidak adanya *tracer* dan membutuhkan waktu yang lama untuk mencari berkas rekam medis yang salah letak tersebut.

Salah satu upaya untuk menghindari terjadinya *missfile* pada bagian *filing* rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan yaitu dengan *tracer* atau alat pengganti berkas rekam medis yang berfungsi untuk pengendalian *missfile*. Perancangan *tracer* pada bagian *filing* rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan sangat diperlukan agar dapat mengurangi dan mengendalikan kejadian *missfile* yang terjadi. Oleh karena itu, peneliti menyusun perancangan yang berjudul “Perancangan dan Implementasi Penggunaan Tracer untuk Mengendalikan Missfile Berkas Rekam Medis di Bagian Filing Puskesmas I Denpasar Selatan”.

## METODE

Penelitian mengenai perancangan *tracer* di bagian *filing* untuk mengendalikan *missfile* menggunakan metode perancangan. Data-data ini bisa berupa naskah wawancara, catatan lapangan, foto, video, dokumen pribadi, memo ataupun dokumen resmi lainnya (Moleong, 2014). Sedangkan, pendekatan yang digunakan yaitu observasi, wawancara dan *dokumentasi* untuk merancang *tracer* di bagian *filing* Puskesmas I Denpasar Selatan.

## HASIL

**Tabel 1. Jumlah Petugas Rekam Medis di Puskesmas I Denpasar Selatan**

No	Jumlah Petugas RM	Status Ketenagaan	
		PNS	Kontrak
1	S1 Keperawatan	1	
2	SMA		2
<b>Total</b>		<b>1</b>	<b>2</b>

Berdasarkan Tabel 1 di atas, menunjukkan bahwa untuk petugas khusus Rekam Medis belum ada dikarenakan dari Dinas Kesehatan maupun Pusat belum memfasilitasi tentang perekrutan petugas khusus RM. Sehingga, petugas RM di Puskesmas I Denpasar Selatan dibagi menjadi tiga yaitu satu petugas di bagian RM dengan latar belakang pendidikan S1 Keperawatan, satu petugas dibagian pendaftaran dengan latar belakang pendidikan SMA dan satu petugas di bagian kasir dengan latar belakang pendidikan SMA.

### Observasi

Berikut ini adalah hasil observasi mengenai perancangan *tracer* untuk mengendalikan *missfile* berkas rekam medis di bagian *filing* Puskesmas I Denpasar Selatan.

**Tabel 2. Hasil Observasi pada Bagian *Filing* di Puskesmas I Denpasar Selatan**

No	Observasi	Ya	Tidak
1	Terjadi <i>missfile</i> di bagian <i>filing</i>	√	
2	<i>Tracer</i> di bagian <i>filing</i> dibutuhkan	√	
3	Terdapat perancangan <i>tracer</i>		√
4	<i>Tracer</i> di bagian <i>filing</i> sudah masuk anggaran tahun 2020		√
5	Terdapat Standar Prosedur Operasional (SPO) atau pedoman dalam penggunaan <i>tracer</i>		√

Sumber : Hani, 2017.

Pada Tabel 2 menunjukkan bahwa hasil observasi tersebut dapat disimpulkan bahwa terjadi *missfile* pada bagian *filing* di Puskesmas I Denpasar Selatan. Oleh karena itu, pengadaan *tracer* pada bagian *filing* di Puskesmas I Denpasar Selatan sangat dibutuhkan, namun belum terdapat perancangan *tracer* rekam medis.

### Wawancara

Permasalahan yang terdapat di bagian *filing* Puskesmas I Denpasar Selatan yaitu kejadian *missfile*, adanya berkas rekam medis yang hilang, duplikasi, kesalahan dalam penulisan nama maupun alamat. Dibawah ini merupakan hasil wawancara bersama semua petugas rekam medis mengenai permasalahan-permasalahan yang terdapat di bagian *filing* rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan adalah sebagai berikut:

“.....*Missfile*, kesalahan peletakan nomor rekam medis”

Menurut para petugas rekam medis Puskesmas I Denpasar Selatan, *missfile* merupakan kesalahan meletakkan rekam medis, salah penataan dan salah penempatan berkas rekam medis di rak penyimpanan. Berikut merupakan hasil wawancara peneliti dengan petugas rekam medis Puskesmas I Denpasar Selatan:

“.....*Missfile* itu ya seperti salah meletakkan berkas rekam medis yang keluar atau dipinjam”

Menurut para petugas rekam medis Puskesmas I Denpasar Selatan, *tracer* pada bagian *filing* merupakan penanda berkas rekam medis yang keluar atau berada di luar ruang *filing*. Berikut merupakan hasil wawancara salah satu petugas rekam medis mengenai pengertian *tracer* menurut salah satu petugas RM yaitu :

“.....*Setau saya tracer itu adalah penanda berkas rekam medis yang keluar masuk*”

Pada rak penyimpanan di bagian *filing* di Puskesmas I Denpasar Selatan pernah terjadi *missfile*. Berikut merupakan hasil wawancara salah satu petugas rekam medis mengenai terjadinya *missfile* :

“.....*pernah terjadi*”

Para petugas RM di Puskesmas I Denpasar Selatan sangat membutuhkan *tracer* untuk meminimalisir terjadinya *missfile*. Berikut merupakan hasil wawancara salah satu petugas rekam medis mengenai kebutuhan *tracer* pada bagian *filing*:

“.....*tentu, sangat dibutuhkan apalagi kita tidak tau bentuk tracer yang sebenarnya*”

Pada bagian *filing* di Puskesmas I Denpasar Selatan belum terdapat perancangan *tracer* untuk mengendalikan terjadinya *missfile*. Berikut merupakan hasil wawancara salah satu petugas rekam medis mengenai perancangan *tracer* pada

bagian *filing*:

“.....belum ada sih”

Cara pengendalian *missfile* di Puskesmas I Denpasar Selatan dilakukan dengan cara menyelipkan kertas karton dengan melihat dua nomor digit belakang rekam medis dan mencatat di buku peminjaman berkas RM. Berikut merupakan hasil wawancara salah satu petugas rekam medis mengenai cara pengendalian *missfile* di bagian *filing* :

“.....Jika ada berkas rekam medis yang keluar itu kita akalin dengan kertas karton yang dipotong-potong dan dicatat di buku peminjaman berkas rekam medis”

Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang penggunaan *tracer* belum ada di Puskesmas I Denpasar Selatan. Berikut merupakan hasil wawancara salah satu petugas rekam medis mengenai SPO yang belum terdapat di bagian *filing* yaitu :

“.....belum ada”

#### Perancangan *Tracer* Alternatif I, Alternatif II dan Alternatif III beserta Informasi yang Dimuat pada *Tracer*

Berdasarkan hasil observasi, wawancara dan *brainstorming* dengan petugas rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan, adapun tahapan dalam perancangan *tracer* rekam medis yaitu sebagai berikut.

1. Diskusikan kepada Kepala Puskesmas dan seluruh petugas rekam medis mengenai perencanaan perancangan serta pengadaan *tracer* untuk mengendalikan kejadian *missfile* pada bagian *filing* di Puskesmas I Denpasar Selatan
2. Lakukan perancangan *tracer* alternatif I, alternatif II dan alternatif III
3. Tentukan ukuran, warna, bahan bentuk serta informasi yang diperlukan dalam proses perancangan *tracer* alternatif I, alternatif II dan alternatif III
4. Lakukan pencetakan terhadap perancangan *tracer* alternatif I, alternatif II dan alternatif III
5. Setelah perancangan alternatif I, alternatif II dan alternatif III selesai dicetak, lakukan diskusi kembali untuk menentukan pemilihan *tracer* alternatif I, alternatif II dan alternatif III

yang telah dicetak sesuai kebutuhan.

Berikut ini adalah hasil perancangan *tracer* alternatif I, alternatif II dan alternatif III beserta informasi yang dicantumkan pada *tracer* yang telah dilakukan observasi di bagian *filing*, didiskusikan dengan para petugas rekam medis dan diolah dengan menggunakan aplikasi *Corel Draw X7* pada laptop.

#### Perancangan *Tracer* Alternatif



Gambar 1. Perancangan *Tracer* Alternatif I

Spesifikasi perancangan *tracer* alternatif I yaitu berukuran 29,7 cm x 21 cm (A4), bahan dari kertas buffalo dengan plastik holder, berwarna hijau dan berisi keterangan pada bagian atas dicantumkan tulisan “*TRACER RM PUSKESMAS I DENPASAR SELATAN*”, pada bagian bawah dicantumkan tulisan “*SISIPKAN LEMBARAN INI SEBAGAI BERKAS REKAM MEDIS YANG KELUAR*” dan pada bagian sisi bawah kiri terdapat kantong plastik berukuran 10 cm x 7 cm.

- a. Kelebihan: Harga bahannya murah yaitu sekitar Rp. 4.000; bentuknya tipis, ringan dan cukup tahan lama karena di selipkan dalam plastik holder.
- b. Kekurangan: Bentuknya cukup besar, tidak keras dan sulit untuk diaplikasikan serta mudah

terselip di rak penyimpanan rekam medis.

### Perancangan *Tracer* Alternatif II

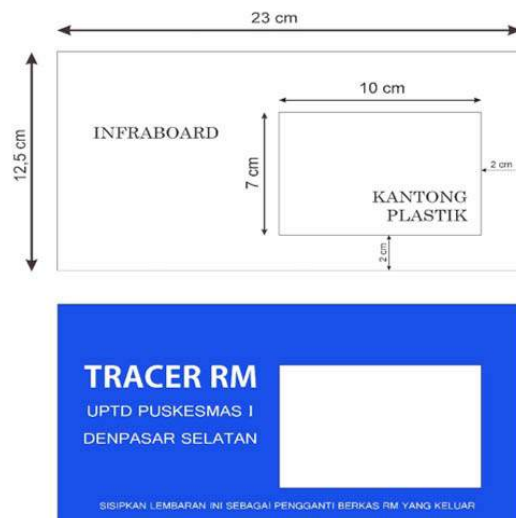


**Gambar 2. Perancangan *Tracer* Alternatif II**

Spesifikasi perancangan *tracer* alternatif I yaitu berukuran 30 cm x 15 cm, bahan dari kertas bufalo dengan plastik holder, berwarna merah muda dan berisi keterangan pada bagian atas dicantumkan tulisan “*TRACER RM PUSKESMAS I DENPASAR SELATAN*”, pada bagian bawah dicantumkan tulisan “*SISIPKAN LEMBARAN INI SEBAGAI BERKAS REKAM MEDIS YANG KELUAR*” dan pada bagian sisi bawah kiri terdapat kantong plastik berukuran 10 cm x 7 cm.

- Kelebihan : Harga bahannya murah yaitu sekitar Rp. 5.000; bentuknya tipis, ringan dan cukup tahan lama karena di selipkan dalam plastik holder.
- Kekurangan : Bentuknya cukup besar, tidak keras dan sulit untuk diaplikasikan serta mudah terselip di rak penyimpanan rekam medis.

### Perancangan *Tracer* Alternatif III



**Gambar 3. Perancangan *Tracer* Alternatif III**

Spesifikasi perancangan *tracer* alternatif I yaitu berukuran 23 cm x 12,5 cm, bahan dari plastik keras (*infraboard*), berwarna biru dan berisi keterangan pada bagian atas dicantumkan tulisan “*TRACER RM PUSKESMAS I DENPASAR SELATAN*”, pada bagian bawah dicantumkan tulisan “*SISIPKAN LEMBARAN INI SEBAGAI BERKAS REKAM MEDIS YANG KELUAR*” dan pada bagian sisi bawah kiri terdapat kantong plastik berukuran 10 cm x 7 cm.

- Kelebihan : Bahan mudah didapat, mudah diaplikasikan, untuk bahan sesuai dengan aturan *tracer* secara umum, bentuknya tebal, kuat dan tahan lama karena terbuat dari bahan plastik keras.
- Kekurangan : Harganya cukup mahal sekitar Rp. 30.0000.

### Informasi yang dicantumkan pada Kertas *Tracer*

#### FORM PEMINJAMAN REKAM MEDIS

NO. REKAM MEDIS	:						
NAMA PASIEN	:						
RUANGAN PEMINJAMAN	:						
TGL. PINJAM	:						
TGL KEMBALI	:						
NAMA PEMINJAM	:						
KETERANGAN	:						

**Gambar 4. Form Peminjaman RM**

Spesifikasi perancangan kertas *tracer* yang akan diselipkan di kantong plastik yaitu:

- a. Ukuran : 8 cm x 5 cm
- b. Bahan : Kertas HVS
- c. Warna : Putih
- d. Keterangan : Pengisian informasi yang dibutuhkan pada kertas *tracer* yaitu dengan cara diisi dengan menggunakan spidol/bolpoint hitam (diisi secara manual secara jelas).

## PEMBAHASAN

Puskesmas I Denpasar Selatan merupakan salah satu Puskesmas yang mengoptimalkan pelayanan rekam medis pada fasilitas kesehatan primer. Petugas rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan berjumlah tiga orang dengan pembagian satu orang di bagian Rekam Medis, satu orang di bagian pendaftaran dan satu orang di bagian kasir. Seluruh petugas rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan tidak memiliki latar belakang pendidikan rekam medis. Jumlah berkas rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan yaitu berjumlah 7.051 berkas. Penyimpanan berkas rekam medis dilakukan dengan sistem sentralisasi yaitu penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama pasien dirawat.

Di Puskesmas I Denpasar Selatan pada penyimpanan berkas rekam medis rawat jalan belum ada *tracer* atau petunjuk keluar pengganti berkas rekam medis yang dikeluarkan dari rak penyimpanan (*filing*). Dengan tidak adanya *tracer*, maka masalah yang ditemukan selama ini adalah terjadi *missfile* berkas rekam medis, misalnya berkas rekam medis terselip pada rak penyimpanan, rekam medis tidak kembali ke tempat penyimpanan dan kesalahan letak penomoran rekam medis. Hal ini didukung dengan hasil observasi yaitu terjadinya *missfile*, keberadaan *tracer* sangat dibutuhkan, belum adanya anggaran *tracer* pada tahun 2020 dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang belum ada.

Jenis *tracer* sebagai petunjuk keluarnya rekam medis di bagian *filing* yang baik adalah biasanya ukurannya sama atau sedikit lebih besar dari berkas rekam medis (Rofi'ah, 2015). *Tracer* berperan penting sebagai petunjuk keluar agar tetap berada di *filing* sampai berkas rekam medis yang dipinjam dapat dikembalikan sesuai dengan tempatnya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas rekam medis dan Kepala Puskesmas pada tanggal 3 Agustus 2020, didapatkan hasil kesepakatan antara petugas rekam medis dan peneliti, perancangan *tracer* yang dipilih adalah *tracer* alternatif III dengan ukuran panjang 23 cm dan lebar 12,5 cm, berwarna biru dari bahan (plastik keras) infraboard dan disertai dengan kantong plastik berukuran 10 cm x 7 cm sebagai tempat disisipkannya *form* peminjaman rekam medis. Peneliti akan mencetak sebanyak 50 buah *tracer* rekam medis dan dilengkapi dengan SOP penggunaan *tracer* sebagai bahan pengaplikasian langsung di unit rekam medis Puskesmas I Denpasar Selatan. Hal ini tentunya akan memudahkan petugas dalam memasukkan dan mengeluarkan rekam medis dan dapat mengetahui ketika rekam medis tidak ada pada *filing*.

Menurut Rofi'ah (2015), faktor yang mendukung dalam penggunaan *tracer* pada penyimpanan rekam medis adalah *tracer* merupakan kebutuhan yang harus ada didalam tempat penyimpanan rekam medis. *Tracer* biasanya berwarna mencolok atau kontras dengan warna rekam medis pasien. Pemilihan warna perancangan *tracer* alternatif III pada penelitian ini juga sudah disesuaikan dengan warna rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan yang berwarna oranye dan *tracer* berwarna biru. Dengan adanya *tracer*, petugas akan lebih mudah mengetahui keberadaan rekam medis yang keluar dan mampu mengendalikan terjadinya *missfile*.

Terjadinya kesalahan penyimpanan rekam medis (*missfile*) akan membuat pelayanan kesehatan menjadi kurang efektif dan efisien dan memudahkan petugas dalam mencari berkas rekam medis yang keluar juga merupakan faktor yang mendukung penggunaan *tracer* rekam medis (Rofi'ah, 2015). Pada pelayanan kesehatan, berkas rekam medis memang boleh dipinjam untuk kepentingan tertentu misalnya penelitian, untuk bukti hukum dan sebagainya. Meminjam berkas rekam medis tetap harus menggunakan prosedur yang ada tiap masing-masing instansi pelayanan kesehatan.

## SIMPULAN

Perancangan *tracer* alternatif yang dipilih dan yang sesuai dengan kebutuhan yaitu perancangan *tracer* alternatif III karena paling sesuai dengan ukuran rak penyimpanan berkas rekam medis di Puskesmas I Denpasar Selatan.



## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada DR. Dra Wayan Karthi Suthardjana, MM selaku Ketua Yayasan Kartini Bali beserta jajaran yang telah memberi dukungan bagi peneliti untuk melakukan penelitian sebagai bagian dari Tri Dharma Perguruan Tinggi. Terimakasih pula peneliti ucapkan kepada jajaran Direksi, Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kartini Bali atas masukan dan saran yang sangat membantu dalam kesempurnaan penelitian ini. Ucapan yang sama pula peneliti sampaikan kepada tempat penelitian yaitu Puskesmas I Denpasar Selatan atas kerjasama, dukungan dan arahan sehingga penelitian ini dapat diwujudkan.

## DAFTAR PUSTAKA

Bappenas. (2018). *Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas*. Cetakan I. Jakarta.

Hani, U. (2017). *Perancangan Tracer pada Bagian Filing untuk Meminimalisir Terjadinya Missfile di Puskesmas Depok III Sleman*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Tani. Yogyakarta.

Mardyawati, E. (2016). *Pelaksanaan Sistem Penyimpanan Rekam Medis Family Folder di Puskesmas Bayan Lombok Utara*. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.

Moelong dan Lexy, J. (2014). *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya. Bandung.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. Jakarta.

Pujilestari, A. (2016). *Pelaksanaan Penyimpanan Berkas Rekam Medis Berdasarkan Unsur Manajemen 5M di RSKIA Permata Bunda Yogyakarta*. Universitas Muhamaddiyah. Surakarta.

Rofi'ah, Janatun. (2015). *Perencanaan Penggunaan Tracer (Outguide) pada Unit Penyimpanan Rekam medis di RSUD Kebumen*. Politeknik Dharma Patria Kebumen.

# **PKM Peningkatan Pengetahuan Kelompok Bidan Praktek Mandiri tentang *Electronic Integrated Antenatal Care* di Kebon Jeruk, Jakarta Barat**

**Hosizah<sup>1</sup>, Noor Yulia<sup>2</sup>, Yunita Fauzia A<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul

<sup>2</sup>Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul

<sup>3</sup>Program Studi Sistem Informasi, Fakultas Ilmu Komputer Universitas Esa Unggul

E-mail: [hosisah@esaunggul.ac.id](mailto:hosisah@esaunggul.ac.id)

## ***Abstract***

*In 2015, The Indonesian Maternal Mortality Rate (MMR) was 305 per 100,000 live births. This is the highest compared to other Asean countries. Midwives are one of the workforces who have an important and strategic role, especially in reducing MMR and IMR. Nowadays in Indonesia, Midwives must complete several forms to document provision of integrated ANC, including basic medical records, detailed pregnancy-related information on a document known as a "Mother Card," the "Mother and Child Health Handbook" (a record provided to the mother), public health reporting forms used for local and national monitoring (known as "Mother Cohort" forms), and district health reports. Data on these paper forms are often incomplete and/or inaccurate, thus limiting possibilities for quality improvement analyses. This condition occurred at an independent practice midwives (BPM) in Kebon Jeruk, West Jakarta. In accordance with the the research results that have succeeded in designing a web-based application known as Electronic Integrated Antenatal Care (e-iANC) which can be accessed through [www.e-ianc.net](http://www.e-ianc.net). This community partnership program (PKM) aimed to improve the quality of antenatal care (ANC) by digitizing ANC Data Recording and Reporting at BPM Kebon Jeruk, West Jakarta. Total PKM partners are four BPM with a total of six midwives by Indonesian Midwives Association recommendation. Our activities include the training and technical guidance on the use of e-iANC. The training was conducted virtually on 25 July-1 August 2020 through three stages, the first: introduction to the features and functions of e-iANC, the second: data entry in the Master Patient Index and e-Admission, and the third: pregnancy risks screening and ANC reporting. To evaluate the effectiveness of the training, a pre-post test was conducted for six participants of the four BPM. The Wilcoxon test indicated that the pre-post test results was a significant increase on partners' knowledge about e-iANC ( $p\text{-value} = 0.046 < 0.05$ ). It will facilitate the PKM team to provide technical guidance for partners.*

**Keywords:** AKI, Pelayanan Antenatal (ANC), Bidan, Electronic Integrated Antenatal Care (e-iANC)

## **Abstrak**

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini tertinggi jika dibandingkan dengan negara Asean lainnya. Bidan merupakan satu di antara tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan AKI dan AKB. Saat ini di Indonesia bidan dalam melakukan ANC harus mencatat pada beberapa formulir yaitu kartu ibu (rekam medis), buku KIA, register Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), kohort ibu, dan laporan KIA, laporan imunisasi TT, dan laporan rujukan ANC. Kondisi ini dialami oleh bidan praktek mandiri (BPM) di Kebon Jeruk Jakarta Barat. Sejalan dengan hasil penelitian telah berhasil dirancang suatu aplikasi berbasis web dikenal dengan *Electronic Integrated Antenatal Care* (e-iANC) yang dapat diakses melalui [www.e-ianc.net](http://www.e-ianc.net), maka program kemitraan masyarakat (PKM) ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan antenatal (ANC) dengan Digitalisasi Pencatatan dan Pelaporan Data ANC di BPM Kebon Jeruk Jakarta Barat. Mitra PKM sebanyak 4 BPM dengan total 6 orang bidan atas rekomendasi dari IBI Wilayah Kebon Jeruk. Beberapa kegiatan dalam PKM yaitu memberikan pelatihan dan bimbingan teknis penggunaan e-iANC. Pelatihan dilakukan secara virtual pada bulan 25 Juli -1 Agustus 2020 melalui tiga tahap yaitu, tahap pertama: pengenalan fitur dan fungsi e-iANC, tahap kedua: entry data dalam *Master Patient Index* dan *e-Admission*, dan tahap ketiga: skrining risiko kehamilan dan pelaporan ANC. Untuk mengetahui efektivitas pelatihan telah dilakukan pengukuran hasil *pre-post test* kepada peserta sebanyak enam orang dari empat BPM. Hasil *pre-post test*

dengan uji Wilcoxon menunjukkan ada peningkatan secara signifikan pengetahuan mitra tentang e-iANC ( $p\text{-value}=0,046<0,05$ ). Hal ini akan mempermudah tim PKM dalam memberikan bimbingan teknis bagi mitra.

**Kata kunci:** AKI, Pelayanan Antenatal (ANC), Bidan, *Electronic Integrated Antenatal Care (e-iANC)*

## PENDAHULUAN

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan AKI dan AKB. Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya. Salah satu lingkup pelayanan bidan adalah pelayanan antenatal atau sering dikenal dengan ANC<sup>3,4,5</sup>.

Saat ini pencatatan hasil ANC dilakukan dalam format kertas (*paper-based*) dan kualitas data masih sangat lemah, sehingga data tidak dapat dianalisis untuk peningkatan kualitas ANC. Di lapangan, banyak laporan-laporan bidan terhadap pendataan ibu hamil penuh dengan manipulasi. Hasil penelusuran laporan ANC ternyata data yang dilaporkan oleh bidan mengenai cakupan pelayanan ANC justru amat tinggi dibandingkan dengan survei yang dilakukan oleh Riskesdas. Laporan ANC sering direkayasa hanya untuk mencapai target tertentu dari Kementerian Kesehatan. Berdasarkan eksplorasi kebutuhan bidan di lima Kab/Kota Provinsi Jawa Timur terdapat kebutuhan pencatatan data ANC secara elektronik atau *Electronic Integrated ANC* dengan menggunakan konsep *Electronic Medical Record*<sup>6</sup>.

*Electronic Medical Records (EMR)* belum banyak digunakan karena masih dipersepsikan sulit diterapkan. Hasil survei global *eHealth* oleh WHO dan Bank Dunia diketahui bahwa Negara Afrika dan Asia Tenggara paling tinggi (di atas 90%) penggunaan data individu pasien dalam format kertas. Negara dengan penghasilan tinggi lebih banyak mengadopsi sistem EMR<sup>7,8,9</sup>.

Saat ini pencatatan hasil pemeriksaan antenatal terpadu masih sangat lemah, sehingga data tidak dapat dianalisa untuk peningkatan kualitas pelayanan antenatal<sup>3</sup>. Hasil penelitian diketahui bahwa bidan dalam melakukan ANC harus mencatat pada beberapa formulir yaitu kartu ibu (rekam medis), buku KIA, register Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), kohort ibu, dan laporan KIA, laporan

imunisasi TT, dan laporan rujukan ANC. Dari 40 data ANC tersedia kartu ibu hanya 15 (37,5%). Dari total 15 kartu ibu hanya 5 (33,3%) tercatat dalam Kohort Ibu. Hasil analisis kelengkapan informasi kesehatan bumil dalam kartu ibu dari total 15 sampel diperoleh 100% tidak tercantum nama petugas pemberi pelayanan antenatal, hanya sebesar 20% yang tercantum paraf petugas sedangkan 80% tidak ada paraf. Sebagian besar (93,3%) tidak ada nomor rekam medis atau nomor indeks dan 73,3% tidak terdapat hasil asuhan kebidanan (SOAP).

Hasil analisis kebutuhan pada bidan perlu adanya suatu pencatatan dan pelaporan secara elektronik. *Electronic Integrated Antenatal Care (e-iANC)* merupakan aplikasi yang dirancang untuk digunakan bidan dalam manajemen data dan informasi pelayanan antenatal (ANC) secara elektronik dan merupakan luaran dari penelitian<sup>10</sup>. Merek e-iANC sudah tercatat di Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual (DJKI) melalui nomor IDM000641767 tanggal 13 Mei 2019. Aplikasi e-iANC dikembangkan berbasis web dan dapat diakses pada [www.e-ianc.net](http://www.e-ianc.net). Berdasarkan hasil uji coba e-iANC kepada bidan di BPM, dari total 30 sampel diketahui 100% bidan sangat tertarik untuk menggunakannya di BPM. Di antara sampel adalah BPM Ny Imas berlokasi di Sukabumi Utara Kebon Jeruk Jakarta Barat. BPM Ny Imas merupakan salah satu dari total sekitar 15 bidan yang berada di Kebon Jeruk Jakarta Barat.

Selain kondisi di atas beberapa permasalahan yang terjadi di BPM Calon Mitra PKM sebagai berikut:

1. Pengumpulan data pelayanan antenatal dilakukan secara manual atau berbasis kertas. Bidan mencatat data pelayanan antenatal dalam berbagai format seperti rekam medis, kartu ibu, kohort ibu dan register pelayanan antenatal sehingga terjadi *redundancy*. Keadaan ini mengakibatkan kelambatan dalam melakukan pengumpulan data dan kemungkinan besar hasil data yang dikumpulkan menjadi tidak lengkap dan tidak akurat.
2. Skrining risiko kehamilan lambat terdeteksi diakibatkan pencatatan yang tersebar di berbagai catatan antenatal. Hal ini

menyebabkan keterlambatan dalam intervensi penanganan terhadap ibu hamil.

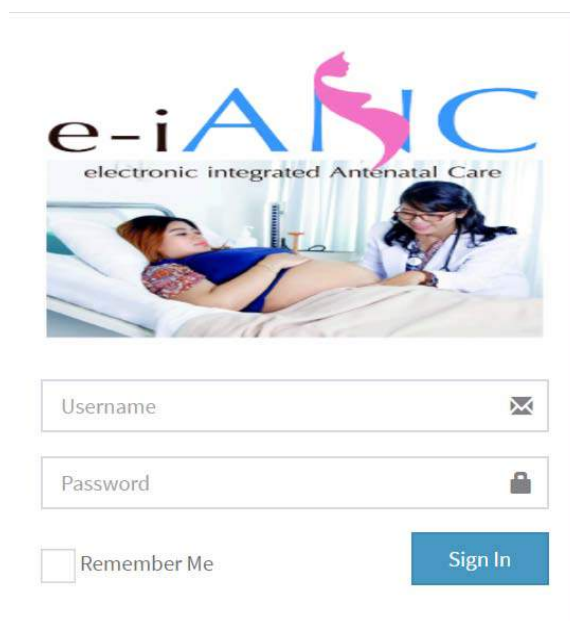
3. Kebutuhan kartu ibu untuk memasukan data pelayanan antenatal sering tidak tersedia atau tidak mencukupi. Para bidan memiliki waktu terbatas dalam hal pengelolaan data dan belum memanfaatkan komputer untuk pengolahan, penyimpanan dan keamanan data pelayanan antenatal serta kepentingan pembuatan basis data.
4. Proses pengolahan dan penghitungan indikator PWS KIA (ANC) dilakukan secara manual oleh bidan desa dan bidan koordinator sehingga terjadi kesalahan dalam perhitungan yang akan menyebabkan kesalahan dalam analisis dan interpretasi.
5. Hasil pencatatan data dan laporan disimpan dalam bentuk *paper based* mengakibatkan pencarian kembali data yang dibutuhkan memerlukan waktu yang lama dan terjadi penumpukan arsip data dari tahun sebelumnya.
6. Informasi disajikan dalam bentuk tabel, tidak lengkap, tidak tepat waktu, tidak relevan, tidak akurat.
7. Pengambilan keputusan terhadap hasil PWS-KIA (ANC) sering terlambat dan kurang mengena pada sasaran/skala prioritas.

Tujuan program kemitraan masyarakat (PKM) yaitu meningkatkan kualitas pelayanan antenatal (ANC) dengan Digitalisasi Pencatatan dan Pelaporan Data ANC di BPM Kebon Jeruk Jakarta Barat.

### Tinjauan teori

#### *Electronic Integrated Antenatal Care*

Electronic Integrated Antenatal Care (e-iANC) adalah aplikasi sistem informasi berbasis web yang dapat digunakan oleh bidan dalam manajemen data dan informasi ANC, dengan hanya satu kali entry data ANC bidan dapat mengakses informasi kesehatan individual dan aggregate secara real-time (Hosizah, Kuntoro, Basuki 2015). Aplikasi e-iANC dapat diakses pada [www.e-ianc.net](http://www.e-ianc.net) seperti dalam gambar 1.



**Gambar 1. Fitur Login e-iANC**

Pelayanan antenatal atau antenatal care disingkat dengan ANC adalah pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menegakkan secara dini komplikasi kehamilan, dan menetapkan risiko kehamilan. ANC mempunyai tujuan agar kehamilan dan persalinan berakhir dengan: Ibu atau Janin dalam kondisi selamat selama kehamilan, persalinan, dan nifas tanpa trauma fisik maupun mental yang merugikan; Bayi dilahirkan hidup sehat, menangis keras; Ibu sanggup merawat dan memberi ASI kepada bayinya; Suami istri telah ada kesiapan dan kesanggupan untuk mengikuti keluarga berencana setelah kelahiran bayinya<sup>3,9</sup>.

Pelayanan antenatal terdiri dari: Anamnesa; Pemeriksaan; Penanganan dan Tindak Lanjut Kasus; Pencatatan Hasil Pemeriksaan Antenatal Terpadu dan Komunikasi, Informasi dan Edukasi<sup>3</sup>.

- 1) Anamnesa Dalam melakukan anamnesa, perlu diperhatikan: menanyakan keluhan atau masalah yang dirasakan oleh ibu saat ini; menanyakan tanda-tanda penting terkait dengan masalah kehamilan; menanyakan status kunjungan, riwayat kehamilan, persalinan sebelumnya dan riwayat penyakit; menanyakan status imunisasi TT; menanyakan jumlah tablet tambah darah (Fe) yang dikonsumsi; menanyakan obat-obat yang dikonsumsi; tanyakan gejala malaria dan riwayat pemakaian obat (daerah endemis); di daerah risiko IMS tanyakan gejala IMS dan riwayat penyakit

pada pasangannya; menanyakan pola makan; menanyakan kesiapan menghadapi persalinan dan menyikapi kemungkinan terjadinya komplikasi dalam kehamilan.

- 2) Pemeriksaan Pemeriksaan dalam pelayanan antenatal terpadu, meliputi berbagai jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis (kejiwaan) ibu hamil.
- 3) Penanganan dan Tindak Lanjut Kasus Berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan laboratorium atau penunjang lainnya, dokter menegakkan diagnosa kerja atau diagnosa banding, sedangkan bidan atau perawat dapat mengenali keadaan normal dan keadaan bermasalah atau tidak normal pada ibu hamil.
- 4) Pencatatan hasil pemeriksaan antenatal Pencatatan hasil pemeriksaan merupakan bagian dari standar pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas. Setiap kali pemeriksaan tenaga kesehatan wajib mencatat hasilnya pada rekam medis, kartu ibu dan buku KIA.
- 5) Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) yang efektif KIE yang efektif termasuk konseling merupakan bagian dari pelayanan antenatal terpadu yang diberikan sejak kontak pertama untuk membantu ibu hamil dalam mengatasi masalahnya.

## METODE

Berdasarkan uraian masalah yang terjadi pada mitra di BPM Kebon Jeruk Jakarta Barat akan dilakukan program dengan tahapan sebagai berikut:

Permasalahan Prioritas Mitra	Langkah-langkah Solusi dan Metode melalui:
1. Pengumpulan data pelayanan antenatal dilakukan secara manual (kertas). Bidan mencatat data pelayanan antenatal dalam berbagai format seperti rekam medis, kartu ibu, kohort ibu dan register pelayanan antenatal sehingga terjadi <i>redundancy</i> .	<b>1. Fasilitasi Pelatihan,</b> <b>2. Bimbingan Teknis, dan</b> <b>3. Pendampingan</b>  Peningkatan Kualitas ANC dengan e-iANC di kelompok Bidan Praktek Mandiri di Sukabumi Utara mencakup:  <b>1. Digitalisasi Pencatatan:</b> 1) <i>Master Patient Index</i>

2. Skrining risiko kehamilan lambat terdeteksi diakibatkan pencatatan yang tersebar di berbagai catatan antenatal. 3. Kebutuhan kartu ibu untuk memasukan data pelayanan antenatal sering tidak tersedia atau tidak mencukupi. 4. Proses pengolahan dan penghitungan indikator PWS KIA (ANC) dilakukan secara manual oleh bidan koordinator. 5. Hasil pencatatan data dan laporan disimpan dalam bentuk <i>paper based</i> mengakibatkan pencarian kembali membutuhkan waktu yang lama dan terjadi penumpukan arsip data dari tahun sebelumnya. 6. Informasi disajikan dalam bentuk tabel, tidak lengkap, tidak tepat waktu, tidak akurat. 7. Pengambilan keputusan terhadap hasil PWS-KIA (ANC) sering terlambat dan kurang mengena pada sasaran/skala prioritas.	2) <i>E-Admission Records</i> (Anamnesis, Pemeriksaan fisik, KIE) 3) Laboratorium 4) Penatalaksanaan 5) Diagnosis 6) Disposisi  <b>2. Skrining Risiko Kehamilan,</b> 1) Risiko KEK 2) Risiko CPD 3) Risiko Anemia 4) Grafik Pertumbuhan Berat Badan Ibu Hamil berdasarkan IMT sebelum hamil 5) Risiko Kehamilan dengan menggunakan Skor Poedji Rochjati terdiri dari: Kehamilan Risiko Rendah, Kehamilan Risiko Tinggi, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi.  <b>3. Pelaporan ANC,</b> 1) Kohort Ibu 2) Kohort ANC 3) Laporan PWS 4) Laporan Bulanan Puskesmas
---	--

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Tahapan Pelaksanaan Kegiatan Program Kemitraan Masyarakat (PKM)

Pada awalnya kegiatan PKM mencakup fasilitasi pelatihan, bimbingan teknis dan pendampingan mitra akan diselenggarakan secara tatap muka mulai bulan April 2020. Adanya pandemi *coronavirus disease* (Covid-19) dan pemberlakuan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam rangka percepatan penanganan Covid-19 pada 31 Maret 2020 menyebabkan tertunda sehingga dapat dimulai pada bulan Juli 2020 secara daring (virtual). Namun koordinasi dengan mitra sudah dilakukan sejak awal bulan April 2020.



Pelatihan penggunaan e-iANC dilakukan secara bertahap seperti dalam gambar 2 terdiri dari tiga tahap yaitu tahap I tentang fitur dan fungsi e-iANC, tahap II tentang entry data pada master patient index (MPI) dan electronic admission (e-Admission), dan tahap III tentang skrining risiko dan pelaporan ANC.



**Gambar 2. Tahapan Pelatihan Penggunaan e-iANC**

Kegiatan PKM seperti dalam gambar 3 berupa pelatihan penggunaan e-iANC dimulai dengan pengenalan fitur dan fungsi, entry data dalam master patient index dan menampilkan skrining risiko kehamilan sampai dengan laporan bulanan ANC di BPM. Pelatihan secara virtual diikuti oleh 7 orang mitra terdiri dari 5 orang bidan BPM, 1 orang Bidan Koordinator (Bikor) Puskesmas Kebon Jeruk, dan 1 orang bidan sebagai Ka. Ikatan Bidan Indonesia Cabang Kebon Jeruk Jakarta Barat.



**Gambar 3. Pelatihan Penggunaan e-iANC**

Modul pelatihan seperti dalam gambar 4 telah disiapkan dengan baik oleh tim agar mudah dipahami oleh mitra. Modul pelatihan telah memperoleh sertifikat e-hak cipta melalui nomor pendaftaran EC00202026746, tanggal 7 Agustus 2020 dan nomor pencatatan 000197793.



Untuk mengukur efektivitas kegiatan pelatihan telah dilakukan pengukuran hasil evaluasi berupa *pre-post test* (sebelum dan sesudah) pelatihan dengan 10 pertanyaan soal pilihan ganda (*multiple choice*).

Bimbingan teknis telah dilakukan kepada beberapa mitra BPM meliputi cara melakukan entry data, menampilkan skrining risiko kehamilan sampai dengan pembuatan laporan BPM yang akan dikirim ke puskesmas.

## 2. Profil Mitra Program Kemitraan Masyarakat

### 1) BPM Ny Imas Supriyati



**Gambar 5. BPM Ny Imas Supriyati**

BPM ini beroperasi sejak tahun 1997, dengan jumlah bidan sebanyak 4 orang. Rata-rata kunjungan ANC sebanyak 25 orang per minggu.

2) PMB atau BPM Sutjiati



**Gambar 6. BPM Sutjiati**

BPM ini beroperasi sejak tahun 1999, dengan jumlah bidan sebanyak 3 orang. Rata-rata kunjungan ANC sebanyak 32 orang per minggu.

3) PMB (BPM) Rinawati



**Gambar 7. BPM Rinawati**



**Gambar 8. BPM Maya Novianti**

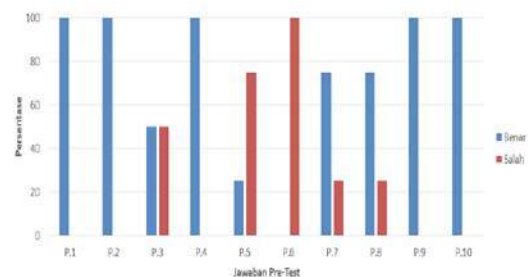
BPM ini beroperasi sejak tahun 2015, dengan jumlah bidan sebanyak 1 orang. Rata-rata kunjungan ANC sebanyak 16 orang per minggu.

**3. Peningkatan Pengetahuan Mitra tentang *Electronic Integrated Antenatal Care (e-iANC)***

Pelatihan diikuti oleh 7 orang bidan terdiri dari 5 orang bidan praktek dari 4 BPM, 1 orang Bidan Koordinator Puskesmas Kebon Jeruk dan 1 orang bidan Ketua IBI Wilayah Kebon Jeruk. Peningkatan kemampuan mitra diukur saat pelaksanaan pelatihan penggunaan e-iANC melalui tes sebelum dan sesudah pelatihan (*pre-post test*). Pertanyaan yang diberikan dalam bentuk pilihan ganda melalui *google form*.

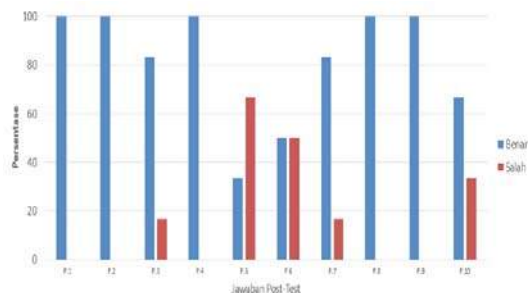
Dari total 7 orang peserta pelatihan, 1 orang Ka. IBI Wilayah Kebon Jeruk tidak mengikuti evaluasi. Dari 6 orang peserta lainnya pada saat *pre-test* terkumpul jawaban sebanyak 4 orang yang berhasil menjawab, 2 orang lainnya tidak bisa mengakses karena adanya kendala koneksi internet pada awal kegiatan. Pada saat post-test terkumpul jawaban lengkap sebanyak 6 orang.

Hasil evaluasi pengetahuan mitra tentang e-iANC dapat dilihat pada gambar 9, 10 dan 11 berikut ini.



**Gambar 9. Distribusi Jawaban *Pre-Test***

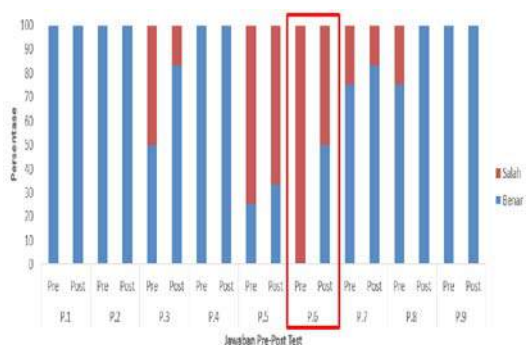
Pada gambar 9, hasil pre-test diolah dan dianalisis dari total 4 jawaban. Total 4 orang peserta atau sebanyak 100% menjawab benar pada 5 atau 50% pertanyaan yang diberikan yaitu pertanyaan nomor 1, 2, 4, 9 dan 10. Hanya 1 satu pertanyaan dijawab salah oleh semua peserta yaitu pertanyaan nomor 5. Hal ini menunjukkan bahwa secara umum e-iANC sangat mudah dipahami oleh penggunanya.



**Gambar 10. Distribusi Jawaban Post-Test**

Pada gambar 10, hasil pre-test diolah dan dianalisis dari total 6 jawaban. Total 6 orang peserta atau sebanyak 100% menjawab benar pada 5 atau 50% pertanyaan yang diberikan yaitu pertanyaan nomor 1, 2, 4, 8 dan 9. Semula pertanyaan nomor 6 dijawab salah oleh semua peserta, sedangkan pada post-test jawaban benar 50% dan jawaban salah 50%. Secara umum jawaban benar lebih banyak dibandingkan dengan jawaban salah, kecuali pada pertanyaan nomor 5. Walaupun pelatihan dilakukan secara virtual hasil menunjukkan adanya perubahan pengetahuan tentang e-iANC.

Untuk mengetahui lebih lanjut perubahan hasil pre-post test dapat dilihat pada gambar 10 berikut ini.



**Gambar 11. Perbandingan Hasil Pre-Post Test Peserta PKM**

Secara umum dalam gambar 11 hasil *pre-test* lebih rendah jika dibandingkan dengan hasil *post test*. Artinya dapat diduga adanya pelatihan penggunaan e-iANC efektif untuk meningkatkan pengetahuan mitra. Untuk menguji hipotesis ini perlu dilakukan uji statistik.

Pengujian statistik pada perubahan skor diatas dilakukan dengan uji Wilcoxon. Pengolahan

dan analisis data hanya dilakukan pada 4 jawaban yang tersedia atau jawaban dari peserta yang mengikuti *pre-post test*. Hasil uji Wilcoxon sebagai berikut:

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Skor Post Test - Skor Pre Test	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00
	Positive Ranks	4 <sup>b</sup>	10.00
	Ties	0 <sup>c</sup>	
	Total	4	

a. Skor Post Test < Skor Pre Test

b. Skor Post Test > Skor Pre Test

c. Skor Post Test = Skor Pre Test

Dalam tabel “Ranks” di atas dapat dilihat dari total jawaban yang tersedia, semua jawaban *post test* lebih besar dari skor *pre-test*. Skor *post-test* yang lebih kecil atau sama dengan *pre-test* tidak ada atau nilai=0.

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Skor Post Test - Skor Pre Test
Z	-2.000 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.046

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,046$  artinya lebih kecil dari  $\alpha=0,05$  ( $p\text{-value}<0,05$ ), sehingga hal ini dapat disimpulkan ada perubahan signifikan pada pengetahuan peserta atau mitra tentang penggunaan e-iANC.

## SIMPULAN

Program Kemitraan Masyarakat diikuti oleh 6 orang bidan dari 4 Bidan Praktek Mandiri (BPM) Kebon Jeruk Jakarta Barat. Ikatan Bidan Indonesia (IBI) khususnya wilayah Kebon Jeruk sangat mendukung adanya digitalisasi pencatatan dan pelaporan data ANC. Ada peningkatan secara signifikan pengetahuan bidan tentang e-iANC ( $p=0,046<\alpha$ ). e-iANC dapat membantu dan mempermudah pencatatan data ANC di BPM. Perlu regulasi dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta untuk memperkuat penggunaan e-iANC di BPM.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih kepada para mitra dan DRPM BRIN yang telah mendanai Program Kemitraan Masyarakat (PKM) tahun 2020.



## DAFTAR PUSTAKA

- Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH), and ICF International. 2013. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.
- Menteri Kesehatan RI. Agenda *Sustainable Development Goals* (SDGs) disampaikan dalam Rakerkesnas. Jakarta 31 Maret 2016. Artikel elektronik diakses 21 Mei 2017 <http://www.depkes.go.id/article/print/16040400006/menkes-sampaikan-agenda-sdgs-dalam-rakerkesnas-2016>
- Azwar Asrul, 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan-edisi ketiga*, Binarupa Aksara, Ciputat-Tangerang.
- Kementerian Kesehatan RI, Dirjen Bina Gizi dan KIA, Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2013. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu-Edisi Kedua*.
- Rochjati P. (2011) *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil: Pengenalan Faktor Risiko Edisi 2: Deteksi Dini Ibu Hamil Risiko Tinggi*. Surabaya: Airlangga Press
- Hosizah, Kuntoro, Basuki H. (2015) *Perancangan Sistem Informasi Pelayanan Antenatal Terpadu (SIPAT)*. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia (MKMI), Volume 11, Nomor 3, September 2015.
- World Health Organization (WHO). 2012. *Management of Patient Information: Trends and Challenges in Member States: based on the findings of the second global survey on eHealth*. Global Observatory for eHealth Series-Volume 6.
- United States Department for Health and Human Services. (2012) *Electronic medical records*. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology, United States Department for Health and Human Services ([http://healthit.hhs.gov/portal/server.pt/community/electronic\\_medical\\_records/1219/home/15591](http://healthit.hhs.gov/portal/server.pt/community/electronic_medical_records/1219/home/15591)), disitasi 29 Maret 2017
- Kementerian Kesehatan RI, Surat Keputusan No.192/Menkes/SK/VI/2012 tentang ROADMAP Rencana Aksi Penguatan Sistem Informasi Kesehatan diakses 29 Maret 2015 <http://depkes.go.id/downloads/RoadMapSIK.PDF>
- Hosizah M, Hochheiser H, Kuntoro, Basuki N. *Exploring Midwives' Need and Intention to Adopt Electronic Integrated Antenatal Care*. Journal Perspectives in Health Information Management. Winter 2018

# Hubungan Literasi Penggunaan Internet dengan Minat Pasien terhadap Pendaftaran Online di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang

Najihah Rosalina<sup>1</sup>, Kuncoro Mubyarto<sup>2</sup>, Enny Rachmani<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

E-mail: <sup>1</sup>[422201702118@mhs.dinus.ac.id](mailto:422201702118@mhs.dinus.ac.id)

<sup>2</sup>[422201501618@mhs.dinus.ac.id](mailto:422201501618@mhs.dinus.ac.id), <sup>3</sup>[enny.rachmani@dsn.dinus.ac.id](mailto:enny.rachmani@dsn.dinus.ac.id)

## Abstract

*Health is an important asset for every individual, access to health information via the internet can be done with just a hand. Based on the initial survey in November 2017 in Semarang, at least four Primary Healthcare Center (PHC) was appointed to apply for online registration and the Kedungmundu PHC were not included in it. Kedungmundu PHC still used a manual registration system so patients have to wait a long queue. This research was conducted with a descriptive quantitative approach with the analytical survey method. In the observation, the researcher used a modified questionnaire from CEW (computer-email-web) as a research instrument. And the object of this study was the patients who register at Kedungmundu PHC Semarang. The results showed that most of the patients had cell phones (92%), namely 79% connected to the internet and 52% of patients who had computers, with only 43% connected to the internet. Patients' interest in online registration was quite high (72%). However, the patient's literacy level was still at a moderate level (45%) and the patient's behavior in using the internet has not been able to support internet use. Most of the patients only access the internet browser 0-1 hours/week (19%). The PHC must conduct socialization to increase patient understanding of computers and the internet.*

**Keywords:** Health Information System, Internet Use Literacy, Online Registration

## Abstrak

Kesehatan merupakan aset yang penting bagi setiap individu, akses informasi kesehatan melalui media internet dapat dilakukan hanya dengan genggaman tangan. Berdasarkan survei awal November 2017 di Kota Semarang sedikitnya hanya empat puskesmas yang ditunjuk untuk menerapkan pendaftaran online dan Puskesmas Kedungmundu tidak termasuk di dalamnya. Puskesmas Kedungmundu masih menggunakan sistem pendaftaran secara manual sehingga pasien harus menunggu antrian cukup lama. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif yang bersifat deskriptif dilakukan dengan metode survey analitik. Dalam kegiatan observasi, peneliti menggunakan kuesioner modifikasi dari CEW (*computer-email-web*) sebagai instrumen penelitian. Dan objek dari penelitian ini adalah pasien yang mendaftar di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pasien memiliki *mobilephone* (92%) dengan (79%) tersambung internet dan yang memiliki *computer* (52%) dengan hanya (43%) yang tersambung internet. Minat pasien terhadap pendaftaran *online* sudah cukup tinggi (72%). Namun, tingkat literasi pasien masih pada taraf medium (45%) dan perilaku pasien dalam penggunaan internet belum dapat menunjang penggunaan internet. Paling banyak (19%) pasien hanya mengakses internet browser 0-1jam/minggu. Puskesmas harus melakukan sosialisasi guna meningkatkan pemahaman pasien terhadap komputer dan internet.

**Kata kunci:** Sistem Informasi Kesehatan, Literasi Penggunaan Internet, Pendaftaran Online

## PENDAHULUAN

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi, dalam hal ini internet telah menjadi sumber informasi yang populer dikalangan masyarakat.(Nurjanah, Rusmana, & Yanto, 2017) Informasi yang berkembang pesat diakibatkan

kebutuhan manusia yang semakin kompleks dan tingginya tingkat kebermanfaatan dari teknologi itu sendiri.(Ekowati, 2003)

Puskesmas telah menjadi lembaga pelayanan masyarakat yang membutuhkan teknologi informasi dengan menggunakan media digital yang

terjamin dan cermat, serta cukup memuaskan untuk memajukan pelayanan terhadap pasien.

Reformasi birokrasi oleh pemerintah pada dasarnya bertujuan mengubah suatu tatanan kelembagaan dan sumber daya manusia sesuai dengan kebutuhan zaman yang diselenggarakan.(Akny, 2014) Birokrasi publik dituntut memberikan pelayanan kepada publik secara profesional, efektif, sederhana, transparan, tepat waktu, responsif dan adaptif serta mampu membangun kualitas manusia(Cahyadi, 2016)

Dengan adanya *e-government*, pemerintah secara efektif dan efisien memanfaatkan teknologi demi memajukan mutu pelayanan bagi masyarakat. (Sosiawan, 2015) Salah satu inovasinya dengan membuat pendaftaran online di suatu pelayanan kesehatan.

*E-Health* atau disebut elektronik kesehatan merupakan salah satu inovasi pelayanan kesehatan yang bertujuan memudahkan masyarakat yang akan datang ke Puskesmas untuk mendaftar secara *online*.(Sa'idah, 2017)

Dengan adanya teknologi, informasi kesehatan dapat diakses melalui genggaman tangan. (Dewi, Janitra, & Aristi, 2018) Maka dari itu, pemahaman mengenai teknologi informasi sangat penting untuk menunjang keberlangsungan akses informasi kesehatan melalui media digital.

Isu literasi digital telah mengemuka terutama dari segi efek atas konsumsi media dan menjadi kajian penting dalam berbagai bidang ilmu. Mengingat pemanfaatan media digital yang semakin meluas di berbagai bidang kehidupan dan lapisan masyarakat. Kemudahan pemanfaatan teknologi digital semestinya dibarengi dengan kesiapan dan kesadaran masyarakat dalam menggunakan teknologi informasi.

Literasi diartikan sebagai 'melek', mengacu pada ketrampilan maupun kompetensi menuju praktik sosial dengan kemampuan membaca maupun memahami teks(Dewi et al., 2018) serta kemampuan teknik dalam aktifitas informasi dan komunikasi melalui media.(Imran, 2010)

Berkaitan dengan kompetensi media tersebut, kemampuan individu untuk melihat dunia secara kritis, reflektif dan independen, serta bertanggung jawab dalam menggunakan media merupakan

sarana ekspresi yang kreatif kreatif untuk menunjang kompetensi.(Setiawan, Abdulkarim, & Nugraha, n.d.)

Pada saat ini pemerintah telah membuat suatu sistem baru yaitu sistem pendaftaran *online*, dengan sistem tersebut diharapkan dapat memudahkan pasien dalam melakukan pendaftaran *online* ketika akan melakukan pengobatan di sebuah pelayanan kesehatan, salah satunya puskesmas.

Berdasarkan survei awal November 2017 di Kota Semarang sedikitnya hanya empat puskesmas yang ditunjuk untuk menerapkan pendaftaran *online* dan Puskesmas Kedungmundu tidak termasuk didalamnya. Puskesmas Kedungmundu masih menggunakan sistem pendaftaran secara manual. Pasien harus mengambil nomor antrian tiga kali, kemudian petugas mengisi formulir pendaftaran untuk pasien baru dan mencari rekam medis pasien lama sehingga pasien harus menunggu petugas puskesmas mengambil rekam medis.(Mubyarto, 2018) Dengan begitu, Puskesmas Kedungmundu akan menerapkan pendaftaran *online* guna mempercepat pelayanan kepada pasien.

Namun, untuk proses penerapan di Puskesmas Kedungmundu sendiri masih belum diketahui seberapa tingkat literasi pasien terhadap penggunaan internet, padahal hal tersebut penting untuk diketahui guna menunjang penerapan pendaftaran *online*.

Berkaitan dengan uraian yang telah dijelaskan diatas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana tingkat literasi atau pemahaman internet pasien terhadap minat pendaftaran online di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang.

## METODE

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan kuantitatif yang bersifat deskriptif dengan metode survey analitik. Lokasi penelitian berada di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang. Dalam kegiatan observasi, peneliti menggunakan kuesioner modifikasi dari CEW (*computer-email-web*) sebagai instrumen penelitian(Bunz, 2004). Dan objek dari penelitian ini adalah pasien yang mendaftar di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang.

## HASIL

**Tabel 1. Karakteristik Pasien**

No	Variabel	Distribusi Responden	Frekuensi	Persentase%
1.	Umur	<17 Tahun	7	7.0
		17-24 Tahun	25	25.0
		25-34 Tahun	34	34.0
		35-49 Tahun	19	19.0
		50-64 Tahun	14	14.0
		>65 Tahun	1	1.0
2.	Jenis Kelamin	Pria	42	42.0
		Wanita	58	58.0
3.	Pekerjaan	Usaha sendiri	14	14.0
		Wiraswasta tidak tetap	17	17.0
		Wiraswasta tetap	11	11.0
		Karyawan/buruh	32	32.0
		Pekerja keluarga	8	8.0
		Lain-lain	18	18.0
4.	Pendidikan Terakhir	Tidak Lulus SD	1	1.0
		SD	11	11.0
		SMP/MI	12	12.0
		SMA/MA	42	42.0
		Diploma	14	14.0
		Sarjana	17	17.0
		Magister	3	3.0
5.	Kepemilikan <i>Mobilephone</i>	Ya	92	92.0
		Tidak	8	8.0
6.	Kepemilikan Komputer/Notebook	Ya	52	52.0
		Tidak	48	48.0
7.	Mobilephone selalu tersambung internet	Tidak diisi	7	7.0
		Ya	79	79.0
		Tidak	14	14.0
8.	Komputer selalu tersambung internet	Tidak diisi	48	48.0
		Ya	43	43.0
		Tidak	9	9.0
9.	Pernah mengikuti kelas komputer/ internet	Tidak diisi	29	29.0
		Ya	22	22.0
		Tidak	49	49.0
10.	Pemahaman tentang komputer	Tidak diisi	29	29.0
		Kurang	6	6.0
		Cukup	30	30.0
		Bagus	28	28.0
		Sangat Bagus	7	7.0
		Tidak diisi	1	1.0
11.	Selalu menggunakan internet di mobilephone/ komputer	Ya	79	79.0
		Tidak	20	20.0
		Tidak diisi	17	17.0
12.	Pemahaman tentang internet	Kurang	3	3.0
		Cukup	35	35.0
		Baik	35	35.0
		Sangat Baik	10	10.0

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa hasil penelitian di Puskesmas Kedungmundu (34%) pasien didominasi oleh pasien dengan rentan usia 25-34 tahun dan (25%) dengan rentan usia 17-24 tahun. Sebesar (58%) pasien ber-jenis kelamin wanita, sedikit lebih banyak dibanding dengan pasien pria (42%). Mayoritas pasien bekerja sebagai karyawan/buruh dengan persentase (32%) dan pendidikan terakhir pasien paling banyak adalah pasien dengan pendidikan terakhir SMA/MA (42%).

Dari 100 responden yang diteliti, mayoritas pasien yang memiliki *mobilephone* (92%) dan telah tersambung dengan internet (79%). Sementara itu

pasien yang memiliki komputer hanya (52%) dan (43%) telah tersambung internet. (22%) pasien pernah mengikuti kelas komputer/internet dan pemahaman pasien tentang komputer hanya (28%) yang bagus dan (7%) sangat bagus dan bahkan (29%) pasien tidak dapat mengukur pemahamannya sendiri.

Pasien selalu menggunakan internet di *mobilephone* ataupun komputer (79%). Dari tingkat pemahaman pasien terhadap internet didapatkan hasil bahwa hanya (3%) pasien yang memiliki tingkat literasi kurang, (17%) tidak dapat mengukur kemampuan pemahaman mengenai internet dan yang lainnya memiliki pemahaman internet yang cukup bagus.

**Tabel 2. Perilaku pasien terhadap *mobilephone*/komputer dengan internet**

No	Variabel	Keterangan	Frekuensi	Persentase%
1.	Rata-rata penggunaan internet browser dalam sehari	Tidak diisi	18	18.0
		>9kali/hari	18	18.0
		5-8 kali/hari	6	6.0
		1-4 kali/hari	7	7.0
		Beberapa kali dalam seminggu	9	9.0
		Sekali dalam seminggu	11	11.0
		Sekali dalam sebulan	31	31.0
2.	Rata-rata penggunaan internet browser dalam seminggu	Tidak diisi	18	18.0
		0-1 jam/minggu	19	19.0
		2-4 jam/minggu	13	13.0
		5-6 jam/minggu	12	12.0
		7-9 jam/minggu	7	7.0
		10-20 jam/minggu	10	10.0
		21-40 jam/minggu	8	8.0
3.	Mengakses berita dalam grup	>40 jam	13	13.0
		Tidak diisi	15	15.0
		Harian	55	55.0
		Mingguan	6	6.0
		Bulanan	3	3.0
		<1x sebulan	3	3.0
		Tidak pernah	18	18.0
4.	Mengakses berita online	Tidak diisi	15	15.0
		Harian	40	40.0
		Mingguan	17	17.0
		Bulanan	7	7.0
		<1x sebulan	6	6.0
		Tidak pernah	15	15.0
		Tidak diisi	15	14.0
5.	Tingkat akses informasi medis/ kesehatan	Harian	17	17.0
		Mingguan	20	20.0
		Bulanan	29	29.0
		<1x sebulan	7	7.0
		Tidak pernah	12	12.0
		Tidak diisi	15	14.0

No	Variabel	Keterangan	Frekuensi	Persentase%
5.	Mengakses informasi produk/ service komersial	Tidak diisi	15	15.0
		Harian	25	25.0
		Mingguan	15	15.0
		Bulanan	7	7.0
		<1x sebulan	8	8.0
		Tidak pernah	30	30.0
6.	Membeli produk / service komersial	Tidak diisi	15	15.0
		Harian	12	12.0
		Mingguan	18	18.0
		Bulanan	21	21.0
		<1x sebulan	9	9.0
		Tidak pernah	25	25.0

Sumber: data primer, 2018

Berdasarkan tabel perilaku pasien terhadap penggunaan *mobilephone*/komputer dengan internet didapatkan hasil bahwa (31%) pasien hanya mengakses internet browser hanya sekali dalam sebulan dan hanya (18%) pasien yang mengakses >9 kali/hari. Dalam satu minggu hanya (19%) pasien yang mengakses internet browser 0-1jam/ dan yang mengakses >40jam/minggu hanya (13%).

Pasien dalam penggunaannya terhadap internet lebih sering mengakses berita dalam grup, dalam sehari (55%) pasien mengakses berita dalam grup daripada mengakses berita secara online (40%). Karena biasanya pasien lebih sering melakukan komunikasi dengan orang lain melalui aplikasi *chatting*, dengan begitu pasien dapat dipastikan lebih sering mengakses berita dalam grup daripada berita online.

Selain itu, perilaku pasien dalam mengakses informasi seputar medis/kesehatan dalam satu bulan hanya (29%) dan dalam satu hari hanya (17%) pasien bahkan (12%) pasien lainnya tidak pernah.

Dalam sehari (25%) pasien dapat mengakses tentang produk/service komersial dan yang tidak pernah mengakses memiliki persentase sebesar (30%). Selama satu bulan (21%) pasien membeli produk/ service komersial dan (25%) bahkan tidak pernah. Padahal dari perilaku pasien terhadap tingkat akses produk/service komersial dan proses membeli produk/service komersial tersebut dapat menjadi nilai plus penggunaan internet pada *mobilephone* maupun *computer*, karena tidak semua dapat melakukannya, terdapat (15%) pasien yang tidak pernah mengakses ataupun membeli produk/service komersial.

Itu artinya, pasien masih banyak yang kurang dapat memahami penggunaan internet selain mengakses berita dalam grup, karena dianggap lebih mudah. Karena ketidakpahaman pasien tersebut dalam menggunakan internet pada *mobilephone/computer* dianggap menyulitkan diri mereka.

**Tabel 3. Minat pasien terhadap pendaftaran online**

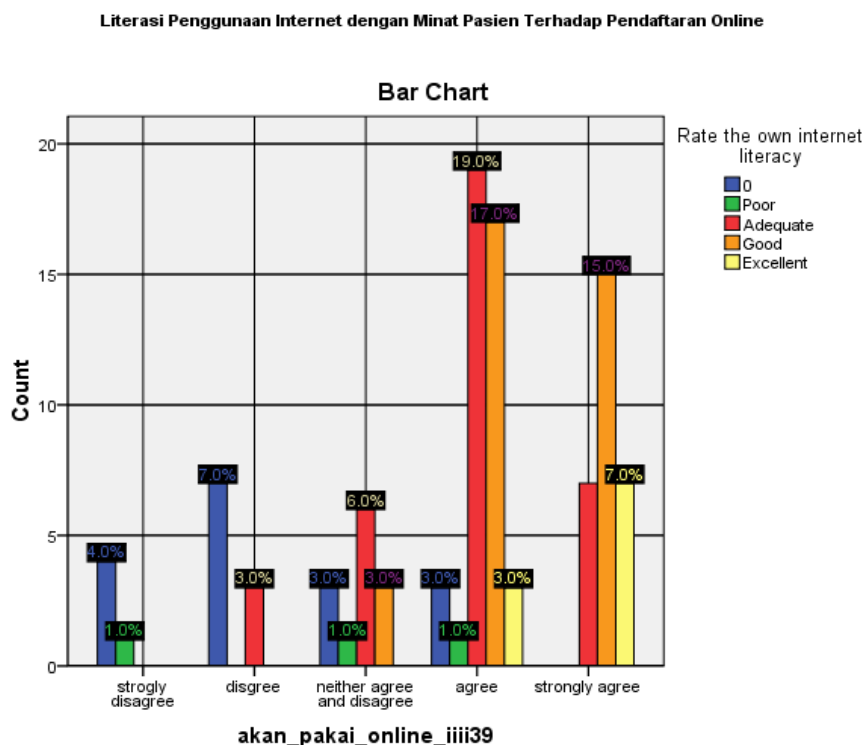
Pernyataan	SS		S		TS/S		TS		STS	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Pasien pernah menggunakan pendaftaran online	18	18.0	44	44.0	11	11.0	25	25.0	2	2.0
Pasien lebih nyaman jika datang sendiri ke Puskesmas Kedungmundu, meskipun mengantri.	17	17.0	29	29.0	19	19.0	23	23.0	12	12.0
Pasien segan/malas/takut menggunakan pendaftaran online	10	10.0	29	29.0	27	27.0	17	17.0	17	17.0
Jika ada pendaftaran online, pasien akan menggunakannya	29	29.0	43	43.0	13	13.0	10	10.0	5	5.0

Sumber : data primer, 2018

Tabel 3 di atas menunjukkan minat pasien terhadap pendaftaran online. Pada tabel tersebut menyebutkan sebanyak (44%) pasien menyatakan setuju pernah menggunakan pendaftaran online. Namun ternyata (29%) pasien menyatakan setuju lebih nyaman datang sendiri ke puskesmas meskipun mengantri. Dan (29%) pasien juga masih merasa segan/malas/takut untuk menggunakan pendaftaran online, bahkan (27%)

masih belum dapat membuat keputusannya sendiri. Meskipun begitu, minat pasien untuk mendaftar secara online cukup tinggi, (43%) pasien menyatakan setuju dan (29%) pasien menyatakan sangat setuju. Jika dijumlahkan, ada sekitar (72%) pasien setuju menggunakan pendaftaran online.

**Tabel 4. Persilangan tingkat literasi pasien terhadap minat pendaftaran online**



Tabel 4 di atas adalah hasil tabulasi silang antara pemahaman pasien tentang internet dengan minat terhadap pendaftaran online. Tabel diatas menunjukkan hasil bahwa (19%) pasien dengan tingkat literasi cukup dan (17%) pasien dengan tingkat literasi baik menyatakan setuju menggunakan pendaftaran online. Selain itu (15%) pasien dengan tingkat literasi baik dan (7%) pasien dengan tingkat literasi sangat baik menyatakan sangat setuju menggunakan pendaftaran online. Sayangnya (6%) pasien yang memiliki pemahaman internet yang cukup belum dapat memberikan keputusannya.

Sementara itu juga, masih banyak pasien yang belum memberikan pernyataannya mengenai pemahaman mereka terhadap internet dengan minat dalam mendaftar secara online, (7%) pasien tersebut menyatakan tidak setuju.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan data dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa responden merupakan pasien dengan usia produktif. Pasien lebih didominasi perempuan dengan rentan usia paling banyak 25-34 tahun sebesar (34%) dan 17-24 tahun sebesar (25%). Responden pada usia ini biasanya adalah kelompok masyarakat yang mempunyai mobilitas tinggi dan akses dengan dunia di luar lebih besar dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih dewasa di atasnya. (Subiakto & Fisip, 2013)

Inovasi pelayanan kesehatan berbasis teknologi telah digadang-gadangkan sebagai bentuk kepedulian pemerintah untuk menanggulangi antrian yang menumpuk serta mempercepat pelayanan di pendaftaran puskesmas. Sekitar (72%) pasien sudah menyatakan setuju akan menggunakan pendaftaran

online. Akan tetapi, langkah awal penerapan pendaftaran online di pelayanan kesehatan ini tentunya membutuhkan peranan yang andil oleh pasien.(Rachmani, 2020)

Dalam penerapan program *e-Health*, pasien diharapkan memiliki penguasaan terhadap teknologi internet.(Marshela, 2016) Seperti yang telah diketahui, internet merupakan sarana akses informasi tak terbatas yang dapat digunakan dimanapun, kapanpun dan oleh siapa saja. (Statistik, 2018) Akan tetapi minat pasien tidak dibarengi dengan kemampuan dalam menggunakan komputer maupun internet. Hanya (35%) pasien yang memiliki pemahaman komputer dan (55%) yang memiliki pemahaman terhadap penggunaan internet. Dalam hasil persentase tersebut, perilaku pasien juga belum menunjukkan penggunaan internet dengan baik. Paling banyak, hanya (31%) pasien yang mengakses internet browser sekali dalam sebulan. Minimnya penguasaan ilmu pengetahuan, bahasa asing dan TIK, yang kemudian memunculkan kesenjangan digital merupakan sebagian permasalahan SDM yang dihadapi bangsa Indonesia untuk bersaing di era industri 4.0.(Hadiyat, 2014) Hal ini justru akan memberikan kendala dalam penerapan pendaftaran online. Dalam permasalahan tersebut, pemerintah memiliki peran untuk mengintervensi adanya kesenjangan digital yang terjadi di masyarakat, terutama di negara berkembang.(van Deursen & van Dijk, 2011) (22%) pasien di Puskesmas Kedungmundu pernah mengikuti kelas tentang komputer dan internet. Itu artinya banyak masyarakat yang memahami penggunaan internet secara otodidak sehingga masih banyak masyarakat yang tidak percaya diri akan ketrampilan terhadap komputer maupun internet yang dimiliki.(Rachmani, 2020) Dalam buku karya Manuelle Castell (2002) menyebutkan bahwa pada dunia teknologi, internet telah menjadi media utama yang dapat mencerdaskan penggunaannya.(Castells, 2002)

## SIMPULAN

Simpulan dari penelitian ini bahwa pasien banyak yang memiliki peralatan digital seperti *mobilephone* dan juga komputer serta pasien cukup memiliki minat yang tinggi dalam penggunaan pendaftaran online. Namun, tingkat literasi pasien masih dalam kategori medium dan perilaku pasien dalam penggunaan internet belum dapat menunjang penggunaan internet. Untuk itu pasien diharapkan

dapat meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik dalam meningkatkan budaya literasi terhadap internet. Disamping itu, puskesmas harus gencar melakukan sosialisasi bagaimana cara menggunakan pendaftaran online guna meningkatkan pengetahuan pasien terhadap penggunaan komputer dan internet.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akny, A. B. (2014). Mewujudkan Good Governance melalui Reformasi Birokrasi di Bidang Sumber Daya Manusia Aparatur untuk Peningkatan Kesejahteraan Pegawai” dalam Jejaring Administrasi Publik, Th. *Jejaring Administrasi Publik: Jurnal Ilmiah, Universitas Airlangga*, 6(1), 416–427.
- Bunz, U. (2004). The computer-email-web (CEW) fluency scale-development and validation. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 17(4), 479–506.
- Cahyadi, R. (2016). Inovasi Kualitas Pelayanan Publik Pemerintah Daerah. *Fiat Justicia Jurnal Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Lampung*, 10(3), 569–586.
- Castells, M. (2002). *The Internet galaxy: Reflections on the Internet, business, and society*. Oxford University Press on Demand.
- Dewi, R., Janitra, P. A., & Aristi, N. (2018). Pemanfaatan Internet Sebagai Sumber Informasi Kesehatan Bagi Masyarakat. *Media Karya Kesehatan*, 1(2).
- Ekowati, Y. (2003). *Rancangan Basis Data Informasi Morbiditas Yang Berbasis Komputer Di Balai Pengobatan Umum Puskesmas Petarukan Kecamatan Petarukan Kabupaten Pemalang*. Diponegoro University.
- Hadiyat, Y. D. (2014). Kesenjangan Digital di Indonesia (Studi Kasus di Kabupaten Wakatobi). *Pekommas*, 17(2), 222391.
- Imran, H. A. (2010). Literasi Teknologi Informasi dan Komunikasi Masyarakat Pedesaan. *Dalamsulhanihermawan*, [Http://Sulhanihermawan.Files.Com/2012/03/ContohRisetkuantitatif.Pdf](http://Sulhanihermawan.Files.Com/2012/03/ContohRisetkuantitatif.Pdf), Diakses, 4.



- Marshela, D. P. (2016). *Implementasi Layanan e-health di Puskesmas Ngagel Rejo Kota Surabaya dalam Memberikan Pelayanan Kepada Masyarakat*. Universitas Airlangga.
- Mubyarto, K. (2018). *Persepsi Pasien tentang Pendaftaran Online Rawat Jalan Puskesmas Kedungmundu Tahun 2018*.
- Nurjanah, E., Rusmana, A., & Yanto, A. (2017). Hubungan literasi digital dengan kualitas penggunaan e-resources. *Lentera Pustaka: Jurnal Kajian Ilmu Perpustakaan, Informasi Dan Kearsipan*, 3(2), 117–140.
- Rachmani, E. (2020). Persepsi Pasien di Puskesmas Kota Semarang terhadap Pendaftaran Online Sebagai Implikasi Smart City. *VIisikes: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2).
- Sa'idah, N. (2017). Analisis Penggunaan Sistem Pendaftaran Online (E-Health) berdasarkan Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 72–81.
- Setiawan, W., Abdulkarim, A., & Nugraha, E. (n.d.). Pre-Service Teacher's Digital Literacy : A Leap in Time. *Jurnal Pengajaran MIPA*, 23(1).
- Sosiawan, E. A. (2015). Tantangan dan Hambatan dalam implementasi E-Government di Indonesia. *Seminar Nasional Informatika Medis*, 1(5).
- Statistik, B. P. (2018). Statistik gender tematik: profil generasi milenial Indonesia. *Kementerian Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak*.
- Subiakto, H., & Fisip, U. A. (2013). Internet untuk pedesaan dan pemanfaatannya bagi masyarakat (The usage of internet for the village and villagers). *Masyarakat, Kebudayaan Dan Politik*, 26(4), 243–256.
- van Deursen, A., & van Dijk, J. (2011). Internet skills performance tests: are people ready for eHealth? *Journal of Medical Internet Research*, 13(2), e35.

# Perancangan dan Prosedur Penggunaan *Out Guide* pada Penyimpanan Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu

Nofri Heltiani<sup>1</sup>, Niska Ramadani<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu

E-mail: <sup>1</sup>[nofrihelti11@gmail.com](mailto:nofrihelti11@gmail.com), <sup>2</sup>[niskaramadani88@gmail.com](mailto:niskaramadani88@gmail.com)

## Abstract

*In the return of the loose sheet, the Rafflesia Bengkulu Hospital was not immediately put together with other medical record files in the right folder, but instead stored in a box or hung on the side of the filing rack. This is because there is no out guide as a means of replacing loose sheets that come out of the medical record map. Loose sheets that are not directly put together can result in loss of loose sheets so that it can affect the validity of calculations and billing for maintenance costs and misplacement of loose sheets on the right map. This study aims to design and compile procedures for using out guides in storing medical record files at the Rafflesia Bengkulu Hospital. This type of research is descriptive qualitative by means of observational. The data collection technique was carried out by interviewing the loose sheets that followed to the filing room. The stages in this research include the analysis stage, the design stage and the procedure for using the out guide, the testing stage and the out guide maintenance stage. The result of this research is the design of the alternative out guide II with PVC (Poly Vinyl Chloride) in a rectangular shape with a size of 25x33 cm, in blue with a loose sheet/memo bag made of transparent plastic measuring 23x33 and the procedure for using the out guide consists of three procedures.*

**Keywords:** Loose Sheet, Filing, Out Guide

## Abstrak

Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu dalam pengembalian *loose sheet* tidak langsung disatukan dengan berkas rekam medis lainnya dalam map yang tepat, melainkan disimpan di dalam box atau digantungkan pada sisi rak filing. Hal ini dikarenakan belum adanya *out guide* sebagai sarana pengganti *loose sheet* yang keluar dari map rekam medis. *Loose sheet* yang tidak langsung disatukan dapat mengakibatkan hilangnya *loose sheet* sehingga dapat mempengaruhi keabsahan perhitungan dan penangihan biaya perawatan dan kesalahan penempatan *loose sheet* pada map yang tepat. Penelitian ini bertujuan untuk merancang dan menyusun prosedur penggunaan *out guide* pada penyimpanan berkas rekam medis di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. Jenis penelitian adalah deskriptif kualitatif dengan cara observasional. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara tentang *loose sheet* yang datang menyusul ke ruang filing. Tahapan dalam penelitian ini meliputi tahap analisis, tahap perancangan dan prosedur penggunaan *out guide*, tahap testing dan tahap pemeliharaan *out guide*. Hasil penelitian adalah rancangan *out guide* alternatif II dengan bahan PVC (*Poly Vinyl Chloride*) berbentuk persegi panjang dengan ukuran 25x33 cm, berwarna biru disertai kantong *loose sheet*/memo berbahan plastik transparan berukuran 23x33 dan prosedur penggunaan *out guide* terdiri dari tiga prosedur.

**Kata kunci:** Loose Sheet, Filing, Out Guide

## PENDAHULUAN

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis).

Menurut Budi (2013) berkas rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir berkas rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam map kemudian disimpan di *filing*.

*Filing* berfungsi sebagai tempat pengaturan dan penyimpanan dokumen atas dasar sistem penataan tertentu melalui prosedur yang sistematis sehingga

sewaktu-waktu dibutuhkan dapat menyajikan secara cepat dan tepat. Sistem penataan tersebut disebut sebagai sistem penjajaran yang mengatur cara menata berkas rekam medis dalam lemari penyimpanan. Penjajaran ini penting karena jika berkas rekam medis hanya begitu saja dimasukkan ke dalam lemari maka akan timbul kesulitan besar pada saat nanti akan mencarinya kembali (Budi, 2011).

Salah satu permasalahan dalam kegiatan penjajaran berkas rekam medis adalah penataan lembar lepas (*loose sheet*). *Loose sheet* merupakan bagian dari berkas rekam medis yang terpisah dari map rekam medis. Lembar-lembar ini misalnya hasil laboratorium, laporan tindakan, hasil korespondensi dan sebagainya yang sering datang menyusul untuk disatukan kembali dengan berkas rekam medis lain ke dalam map rekam medis yang tepat (Indradi, 2013).

Menurut Indradi (2013), apabila *loose sheet* rekam medis di antaranya laporan penunjang (hasil laboratorium), laporan tindakan dan hasil korespondensi tersebut tidak diletakkan di *out guide*, maka akan berdampak pada hilangnya *loose sheet* rekam medis, kesalahan penempatan *loose sheet* rekam medis tersebut ke dalam map yang keliru dan membutuhkan waktu yang lama menelusuri lebih lanjut jika *loose sheet* rekam medis tidak didukung dengan identitas yang jelas (nama pasien dan nomor rekam medisnya) serta dapat mempengaruhi pada keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan.

Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu adalah rumah sakit umum milik swasta dan merupakan salah satu rumah sakit tipe C yang terletak di wilayah Bengkulu.

Berdasarkan survei dan wawancara dengan Kepala Instalasi Rekam Medis yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu diketahui bahwa sistem penyimpanan berkas rekam medis dilakukan secara sentralisasi dengan jumlah berkas aktif  $\pm 20.000$  dan jumlah pasien rawat jalan rata-rata 200 orang/hari serta pasien rawat inap rata-rata 25 orang/hari dengan jumlah petugas *filing* berjumlah 10 orang dengan kualifikasi pendidikan rekam medis dengan masa kerja  $< 1$  tahun. Berkas Rekam Medis disimpan di dalam map dan dijajarkan di rak penyimpanan terbuka dengan sistem penjajaran *Terminal Digit Filing*, dan berdasarkan observasi dengan cara melihat langsung kondisi ruang *filing*, ditemukan *loose sheet* pasien rawat inap, rawat

jalan dan gawat darurat yang datang menyusul ke ruang *filing* tidak langsung disatukan dalam map rekam medis pasien yang bersangkutan, melainkan disimpan di dalam box khusus dan digantungkan di sisi rak *filing* tanpa menggunakan map ataupun cover pelindung. *Loose sheet* yang berupa laporan penunjang terjadi peningkatan setiap harinya yaitu sebesar 4% atau rata-rata sebanyak 7 laporan penunjang (Surat Jaminan Pelayanan (SJP), billing, hasil laboratorium, lembar resep dan resume medis).

Hal ini disebabkan belum adanya *out guide* sebagai catatan penggunaan berkas rekam medis dan sekaligus penanda lokasi berkas yang sedang keluar dari map rekam medis, sehingga keluar masuknya *loose sheet* rekam medis tidak bisa dilacak dengan jelas, tepat dan cepat.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan cara observasional. Teknik pengumpulan data dengan cara wawancara kepada responden dengan menggunakan pedoman wawancara dalam bentuk daftar pertanyaan tentang *loose sheet* yang datang menyusul ke ruang *filing*. Tahapan penelitian ini adalah tahap analisis, tahap perancangan *out guide* dan prosedur penggunaan *out guide*, tahap testing *out guide* dan prosedur penggunaan *out guide* dan tahap pemeliharaan *out guide*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Tahap Analisis

Permasalahan dalam kegiatan penjajaran rekam medis salah satunya adalah penataan *loose sheet*. *Loose sheet* merupakan bagian dari berkas rekam medis yang terpisah dari map rekam medis. Lembar-lembar ini misalnya hasil laboratorium, laporan tindakan, hasil korespondensi dan sebagainya yang sering datang menyusul untuk disatukan kembali dengan berkas rekam medis lain ke dalam map yang tepat. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan peneliti, diketahui dan ditemukan *loose sheet* pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat yang datang menyusul ke ruang *filing* akan tetapi tidak langsung disatukan ke dalam map rekam medis pasien yang bersangkutan, melainkan disimpan di dalam box khusus dan digantungkan di sisi rak penyimpanan rekam medis tanpa menggunakan map ataupun cover pelindung.

*Loose sheet* tersebut berupa laporan penunjang terjadi peningkatan setiap harinya yaitu sebesar 4% atau rata-rata sebanyak 7 laporan penunjang (Surat Jaminan Pelayanan (SJP), biling, hasil laboratorium, lembar resep dan resume medis) dari 200 pasien. Hal ini disebabkan karena belum adanya *out guide* sebagai catatan penggunaan berkas rekam medis dan sekaligus penanda lokasi berkas yang sedang keluar dari folder rekam medis, sehingga keluar masuknya *loose sheet* rekam medis tidak bisa dilacak dengan jelas, tepat dan cepat.

## Tahap Perancangan *Out Guide* dan Prosedur Penggunaan *Out Guide*

### Perancangan/Desain *Out Guide*

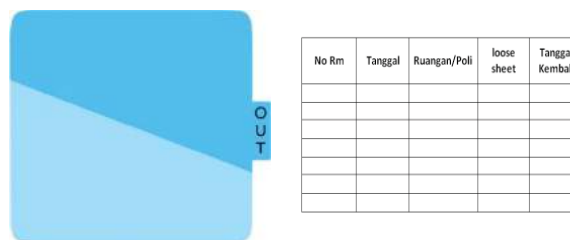
Perancangan *out guide* sebagai sarana penting dalam mengontrol *loose sheet* rekam medis yang sering datang menyusul untuk disatukan kembali dengan berkas rekam medis lain ke dalam folder rekam medis yang tepat untuk Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu dengan membuat dua alternatif *out guide* dengan bahan yang kuat serta memiliki kantong *loose sheet* dan/atau memo.

Adapun tahap-tahap dalam merancang *out guide* yaitu sebagai berikut:

- 1) Membuat draft *out guide* dengan menggunakan *software computer coreldraw*.
- 2) Menentukan bahan, bentuk dan ukuran *out guide* pada alternatif I dan II.
- 3) Membuat kantong *loose sheet* dan menentukan ukurannya pada alternatif I dan II.
- 4) Membuat memo yang berbentuk formulir yang berisi Nomor Rekam Medis, tanggal, ruangan/poli, *loose sheet* dan tanggal kembali.
- 5) Menentukan warna *out guide*, dimana warna *out guide* berbeda dengan warna map dan *tracer*.
- 6) Membuat tulisan 'OUT' pada bagian pinggir *out guide* pada alternatif I dan II.

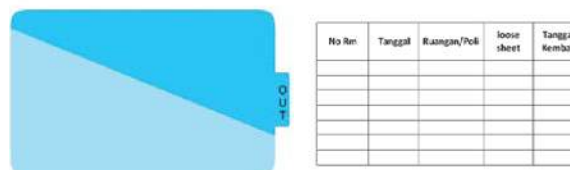
Pada pembuatan rancangan ini, peneliti membuat dua rancangan alternatif *out guide*. Di bawah ini hasil dari perancangan *out guide*, yaitu:

### Out Guide Alternatif I



**Gambar 1. Draft Rancangan *Out Guide* Alternatif I**

Rancangan *out guide* alternatif I menggunakan bahan karton manila berbentuk persegi dengan ukuran panjang 33x33 cm, serta memiliki kantong *loose sheet* dan/atau memo yang terbuat dari plastik transparan yang berukuran panjang 33 cm dan lebar 30 cm. warna *out guide* biru. Pada rancangan alternatif I ini memiliki kelebihan, yaitu bahannya tipis dan ringan serta harganya relatif murah. Akan tetapi pada rancangan alternatif I ini memiliki kekurangan yaitu *out guide* mudah terselip di antara berkas-berkas rekam medis dikarenakan perbedaannya tidak terlalu terlihat serta *out guide* mudah robek.



**Gambar 2 Draft Rancangan *Out Guide* Alternatif II**

Rancangan *out guide* alternatif II menggunakan bahan PVC (*Pholy Vhynil Chloride*) berbentuk persegi panjang dengan ukuran panjang 33 cm dan lebar 25 cm, serta memiliki kantong *loose sheet* dan/atau memo yang terbuat dari plastik transparan yang berukuran panjang 33 cm dan lebar 23 cm. warna *out guide* biru. Pada rancangan alternatif II ini memiliki kelebihan, yaitu bahannya kuat dan tahan lama, cara penempatan *out guide* tidak mudah terselip serta *loose sheet* akan terlindungi dan tidak mudah robek. Akan tetapi pada rancangan alternatif II ini memiliki kekurangan yaitu harga bahan *out guide* relatif lebih mahal.

### Hasil Desain *Out Guide*

Setelah melalui tahapan perancangan *out guide*, kemudian dilakukan wawancara kembali kepada responden untuk mengetahui alternatif rancangan

yang dipilih yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dengan menyesuaikan dengan bentuk dan ukuran folder rekam medis serta *tracer* rekam medis yang ada di Rumah sakit Rafflesia Bengkulu. Hasil wawancara menyatakan bahwa rancangan *out guide* alternatif II yang terpilih dikarenakan bahannya kuat dan tahan lama, cara penempatan *out guide* tidak mudah terselip serta *loose sheet* akan terlindungi dan tidak mudah robek. Adapun spesifikasi rancangan *out guide* yang terpilih adalah sebagai berikut:

**Tabel 1. Spesifikasi Rancangan *Out Guide* yang Terpilih**

No	Spesifikasi	Keterangan
1.	Bahan	Bahan PVC ( <i>Pholy Vhynil Chloride</i> ) dikarenakan bahannya kuat, tidak mudah terlipat, tahan air dan mudah untuk diaplikasikan serta aman untuk pengguna.
2.	Bentuk	Bentuk persegi panjang karena peletakan map rekam medis di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu diletakan secara horizontal sehingga <i>out guide</i> akan lebih mudah dikenali serta memudahkan pengguna dalam pencarian dan pengembalian <i>loose sheet</i> dan jika sewaktu-waktu peletakan map rekam medis berubah menjadi vertikal maka <i>out guide</i> tetap bisa digunakan tanpa harus merubah ukuran <i>out guide</i> .
3.	Ukuran	Ukuran <i>out guide</i> adalah 25x33 cm, lebar <i>out guide</i> lebih lebar dari ukuran folder rekam medis yang berukuran 34 x 24 cm dengan peletakan secara horizontal yang mana punggung map tidak menopang isi rekam medis dan <i>out guide</i> pun peletakkannya tidak melebihi bibir rak dengan ukuran 40 cm serta tidak berpengaruh pada jarak antar rak karena jarak antar rak pada penyimpanan rekam medis di rumah Sakit Rafflesia Bengkulu adalah 90-100 cm.

No	Spesifikasi	Keterangan
4.	Kantong <i>Loose Sheet/</i> Memo	Kantong memo terbuat dari bahan plastik transparan dengan ukuran 23x33 cm. Tujuan penggunaan kantong <i>out guide</i> yaitu sebagai tempat pengarsipan <i>loose sheet</i> dan memo.
5.	Warna	Warna biru, warna tersebut terpilih karena warna biru kontras dari <i>tracer</i> dan map rekam medis yang mana warna <i>tracer</i> rekam medis di rumah sakit Rafflesia Bengkulu adalah merah dan map rekam medis di rumah sakit Rafflesia Bengkulu berwarna oren dan hijau.
6.	Memo	Memo terdapat nomor rekam medis, tanggal, ruangan/poli, <i>loose sheet</i> dan tanggal kembali tujuannya untuk memudahkan petugas dalam melacak keberadaan <i>loose sheet</i> yang tidak ada di dalam map rekam medis agar <i>loose sheet</i> tidak hilang atau salah letak.

Menurut Indradi (2013) *out guide* merupakan sarana penting dalam mengontrol *loose sheet*. Tujuan penggunaan *out guide* yaitu sebagai sarana untuk menyimpan *loose sheet* yang datang menyusul atau ketika *loose sheet* dipinjam. Apabila *loose sheet* rekam medis diantaranya laporan penunjang (hasil laboratorium), laporan tindakan dan hasil korespondensian tersebut tidak diletakkan di *out guide*, maka akan berdampak pada hilangnya *loose sheet* dan kesalahan penempatan *loose sheet* serta dapat mempengaruhi pada keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Megawati (2016) bahwa kekurangan lembar pemeriksaan penunjang akan berpengaruh pada keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien terutama pasien Jaminan Kesehatan seperti BPJS karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan dan apabila saat akan pengajuan klaim BPJS laporan penunjang tidak disertakan karena laporan penunjang tersebut tidak ada di dalam map, maka berkas klaim tersebut akan dikembalikan oleh BPJS Kesehatan untuk dilengkapi atau dilampirkan.

Oleh karena itu, dengan adanya *out guide* maka *loose sheet* akan lebih terkontrol dan menghindari salah letak dan hilangnya *loose sheet*. Karena apabila *loose sheet* terus meningkat maka dengan adanya *out guide* diharapkan *loose sheet* terkontrol serta mengurangi ketidaklengkapan berkas rekam medis.

### **Prosedur Penggunaan Out Guide pada Penyimpanan Berkas Rekam Medis**

Prosedur penggunaan atau Standar Operasional Prosedur Penggunaan (SOP) merupakan langkah petugas rekam medis dalam melaksanakan kegiatan pelayanan di rumah sakit. Dengan adanya SOP petugas dapat mengetahui langkah-langkah pekerjaannya dan dapat memberikan informasi mengenai kelengkapan rekam medis pasien. Prosedur penggunaan *out guide* (petunjuk keluar) pada penyimpanan berkas rekam medis. Hal ini sejalan dengan Tambunan (2013) prosedur penggunaan atau yang dikenal dengan SOP merupakan pedoman yang berisikan prosedur-prosedur operasional standar yang menjadi pedoman dalam melaksanakan kegiatan sesuai dengan kebijakan dan ketentuan secara efektif dan efisien.

Prosedur penggunaan *out guide* yang dibuat peneliti terdiri dari tiga alur prosedur, yaitu:

- 1) Prosedur *Loose Sheet* Datang Menyusul dan Rekam Medis Tidak Ada
  - a) Apabila rekam medis tidak ada di rak penyimpanan rekam medis kemudian *loose sheet* datang menyusul ke ruang *filig* maka disimpan menggunakan *out guide*
  - b) *Out guide* ditempatkan di luar map rekam medis kemudian dijajarkan pada rak penyimpanan berdasarkan nomor rekam medis milik pasien.
  - c) *Out guide* diambil kembali ketika map rekam medis telah kembali ke rak penyimpanan
  - d) *Loose sheet* dikeluarkan dari kantong kemudian di assembling dan disusun ke dalam map rekam medis
- 2) Prosedur *Loose Sheet* Datang Menyusul Rekam Medis Ada
  - a) Ketika berkas rekam medis di assembling ditemukan *loose sheet* yang

keberadaannya tidak ada di dalam map rekam medis maka digantikan dengan *out guide* menggunakan memo sebagai penanda keberadaan *loose sheet*.

- b) *Out guide* ditempatkan di dalam map rekam medis kemudian dijajarkan pada rak penyimpanan berdasarkan nomor rekam medis milik pasien.
- c) *Out guide* diambil kembali ketika *loose sheet* telah kembali ke ruang *filig*
- d) Memo dikeluarkan dari kantong kemudian *loose sheet* disusun ke dalam map rekam medis.

### **3) Prosedur Loose Sheet Dipinjam**

- a) *Loose sheet* yang dipinjam digantikan dengan *out guide* menggunakan memo sebagai penanda keberadaan *loose sheet*.
- b) *Out guide* ditempatkan di dalam map rekam medis kemudian dijajarkan pada rak penyimpanan berdasarkan nomor rekam medis milik pasien.
- c) *Out guide* diambil kembali ketika *loose sheet* telah kembali ke ruang *filig*
- d) Memo dikeluarkan dari kantong kemudian *loose sheet* disusun ke dalam map rekam medis.

### **Tahap Testing Out Guide dan Prosedur Penggunaannya**

Setelah rancangan *out guide* dan pemilihan alternatif rancangan *out guide* dilakukan yang disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit dengan menyesuaikan dengan bentuk dan ukuran map rekam medis serta *tracer* rekam medis yang ada di Rumah sakit Rafflesia Bengkulu, sehingga terpilih rancangan alternatif II dikarenakan bahannya kuat dan tahan lama, cara penempatan *out guide* tidak mudah terselip serta *loose sheet* akan terlindungi dan tidak mudah robek. Kemudian dilanjutkan dengan melakukan perwujudan *out guide* yang digunakan untuk tahap testing dalam penggunaan *out guide* di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu.

Dari hasil testing *out guide* dan prosedur penggunaannya, petugas rekam medis di bagian penyimpanan berpendapat bahwa *out guide* yang telah didesain mudah pahami dan mudah dalam

penggunaannya. Petugas dipermudahkan dalam mengontrol *loose sheet* rekam medis yang berupa laporan penunjang (Surat Jaminan Pelayanan (SJP), billing, hasil laboratorium, lembar resep dan resume medis) yang sering datang menyusul ke ruang filing untuk disatukan kembali dengan berkas rekam medis lain ke dalam map rekam medis yang tepat.

### Tahap Pemeliharaan *Out Guide*

Dari testing *out guide* dan prosedur penggunaannya yang telah dilakukan, maka perancangan *out guide* beserta prosedur penggunaannya yang telah dirancang siap untuk diimplementasikan di ruang filing rekam medis Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu, serta akan dilakukan monitoring dan evaluasi dalam skala tiga bulan terhitung sejak dilakukan implementasi.

### SIMPULAN

Desain *out guide* di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu menggunakan bahan PVC (*Pholy Vhynil Chloride*) berbentuk persegi panjang dengan ukuran 25x33 cm dengan warna biru disertai kantong *loose sheet* menggunakan plastik transparan berukuran 23x33 cm dan memo yang terdapat nomor rekam medis, tanggal, ruangan/poli, *loose sheet* dan tanggal kembali serta SOP penggunaan *out guide* rekam medis terdiri dari tiga alur prosedur, yaitu *loose sheet* datang menyusul dan rekam medis tidak ada, *loose sheet* datang menyusul rekam medis ada dan *loose sheet* dipinjam.

### DAFTAR PUSTAKA

- Budi, S. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta. Quantum Sinergis Media.
- Indradi, R. 2013. *Rekam Medis Edisi II*. Tangerang Selatan. Universitas Terbuka.
- Megawati, L & Pratiwi, R. 2016. *Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Jurnal Kesehatan Vaksional Vol.1 Hal 36-43.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis.

Rachma, A. 2018. *Sistem Temu Kembali Arsip Rekam Medis Pasien di Rumah Sakit Hermina Kemayoran Jakarta*. Karya Tulis Ilmiah Program Studi Ilmu Perpustakaan Fakultas Adab dan Humaniora Universitas Islam Negeri.

Rustiyanto, E. 2011. *Manajemen Filling Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Permata Indonesia.

Tambunan. (2013). *Standar Operasional Prosedur*. Jakarta: PT Suka Buku.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit

WHO. 2002. *Manual Medical Record*. ----- : Geneva

# Analisis Persepsi Kualitas Pelayanan Rawat Jalan Poli Internis terhadap Kepuasan Pasien RSUD Cibabat Cimahi

M Dana Prihadi<sup>1</sup>, Elma Elviana<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Akademi Perikam Medis dan Informatika Kesehatan Bandung

E-mail: danaprihadi@apikesbandung.ac.id

## Abstract

*The more hospitals or health agencies increase, the tighter the competition. One that can be seen and felt clearly is through the quality of service. This research uses quantitative methods. The population included outpatients in poly internis 4123 patients. A sample of 98 patients from care internis poly. Based on data processing the results show that the level of perceived quality and patient satisfaction from the dimensions included in the category is quite good. It is known that the sig value for the effect of x on y is  $0.00 < 0.05$  and the value of t arithmetic  $10.613 > t \text{ table } 1.9852$  so that it can be concluded that it means there is an effect of X on Y with a correlation coefficient of 0.735 can be concluded that all variables of dimensions (physical evidence, reliability, responsiveness, assurance and empathy) together have a significant influence on the satisfaction of outpatients in Hospital. Efforts to improve outpatient procedures by performing services according to registration procedures, it is recommended that the Cibabat Cimahi Regional Hospital be able to make improvements and development of physical facilities such as cleaning the treatment room and the surrounding environment so that it is neater and tidier.*

**Keywords:** *perceived quality, patient satisfaction, performance, health services*

## Abstrak

Semakin bertambah rumah sakit atau instansi kesehatan maka semakin ketat persaingan. Salah satu yang secara kasat mata dapat dilihat dan dirasakan adalah melalui kualitas pelayanan. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif. Pada penelitian ini populasinya mencakup pasien rawat jalan di poli internis sebanyak 4123 pasien. Sample sebanyak 98 orang pasien rawat jalan poli internis RSUD Cibabat Cimahi. Berdasarkan pengolahan data hasil menunjukkan bahwa tingkat persepsi kualitas dan kepuasan pasien dari dimensi termasuk dalam kategori cukup baik. Diketahui nilai sig untuk pengaruh x terhadap y adalah sebesar  $0,00 < 0,05$  dan nilai t hitung  $10,613 > t \text{ table } 1,9852$  sehingga dapat disimpulkan diterima yang berarti terdapat pengaruh X terhadap Y dengan diperoleh koefisien korelasi 0,735 dapat disimpulkan bahwa semua variabel dari dimensi (bukti fisik, keandalan, ketanggapan, jaminan dan empati) secara bersama-sama memiliki pengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien rawat jalan. Upaya untuk memperbaiki prosedur rawat jalan dengan melakukan pelayanan rawat jalan sesuai prosedur pendaftaran, untuk itu disarankan agar RSUD Cibabat Cimahi dapat melakukan perbaikan, peningkatan, dan pengembangan sarana fisik seperti membersihkan ruang perawatan dan lingkungan disekitarnya agar tertata lebih rapi dan bersih.

**Kata kunci:** persepsi kualitas, kepuasan pasien, kinerja, layanan kesehatan

## PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional dituntut untuk meningkatkan kualitas penyediaan fasilitas, pelayanan dan kemandirian (N. F. Arifin et al., 2018). Dengan demikian rumah sakit merupakan salah satu pelaku pelayanan kesehatan yang kompetitif harus dikelola oleh pelaku yang mempunyai jiwa wirausaha yang mampu menciptakan efisiensi, keunggulan dalam kualitas dan pelayanan, keunggulan dalam inovasi

serta unggul dalam merespon kebutuhan pasien (Gunawan & Djati, 2011).

Rumah sakit sebaiknya mempertimbangkan bahwa persepsi terhadap kualitas merupakan saran untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien yang datang berobat. Disamping kepuasan pasien, keputusan pembelian akan dipengaruhi juga oleh persepsinya terhadap apa yang diinginkan (Supartiningsih, 2017). Konsumen akan menampakkan perilakunya setelah melakukan



persepsi terhadap keputusan apa yang akan diambil dalam membeli suatu produk.

Menurut (Schiffman et al., 2000) “*Perception is process by which an individuals selects, organizers, and interprets stimuli into the a meaningfull and coherent picture of the world*”.

Pada penelitian ini populasinya mencakup pasien rawat jalan di poli internis dari bulan maret dan april sebanyak 4123 di RSUD Cibabat. Peneliti mengambil sample sebanyak 98 orang pasien dari pasien rawat jalan di bagian poli internis di RSUD Cibabat. Sampel dari penelitin diambil menggunakan rumus slovin.

Berdasarkan hasil pengamatan diperoleh data jumlah pasien yang pernah rawat jalan di poli internis di RSUD Cibabat selama bulan maret dan april tahun 2019 sbb:

**Tabel 1. Jumlah Pasien Rawat Jalan di Poli Internis di RSUD Cibabat**

Keterangan	Maret	April	Pertumbuhan jumlah pasien
Pasien Lama	2032	1968	-3,14%
Pasien Baru	62	61	-1,6%
<b>Jumlah</b>	<b>2094</b>	<b>2029</b>	<b>-3,1%</b>

Sumber : RSUD Cibabat 2019

Berdasarkan data tersebut terjadi penurunan -3,1% dari bulan maret ke april di RSUD Cibabat. Hal ini mengindikasikan terjadi penurunan kualitas

pelayanan di RSUD Cibabat. Dari uraian di atas sangatlah perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui sejauh mana tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap pelayanan di RSUD Cibabat yang diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan.

## METODE

Penelitian ini merupakan suatu kegiatan yang dilakukan secara terencana dan sistematis untuk mendapatkan jawaban pemecahan masalah terhadap fenomena-fenomena tertentu. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, yang mana menurut (Sugiyono, 2010) penelitian dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri baik satu variabel atau lebih tepat membuat perbandingan, atau menghubungkan dengan variabel yang lain dengan memperoleh data berbentuk angka atau data kualitatif yang diangkakan.

Operasional Variabel dibutuhkan sebagai acuan untuk membuat instrumen penelitian dan untuk pengolahan data selanjutnya. Skala yang digunakan ordinal, dan untuk pengukurannya menggunakan skala *Likert*, karena untuk menghitung validitas harus 5 lebih kongkrit, menurut (Sugiyono, 2010). Skala *likert* dari nilai 1 sampai 5 : Sangat Baik, Baik, Cukup, Tidak Baik, Sangat Tidak Baik. Teknik pengambilan sampel menggunakan probability sampling dan teknik pengumpulan data yaitu: observasi, kuisioner, dan studi pustaka (Rahardjo, 2011).

**Tabel 2. Uji Validitas**

Dimensi		Item indikator	R hitung	r table	Keterangan
Persepsi Kualitas (X)	Bukti fisik ( <i>tangible</i> )	1	,822**	0,1654	Valid
		2	,825**	0,1654	Valid
	Keandalan ( <i>reliability</i> )	1	,768**	0,1654	Valid
		2	,808**	0,1654	Valid
	Ketanggapan ( <i>responsiveness</i> )	1	,827**	0,1654	Valid
		2	,807**	0,1654	Valid
	Jaminan dan keyakinan ( <i>assurance</i> )	1	,697**	0,1654	Valid
		2	,722**	0,1654	Valid
	Empati ( <i>empathy</i> )	1	,688**	0,1654	Valid
		2	,777**	0,1654	Valid
Kepuasan Pasien (Y)	1. Kesesuaian harapan	1	,872**	0,1654	Valid
		2	,885**	0,1654	Valid
	2. Minat berkunjung kembali	1	,893**	0,1654	Valid
		2	,882**	0,1654	Valid
	3. Kesiediaan merekomendasikan	1	,856**	0,1654	Valid
		2	,867**	0,1654	Valid

Terlihat korelasi yang diperoleh dari  $<0,05$  jadi  $r$  Hitung lebih dari  $r$  Tabel. sehingga dinyatakan valid.

**Tabel 3. Uji Reliabilitas**

	Alpha	Nilai Kritis	Keterangan
Persepsi Kualitas (X)	0,925	0,60	Reliabel
Kepuasan Pasien (Y)	0,937	0,60	Reliabel

Hasil pengujian reliabilitas dengan alpha cronbach menghasilkan koefisien alpha lebih dari  $>0,60$  pada semua dimensi persepsi kualitas dan kepuasan pasien, berarti kuesioner memiliki konsistensi dan keandalan maksud yang baik. Berdasarkan kemampuan ini kuesioner dinyatakan reliabel.

**Tabel 4. Uji Normalitas**

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
		Unstandardized Residual
N		98
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	,0000000
	Std. Deviation	3,13432040
Most Extreme Differences	Absolute	,084
	Positive	,084
	Negative	-,077
Test Statistic		,084
Asymp. Sig. (2-tailed)		,087 <sup>c</sup>

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

Berdasarkan uji *Kolmogorov-Smirnov Test* diketahui bahwa signifikasinya 0,087 lebih dari 0,05 berarti menunjukkan hal ini artinya bahwa data residual berdistribusi normal.

Uji t digunakan untuk menguji keberartian koefisien regresi, dengan:

1. Menentukan  $H_0$  dan  $H_a$ .

$H_0 : \beta = 0$ , artinya tidak ada pengaruh yang signifikan persepsi kualitas terhadap kepuasan pasien, secara parsial.

$H_a : \beta \neq 0$ , artinya ada pengaruh yang signifikan persepsi kualitas terhadap kepuasan pasien, secara parsial.

2. *Level of significant* = 0,05

tabel= t (a/2; n -1 -k)

3. Kriteria pengujian

$H_0$  diterima apabila:  $-t_{\alpha/2} < t_{hitung} < t_{\alpha/2}$ , artinya variabel bebas tidak berpengaruh terhadap variabel terikat.

$H_0$  ditolak apabila:  $t_{hitung} > t_{\alpha/2}$  atau  $t_{hitung} < -t_{\alpha/2}$ , artinya variabel bebas berpengaruh terhadap variabel terikat.

4. Nilai t hitung Uji t digunakan untuk menguji keberartian koefisien regresi secara individu, dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

Menurut Sugiyono (2014), menggunakan rumus:

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

Keterangan:

t = *Distribusi*

r = Koefisien korelasi parsial

$r^2$  = Koefisien determinasi

n = jumlah data

5. Menentukan kesimpulan apakah  $H_0$  diterima atau  $H_0$  di tolak.

Gambaran tentang deskripsi responden diperoleh dari data diri yang terdapat pada bagian data responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan pekerjaan yang disajikan pada tabel berikut.

**Tabel 5. Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Umur**

Umur	Jumlah
<20	2
20-29	46
30-39	29
40-49	13
>50	4

Data di atas menunjukkan bahwa dari 98 responden bahwa sebagian besar responden berumur 20 – 29 tahun sebanyak 46 orang.

**Tabel 6. Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin**

Jenis Kelamin	Jumlah
Laki-laki	44
Perempuan	54

Data di atas menunjukkan bahwa kebanyakan responden penelitian ini adalah perempuan.

**Tabel 7. Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Pendidikan**

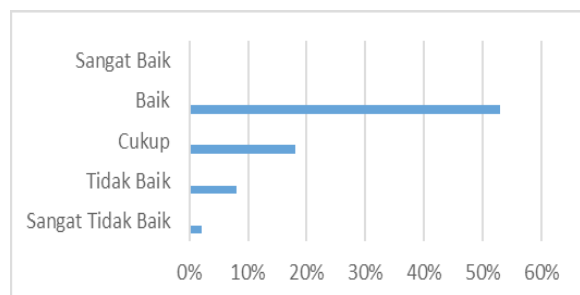
Pendidikan	Jumlah
SD	16
SMP	15
SMA	43
PERGURUAN TINGGI	24

Data di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai tingkat pendidikan terakhir SMA.

**Tabel 8. Deskripsi Responden Penelitian Berdasarkan Pekerjaan**

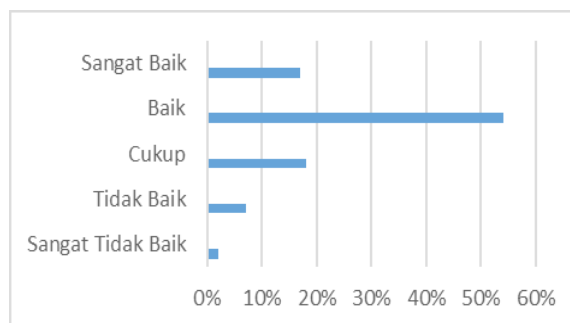
Pekerjaan	Jumlah
PNS	10
TNI/POLRI	2
Pelajar/Mahasiswa	5
Wirausaha	4
Pegawai/Swasta	12
Ibu Rumah Tangga	20
Lainnya	46

Data di atas menunjukkan sebagian besar responden memiliki pekerjaan yang lainnya 46 orang.



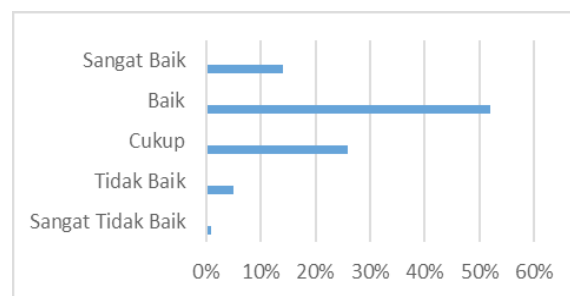
**Gambar 1. Persepsi kualitas dari Bukti Fisik (Tangible) terhadap Kenyamanan di ruang tunggu**

Berdasarkan gambar 1 terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap kenyamanan di ruang tunggu ada 54,1, hal ini dapat diartikan jika sarana prasarana masih kurang terpenuhi yang membuat pasien kurang nyaman, tidak adanya televisi membuat pasien merasa bosan saat menunggu antrian pengobatan di poli internis.



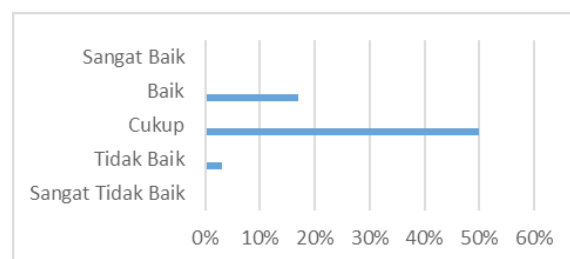
**Gambar 2. Persepsi kualitas dari Bukti Fisik (Tangible) terhadap Kebersihan di ruang tunggu**

Berdasarkan gambar 2 di atas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap kebersihan di ruang tunggu ada 55,1%, karena tempat sampah jauh berada di pojok-pojok gedung membuat pasien membuang sampah dimana saja, membuat pasien kurang terpenuhi pelayanan di kebersihan di ruang tunggu.



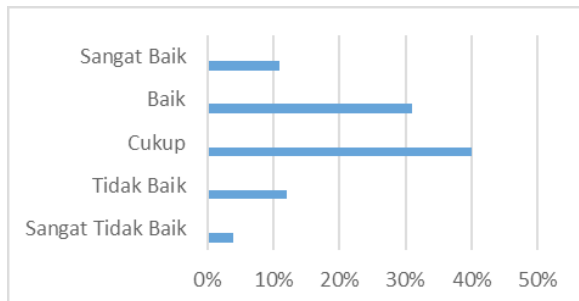
**Gambar 3. Persepsi kualitas dari Keandalan (Reliability) Terhadap Petugas akurat menulis data pasien.**

Berdasarkan gambar 3 di atas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap petugas akurat menulis data pasien ada 53,1%, karena petugas masih kurang teliti dalam penulisan nama pasien yang membuat pasien kurang terpenuhi kepuasan pelayanan.



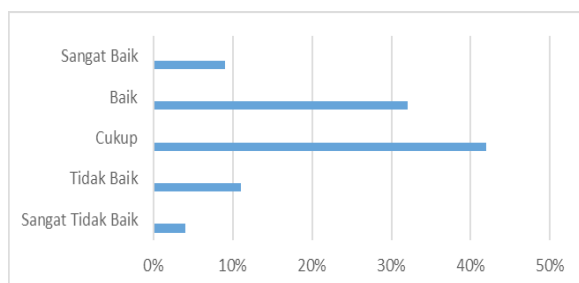
**Gambar 4. Persepsi kualitas dari Keandalan (Reliability) terhadap Petugas dapat dipercaya tidak membocorkan resume medis pasien**

Berdasarkan gambar 4 diatas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap petugas dapat dipercaya tidak membocorkan resume medis pasien ada 51,0%, karena masih ada saja petugas yang menceritakan resume pasien ke petugas yang lainnya.



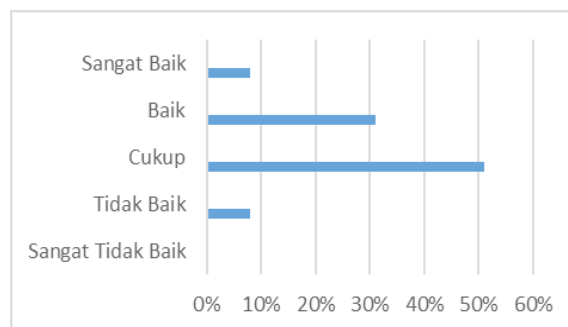
**Gambar 5. Persepsi kualitas dari Ketanggapan (*Responsiveness*) terhadap Petugas melayani pasien dengan cepat**

Berdasarkan gambar 5 di atas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap petugas melayani pasien dengan cepat ada 40,8% ,karena ada petugas yang saat bekerja sambil memegang handphone yang membuat pelayanan terhambat dan membuat pasien kurang terpenuhi saat pelayanan.



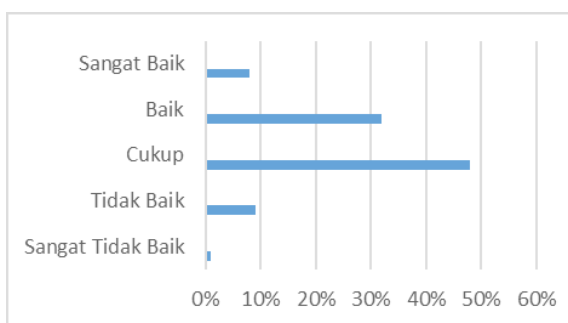
**Gambar 6. Persepsi kualitas dari Ketanggapan (*Responsiveness*) terhadap Petugas melayani pasien dengan tepat**

Berdasarkan Gambar 6 di atas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap petugas melayani pasien dengan tepat ada 42,9% ,karena patugas kurang teliti dalam mengisi data pasien yang membuat kurang terpenuhi pelayanan.



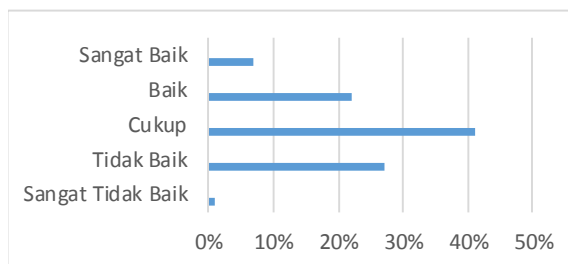
**Gambar 7. Persepsi kualitas dari Jaminan (*Assurance*) terhadap petugas melayani pasien dengan sopan santun**

Berdasarkan gambar 7 di atas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap petugas melayani pasien dengan sopan santun ada 52,0% , karena masih ada petugas kurang ramah dan senyum dalam melakukan pelayanan kepada pasien dan membuat pasien kurang terpenuhi dalam pelayanan pengobatan.



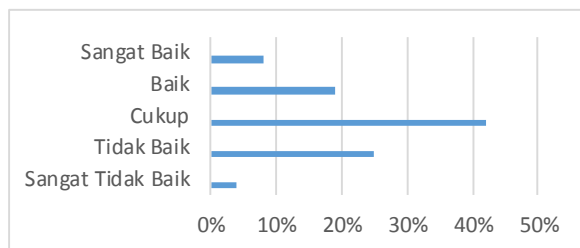
**Gambar 8. Persepsi kualitas dari Jaminan (*Assurance*) terhadap petugas memiliki kemampuan atau pengetahuan yang luas**

Berdasarkan gambar 8 di atas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap petugas memiliki kemampuan atau pengetahuan yang luas ada 49,0%, karena masih ada petugas yang pendidikannya sma yang membuat pasien kurang terpenuhi.



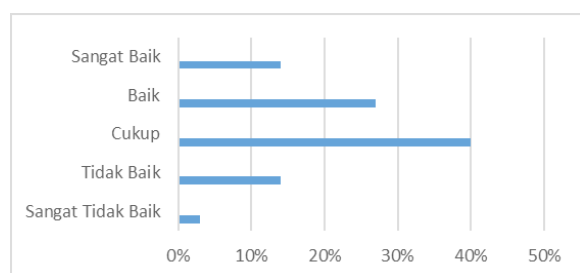
**Gambar 9. Persepsi kualitas dari Empati (*empathy*) terhadap petugas memberikan perhatian yang tulus kepada pasien**

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap petugas memberikan perhatian yang tulus kepada pasien ada 41,8%, karena kurang nya perhatian yang diberikan kepada pasien.



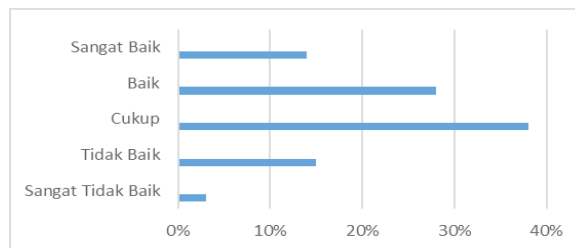
**Gambar 10. Persepsi kualitas dari Empati (*empathy*) terhadap petugas memahami keinginan pasien**

Berdasarkan gambar 10 di atas terlihat bahwa tingkat persepsi kualitas terhadap petugas memahami keinginan pasien ada 42,9% karena petugas kurang memahami keinginan pasien yang membuat kurang terpenuhi pelayanan.



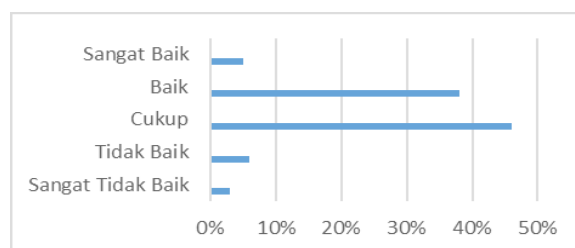
**Gambar 11. Kepuasan pasien dari Kesesuaian Harapan terhadap fasilitas penunjang yang didapat sesuai atau melebihi dengan yang diharapkan pasien**

Berdasarkan gambar 11 di atas terlihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas penunjang yang didapat sesuai atau melebihi dengan yang diharapkan pasien ada 40,8%, karena fasilitas yang dirasakan pasien masih kurang terpenuhi seperti saat menunggu pelayanan pengobatan tidak ada televisi agar pasien tidak merasa bosan.



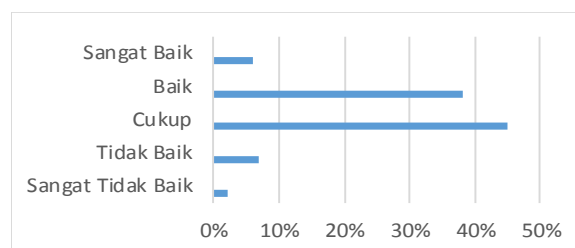
**Gambar 12. Kepuasan pasien dari Kesesuaian Harapan terhadap pelayanan oleh karyawan yang diperoleh sesuai atau melebihi dengan yang diharapkan pasien**

Berdasarkan gambar 12 di atas terlihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan oleh karyawan yang diperoleh sesuai atau melebihi dengan yang diharapkan ada 38,8% karena petugas masih ada yang memegang handphone saat melakukan pelayanan kepada pasien yang membuat pelayanan kurang cepat.



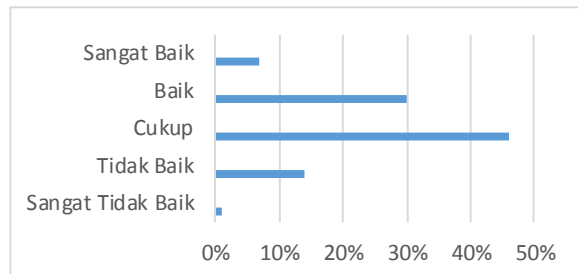
**Gambar 13. Kepuasan pasien dari Minat berkunjung kembali terhadap berminat untuk berkunjung kembali karena pelayanan yang diberikan oleh karyawan memuaskan**

Berdasarkan gambar 13 di atas terlihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap berminat untuk berkunjung kembali karena pelayanan yang diberikan oleh karyawan memuaskan ada 46,9% karena pelayanan kurang cepat membuat pasien kurang terpenuhi dalam pelayanan pengobatan di poli internis.



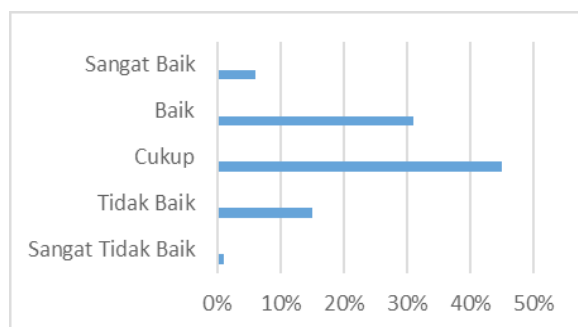
**Gambar 14. Kepuasan pasien dari Minat berkunjung kembali terhadap Berminat untuk berkunjung kembali karena fasilitas penunjang yang disediakan memadai.**

Berdasarkan gambar 14 di atas terlihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap berminat untuk berkunjung kembali karena fasilitas penunjang yang disediakan memadai ada 45,9% karena fasilitas penunjang yang disediakan masih kurang memadai.



**Gambar 15. Kepuasan pasien dari Kesiediaan merekomendasikan terhadap Menyarankan teman atau kerabat datang ke rumah sakit yang ditawarkan karena nilai atau manfaat yang didapat setelah datang ke rumah sakit**

Berdasarkan gambar 15 di atas terlihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap menyarankan teman atau kerabat untuk datang ke rumah sakit yang ditawarkan karena nilai atau manfaat yang didapat setelah datang ke rumah sakit ada 46,9% karena pasien merasa sembuh sesudah melakukan pengobatan adapun yang tidak cocok dengan obatnya.



**Gambar 16. Kepuasan pasien dari Kesiediaan merekomendasikan terhadap Menyarankan teman atau kerabat datang ke rumah sakit yang ditawarkan karena fasilitas penunjang yang disediakan memadai**

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap menyarankan teman atau kerabat untuk datang ke rumah sakit yang ditawarkan karena fasilitas penunjang yang disediakan memadai ada 45,9% karena pasien merasakan fasilitas yang disediakan kurang memadai seperti koran di ruang tunggu harus disediakan agar pasien saat menunggu sambil membaca koran dan

tidak merasa bosan. Setiap responden persepsi kualitas dan responden kepuasan pasien dengan rata-rata lebih banyak menjawab cukup baik.

**Tabel 9. Responden dari persepsi kualitas**

	Sangat Tidak Baik	Tidak Baik	Cukup Baik	Baik	Sangat Baik
Bukti Fisik (Tangible)	4	15	36	107	34
Keandalan (Reliability)	4	33	76	69	31
Ketanggapan (Responsiveness)	8	23	82	63	20
Jaminan (Assurance)	1	17	99	63	16
Empati (Empathy)	5	52	83	41	15
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>140</b>	<b>376</b>	<b>343</b>	<b>116</b>

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dari persepsi kualitas pelayanan diperoleh nilai rata-rata tertinggi berada pada cukup baik dengan jumlah yaitu 376 ,karena bagian poli internis rawat jalan di RSUD Cibabat yang dirasakan kondisi nyata pasien rawat jalan masih banyak yang mengeluhkan tentang ruang tunggu yang kurang nyaman saat menunggu antrian untuk melakukan pemeriksaan pasien tempat tunggu kurang nyaman dan bersih, pasien sering menunggu di luar gedung karena kondisi ruang tunggu yang kurang memadai untuk pasien duduk ketika menunggu pengobatan disebabkan tempat duduk yang diruangan tidak sesuai dengan jumlah pengunjung atau pasien yang mau berobat di poli internis.

**Tabel 10. Responden dari Kepuasan pasien**

	Sangat Tidak Baik	Tidak Baik	Cukup Baik	Baik	Sangat Baik
Kesesuaian Harapan	6	29	78	55	28
Minat Berkunjung Kembali	5	13	91	76	11
Kesiediaan merekomendasikan	2	29	91	61	13
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>71</b>	<b>260</b>	<b>194</b>	<b>52</b>

Berdasarkan kepuasan pasien responden yang paling banyak menjawab cukup baik dengan jumlah 260 karena di poli internis fasilitas yang dirasakan pasien kurang terpenuhi, pasien kurang merekomendasikan kepada teman dan keluarga,

karena harapan pasien dengan hasil pelayanan masih kurang sesuai keinginan pasien adapun pasien merasa cukup dengan manfaat dari obat di poli internis.

**Tabel 11. Uji Statistik**

Persepsi Kualitas	<i>Coefficients</i>	T	Sig
<b>Kepuasan Pasien</b>	0,735	10,613	0,00

Diketahui nilai sig untuk pengaruh x terhadap y adalah sebesar  $0,00 < 0,05$  dan nilai t hitung  $10,613 > t \text{ table } 1,9852$  sehingga dapat disimpulkan diterima yang berarti terdapat pengaruh X terhadap Y dengan diperoleh koefisien korelasi 0,735 maka semua variabel dari dimensi (bukti fisik, keandalan, ketanggapan, jaminan dan empati) secara bersama-sama memiliki pengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien rawat jalan RSUD Cibabat Cimahi. Hasil tersebut menunjukkan bahwa hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dapat diterima dan hipotesis nihil ( $H_o$ ) ditolak.

Pasien akan merasa memperoleh kepuasan yang lebih berkualitas ketika ia berada pada suatu entitas yang memiliki reputasi yang baik. Apabila diamati skor koefisiennya, maka pengaruh persepsi kualitas terhadap kepuasan pasien akan lebih kuat bila melalui kualitas pelayanan baik yang dirasakan berpengaruh secara langsung terhadap kepuasan pasien.

Kualitas pelayanan yang dirasakan baik oleh pasien merupakan penentu dan syarat dalam pencapaian kepuasan pasien. Segala sesuatu yang dihasilkan dari nilai yang dirasakan berkualitas oleh pasien, dipastikan akan memuaskan pasien. Oleh sebab itu mekanisme yang harus dikembangkan di rumah sakit adalah menjaga atau meningkatkan nilai yang dirasakan oleh pasien dengan bertitik tolak pada peningkatan pelayanan yang baik.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian bahwa responden dominan menginginkan terpenuhinya akan kebutuhan berupa ruang tunggu yang nyaman sehingga saat menunggu antrian tidak menjadi hal yang membuat mereka lelah atau jenuh, walaupun selain itu juga ingin terpenuhi kebutuhan gedung yang bersih juga ruangan pelayanan yang bersih juga petugas medis dan non medis yang rapi.

Kondisi nyata pasien rawat jalan masih banyak yang mengeluhkan tentang ruang tunggu yang kurang nyaman saat menunggu antrian untuk melakukan pemeriksaan. Pasien sering menunggu di luar gedung karena kondisi ruang tunggu yang penuh disebabkan tempat duduk yang ada di ruang tunggu tidak sesuai dengan jumlah pengunjung yang datang untuk melakukan pemeriksaan atau pengobatan. Hal ini sesuai dengan Firdaus & Sugiarsi(2019) bahwa sebanyak 24,3%((68 orang) menyatakan ruang tunggu sempit dan tidak nyaman. Berdasarkan hasil uji statistic ada hubungan yang signifiakn antara mutu(*Tangibel*) dengan kepuasan pasien pada nilai  $p=0.001(<0.05)$ . (*Tangibles* ini berkaitan dengan daya tarik fasilitas fisik, perlengkapan, dan material yang digunakan perusahaan serta penampilan karyawan. Menurut (Alma & Priansa, 2009) tangibles yaitu berupa penampilan fasilitas fisik, peralatan dan berbagai materi komunikasi yang baik, menarik, terawat, lancar dan sebagainya.

Kemudian dari keandalan yang dimiliki oleh petugas medis yang ada di RSUD Cibabat Cimahi maka semakin tinggi tingkat kepuasan pasien rawat jalan. Dari jawaban responden dominan menginginkan terpenuhinya layanan sesuai prosedur, serta tindakan yang akurat saat penulisan data pasien. Kondisi nyata yang dialami pasien rawat jalan masih banyak yang menemui layanan yang kurang baik saat melakukan penulisan data pasien. Sehingga tidak salah jika kemudian sangat berharap hal-hal tersebut dapat diperbaiki agar di kemudian hari pasien merasa puas dengan pelayan yang ada di rumah sakit. Hasil penelitian dan kondisi nyata dilapangan sangat sesuai dengan pernyataan (Alma & Priansa, 2009) *reliability* yaitu kemampuan untuk memberikan jasa sesuai dengan yang dijanjikan, terpercaya dan akurat serta konsisten kemudian dari hasil analisis ditemukan bahwa daya tanggap berpengaruh cukup baik terhadap kepuasan pasien rawat jalan di poli internis.

Hal ini berarti bahwa tanggapan atas saran yang diajukan oleh pasien sangat diharapkan. Semakin tinggi daya tanggap yang dimiliki oleh petugas medis yang ada di rumah sakit maka semakin tinggi tingkat kepuasan pasien rawat jalan di RSUD Cibabat Cimahi. Dari jawaban responden dominan menginginkan terpenuhinya layanan akan kesiapan tenaga medis dan adanya tenaga medis sesuai jadwal jadi tepat waktu, walaupun juga ingin

terpenuhi layanan yang tanggap akan keadaan pasien serta sesuai prosedur. Kondisi nyata pasien rawat jalan masih banyak yang menemui tenaga medis yang tidak ada ditempat pada saat pasien akan melakukan perawatan atau pengobatan sehingga pasien terkadang harus menunggu, adanya sikap kurang tanggap dari pihak petugas. Maka tidak salah jika kemudian pasien mengharapkan tenaga medis yang ada sesuai jadwal dan sikap tanggap pihak rumah sakit. Hasil penelitian dan keadaan yang ada sesuai dengan yang dikatakan oleh (Alma & Priansa, 2009) *responsiviness* yaitu kemauan dari karyawan dan pengusaha untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat serta mendengar dan mengatasi keluhan dari konsumen.

Dari hasil analisis ditemukan bahwa jaminan berpengaruh terhadap kepuasan pasien rawat jalan. Responden dominan menginginkan terpenuhinya layanan akan petugas yang sopan santun dan tulus penuh perhatian, juga ingin terpenuhi layanan yang aman dan terjamin tenaga medis dan karyawan serta memiliki kemampuan untuk meyakinkan pasien agar cepat sembuh. Kondisi nyata pasien rawat jalan masih banyak yang belum terpenuhi harapannya akan jaminan sehingga sangat wajar ketika para pasien mengharapkan jaminan berupa jaminan purna pengobatan atau purna perawatan. Tanggapan atas saran yang diajukan oleh pasien semakin tinggi kepedulian yang diberikan oleh pemberi pelayanan maka semakin tinggi tingkat kepuasan pasien rawat jalan di RSUD Cibabat Cimahi. Responden juga menginginkan terpenuhinya layanan yang ramah terhadap semua pasien, walaupun juga ingin petugas memahami pasien, petugas yang pengertian pada tiap keluhan serta perhatian kepada tiap pasiennya juga diharapkan. Kondisi nyata pasien di rumah sakit masih banyak yang menemui beberapa petugas medis atau non medis yang bersikap tidak ramah dan tidak memberikan perhatian yang tulus. *Empathy* ini berarti perusahaan memahami masalah para pelanggannya dan bertindak demi kepentingan pelanggan, serta memberikan perhatian personal kepada para pelanggan dan memiliki jam operasi yang nyaman (Soenaryo, 2015). *Empathy* meliputi keluhan pasien diperhatikan, sikap dokter dan perawat yang sabar dan simpatik (Metayunika & Santosa, 2013).

## SIMPULAN

Berdasarkan pengolahan data hasil menunjukkan bahwa tingkat persepsi kualitas dan kepuasan

pasien dari dimensi termasuk dalam kategori cukup baik hal ini diperkuat dengan hasil pada tiap dimensi menunjukkan banyak responden yang menjawab cukup baik dengan jumlah 376 dari responden variabel persepsi kualitas karena petugas melayani pasien kurang cepat dan jumlah 260 dari responden rata-rata cukup baik dari variabel kepuasan pasien karena harapan pasien tidak sesuai dengan fasilitas yang dirasakan oleh pasien, meski begitu upaya perbaikan terhadap penampilan fisik rumah sakit, penampilan fisik pelayanan maupun kedisiplinan petugas cukup penting untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Melakukan pelayanan rawat jalan sesuai prosedur pendaftaran sehingga dapat menunjang kepuasan pasien di RSUD Cibabat Cimahi karena itu petugas disarankan agar RSUD Cibabat dapat melakukan perbaikan, peningkatan, dan pengembangan sarana fisik seperti membersihkan ruang perawatan dan lingkungan disekitarnya agar tertata lebih rapi dan bersih, diharapkan dapat memberikan kenyamanan terhadap pasien dan keluarga yang menjaga dan juga disarankan agar petugas memberikan kejelasan waktu tunggu terhadap pasien saat menunggu pelayanan pengobatan di poli internis rawat jalan kemudian disarankan agar rumah sakit untuk memberikan pelatihan-pelatihan keterampilan kepada petugas kesehatan dalam berkomunikasi dengan baik kepada pasien agar informasi yang diberikan dapat diterima dan mudah dimengerti pasien dan keluarga pasien, serta memberikan keadilan pada setiap pasien dan memahami kebutuhan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alma, B., & Priansa, D. J. (2009). Manajemen bisnis syariah: Penuntun perkuliahan bagi para mahasiswa, pencerahan bagi para pedagang, pengembangan marketing syariah/spiritual marketing bagi para pengusaha. Alfabeta.
- Arifin, E., & Fachrodji, A. (2015). Pengaruh Persepsi Kualitas Produk, Citra Merek dan Promosi Terhadap Minat Beli Konsumen Ban Achilles di Jakarta Selatan. MIX: Jurnal Ilmiah Manajemen, 5(1), 153082.
- Arifin, N. F., Pasinringi, S. A., & Palu, B. (2018). Kepuasan Kerja Tenaga Medis pada Era Jaminan Kesehatan Nasional. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia Universitas Hasanuddin, 14(2), 190–200.



- Firdaus, A.C., & Sugiarsi, S (2019). Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien BPJS Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam di RSUD Dr Soeratno Gemolong. [eprints.ums.ac.id/76168](https://eprints.ums.ac.id/76168)
- Gunawan, K., & Djati, S. P. (2011). Kualitas Layanan dan Loyalitas Pasien (Studi pada Rumah Sakit Umum Swasta di Kota Singaraja–Bali). *Jurnal Manajemen Dan Kewirausahaan*, 13(1), 32–39.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2009). *Marketing management*. Grada.
- Metayunika, V., & Santosa, S. B. (2013). Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan (Tangible, Reliability, Responsiveness, Assurance, dan Empathy) Terhadap Kepuasan Konsumen (Studi Pada Dealer Mitsubishi PT Bumen Redja Abadi Semarang) [PhD Thesis]. Fakultas Ekonomika dan Bisnis.
- Rahardjo, M. (2011). Metode pengumpulan data penelitian kualitatif.
- Schiffman, L. G., Kanuk, L. L., & Wisenblit, J. (2000). *Consumer Behavior*. Upper Saddle River, J: Prentice Hall.
- Soenaryo, J. (2015). Analisis Pengaruh Responsiveness, reliability, Assurance, Empathy, Dan Tangible Agen PT Aj Sequislife Terhadap Kepuasan Pelanggan Pada Cabang Surabaya-Trusty. *Agora*, 3(1), 23–28.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. CV Alfabeta.
- Supartiningsih, S. (2017). Kualitas pelayanan kepuasan pasien rumah sakit: Kasus pada pasien rawat jalan. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(1), 9–15.

# Tinjauan Angka Rawat Ulang dalam Mendukung Legalitas Perawatan Rumah Sakit di Era JKN

Edy Susanto<sup>1</sup>, Elise Garmelia<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Prodi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Poltekkes Kemenkes Semarang

E-mail: <sup>1</sup> [edym@gmail.com](mailto:edym@gmail.com), <sup>2</sup> [elsa0360@gmail.com](mailto:elsa0360@gmail.com)

## Abstract

*Re admission is an incident of a patient being hospitalized who has previously received inpatient services at the hospital. Readmission is a marker of the quality of patient care in the hospital identified by a health plan that has been made as a key component of a service provided. The purpose of this study was to review the hospital re-admission rate to support the validity of patient care at the hospital. Observational research method with analytic data of hospitalized patients as a population and data of re-admission patients (<7 days) as a sample. The results were the number of hospitalized patients in 2019 as many as 40,256 and 297 patients who were hospitalized in 2019. There were patients (63.64%) who came from Semarang, 100 patients (33.67%) came from outside the city of Semarang and 8 patients. (2.69%) originated from outside Central Java. There was a relationship between readmission incidence with region ( $p = 0.025$ ), LOS ( $p = 0.027$ ) and morbidity ( $p = 0.033$ ). Conclusion The number of hospitalized patients in 2019 was 40,256, there were 297 re-admissions. Re-hospitalization rates at the hospital. KMRT Wongsonegoro is 0.74%. The ages of hospitalized patients ranged from 1 month to 83 years, median 48 years. There is a relationship between the incidence of re-admission patients with region (accessibility), LOS and morbidity. There is also a relationship between Morbidity and LOS and class of care with guaranteed financing. There is no relationship between age, gender and referral / admission to hospital incidence, re-admission. Suggestions for tracking system interface design for re-hospitalized patients.*

**Keywords:** re-admission, tracking

## Abstrak

*Re admission adalah suatu kejadian seorang pasien dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapat layanan rawat inap di rumah sakit. Readmission merupakan suatu penanda kualitas perawatan pasien di rumah sakit yang diidentifikasi oleh rencana kesehatan yang telah dibuat sebagai kunci dari komponen sebuah pelayanan yang diberikan. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk meninjau angka rawat ulang (re-admission) rumah sakit untuk menunjang keabsahan perawatan pasien di rumah sakit. Metode penelitian observasional dengan analitik data pasien pulang rawat sebagai populasi dan data pasien rawat ulang (re-admison < 7 hari) sebagai sample. Hasil adalah jumlah pasien pulang rawat inap tahun 2019 sebanyak 40.256 dan 297 pasien rawat ulang di tahun 2019. Terdapat asal pasien (63,64%) berasal dari kota Semarang, 100 pasien (33,67%) bersala dari luar kota Semarang dan 8 pasien (2,69%) bersal dari luar jawa tengah. Ada hubungan antara kejadian readmission dengan Wilayah ( $p=0,025$ ), LOS ( $p= 0.027$ ) dan morbiditi ( $p= 0.033$ ). Kesimpulan Jumlah pasien pulang rawat inap tahun 2019 sebanyak 40.256 terdapat 297 pasien rawat ulang atau re-admision. Angka rawat ulang di RS. KMRT Wongsonegoro adalah 0,74 %. Usia pasien rawat ulang antara usia 1 bulan hingga 83 tahun, median 48 tahun. Ada hubungan kejadian pasien pulang re-admition dengan Wilayah (aksesibitas), LOS dan Morbiditas. Juga Ada hubungan antara Morbiditi dengan LOS dan Kelas rawat dengan Jaminan pembiayaan. Tidak ada hubungan antara usia, jenis kelamin dan Rujukan/cara masuk RS terhadap kejadian, re-admission. Saran rancangan interface tracking system untuk pasien rawat ulang,*

**Kata kunci:** re-admission, tracking

## PENDAHULUAN

Dalam pelaksanaan JKN seringkali terjadi *re-admission* atau rawat ulang pasien dari satu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain. Berdasarkan pemberitaan dalam Tempo tanggal 1 Desember 2019, Ketua Biro Hukum dan Pembinaan Anggota Ikatan Dokter Indonesia (IDI) membenarkan bahwa ada praktik *Re-Admission* di rumah sakit. Praktik *Re-admission* terjadi saat seorang pasien datang ke rumah sakit untuk berobat, kemudian diberikan pelayanan kesehatan, tetapi pelayanan kesehatan yang diberikan belum tuntas namun pasien sudah dipulangkan oleh pihak rumah sakit. Setelah itu, pasien kembali sakit dan harus berobat lagi ke rumah sakit kurang dari 8 hari setelah pasien pulang. Hal tersebut disebabkan oleh berbagai hal seperti fasilitas, pelayanan dan mutu di suatu fasilitas pelayanan kesehatan.

Praktik *re-admission* akan berdampak terhadap keabsahan dokumentasi pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien. Dalam hal ini dokumentasi pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah rekam medis pasien. Rekam medis pasien memiliki nilai hukum yang dapat dijadikan barang

bukti yang sah di pengadilan. Selain itu, praktik *re-admission* di fasilitas pelayanan kesehatan lain juga memungkinkan pencatatan riwayat kesehatan pasien yang tidak berkelanjutan. Oleh karena itu sangat penting dilakukan peninjauan angka rawat ulang/*re-admission* untuk melakukan telusur (*tracking*) pasien.

## METODE

Peneliti melakukan pengumpulan data pasien pulang Rawat Inap bulan Januari - Desember 2019 (data 1 tahun). Data di olah dengan cara memilah (*sorting*) Nomor rekam medis dikaitkan dengan nama pasien. Bila Terdapat nomor rekam medis yang sama, langsung melihat tanggal masuk dan pulang pada rawat pertama dan rawat ulang selisih < 7 hari. Setelah tanggal yang didapat termasuk pilihan (*selected data*) maka peneliti akan melihat/ *cross check* terhadap diagnosis akhir antara rawat pertama dengan rawat ulang yang sama. Dari pencarian tanggal tersebut didapatkan pasien rawat ulang (*re admission*) < 7 hari dengan kondisi dan morbiditas yang sama, maka didapatkan jumlah sample

No	Kategori pasien	Jan	Feb	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des	Jumlah
1	Re admision	27	26	28	26	20	16	27	27	18	37	23	22	297
2	Prosentase	0,79%	0,77%	0,75%	0,67%	0,57%	0,52%	0,85%	0,94%	0,59%	1,09%	0,68%	0,65%	0,74%
3	Pasien Rawat Inap	3.411	3.385	3.721	3.857	3.507	3.086	3.162	2.883	3.047	3.406	3.389	3.402	40.256

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa dari jumlah pasien pulang rawat inap tahun 2019 sebanyak 40.256 terdapat 0,74 % atau 297 pasien

rawat ulang atau *re-admission* yang disesuaikan dengan morbiditas pasien tersebut.

No.	Penyakit	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agust	Sep	Okt	Nov	Des	TOTAL
1	Diabetes Melitus	9	4	3		2	4	3	7		2	6	3	43
2	Anemia	2	6	6	1	3	1	3	3	2	4	3	4	38
3	Bacterian Intestine		1		1	1		1	3	3	4	2	3	19
4	Gastroenteritis And Colitis Of Unspecified Origin	1	1	3	2			2		2	2	1	3	17
5	Mild Hypeeremesis	1		2		1	2	3	1	1	1	2	1	15
6	Hypertensive	1	1	1	2	2	3		1		2			13
7	CHF	1		1	1		1		1			1	1	7
8	Dyspepsia	1	1		2					1	2			7
9	Hypoglycaemia, unspecified	1		1			1	2			1			6
10	Ispa / Acute Upper Respirat	1	1		2			1						5

Berdasarkan tabel tersebut di atas, diketahui bahwa dari pasien rawat ulang 0,74 % atau 297 pasien dengan diagnosis rawat yang sudah peneliti ambil menjadi 10 Besar terbanyak dari usia 1 bulan hingga 83 tahun. Dapat dilihat bahwa kasus Diabetes Mellitus 43 atau 14,48 %, Anemia 38 (12,80%), *bacteri intestine* 19 (6,40%).

Berdasarkan tabel tersebut di atas, diketahui bahwa dari pasien rawat ulang 0,74 % atau 297 pasien. Diteliti bahwa 189 pasien (63,64%) berasal dari kota Semarang, 100 pasien (33,67%) berasal dari luar kota semarang seperti Demak, Kendal, Grobogan. Sedangkan 8 pasien (2,69%) berasal dari luar Jawa Tengah seperti Kutai kalimantan, Bandung, Jakarta dan Sleman Jogjakarta.

Data yang diolah menggunakan SPSS untuk mengetahui hubungan variabel dependen dengan independen diketahui sebagai berikut:

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa:

- Tidak ada hubungan antara Usia pasien dengan kejadian re-admision di RS KRMT. Wongsonegoro.
- Tidak ada hubungan antara Jenis Kelamin pasien dengan kejadian re-admision di RS KRMT. Wongsonegoro.
- Ada hubungan ( $p=0.048$ ) ( $p<0.05$ ) antara Wilayah pasien dengan kejadian re-admision di RS KRMT. Wongsonegoro (menurut spearman correlation) dan menurut Pearson correlation /Correlation Coefficients nilai p values nya signifikan dengan  $p=0,025$
- Apakah ada hubungan antara Keadaan pasien (Rujukan, Asuransi dan Kelas Rawat) dengan re admision

**Tabel 4.4. Correlations**

		Re_admit	Wilayah
Re_admit	Pearson Correlation	1	,130*
	Sig. (2-tailed)		,025
	N	297	297
Wilayah	Pearson Correlation	,130*	1
	Sig. (2-tailed)	,025	
	N	297	297

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa :

- Tidak ada hubungan antara rujukan (cara masuk RS) dengan kejadian *re-admision* di RS KRMT. Wongsonegoro.
- Tidak ada hubungan antara Kelas rawat dengan kejadian *re-admision* di RS KRMT. Wongsonegoro.
- Tidak ada hubungan antara asuransi dengan kejadian *re-admision* di RS KRMT. Wongsonegoro.
- Ada hubungan ( $p=0.000$ ) antara Kelas rawat pasien dengan Asuransi bagi pasien *re-admision* di RS KRMT. Wongsonegoro

**Tabel 4.5. Correlations**

		Re_admit	LOS	Morbiditi
Re_admit	Correlation Coefficient	1,000	-,128*	,124*
	Sig. (2-tailed)	.	,027	,033
	N	297	297	297
Spearman's rho	Correlation Coefficient	-,128*	1,000	-,166**
	Sig. (2-tailed)	,027	.	,004
	N	297	297	297
Morbiditi	Correlation Coefficient	,124*	-,166**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,033	,004	.
	N	297	297	297

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa:

- Ada hubungan ( $p=0.027$ ) antara LOS pasien dengan kejadian re-admision di RS KRMT. Wongsonegoro. Dan menurut correlation coefficients pa value sebesar  $p=0.012$
- Ada hubungan ( $p=0.033$ ) antara morbiditi pasien dengan kejadian re-admision di RS KRMT. Wongsonegoro. Dan menurut spearmen's p value  $p=0$
- Ada hubungan ( $p=0.004$ ) antara morbiditi pasien dengan LOS pada pasien re-admision di RS KRMT. Wongsonegoro.

## PEMBAHASAN

Dari Penelitian yang dilakukan bahwa RS KRMT Wongsonegoro terdapat pasien rawat ulang sebesar 0,74 % atau 297 pasien pada tahun 2019. Hal ini memungkinkan adanya ketergantungan pasien terhadap rumah sakit, ataupun kondisi pasien yang belum benar stabil namun sudah pulang. Mungkin juga pasien melihat aksesibilitas yang mudah ke RS. Hal ini bisa terlihat bahwa ada hubungan ( $p=0.025$ )

antara wilayah pasien dengan *re-admission* yang artinya bahwa pasien *re-admission* memanfaatkan akses ke RS. Menurut Otha et al, 2016; *re admission* adalah suatu kejadian seorang pasien dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapat layanan rawat inap di rumah sakit. *Re admission* merupakan suatu penanda kualitas perawatan pasien di rumah sakit yang diidentifikasi oleh rencana kesehatan yang telah dibuat sebagai kunci dari komponen sebuah pelayanan yang diberikan.

Ada hubungan ( $p=0.000$ ) antara Kelas rawat pasien dengan Asuransi bagi pasien *re-admission* di RS KRMT. Wongsonegoro. Dimana yang pasien *re-admission* menggunakan jaminan pembiayaan sejumlah 97 pasien (32,7%) BPJS PBI, 179 orang (60,3%) BPJS non PBI dan pasien Umum 21 (7,1%).

Readmission dapat merugikan pihak rumah sakit maupun pasien rawat inap dikarenakan dapat mencapai cost yang lebih tinggi (Lucas et al, 2013). *Re-admission* sangat berkaitan dengan kualitas pelayanan suatu rumah sakit, misalnya pelayanan pasca operasi yang menimbulkan pasien kembali dirawat di rumah sakit karena mengalami penyakit bawaan dari operasi tersebut, selain itu readmission juga bisa pada penyakit degeneratif dan penyakit-penyakit kronis lainnya (Fischer, 2014).

Sesuai dengan olahan data bahwa ada hubungan ( $p=0.033$ ) antara pasien *re-admission* dengan penyakitnya serta berhubungan pula dengan tingkat lama rawat (LOS=length of stay) yakni  $p=0.004$ , maka pasien tersebut mengharapkan pelayanan yang berkelanjutan dari suatu perencanaan pulang yang diberikan oleh RS. Menurut Lucas et al (2013), *re-admission* dapat dicegah dengan cara pemberian perawatan rawat inap di rumah sakit dengan baik dan membuat suatu perencanaan pulang atau discharge planning untuk pasien harus baik pula. Menurut Ka. Instalasi Rekam Medis RS bahwa selama ini tidak mengumpulkan data pasien rawat ulang di RS ini, sehingga belum dapat mengolah datanya. Karena tidak ada laporan angka pasien rawat, maka pihak manajemen dan Komite medik tidak mengetahui adanya angka pasien rawat ulang yang sangat berpengaruh pada peningkatan pelayanan. Angka rawat ulang memang tidak menjadi laporan rutin Standar Pelayanan Minimal lagi seperti

Bahwa seorang pasien dapat melakukan pencatatan dan atau rekaman dari pemeriksaan, perawatan

dan pengobatan terhadap dirinya yang telah dilakukan oleh rumah sakit. Sesuai dengan Hak dan Kewajiban pasien (UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit). Maka Peneliti berusaha mencoba membuat pasien suatu rancangan interface tracking bagi pasien yang pernah mengalami rawat ulang.

Kegunaan interface ini dapat memonitor, menyimpan data dan history pengobatan dan perawatan pasien. Serta interface ini dapat juga memberi peringatan/reminder bagi pasien untuk kontrol ulang, pemeriksaan terjadwal dan khususnya bagi pasien dengan penyakit kronis dan degenerasi serta untuk mensukseskan PROLANIS (Program Pengelolaan Penyakit Kronis).

Rekam medis terdiri dari catatan-catatan data pasien yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan. Catatan-catatan tersebut sangat penting untuk pelayanan bagi pasien karena dengan data yang lengkap dapat memberikan informasi dalam menentukan keputusan baik pengobatan, penanganan, tindakan medis dan lainnya. Dokter atau dokter gigi diwajibkan membuat rekam medis sesuai aturan yang berlaku. Contoh interface ini merupakan rancangan yang dapat ditindak lanjuti untuk kemajuan pelayanan bagi Rumah Sakit dan pasien itu sendiri.

## SIMPULAN

Ada hubungan yang signifikan antara pasien *re-admission* dengan Wilayah (aksesibilitas), LOS dan Morbiditas. Ada hubungan antara Morbiditi dengan LOS dan Kelas rawat dengan Jaminan pembiayaan. Namun Tidak ada hubungan antara usia, jenis kelamin dan Rujukan/cara masuk RS terhadap kejadian, *re-admission*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Fischer, C., Lingsma, H. F., Marangan de Mheen, P. J., Kringos, D. S., Klazinga, N. S., & Steyerberg, E. W. (2014). Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *PLoS ONE*, 9(11), e112282. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0112282>
- Hatta, Gemala.R. (2013). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana pelayanan kesehatan. Jakarta: Penerbit Universitas Jakarta

- Kepmenkes Nomor 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan. Jakarta: Menkes RI
- Lucas DJ, Haider A, Haut E, et al. 2013. Assessing Readmission after general, vascular, and thoracic surgery using ACS-NSQIP, *Ann Surg*: 258 (3): 430-9
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- B., Mola, A., Rosenfeld, P., & Ford, S. (2016). Early Discharge Planning and Improved Care Transitions: Pre-Admission Assessment for Readmission Risk in an Elective Orthopedic and Cardiovascular Surgical Population. *International Journal of Integrated Care*, 16 (2), 10. <http://doi.org/10.5334/ijic.2260>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/SK /III/2008 tentang Rekam Medis. 2008. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's. 2014. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan program JKN pada SJSN. 2015. Jakarta: Menkes RI
- Thornton, D., Mueller R.M., Schoutsen, P., Hillegersberg J., 2013. 'Predicting Healthcare Fraud in Medicaid: A Multidimensional Data Model and Analysis Techniques for Fraud', *Procedia Technology*, vol. 9: p1252–1264. dari <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212017313002946>
- Undang-undangan nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit : Hak dan Kewajiban Pasien.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 tahun 2008 tentang Standard Pelayanan Minimal.

# **Pengaruh *Perceived Ease of Use* terhadap *Perceived Usefulness* Pengguna Sistem Informasi Rumah Sakit di RSUD Provinsi Nusa Tenggara Barat**

**Reni Chairunnisah<sup>1</sup>, Noor Alamsyah<sup>2</sup>, Helmina Andriani<sup>3</sup>, Syamsuriansyah<sup>4</sup>, Alpi Sahrin<sup>5</sup>**

<sup>1,2,3,4</sup>Prodi D3 RMIK Politeknik Medica Farma Husada Mataram

E-mail: <sup>1</sup>renichairunnisah.fkm@gmail.com

## ***Abstract***

*Hospital Management Information System is a communication information technology system that processes and integrates the entire hospital service process flow in the form of a network of coordination, reporting and administrative procedures to obtain accurate and accurate information, and is part of the Health Information System. This study aims to analyze the effect of perceived ease of use on the perceived usefulness of Hospital Management Information System (SIMRS) users at the Regional General Hospital of NTB Province. This type of research used in this research is quantitative analytic research. The population in this study were all employees of the NTB Provincial Hospital using SIMRS who worked in the front office, totaling 104 people and based on calculations using the Slovin formula obtained a sample of 51 people. The sampling technique used in this study was proportional random sampling. The results of the study found that perceived ease of use had a significant effect on perceived usefulness with a significance value of 0.000.*

**Keywords:** *perceived ease of use, perceived usefulness, SIM RS, TAM*

## **Abstrak**

SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh *perceived ease of use* terhadap *perceived usefulness* pengguna Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pegawai RSUD Provinsi NTB pengguna SIMRS yang bekerja pada bagian *front office* yang berjumlah 104 orang dan berdasarkan perhitungan menggunakan rumus Slovin diperoleh sampel sejumlah 51 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *proportional random sampling*. Hasil penelitian menggambarkan bahwa *perceived ease of use* berpengaruh secara signifikan terhadap *perceived usefulness* dengan nilai signifikansi 0,000.

**Kata kunci:** *perceived ease of use, perceived usefulness, SIM RS, TAM*

## **PENDAHULUAN**

Rumah Sakit, sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan, sering mengalami kesulitan dalam pengelolaan informasi baik untuk kebutuhan internal maupun eksternal. Hal tersebut melatarbelakangi perlunya upaya peningkatan pengelolaan informasi yang efisien, cepat, mudah, akurat, murah, aman, terpadu dan akuntabel. Salah satu bentuk penerapannya melalui sistem pelayanan dengan memanfaatkan teknologi informasi melalui penggunaan sistem informasi berbasis komputer. Dalam rangka upaya peningkatan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan rumah sakit

maka setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS sebagaimana yang tercantum dalam peraturan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013).

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan suatu usaha untuk menyajikan informasi yang akurat, tepat waktu dan sesuai kebutuhan guna menunjang proses fungsi-fungsi manajemen dan pengambilan keputusan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Salah satu faktor penting yang sangat berperan dalam penerapan SIMRS adalah pengguna (*user*). Perilaku *user* terhadap SIMRS sangat perlu dianalisis untuk menunjang keberhasilan penerapan



SIMRS. Salah satu model yang dapat digunakan untuk menganalisis perilaku penerimaan *user* terhadap SIMRS adalah *Technology Acceptance Model* (TAM). TAM merupakan sebuah konsep yang dianggap paling baik dalam menjelaskan perilaku *user* terhadap sistem teknologi informasi baru (Venkatesh dan Davis, 2000). TAM merupakan sebuah metode yang menjelaskan perilaku pengguna teknologi informasi yang berlandaskan pada kepercayaan (*beliefs*), sikap (*attitude*), minat (*intention*) dan hubungan perilaku pengguna (*User Behavior Relationship*). Tujuan model ini adalah untuk dapat menjelaskan faktor-faktor utama dari perilaku pengguna teknologi informasi terhadap penerimaan penggunaan teknologi informasi itu sendiri yang dapat dijelaskan berdasarkan beberapa variabel diantaranya *perceived ease of use* dan *perceived usefulness*.

*Perceived ease of use* merupakan persepsi tentang kemudahan penggunaan sebuah teknologi yang didefinisikan sebagai suatu ukuran dimana seseorang percaya bahwa komputer dapat dengan mudah dipahami dan digunakan (Saputra dan Misfariyan, 2017). *Perceived usefulness* merupakan Persepsi terhadap kemanfaatan didefinisikan sebagai suatu ukuran dimana penggunaan suatu teknologi dipercaya akan mendatangkan manfaat bagi orang yang menggunakannya.

Berdasarkan data dari Bagian Program dan Informasi Kemenkes RI, dari 2.734 total keseluruhan RS, baru terdapat 1.423 RS yang memiliki SIMRS dan berfungsi. Sedangkan, 134 diantara sudah memiliki SIMRS namun tidak berfungsi dan sebanyak 1.177 RS masih belum memiliki SIMRS (Kemenkes RI, 2017). Penerapan SIMRS saat ini belum dapat mendukung pendataan rekam medis dan pelaporan secara penuh (Daerina dkk, 2018). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB berdasarkan *Technology Acceptance Model* (TAM).

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif analitik dengan rancang bangun penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh pegawai RSUD Provinsi NTB pengguna SIMRS yang bekerja pada bagian *front office* yang berjumlah 104 orang. Jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan perhitungan menggunakan rumus Slovin

sehingga diperoleh sampel sejumlah 51 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *proportional random sampling*. Data primer dari penelitian ini diperoleh secara langsung dengan menyebarkan instrumen berupa kuesioner. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Partial Least Square* (PLS) dengan bantuan aplikasi SMARTPLS.

## HASIL

### Karakteristik Responden di RSUD Provinsi NTB

Gambaran subyek penelitian meliputi karakteristik yang dimiliki oleh pengguna SIMRS di RSUD Provinsi NTB yang menjadi responden penelitian. Karakteristik responden meliputi jenis kelamin, umur, masa kerja, dan lama penggunaan SIMRS yang secara rinci dapat dilihat pada Tabel 1 berikut.

**Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian**

Karakteristik Responden	n	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	19	37
Perempuan	32	63
Total	51	100
<b>Kelompok Usia (Depkes RI, 2009)</b>		
Remaja akhir (17-25 tahun)	6	12
Dewasa awal (26-35 tahun)	25	49
Dewasa akhir (36-45 tahun)	14	27
Lansia awal (46-55 tahun)	5	10
Lansia akhir (56-65 tahun)	1	2
Total	51	100
<b>Masa Kerja</b>		
≤ 5 tahun	40	78
> 5 tahun	11	22
Total	51	100
<b>Lama Penggunaan SIMRS</b>		
Lama (> 5 tahun)	18	35
Baru (≤ 5 tahun)	33	65
Total	51	100

Tabel 1 memberikan informasi bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan (63%), sedangkan dari segi usia mayoritas responden berusia 26-35 tahun (49%). Tabel 1 juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden

memiliki masa kerja  $\leq 5$  tahun (78%) dan mayoritas responden telah menggunakan SIMRS selama  $\leq 5$  tahun (65%).

### Variabel *Perceived Ease of Use*

*Perceived ease of use* merupakan persepsi tentang kemudahan penggunaan sebuah teknologi. *Perceived ease of use* dalam penelitian ini didefinisikan sebagai suatu ukuran dimana pengguna SIMRS di RSUD Provinsi NTB percaya bahwa SIMRS dapat dengan mudah dipahami dan digunakan. Penilaian *perceived ease of use* dapat dilihat pada Tabel 2.

**Tabel 2. Penilaian Responden terhadap Variabel *Perceived Ease of Use***

Kategori <i>Perceived Ease of Use</i>	n	%
Tidak Baik	0	0
Kurang Baik	0	0
Baik	36	71
Sangat Baik	15	29
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Berdasarkan Tabel 2 dapat dijelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki *perceived ease of use* yang baik dengan persentase sebesar 71%. Hal ini bermakna bahwa pengguna SIMRS di RSUD Provinsi NTB percaya bahwa SIMRS dapat dengan mudah dipahami dan digunakan (Chairunnisah dkk, 2020).

### Variabel *Perceived Usefulness*

*Perceived Usefulness* merupakan suatu ukuran dimana penggunaan SIMRS di RSUD Provinsi NTB dipercaya akan mendatangkan manfaat bagi para penggunanya. Penilaian *perceived usefulness* dapat dilihat pada Tabel 3.

**Tabel 3. Penilaian Responden terhadap Variabel *Perceived Usefulness***

Kategori <i>Perceived Usefulness</i>	n	%
Tidak Baik	0	0
Kurang Baik	0	0
Baik	25	49
Sangat Baik	26	51
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Berdasarkan Tabel 3 dapat dijelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki *perceived*

*usefulness* yang sangat baik dengan persentase sebesar 51%. Hal ini bermakna bahwa responden sangat percaya bahwa penggunaan SIMRS di RSUD Provinsi NTB akan mendatangkan manfaat bagi pekerjaannya (Chairunnisah dkk, 2020).

### Uji Pengaruh *Perceived Ease of Use* terhadap *Perceived Usefulness*

Pengaruh *Perceived Ease of Use* terhadap *Perceived Usefulness* dapat dilihat pada Tabel 4.

**Tabel 4. Pengaruh *Perceived Ease of Use* terhadap *Perceived Usefulness***

Variabel Independen	Variabel Dependen	P	b
<i>Perceived Ease of Use</i>	<i>Perceived Usefulness</i>	0,000	0,800

Tabel 4 memberikan informasi bahwa *Perceived Ease of Use* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *Perceived Usefulness*. Hal tersebut dapat dilihat dari nilai **p** variabel *Perceived Ease of Use* yaitu 0,000 yang kurang dari nilai  $\alpha$  (0,05). Dengan demikian, semakin baik *Perceived Ease of Use* yang dimiliki responden maka semakin baik pula *Perceived Usefulness* responden tersebut.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan ditemukan hasil bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel *perceived ease of use* terhadap *perceived usefulness* dengan nilai signifikansi 0,000. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Davis (1993) yang menunjukkan bahwa *perceived ease of use* berpengaruh terhadap *perceived usefulness* dengan nilai  $p=0,000$  dan nilai  $\beta=0,63$ . Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian yang dilakukan oleh Kumar dan Priyanka (2014) yang menemukan bahwa *perceived ease of use* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *perceived usefulness* dengan nilai  $p = 0,000$ . Penelitian lain yang dilakukan oleh Abramson, Dawson dan Stevens (2015) juga menemukan bahwa *perceived ease of use* berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap *perceived usefulness*. Supriyati dan Cholil (2017) juga menemukan bahwa persepsi kemudahan penggunaan teknologi (*perceived ease of use*) berpengaruh positif pada persepsi manfaat (*perceived usefulness*).

Hal ini menunjukkan bahwa SIMRS di RSUD Provinsi NTB dirasakan mudah dalam penggunaannya sehingga pengguna merasa bahwa SIM RS bermanfaat dalam mendukung penyelesaian pekerjaannya. Menurut Supriyati dan Cholil (2017), fenomena ini dapat terjadi karena karyawan yang merasa mudah dalam menggunakan teknologi aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit merasakan manfaat yang diperoleh dari adanya teknologi tersebut.

## SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki *perceived ease of use* yang baik (55,5%) dan *perceived usefulness* yang sangat baik (51%). Berdasarkan analisis data dengan menggunakan PLS diperoleh hasil bahwa *perceived ease of use* berpengaruh secara signifikan terhadap *perceived usefulness* pengguna SIMRS di RSUD Provinsi NTB.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis haturkan kepada semua pihak yang memberikan kontribusi dalam penelitian ini terutama kepada Kementerian Riset dan Pendidikan Tinggi yang telah mendanai Penelitian ini serta kepada Politeknik Medica Farma Husada Mataram yang telah memberikan dukungan fasilitas yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abramson, J., Dawson, M., & Stevens, J. (2015). An Examination of the Prior Use of E-Learning Within an Extended Technology Acceptance Model and the Factors That Influence the Behavioral Intention of Users to Use M-Learning. *Sage Open*, 1-9.
- Chairunnisah, R., Andriani, H., Alamsyah, N., Syamsuriansyah, & Putra, RPA. (2020). Gambaran Penerimaan Pengguna Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB . *Jurnal Penelitian Dan Kajian Ilmiah Kesehatan Politeknik Medica Farma Husada Mataram*, 6(2), 221-226. Retrieved from <http://www.lppm.poltekfmh.ac.id/index.php/JPKIK/article/view/152>
- Daerina SRF, Mursityo YT dan Rokhmawati RI. (2018). Evaluasi Peranan Persepsi Kegunaan dan Sikap terhadap Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di Rumah Sakit Daerah Kalisat. *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi dan Ilmu Komputer*. 2 (11), 5950-5959.
- Davis, F. D. (1993). User Acceptance of Information Technology: System Characteristics, User Perceptions and Behavioral Impacts. *International Journal of Man-Machine Studies* 38(3): 475-487.
- Davis, F. D., and Venkatesh, V. (1996). A Critical Assessment of Potential Measurement Biases In The Technology Acceptance Model: Three Experiments Internet. *Int. J. Human-Computer Studies* 45, p. 19-45.
- Kemenkes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2017). *Tahun 2018, Semua Rumah Sakit Harus Sudah Punya SIMRS Terintegrasi*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Saputra, E dan Misfariyan. (2017). Analisis Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Menggunakan Metode *Technology Acceptance Model* (TAM). Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim.
- Supriyati dan Cholil, M. (2017). Aplikasi Technology Acceptance Model pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Jurnal Bisnis dan Manajemen* 17 (1).
- Venkatesh, V dan Davis, FD. (2000). A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Field Studies. *Management Science*, 46 (2), 186-204.

# Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (*Doctor's Office Quality-Information Technology*)

Eka Wilda Faida<sup>1</sup>, Amir Ali<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Stikes Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo

Jl. Prof. Dr. Moestopo 8 A Surabaya

E-mail: <sup>1</sup> ekawildafaida@gmail.com, <sup>2</sup> amir.consulting@gmail.com

## Abstract

*The Surabaya Hajj Hospital in providing services related to medical records still does not meet the specified performance standards, where the standard time for providing outpatient medical record documents which should be  $\leq 20$  minutes still reaches the 23.58% standard, the standard time for providing medical record documents for inpatient services  $\leq 15$  minutes should still reach the standard of 49.32%, and the service time for a medical certificate which should have been  $\leq 2$  days still reaches the standard of 95.14%. Completeness of inpatient medical documents still reached 81.20% and Returns of inpatient medical documents 2x24 still reached 80.9%. This is an indicator of poor service, through RME (Electronic Medical Records) it is expected to minimize delays in sending patient data. So that the problem does not become protracted, it is necessary to analyze the readiness of implementing RME in hospitals. The purpose of this study was to analyze the readiness of implementing RME with the DOQIT approach at the Surabaya Haj Hospital. This research uses descriptive quantitative research with cross sectional approach. Results of the research that has been done, it can be obtained information that in the aspects of human resources, organizational work culture, leadership governance, and infrastructure as a whole are in a very ready category.*

**Keywords:** *Readiness, Electronic Medical Record, DOQIT*

## Abstrak

Rumah Sakit Haji Surabaya dalam memberikan pelayanan terkait rekam medis masih belum memenuhi standar capaian yang ditentukan, dimana standar waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan yang seharusnya  $\leq 20$  menit masih mencapai standar 23,58 %, standar waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap yang seharusnya  $\leq 15$  menit masih mencapai standar 49,32%, waktu pelayanan surat keterangan medis yang seharusnya  $\leq 2$  hari masih mencapai standar 95,14%, Kelengkapan dokumen medis rawat inap masih mencapai 81,20% dan Pengembalian dokumen medis rawat inap 2x24 masih mencapai 80,9%. Hal ini merupakan indikator pelayanan yang kurang baik, melalui RME (Rekam Medis Elektronik) diharapkan dapat meminimalisir keterlambatan pengiriman data pasien. Agar masalah tidak menjadi berlarut maka perlu analisis kesiapan implementasi RME di rumah sakit. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kesiapan implementasi RME dengan pendekatan DOQIT (*Doctor's Office Quality-Information Technology*) di RS Haji Surabaya. Penelitian ini dengan menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diperoleh informasi bahwa pada aspek sumber daya manusia, budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan, dan infrastruktur secara keseluruhan memiliki kategori sangat siap.

**Kata kunci:** Kesiapan, Rekam Medis Elektronik, DOQIT

## PENDAHULUAN

Teknologi informasi dan komunikasi telah berkembang begitu pesat di berbagai sektor, termasuk di sektor kesehatan salah satunya adalah Rekam Medis Elektronik (RME). Penyempurnaan manajemen RME mulai diterapkan di beberapa Rumah Sakit/ Puskesmas di Indonesia. Demikian

kompleksnya tantangan untuk implementasi RME, maka perlu dilakukan penilaian kesiapan sebelum implementasi RME. Ini merupakan langkah yang paling penting untuk dilakukan lebih dahulu sebelum implementasi. Penilaian kesiapan akan membantu identifikasi proses dan skala prioritas, juga membantu pembentukan fungsi operasional

untuk mendukung optimalisasi implementasi RME (Ghazisaeidi et al., 2013).

Dalam implementasinya penggunaan teknologi ini memerlukan kesiapan petugas Kesehatan termasuk dokter, petugas rekam medis, dan pasien ketika berhadapan dengan teknologi sistem informasi ini (Heinzer, 2010). Di Indonesia, perubahan rekam medik kertas ke rekam medik elektronik belum banyak dilakukan, tertinggal jauh dari Amerika yang telah memulai sejak tahun 1999, Inggris sejak tahun 2000 dan New Zealand sejak tahun 2002 (Hendry, 2008). Rumah Sakit Haji Surabaya dalam memberikan pelayanan terkait rekam medis masih belum memenuhi standar capaian yang ditentukan, hal ini merupakan indikator pelayanan yang kurang baik, melalui RME diharapkan dapat meminimalisir keterlambatan pengiriman data pasien. Agar masalah tidak menjadi berlarut maka perlu analisis kesiapan implementasi RME di rumah sakit.

**Tabel 1. Indikator Permasalahan RS Haji Surabaya**

No	Indikator	Standar	Capaian
1.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan $\leq 20$ menit	100%	23,58%
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap $\leq 15$ menit	100%	49,32%
3.	Waktu pelayanan surat keterangan medis $\leq 2$ hari	100%	95,14%
4.	Kelengkapan dokumen medis rawat inap	100%	81,20%
5.	Pengembalian dokumen medis rawat inap 2x24	82%	80,9%

Berdasarkan hasil identifikasi awal di RS Haji Surabaya ditemukan permasalahan yaitu pelayanan rekam medis belum mencapai standar yang diharapkan pada tahun 2018. Hal ini jika dibiarkan terus menerus berdampak pada terhambatnya pelayanan rekam medis dan kualitas rumah sakit.

Rekam medis berbasis elektronik merupakan salah satu strategi dalam upaya pemecahan masalah yang

ada, dengan pendekatan DOQ-IT (*Doctor's Office Quality-Information Technology*) dapat membantu memberikan gambaran lebih rinci dan mudah dalam menilai kesiapan e-health readiness di RS Haji Surabaya dengan mengukur aspek kesiapan sumber daya manusia, budaya kerja organisasi, tata kelola dan kepemimpinan, dan infrastruktur dengan score 98-145 = sangat siap, 60-97 = cukup siap, dan 0-59 = tidak siap.

### DOQ-IT Dalam Implementasi RME

Menurut California Medical Association 2015, Pengembangan RME memerlukan proses analisis kesiapan. Proses analisis terhadap kesiapan penerapan RME dapat dilakukan untuk dapat menentukan "road map" dan memberikan gambaran apakah akan berlanjut pada electronic health record (Pratama, 2017). Untuk menentukan road map dan keberlanjutan program pengembangan rekam medis elektronik dibutuhkan analisis kesiapan kondisi sumberdaya manusia, budaya, tata kelola kepemimpinan serta infrastruktur (DOQ-IT, 2009)

#### 1. Sumberdaya Manusia

Pengembangan RME akan sangat tergantung pada sumberdaya manusia (SDM) sebagai pengguna RME maupun sebagai penyusun kebijakan. Menurut WHO 2016, RME merupakan sistem otomatis yang terdiri dari indentifikasi pasien, pengobatan, peresepan, hasil laboratorium dan di dokumentasikan oleh dokter saat pasien berkunjung (Pratama dkk, 2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menyebutkan bahwa Sumber daya manusia teknologi informasi untuk SIMRS minimal terdiri dari staf yang memiliki kualifikasi dalam bidang analisis sistem, programmer, hardware dan maintenance jaringan (Kemenkes, 2013). Menurut WHO 2006, Salah satu isu penting yang memerlukan perencanaan matang adalah terkait dengan ketersediaan sumber daya manusia beserta kemampuannya (Pratama dkk, 2017). Untuk itu perencanaan SDM harus terdokumentasi dan diusulkan pada pihak kepegawaian. Kemampuan staf dalam mengoperasikan komputer juga menjadi komponen penting dalam mendukung pengembangan RME.

## 2. Budaya Organisasi

Menurut Carroll et al 2012, Staf medis dan administrasi maupun pihak jajaran manajemen juga menganggap RME dapat memberikan peningkatan kualitas pelayanan namun harus didukung dengan sistem kerja yang jelas dan SDM IT yang handal. EHR dapat mendukung adanya keselamatan pasien serta peningkatan kualitas pelayanan. EHR didukung dengan adanya checklist, pemberian warning, klinikal guidelines yang sesuai standar. (Pratama dkk, 2017). Keberhasilan pengembangan RME tersebut tidak hanya terlepas dari sistem yang sudah dibuat. Sistem yang disusun harus sesuai dengan kebutuhan pengguna. Carroll et al (2012) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa salah satu kesuksesan dalam implementasi RME adalah dengan adanya keikutsertaan staf klinis maupun administrasi dalam proses desain dan perencanaan implementasi. Untuk menuju pada perubahan tersebut, dokter maupun staf medis perawat menyadari bahwa sebagai pengguna memiliki peran yang penting dalam memberikan masukan. Alur kerja proses ini menyangkut proses administrasi klinis termasuk perkiraan pasien dan staf yang dibutuhkan. Parameter tersebut juga dinilai terkait kebijakan, prosedur dan protokol yang diperlukan untuk proses menuju RME. Salah satu tantangan dari implementasi EHR adalah penggunaan EHR untuk melihat performance rumah sakit. Tantangan utamanya adalah adanya data yang tidak sesuai dengan kondisi lapangan. Menurut WHO 2016, dalam hal ini proses entry data sesuai standar menjadi tombak utama untuk kesuksesan penggunaan EHR untuk pelaporan (Pratama dkk, 2017). National Learning Consortium (2013) menyebutkan bahwa tim eksekutif sistem EHR terdiri dari berbagai profesi. Profesi tersebut antara lain pemimpin Tim EHR, Manager Implementasi EHR, Tim Dokter, pimpinan perawat, Medical Assistant Lead, Pimpinan pengatur jadwal, Pemimpin staf registrasi, Pemimpin staf laboratorium, Pemimpin Teknologi Informasi, Pemimpin Staff Billing, EHR Builder, Meaningful Use Lead, Workflow Redesign Lead, Super-User/ Training Lead.

## 3. Tata Kelola Kepemimpinan

Menurut Carroll et al 2012, Kesuksesan dalam proses implementasi EMR dipengaruhi

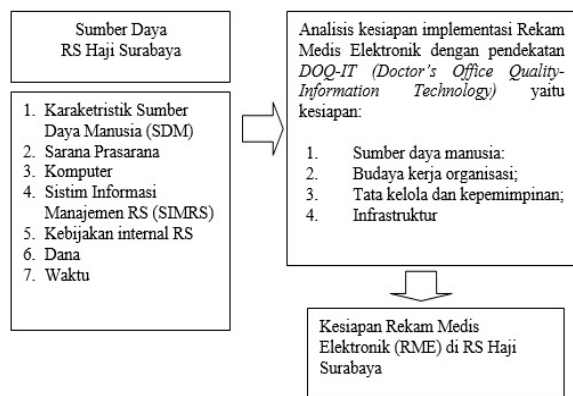
oleh dukungan kepemimpinan yang kuat, keikutsertaan dari staf klinis dalam desain dan implementasi, proses pelatihan pada staf, serta proses perencanaan yang sesuai jadwal serta penyediaan anggaran yang memadai (Pratama dkk, 2017). Critical element pertama untuk keberhasilan implementasi RME adalah terkait team leadership. EMR Leadership team merupakan komite yang mengkomando proses proses dalam pengembangan. Di dalam team tersebut terdiri dari berbagai pihak interdisipliner yang bersedia meluangkan waktu untuk ikut serta dalam proses pengembangan sistem (Healtland, 2009). Tim eksekutif tersebut harus benar-benar terlibat dalam semua tahap implementasi dengan menyediakan pendapat dari berbagai pengguna, inovasi, waktu dan komitmen. Selain itu juga dibutuhkan manajer yang kuat dan pemimpin senior manajer klinis dan tenaga klinis (Ghazisaeldi et al, 2013).

## 4. Infrastruktur

Menurut Carroll et al 2012, Adopsi EHR secara menyeluruh memerlukan biaya yang banyak dan memerlukan proses yang panjang (Pratama dkk, 2017). Untuk itu diperlukan adanya kesiapan dari sisi infrastruktur TI maupun anggarannya. Area penilaian Infrastruktur terdiri dari Infrastruktur TI serta Keuangan dan Anggaran. Salah satu kendala dalam pengembangan RME adalah kaitannya dengan anggaran untuk teknologi informasi di rumah sakit cenderung terbatas. Aspek finansial menjadi perseoran penting karena rumah sakit harus menyiapkan infrastruktur teknologi informasi (komputer, jaringan kabel maupun nir kabel, listrik, sistem pengamanan, konsultan, dan pelatihan) (Handiwidjojo, 2009). Oleh karena itu tujuan penelitian ini adalah menganalisis kesiapan implementasi RME dengan pendekatan DOQIT di RS Haji Surabaya.

## METODE

Rancangan dalam penelitian ini dengan menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Karena penelitian dimulai dari adanya suatu masalah, hasil analisis akan diolah dan disajikan dalam bentuk angka dan dinarasikan. Waktu penelitian dilakukan



**Gambar 1. Kerangka Konseptual Penelitian**

Sampel yang diambil adalah semua petugas yang berhubungan langsung dengan rekam medis di Rumah Sakit Haji Surabaya. Teknik pengambilan sampel penelitian ini menggunakan total sampling sebanyak 50 petugas. Pengumpulan data primer dilakukan dengan kuesioner. Penelitian ini juga didukung dengan data sekunder. Metode analisis yang digunakan adalah metode analisis deskriptif terhadap frekuensi, persentase, crosstabulasi, grafik dan tabel.

## HASIL

Berikut ini disajikan hasil identifikasi karakteristik petugas.

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia Petugas**

No.	Usia (tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
1.	< 27 tahun	10	20%
2.	27 – 34 tahun	8	16%
3.	35 – 42	16	32%
4.	43 – 49	6	12%
5.	49 – 56	8	16%
6.	> 56 tahun	2	4%
<b>Jumlah</b>		<b>50</b>	<b>100,00</b>

Berdasarkan tabel 2 diperoleh informasi bahwa sebagian besar petugas yang menjalankan rekam medis elektronik berusia antara 35-42 tahun (32%).

**Tabel 3. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Petugas**

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Laki-laki	23	46%
2.	Perempuan	27	54%
<b>Jumlah</b>		<b>50</b>	<b>100,00</b>

Berdasarkan tabel 3 diperoleh informasi bahwa sebagian besar petugas yang menjalankan rekam medis elektronik adalah berjenis kelamin perempuan sebanyak 27 petugas sebesar (54%).

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Terakhir Petugas**

No.	Pendidikan Terakhir	Frekuensi	Persentase (%)
1.	SMA	7	14%
2.	Perguruan Tinggi	43	86%
<b>Jumlah</b>		<b>50</b>	<b>100,00</b>

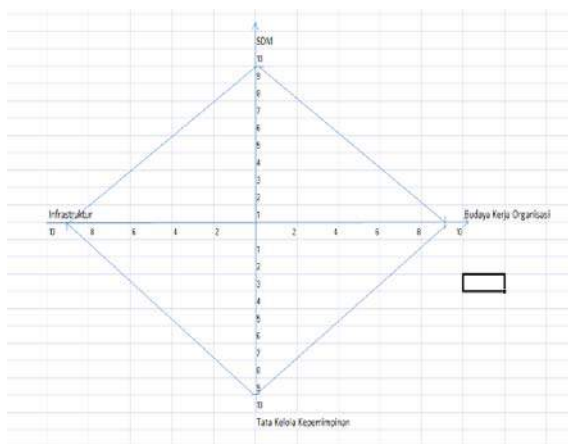
Berdasarkan Tabel 4 diperoleh informasi bahwa sebagian besar petugas memiliki pendidikan terakhir yaitu perguruan tinggi sebanyak 43 petugas sebesar (86%).

**Tabel 5. Interpretasi Kesiapan Aspek SDM, Budaya Kerja Organisasi, Tata Kelola Kepemimpinan, dan Infrastruktur dalam Menjalankan RME**

No	Aspek Kesiapan	Skor	Rata-Rata	Kategori
1.	Sumber Daya Manusia	485	9,7	Sangat Siap
2.	Budaya Kerja Organisasi	802	9,6	Sangat Siap
3.	Tata Kelola Kepemimpinan	786	9,4	Sangat Siap
4.	Infrastruktur	713	8,7	Sangat Siap

Berdasarkan tabel 5 diperoleh informasi bahwa aspek sumber daya manusia, budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan berada pada range 14,97-18,27 dengan kategori sangat siap. Pada aspek infrastruktur berada pada range 11,66-14,96 dengan kategori siap. Kategori sangat siap yang paling rendah adalah pada aspek infrastruktur.





**Tabel 6. Analisis Signifikasi Kecenderungan Sumber Daya Manusia, Budaya Kerja Organisasi, Tata Kelola Kepemimpinan dan infrastruktur**

Variabel	Nilai p
Sumber daya manusia	0.000
Budaya kerja organisasi	0.000
Tata kelola kepemimpinan	0.000
Infrastruktur	0.000

Berdasarkan tabel 6 diperoleh informasi bahwa nilai asymp signifikansi pada sumber daya manusia, budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan sebesar  $0,000 < 0,005$  dan infrastruktur  $0,001 < 0,005$  dengan kesimpulan bahwa ke empat aspek tersebut memiliki kecenderungan yang signifikan terhadap kesiapan dalam menerapkan rekam medis elektronik.

## PEMBAHASAN

Telah dilakukan identifikasi hasil penelitian terhadap karakteristik sumber daya manusia dalam hal ini adalah petugas RS Haji Surabaya yang diperoleh informasi bahwa hasil karakteristik petugas berdasarkan usia adalah sebagian besar petugas yang menjalankan rekam medis elektronik berusia antara 35-42 tahun (32%). Hal ini menunjukkan bahwa usia produktif mempunyai pengaruh yang besar terhadap kinerja seseorang, dalam hal ini adalah kinerja dalam menjalankan rekam medis elektronik. Usia non produktif yaitu dibawah 20 tahun masih terlalu dini dan belum matang jika dibebankan dengan dunia kerja. Begitu juga sebaliknya usia non produktif pada pasca pensiun yaitu diatas 60 tahun juga sudah tidak mudah lagi dalam menjalankan pekerjaan. Selain

disebabkan karena penurunan fungsi sensorik motorik juga kemampuan menjalankan sistem informasi terutama yang berkaitan dengan rekam medis elektronik juga mengalami kesulitan.

Umur merupakan hasil perhitungan mulai dari lahir sampai ulang terakhir. Seorang petugas yang memiliki umur lebih dari 30 tahun memiliki pengalaman, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu, komitmen terhadap pekerjaan dan organisasi (Peoni, 2014). Petugas yang berumur lanjut memiliki kemungkinan kecil untuk keluar atau berhenti dari pekerjaannya. Umur memiliki hubungan yang terbalik dengan kemangkiran (Sutrisno, 2011). Kemangkiran merupakan kondisi ketika seorang petugas tidak hadir ditempat kerjanya dengan jadwal kerja (Firmansyah, 2019). Hal ini sangat sesuai antara pendapat penelitian terdahulu dengan kondisi yang ada di RS Haji, sebagian besar didominasi oleh kelompok umur diatas 30 tahun sehingga umur petugas tersebut telah dianggap mampu menjalankan pekerjaan sesuai dengan tujuan organisasi.

Karakteristik petugas berdasarkan jenis kelamin di RS Haji Surabaya adalah didominasi oleh laki-laki yaitu sebanyak 27 dan sebesar 54% dari jumlah responden. Hal ini menunjukkan bahwa laki-laki mempunyai kewajiban untuk bekerja mencari nafkah ketimbang perempuan yang tidak wajib bekerja diluar rumah. Laki-laki juga mempunyai kecenderungan suka bekerja yang sifatnya adalah engineering atau tehnik, dalam hal ini jika dikaitkan dengan teknik informatika mempunyai rumpun ilmu yang hamper sama dengan rekam medis elektronik yaitu sistem informasi yang dijalankan di pelayanan kesehatan laki-laki lebih mumpuni dalam menjalankannya. Hal ini sependapat dengan dengan penelitian Ancok dkk (1998) dalam Waluyo (2014) menyatakan bahwa salah satu penyebab mengapa kemampuan wanita lebih rendah dibandingkan pria karena sejak kecil kemampuan wanita memang lebih rendah daripada pria. Pria lah yang memiliki kemampuan lebih tinggi daripada wanita. Petugas rekam medis yang memiliki kompleksitas pekerjaan menjadikan relevan dengan hasil penelitian ini yaitu bahwa laki-laki mendominasi sebesar 54% dari seluruh jumlah responden. Hal ini juga disampaikan oleh penelitian Rinaldi (2010) dalam Uma (2017) bahwa laki-laki mampu menyesuaikan diri dengan berbagai kondisi dan fleksibel dalam memecahkan masalah.

Karakteristik petugas berdasarkan jenjang pendidikan di RS Haji Surabaya adalah didominasi oleh petugas dengan latar belakang pendidikan dari perguruan tinggi yaitu sebanyak 43 petugas sebesar (86%) dari seluruh jumlah responden. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan saat ini menjadi penting dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan. Jenjang pendidikan tinggi dianggap telah mempunyai ilmu pengetahuan, kecakapan, serta wawasan yang lebih baik dibanding jenjang pendidikan sekolah. Hal ini sependapat dengan penelitian yang dilakukan Pakpahan, dkk, 2017 yaitu bahwa pendidikan merupakan faktor yang mencerminkan kemampuan seseorang untuk dapat menyelesaikan suatu pekerjaan. Tingkat pendidikan digunakan untuk memperbaiki atau meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap karyawan agar karyawan lebih terampil dalam melaksanakan tugasnya (Endah dkk, 2016). Menurut (Waluyo, 2013) semakin tinggi pendidikan seseorang maka keinginan untuk melakukan pekerjaan dengan tingkat tantangan yang tinggi semakin kuat. Indeks Pembangunan Teknologi Informasi (IPTKI) adalah dipengaruhi oleh tingginya Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Sehingga dengan tingginya indeks pembangunan manusia di Indonesia maka diharapkan indeks pembangunan teknologi informasi berjalan lebih cepat mengingat disegala aspek kehidupan tidak luput dari penerapan teknologi informasi. RS Haji Surabaya tidak hanya bergerak dalam memberikan pelayanan pasien tetapi sumber daya manusia menjadi asset berharga jika tidak dibina dan dikembangkan pengetahuan, kemauan dan keterampilannya dalam menjalankan sistem informasi pelayanan kesehatan berbasis rekam medis elektronik.

Pengalaman adalah keahlian dari banyak kompetensi memerlukan pengalaman mengorganisasi orang, komunikasi di hadapan kelompok, menyelesaikan masalah dan sebagainya. Orang-orang yang tidak pernah berhubungan dengan organisasi besar dan kompleks tidak mungkin mengembangkan kecerdasan organisasioanl untuk memahami dinamika kekuasaan dan pengaruh dalam lingkungan. Pengalaman merupakan elemen kompetensi yang perlu, tetapi untuk menjadi ahli tidak cukup dengan pengalaman, namun demikian pengalaman merupakan aspek lain kompetensi yang dapat berubah dengan perjalanan waktu dan perubahan lingkungan (Sastrohadiwiry, 2005). Karakteristik petugas berdasarkan masa kerja di RS

Haji Surabaya adalah didominasi oleh petugas yang mempunyai masa kerja  $\geq 5$  tahun yaitu sebanyak 44 petugas sebesar 88%. Hal demikian menunjukkan bahwa petugas yang mempunyai masa kerja  $\geq 5$  tahun memiliki pengalaman dan kecakapan dalam bekerja lebih baik dibandingkan dengan petugas yang memiliki masa kerja dibawahnya. Namun dengan pengalaman atau masa kerja yang lama tentunya secara simultan dengan jenjang pendidikan serta faktor lingkungan yang baik pula dalam mempengaruhi kinerja petugas dalam menjalankan rekam medis elektronik.

Telah dilakukan identifikasi kesiapan implementasi RME terhadap aspek sumber daya manusia, budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan, dan infrastruktur. Hal ini diperoleh hasil bahwa sebagian besar menyatakan RS Haji siap dalam implementasi RME. Namun beberapa masih menyatakan ketidak siapannya pada aspek sumber daya manusia terdapat 11 petugas yang menyatakan tidak siap, pada aspek budaya kerja organisasi terdapat 12 petugas yang menyatakan tidak siap, pada aspek tata kelola kepemimpinan terdapat 16 petugas yang menyatakan tidak siap, dan pada aspek infrastruktur terdapat 27 petugas yang menyatakan tidak siap. Hal ini menunjukkan aspek infrastruktur mendominasi ketidaksiapan menjalankan RME dibandingkan aspek yang lainnya. Hal yang menjadi ketidaksiapan aspek infrastruktur adalah ketersediaan server dan komputer belum memadai dalam menjalankan rekam medis elektronik sebesar 48% dan menu aplikasi rekam medis elektronik yang tersedia kurang dapat memenuhi kebutuhan petugas menjalankan rekam medis elektronik sebesar 26%. RS Haji Surabaya adalah rumah sakit yang berada dibawah naungan pemerintah sehingga dalam pengajuan Rencana Anggaran Belanja (RAB) terutama di unit rekam medis yang bersifat departementasi yang mungkin belum semua unit membutuhkannya, masih memerlukan waktu untuk melakukan koordinasi pengajuan yang mungkin sifatnya harus bertahap. Hal ini berbeda dengan RS swasta terutama rumah sakit yang memiliki dana besar, maka lebih cepat pengajuan kebutuhan demi pelayanan rumah sakit yang optimal. Hal ini sependapat dengan Handiwidjojo, 2009 bahwa aspek finansial menjadi persoalan penting karena rumah sakit harus menyiapkan infrastruktur Teknologi Informasi (komputer, jaringan kabel maupun nir kabel, listrik, sistem pengamanan, konsultan, pelatihan dan lain-lain). Rumah sakit biasanya memiliki anggaran terbatas, khususnya untuk teknologi informasi.

Berdasarkan hasil analisis kesiapan RME pada aspek sumber daya manusia diperoleh informasi bahwa sebagian besar petugas telah menunjukkan kesiapannya dalam implementasi RME. Namun masih ada beberapa petugas yang menyatakan belum siap, salah satunya didominasi pada pernyataan ketidakmauan menjalankan RME. Menurut WHO 2016, Salah satu isu penting yang memerlukan perencanaan matang adalah terkait dengan ketersediaan sumber daya manusia beserta kemampuannya (Pratama dkk, 2017). Untuk itu perencanaan SDM harus terdokumentasi dan diusulkan pada pihak kepegawaian. Kemampuan staf dalam mengoperasikan komputer juga menjadi komponen penting dalam mendukung pengembangan RME. Sehingga hal ini menjadi tugas besar bagi rumah sakit untuk bisa memberikan bimbingan dan motivasi dalam upaya meningkatkan kemauan petugas menjalankan RME, tidak mudah namun banyak cara. Hal ini sesuai dengan pendapat terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dan kinerja (Wijayanti, 2018).

Kepemimpinan adalah kemampuan seseorang untuk mempengaruhi orang-orang mencapai tujuan organisasi. Kepemimpinan salah satu fungsi manajemen untuk mewujudkan visi organisasi. Gaya kepemimpinan seorang pemimpin pada dasarnya dapat mempengaruhi perilaku bawahan agar mampu melaksanakan tugas atau kegiatan dengan sebaik-baiknya (Putri dkk.,2019). Keberhasilan manajer dalam mempengaruhi anggota kelompoknya terlihat dari kepatuhan dan ketaatan atas tanggung jawab pekerjaannya. Manajer yang berhasil melaksanakan tugas kepemimpinan dapat menumbuhkan semangat kerja yang berakibat pada meningkatnya kinerja. Kesalahan dalam menentukan gaya kepemimpinan berdampak pada menurunnya kinerja dan tingginya absensi (Bangun, 2012). Berdasarkan hasil analisis kesiapan RME pada aspek budaya kerja organisasi diperoleh informasi bahwa sebagian besar petugas telah menunjukkan kesiapannya dalam implementasi RME. Namun masih ada beberapa petugas yang menyatakan belum siap, salah satunya didominasi pada pernyataan ketidaktersediaan petunjuk menjalankan rekam medis elektronik sebesar 14% dan tidak ada pelibatan petugas dalam perencanaan rekam medis elektronik sebesar 10%. Budaya kerja organisasi yang baik adalah pemimpin mampu menggerakkan dan membuat kebijakan baik berupa SOP (Standar Operasional Prosedur) maupun alur dalam setiap aktifitas yang bersifat

prosedural yang perlu diketahui serta dilakukan oleh petugas terutama dalam menjalankan rekam medis elektronik.

Berdasarkan hasil analisis kesiapan RME pada aspek tata kelola kepemimpinan diperoleh informasi bahwa sebagian besar petugas telah menunjukkan kesiapannya dalam implementasi RME. Namun masih ada beberapa petugas yang menyatakan belum siap, salah satunya didominasi pada pernyataan ketidaktersediaan regulasi tentang himbauan menjalankan rekam medis elektronik sebesar 16%. Tata kelola kepemimpinan yang baik adalah mempunyai suatu peraturan yang wajib dipatuhi oleh petugas. Himbauan menjalankan rekam medis elektronik merupakan salah satu bentuk kebijakan yang dapat diberikan dan disosialisasikan dalam bentuk advokasi dan edukasi kepada petugas.

Penghargaan merupakan hasil tambahan yang diperoleh pekerja jika pekerjaan yang mereka hasilkan melebihi standar yang ditetapkan organisasi (Simamora, 2015). Kinerja para karyawan akan meningkat dengan diberikannya penghargaan berupa insentif atau bonus. Ada empat cara dapat diterapkan untuk menetapkan sistem insentif yaitu senioritas, rencana insentif untuk karyawan operatif, tarif per unit produk yang dihasilkan. Sedangkan bonus dibayarkan berdasarkan bonus waktu dintaranya bonus waktu, waktu yang dihemat dan waktu standar (Bangun, 2012). Penghargaan secara ekstrinsik meliputi gaji, tunjangan karyawan, dan pembayaran insentif (Simamora, 2015). Belum adanya reward dan punishment kepada petugas yang disiplin dan tidak disiplin dalam menjalankan rekam medis elektronik sebesar 20%. Sebaiknya baik rumah sakit pemerintah maupun swasta penting menerapkan reward dan punishment dalam rangka meningkatkan kinerja petugas terutama dalam hal ini adalah implementasi rekam medis elektronik.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diperoleh informasi bahwa pada aspek sumber daya manusia, budaya kerja organisasi, tata kelola kepemimpinan, dan infrastruktur secara keseluruhan memiliki kategori sangat siap

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada KemenristekBRIN yang telah memberi

dukungan finansial terhadap penelitian ini dan juga mengucapkan terima kasih kepada RS Haji Surabaya yang telah bersedia menginformasikan data pendukung dalam penelitian ini. Juga kepada rekan peneliti dan kampus Stikes Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo khususnya LPPM dalam mendukung terkait administrasi dalam kegiatan penelitian kami.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bangun, Wilson. (2012). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Erlangga
- Doctor's Office Quality - Information Technology (DOQ-IT). (2009). *EHR Assessment and Readiness Starter Assessment. DOQ-IT*. Retrieved from <http://www.himss.org/files/HIMSSorg/content/files/Code49MassproPracticeStarterAssessment.pdf> pada 6 Januari 2016 Pukul 16.00 wib
- Endah, Agustin. Arum, Puspito dan Rizal, A. C. (2016). Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu yang Menikah pada Usia Muda Dalam Pemenuhan Gizi Balita Usia 3-5 Tahun dengan Status Gizi Balita di Pondok Bersalin Desa Suko Jember Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember. *Jurnal Kesehatan Politeknik Negeri Jember*. Vol 4. No 1.
- Firmansyah, Muhammas Anang dan Mulyana. (2019). Analisis Faktor Pekerjaan Terhadap Tingkat Kemangkiran Karyawan Operasional PT. Aneka Tuna Pasuruan. Surabaya : *Universitas Muhammdiyah*. Vol. XVI. No. 1.
- Ghazisaeldi, M., Maryam Ahmadi., Farahnaz Sadoughtdan Reza Safdari. (2013). An Assessment of Readiness for Pre-Implementation of Electronic Health Record in Iran: *a practical Approach to Implementation in general and Teaching Hospital*. Retrieved from <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/download/4579/4509.pdf> pada 16 Mei 2016 Pukul 20.00 wib
- Handiwidjojo, W. (2009). *Rekam Medis Elektronik*. Diambil dari <http://ti.ukdw.ac.id/ojs/index.php/eksis/article/download/383/163.pdf> pada 10 April 2016 pukul 17.00 wib
- Heinzer, M. (2010). Essential Elements of Nursing Notes and the Transition to Electronic Health Records, *JHIM-FALL*, Vol 24, No. 4 :53-59.
- Hendry, (2008). *The challenge of developing an electronic health record for use by mobile community based health practitioners*. Christchurch, New Zealand
- Healthland. (2009). IMR Impmentation in Critical Access hospitals, Small Community Hospitals, and Affiliated Clinics: Seven Critical Element for Realizing Your Expectation. Diakses dari [http://www.healthland.com/\\_asset/gtjr6z/310\\_09SU\\_TheLinkPrint\\_final.pdf](http://www.healthland.com/_asset/gtjr6z/310_09SU_TheLinkPrint_final.pdf) pada 19 Februari 2016
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013. *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta.
- Peoni, H. (2014). *Pengaruh Karakteristik Individu dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan*. Manado: Universitas Sam Ratulangi.
- Pakpahan, Edi Saputra, dkk. (2017). *Pengaruh Usia Dan Masa Kerja Terhadap Produktifitas Kerja Studi Kasus upt Oasis Water International Cabang Palembang*. Palembang : Universitas Tridinant. Vol. 1 No. 2.
- Putri, ayu agustin., Pudjo Suharsono., Sukidin. (2019). Strategi Pengaruh Gaya Kepemimpinan Terhadap Kinerja Karyawan Pada PT. PLN (Persero) Area Situbondo. *Jurnal Pendidikan Ekonomi: Jurnal Ilmiah Ilmu Pendidikan, Ilmu Ekonomi, dan Ilmu Sosial*. Vol 13 No.1
- Pratama, Muhammad Hamdani. Sri Darnoto. (2017). Analisis strategi pengembangan rekam medis elektronik di instalasi rawat jalan rsud kota Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. Vol. 5 No.1 Maret 2017 ISSN: 2337-6007 (online); 2337-585X (Printed)
- Simamora, H. (2015). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN.

- Sutrisno, E. (2011). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Prenada Media Grup.
- Sastrohadiwiryono, Siswanto B. (2005). *Manajemen Tenaga Kerja Indonesia Pendekatan Administrasi dan Operasional*. Jakarta: PT Bumi Aksara
- Uma, Hasminee. (2017). *Pengaruh Perbedaan Jenis Kelamin terhadap Penyesuaian Diri Mahasiswa Internasional di UIN Malang*. Skripsi. Malang: Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
- Waluyo, M. (2014). *Psikologi Industri*. Jakarta: Akademia permata.
- Wijayanti, Rossalina Adi; Nuraini, Novita. (2018). Analisis Faktor Motivasi, Opportunity, Ability dan Kinerja Petugas Program Kesehatan Ibu Di Puskesmas. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 7-13, mar. 2018. ISSN 2337-6007.

# Kepuasan Pasien BPJS PBI terhadap Pelayanan Petugas Pendaftaran Rawat Jalan di RSUD DR. Soekardjo Kota Tasikmalaya

Irman Maulana<sup>1</sup>, Andi Suhenda<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya Jl. Cilolohan No.35 Kota Tasikmalaya

E-mail: <sup>1</sup>[Irmanmaulana1196@gmail.com](mailto:Irmanmaulana1196@gmail.com), <sup>2</sup>[andisuhenda@gmail.com](mailto:andisuhenda@gmail.com)

## Abstract

**Background:** Patient satisfaction in health services is very important to note because it can describe the quality of health services. Knowing patient satisfaction is very useful for the associated installation in the course of the evaluation of the current program and can find which parts need improvement. **Purpose:** to know how the picture of patient satisfaction PJS PBI to service officer at outpatient registration in RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya city. **Methods:** type of descriptive research with cross sectional approach. The research population of BPJS PBI patients was 32,869. Sampling purposive sampling. The sample size of 100 respondents was calculated using the slovin formula. **Result :** The highest patient satisfaction on the empathy dimension on the question of the registration officer gave a smile and regards the score of 318, the lowest on the question the officer helped the patient score 296. The highest responsiveness dimension question reminded the KIB score of 319, the lowest question providing the service quickly and the score response 277. The highest guarantee dimension question providing service with friendly score of 308, lowest question patient felt importance score 281. Highest question reliability leads patient score 313, lowest registration register registration right score 284. The highest physical evidence question officer appearance score 325, lowest question waiting room score 267.

**Keywords:** BPJS PBI, Satisfaction, Registrar Officer

## Abstrak

Kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan sangat penting untuk diperhatikan karena dapat menggambarkan kualitas pelayanan kesehatan tersebut. Penilaian kepuasan pasien sangat bermanfaat bagi instalasi terkait dalam rangka evaluasi program yang sedang dijalankan dan dapat menemukan bagian mana yang membutuhkan peningkatan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui kepuasan pasien BPJS PBI terhadap pelayanan petugas pendaftaran rawat jalan di RSUD dr. soekardjo Kota Tasikmalaya. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian pasien BPJS PBI sebanyak 32.869. Pengambilan sampel *purposive sampling*. Besar sampel 100 responden dihitung menggunakan rumus slovin. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepuasan pasien tertinggi pada dimensi empati pada pertanyaan petugas pendaftaran memberi senyum dan salam skor 318, terendah pada pertanyaan petugas membantu pasien skor 296. Dimensi daya tanggap tertinggi pertanyaan mengingatkan KIB skor 319, terendah pertanyaan memberikan pelayanan dengan cepat dan tanggap skor 277. Dimensi jaminan tertinggi pertanyaan memberikan pelayanan dengan ramah skor 308, pertanyaan terendah pasien merasa dipentingkan skor 281. Keandalan pertanyaan tertinggi mengarahkan pasien skor 313, terendah pertanyaan registrasi pendaftaran tepat skor 284. Bukti fisik tertinggi pertanyaan penampilan petugas skor 325, terendah pertanyaan ruang tunggu skor 267.

**Kata kunci :** BPJS PBI, Kepuasan, Petugas Pendaftaran

## PENDAHULUAN

Undang-undang No. 4 tahun 2009 tentang rumah sakit didalamnya diatur hak dan kewajiban rumah sakit serta pasien. Selain itu pasien berhak memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur

dan tanpa diskriminasi. Pelayanan kesehatan adalah hak asasi manusia yang harus diselenggarakan oleh pemerintah dan swasta.

Berdasarkan laporan kunjungan pasien rawat jalan RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya berjumlah

104.432 dengan pasien rawat jalan peserta BPJS PBI mencapai 32.869 pasien pada periode Januari-Desember 2017. Angka kunjungan yang cukup tinggi tersebut mengharuskan petugas pendaftaran melakukan pelayanan dengan cepat, tepat dan benar.

## METODE

Dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan jenis penelitian kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien BPJS PBI rawat jalan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya yang berjumlah 32.869 pada tahun 2017. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien BPJS PBI rawat jalan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *Purposive Sampling*. Jumlah sampel yang diperlukan dalam penelitian ini adalah 100 responden. Analisa univariat digunakan untuk mencari distribusi frekuensi dan persentase dari tingkat kepuasan pasien BPJS PBI dengan dimensi pelayanan berdasarkan 5 dimensi empati, daya tanggap, jaminan, kehandalan dan bukti fisik ditempat pendaftaran rawat jalan.

## HASIL

**Tabel 1. Tingkat Kepuasan Pasien BPJS PBI Berdasarkan Dimensi Empati (*Empathy*)**

No	Kategori	Jumlah Responden	Persentase
1	Puas	76	76
2	Tidak Puas	24	24
Jumlah		100	100

Empati merupakan persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas yang meliputi petugas mewawancarai pasien dengan tutur kata yang baik, petugas memberi salam kepada pasien, dan membantu pasien apabila kesulitan dalam melengkapi persyaratan BPJS PBI.

Tabel 1 menunjukkan dari sampel 100 responden terdapat 24 responden (24%) merasa tidak puas dan 76 responden (76%) sudah merasa puas terhadap dimensi mutu pelayanan *Empathy* (Empati) di tempat pendaftaran rawat jalan.

**Tabel 2. Tingkat Kepuasan Pasien BPJS PBI Berdasarkan Dimensi Daya Tanggap (*Responsiveness*)**

No	Kategori	Jumlah Responden	Persentase
1	Puas	66	66
2	Tidak Puas	34	34
Jumlah		100	100

Daya tanggap merupakan kesediaan petugas untuk membantu pasien berupa respon terhadap pelayanan yang diberikan meliputi petugas selalu mengingatkan pasien agar membawa kartu berobat setiap kali berobat, petugas memberikan pelayanan yang cepat tanggap terhadap pasien, dan petugas memberikan informasi secara jelas kepada pasien.

Tabel 2 menunjukkan dari sampel 100 responden terdapat 34 responden (34%) merasa tidak puas dan 66 responden (66%) sudah merasa puas terhadap dimensi mutu pelayanan *Responsiveness* (daya tanggap) di tempat pendaftaran rawat jalan.

**Tabel 3. Tingkat Kepuasan Pasien BPJS PBI Berdasarkan Dimensi Jaminan (*Assurance*)**

No	Kategori	Jumlah Responden	Persentase
1	Puas	70	70
2	Tidak Puas	30	30
Jumlah		100	100

Jaminan merupakan kemampuan petugas untuk menimbulkan kepercayaan kepada pasien dalam pelayanan yang diberikan meliputi petugas pendaftaran memberikan pelayanan dengan ramah dan sopan dan mampu menciptakan suasana agar pasien merasa dipentingkan dan terjamin terhadap pelayanan di tempat pendaftaran.

Tabel 3 menunjukkan dari sampel 100 responden terdapat 30 responden (30%) merasa tidak puas dan 70 responden (70%) sudah merasa puas terhadap dimensi mutu pelayanan *Responsiveness* (daya tanggap) di tempat pendaftaran rawat jalan.

**Tabel 4. Tingkat Kepuasan Pasien BPJS PBI Berdasarkan Dimensi Kehandalan (*Reliability*)**

No	Kategori	Jumlah Responden	Persentase
1	Puas	64	64
2	Tidak Puas	36	36
Jumlah		100	100



Kehandalan merupakan kemampuan melaksanakan pelayanan secara tepat dan dipercaya meliputi keterampilan pada saat mendaftarkan pasien, petugas melakukan registrasi pasien secara tepat dan cepat dan petugas mengarahkan pasien ke poliklinik yang dituju setelah selesai pelayanan.

Tabel 4 menunjukkan dari sampel 100 responden terdapat 36 responden (36%) merasa tidak puas dan 64 responden (64%) sudah merasa puas terhadap dimensi mutu pelayanan *Reliability* (Kehandalan) di tempat pendaftaran rawat jalan.

**Tabel 5. Tingkat Kepuasan Pasien BPJS PBI Berdasarkan Dimensi Bukti Fisik (*Tangible*)**

No	Kategori	Jumlah Responden	Persentase
1	Puas	56	56
2	Tidak Puas	44	44
Jumlah		100	100

Bukti Fisik (*Tangible*) merupakan penggunaan fasilitas, kelengkapan, pegawai serta sarana komunikasi secara fisik meliputi penampilan petugas pendaftaran, ruang tunggu yang cukup memadai, kebersihan tempat pendaftaran dan tersedianya papan informasi seperti alur pendaftaran pasien.

Tabel 5 menunjukkan dari 100 responden terdapat 44 responden (44%) merasa tidak puas dan 56 responden (56%) sudah merasa puas terhadap dimensi mutu pelayanan *Tangible* (Bukti Fisik) di tempat pendaftaran rawat jalan.

**Tabel 6. Tingkat Kepuasan Pasien BPJS PBI Berdasarkan Seluruh Aspek Dimensi Mutu Pelayanan**

No	Kategori	Jumlah Responden	Persentase
1	Puas	66	66
2	Tidak Puas	34	34
Jumlah		100	100

Kepuasan Pasien merupakan perasaan yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan yang diberikan petugas.

Tabel 6 menunjukkan dari sampel 100 responden terdapat 34 responden (34%) merasa tidak puas sedangkan sisanya 66 responden (66%) sudah merasa puas terhadap pelayanan ditempat

pendaftaran rawat jalan dilihat dari seluruh aspek dimensi mutu pelayanan.

## PEMBAHASAN

Kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan berdasarkan dimensi *Emphaty* di tempat pendaftaran rawat jalan meliputi petugas pendaftaran mewawancarai dengan tutur kata yang baik, memberi senyum dan salam serta membantu pasien dalam melengkapi persyaratan.

Berdasarkan data hasil penelitian pada mutu empati tingkat kepuasan pasien tertinggi terdapat pada pertanyaan petugas pendaftaran memberi senyum dan salam saat menerima pasien dengan skor 318 berarti hal ini sudah sesuai dengan harapan pasien bila petugas memberi senyum dan salam saat menerima pasien sehingga komponen ini menunjukkan nilai tertinggi dalam dimensi empati. Diikuti pada pertanyaan petugas mewawancarai pasien dengan menggunakan tutur kata yang baik dengan skor 316 berarti hal ini sudah baik dalam mewawancarai pasien menggunakan tutur kata yang baik sehingga menunjukkan nilai tertinggi ke 2 dari dimensi empati. Kepuasan pasien BPJS PBI terendah terdapat pada pertanyaan petugas membantu pasien apabila mendapat kesulitan terkait persyaratan BPJS PBI yang dibawa oleh pasien, dengan skor 296 berarti petugas pendaftaran rawat jalan dalam hal ini tidak sesuai dengan apa yang diharapkan oleh pasien dalam membantu pasien apabila mendapat kesulitan terkait persyaratan BPJS PBI.

Berdasarkan data hasil penelitian pada mutu daya tanggap tingkat kepuasan pasien tertinggi terdapat pada pertanyaan petugas mengingatkan pasien agar kartu berobat jangan sampai hilang dan dibawa setiap kali berobat ke rumah sakit dengan skor 319 hal ini dilihat ketika petugas pendaftaran selalu mengingatkan pasien dalam kartu berobat jangan sampai hilang dan dibawa setiap kali berobat karena sebagai bukti bahwa pasien telah mendaftar dan tercatat sebagai pasien dan untuk memudahkan petugas pendaftaran rawat jalan untuk mencari DRM lama. Diikuti dengan pertanyaan petugas pendaftaran memberi informasi kepada pasien dengan jelas, dengan skor 306. Kepuasan pasien terendah terdapat pada item pertanyaan petugas pendaftaran memberikan pelayanan dengan cepat dan tanggap, dengan skor 277.

Kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan jaminan di tempat pendaftaran rawat jalan meliputi petugas pendaftaran rawat jalan memberi pelayanan dengan ramah dan sopan serta petugas pendaftaran mampu menciptakan suasana agar pasien merasa dipentingkan dan terjamin. Berdasarkan data hasil penelitian pada mutu jaminan tingkat kepuasan tertinggi terdapat pada pertanyaan petugas memberikan pelayanan dengan ramah dan sopan dengan skor 308. Kepuasan terendah terdapat pada item pertanyaan petugas pendaftaran rawat jalan mampu menciptakan suasana agar pasien merasa dipentingkan dengan skor 281.

Kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan *Reliability* di tempat pendaftaran rawat jalan meliputi keterampilan petugas pendaftaran melakukan registrasi dengan tepat dan cepat serta petugas pendaftaran mengarahkan pasien BPJS PBI ke poliklinik yang dituju. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Noviana & Sugiarsi (2011) bahwa responden yang merasa puas dengan mutu pelayanan pendaftaran di rumah sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar dikarenakan ada beberapa faktor seperti petugas pendaftaran datang tepat waktu, petugas pendaftaran cepat dalam menulis data identitas pasien, pelayanan pendaftaran pasien baru maupun lama dilayani dengan cepat, pencarian berkas rekam medis oleh petugas dilayani dengan cepat, petugas pendaftaran memberikan informasi tentang macam-macam poli yang ada di rumah sakit, petugas memberikan syarat-syarat informasi pendaftaran dengan tepat, petugas pendaftaran memberikan informasi tidak berbelit-belit dan petugas pendaftaran memberikan informasi tentang dokter praktik yang ada di rumah sakit

Berdasarkan data hasil penelitian pada mutu kehandalan tingkat kepuasan pasien tertinggi terdapat pada pertanyaan petugas pendaftaran mengarahkan pasien ke poliklinik yang di tuju dengan skor 313 hal ini terlihat ketika petugas pendaftaran sudah melakukan proses pendaftaran selalu mengarahkan pasien ke poliklinik yang dituju. Diikuti dengan pertanyaan keterampilan petugas pendaftaran pada saat mendaftarkan pasien dengan skor 302, keterampilan tersebut dilakukan saat mendaftarkan pasien, hal itu dilihat dari penggunaan teknologi dan pengalaman petugas itu sendiri. Kepuasan terendah terdapat pada item pertanyaan petugas pendaftaran melakukan registrasi pendaftaran dengan tepat dan cepat dengan skor 284 menurut pengamatan peneliti

tempat pendaftaran tidak dilakukan secara terpisah, pasien yang berobat tidak hanya dari pasien BPJS PBI saja adapun dari pasien jenis pembayaran lainnya seperti Jamkeskinda yang lama dalam mendaftar dikarenakan ketidaktahuan persyaratan yang harus dibawa ataupun lupa membawa persyaratan sehingga menghambat pelayanan petugas dan pelayanan menjadi lama.

Kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan *tangible* di tempat pendaftaran rawat jalan meliputi penampilan petugas pendaftaran, ruang tunggu yang cukup memadai, kebersihan tempat pendaftaran dan terdapat petunjuk mengenai alur pendaftaran. Berdasarkan data hasil penelitian pada mutu bukti fisik tingkat kepuasan tertinggi terdapat pada pertanyaan penampilan petugas pendaftaran yang rapi dan memakai seragam sesuai jadwal dengan skor 325. Diikuti pertanyaan terdapat petunjuk mengenai alur pendaftaran dengan skor 299, selanjutnya pertanyaan kebersihan tempat pendaftaran dengan skor 296. Hal tersebut sesuai dengan pendapat kotlker (2005), bahwa penampilan fisik mencakup kebersihan, dan kenyamanan, kelengkapan dan penampilan petugas terhadap pelayanan kesehatan kepada pasien akan berdampak pada tingkat kepuasan pasien. Kepuasan terendah terdapat pada pertanyaan ruang tunggu cukup memadai dengan skor 267.

Berdasarkan hasil penelitian didapat Kepuasan tertinggi terdapat pada aspek empati, dengan tingkat kepuasan 76 responden (76%) dan kepuasan terendah terdapat pada aspek bukti fisik 56 responden (56%). Ketidakpuasan tertinggi terdapat pada aspek bukti fisik 44 responden (44%) dan ketidak puasan terendah terdapat pada aspek empati 24 responden (24%).

## SIMPULAN

Pelayanan di tempat pendaftaran rawat jalan secara umum semua dimensi pelayanan termasuk pada kategori puas, yaitu dimeni *emphaty* (empati), *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan), *reliability* (kehandalan), serta *tangible* (bukti fisik).

Diharapkan ada penelitian lebih lanjut dengan populasi yang lebih besar, variabel yang lebih luas dan pengambilan data yang lebih lengkap. Angket/ kuesioner dalam pengisian oleh responden semestinya diawasi oleh peneliti.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anastasia. (2016). Analisis Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan elanggan di Rumah Sakit X Surabaya. *Jurnal Kesehatan*, Vol.10, No.1 September 2016.
- Arikunto, S. (2010). Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Depkes, RI. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Endang Purwoastuti, Elisabeth Siwi Walyani. (2015). Mutu Pelayanan Kesehatan & Kebidanan. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.
- Hatta, G. R. (2011). Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI Press.
- Muninjaya, A. A. (2011). Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Noviana, H., Sugiarsi, S (2011). Hubungan Mutu Pelayanan Pendaftaran Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakkit PKU Muhammadiyah Karanganyar. *Jurnal Rekam Medis Vol 1 No 1: 90 -106, Maret 2011*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesi. (2008). Peraturan Mentri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- \_\_\_\_\_ (2009). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/ MENKES/PER/III Tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- \_\_\_\_\_ (2010). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/ MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pohan, Imbalo S. (2007). Jaminan Mutu Layanan Kesehatan . Jakarta: EGC.
- Rustiyanto, E.(2009). Etika Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

# Evaluasi Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit Dharma Kerti

Ni Made Umi Kartika Dewi<sup>1\*</sup>, Putu Ika Farmani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitas Hindu Negeri I Gusti Bagus Sugriwa Denpasar

E-mail: <sup>1</sup>[nimadeumikartikadewi@gmail.com](mailto:nimadeumikartikadewi@gmail.com)

<sup>2</sup>Universitas Bali Internasional

E-mail: <sup>2</sup>[Ikafarmani@iikmpbali.ac.id](mailto:Ikafarmani@iikmpbali.ac.id)

## Abstract

*Organizing medical records is one of the important things in determining the quality of a health service. Organizing medical records at Rs. Dharma Kerti pointed out several problems such as filling out incomplete medical records, misfiles and dual medical records. The purpose of this study was to evaluate the organization of medical records in Rs. Dharma Kerti. This research is a descriptive evaluation research with qualitative methods. Information was collected by in-depth interviews using five informants with a purposive sampling method. The results found that some inputs were not optimal, such as the quantity and quality of medical records staff that were lacking, infrastructure facilities that were not yet ideal and standard operational procedures that were not socialized. The results of the evaluation in the process of organizing medical records also obtained activities that are less than the maximum medical record management such as providing new medical record numbers to old patients, do not have rules in giving names, medical record staff only filling medical records and have not destroyed the medical records that have been not active. Suggestions for management hospitals to optimize input and for medical record staff to carry out all medical record management activities.*

**Keywords:** *Evaluation system, management of hospital medical records, organizing medical records.*

## Abstrak

Penyelenggaraan rekam medis merupakan salah hal penting untuk menentukan kualitas pelayanan kesehatan terutama pada saat akreditasi. Penyelenggaraan rekam medis di Rs. Dharma Kerti menunjukkan beberapa permasalahan seperti pengisian rekam medis yang kurang lengkap, *misfile* serta rekam medis ganda. Tujuan dari penelitian ini untuk mengevaluasi penyelenggaraan rekam medis di Rs. Dharma Kerti. Penelitian ini adalah penelitian evaluasi deskriptif menggunakan pendekatan metode kualitatif. Pengumpulan informasi dilakukan dengan cara wawancara mendalam menggunakan lima informan dan metode *purposive sampling*. Hasil ditemukan bahwa beberapa input yang belum optimal seperti kurangnya kuantitas dan kualitas SDM, sarana prasarana yang belum ideal serta SOP yang tidak tersosialisasi. Hasil evaluasi pada proses penyelenggaraan rekam medis juga diperoleh kegiatan pengelolaan rekam medis yang kurang maksimal seperti pemberian nomor rekam medis baru kepada pasien lama, belum memiliki acuan ketat dalam pemberian nama, petugas rekam medis hanya melakukan filling rekam medis serta belum melakukan pemusnahan rekam medis yang sudah tidak aktif. Saran bagi rumah sakit untuk mengoptimalkan seluruh input dan bagi petugas di unit rekam medis agar melakukan seluruh proses pengelolaan rekam medis.

**Kata kunci:** Evaluasi sistem, manajemen rekam medis rumah sakit, penyelenggaran rekam medis

## PENDAHULUAN

Sistem Informasi Kesehatan merupakan kumpulan tatanan yang terdiri dari suatu data, indikator, informasi, prosedur, teknologi perangkat dan sumber daya manusia yang dikelola secara terpadu untuk mengarahkan suatu kebijakan serta keputusan yang mendukung pembangunan kesehatan

(Presiden Republik Indonesia, 2014). Data yang dikumpulkan dalam sistem informasi kesehatan diharapkan berkualitas sehingga dapat dimanfaatkan semaksimal mungkin untuk perencanaan program kesehatan maupun penelitian kesehatan. Salah satu bentuk data atau informasi dalam bidang kesehatan itu adalah rekam medis.

Rekam medis merupakan suatu berkas berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pengobatan, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2008). Rekam medis merupakan salah satu catatan yang wajib ada di rumah sakit. Penyelenggaraan unit rekam medis menjadi salah satu hal penting dalam menentukan kualitas suatu pelayanan kesehatan termasuk dalam akreditasi rumah sakit. Berkas rekam medis rumah sakit bersifat dinamis dan akan bertambah setiap waktu, oleh karena itu dibutuhkan manajemen unit rekam medis yang baik untuk mengelola semua berkas tersebut. Pelayanan rekam medis merupakan salah satu pelayanan penunjang medis di rumah sakit yang menjadi dasar penilaian mutu pelayanan medik di rumah sakit (Satrianegara, 2014).

Rumah Sakit Dharma Kerti merupakan salah satu rumah sakit swasta tipe C yang berada di Kabupaten Tabanan Provinsi Bali. Rumah sakit ini berdiri sejak tahun 2004 dan saat ini telah melayani pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat (JKN). Dengan komitmen tersebut Rs. Dharma Kerti wajib untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. Salah satu cara untuk menjaga kualitas mutu pelayanan rumah sakit tersebut adalah menjaga kualitas penyelenggaraan rekam medis. Salah satu cara untuk menjaga kualitas mutu pelayanan rumah sakit tersebut adalah menjaga kualitas penyelenggaraan rekam medis. Hasil observasi lapangan menunjukkan beberapa permasalahan dalam kegiatan penyelenggaraan rekam medis mulai dari beberapa pengisian rekam medis yang tidak lengkap *misfile* sampai dengan rekam medis ganda. Berdasarkan dari permasalahan di atas maka perlu dilakukannya evaluasi terhadap penyelenggaraan rekam medis yang merupakan tolak ukur kualitas pelayanan rumah sakit. Keefektifan penyelenggaraan rekam medis tersebut dapat dievaluasi menggunakan pendekatan sistem yang telah dikembangkan sejak awal tahun 1960an yang terdiri dari *input*, *process*, dan *output* (Muninjaya, 2012). Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana *input* dan *process* penyelenggaraan rekam medis di Rs Dharma Kerti.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif dilakukan untuk mengevaluasi *input* (sumber

daya manusia, pembiayaan, sarana prasarana dan standar operasional prosedur) serta *process* (sistem penomoran, sistem penamaan, *assembling*, *coding*, *indexing*, *filling* dan *retensi*) pada penyelenggaraan rekam medis di Rs. Dharma Kerti. Sampel diambil dengan metode *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dengan 5 informan yang terdiri dari Direktur rumah sakit, kepala bidang penunjang medik, petugas rekam medis, petugas pendaftaran serta petugas informasi teknologi di Rs. Dharma Kerti. Analisis data dilakukan dengan analisis data menggunakan metode evaluasi program (input dan proses program).

## HASIL

### Input penyelenggaraan rekam medis

#### Sumber daya manusia

Berdasarkan dari hasil wawancara, rumah sakit saat ini memiliki satu tenaga khusus untuk mengelola seluruh kegiatan rekam medis.

*"Iya. Kita sudah punya petugas rekam medisnya. Jadi memang khusus dia untuk di rekam medisnya"* (Informan 03) *"Masih sendiri"* (Informan 04)

Hasil wawancara juga mengungkapkan bahwa tenaga dalam segi kuantitas saat ini belum mencukupi karena terdapat peningkatan kunjungan jumlah pasien yang sangat signifikan sehingga dalam kegiatan penyelenggaraan rekam medis saat ini dibantu oleh petugas yang ada di bagian *front office* dan *customer service* terutama ketika petugas rekam medis sudah pulang.

*"Kalau yang disini memang untuk ketenagaan kalau kita lihat memang masih kurang. Kemudian ya artinya untuk jalan keluarnya sementara ee dibantu sama tenaga FO karena kan jamnya dia tidak 24 jam untuk tenaga rekam medisnya itu"* (Informan 01).

Dilihat dari segi kualitas, kemampuan SDM dalam mengelola rekam medis masih kurang dengan ditandai masih sering adanya *complain* dari dokter poli tentang keterlambatan dalam mencari dokumen rekam medis. Selain karena tenaga rekam medis tersebut bukan merupakan lulusan Rekam Medis, petugas tersebut juga belum pernah mendapatkan pelatihan tentang pengelolaan rekam medis di rumah sakit.

*“Untuk kualitas ada kompalin memang dari teman dokter. Dokter jaga, dokter spesialis maupun di rawat inap yang less ataupun kartu polinya tidak ketemu”*(Informan 03) *“Tyang di RM baru dua bulan mbok, sebelumnya di taruh di FO terus dipindah kesini, belum dapet pelatihan apa-apa”* (Informan 04) *“Belum karena ee dari pendidikan dia kan SKM, jadi memang belum terkelola dengan bagus hmm masih sering, masih sering dokter-dokter mengeluh rekam medis yang hmm lama”* (Informan 01)

### **Biaya**

Berdasarkan hasil wawancara, tidak terdapat hambatan dalam pembiayaan penyelenggaraan rekam medis. Anggaran atau *budgeting* pembiayaan kegiatan tersebut masih gabung dengan anggaran pembiayaan seluruh kegiatan pelayanan medis yang ada di rumah sakit.

*“Sepertinya sih nggak ada hambatan, yang penting memang sesuai dengan keperluan”* (Informan 03)

*“Kemarin itu kita sudah menyusun anggaran jadi masing-masing unit itu sudah mempunyai perencanaan satu tahun kedepan. ini bukan untuk rekam medis saja untuk yang di rawat inap, rawat jalan semua jadi tidak ada alokasi biaya khusus untuk rekam medis sendiri”* (Informan 01)

Dari hasil wawancara, pembiayaan untuk sarana prasarana penunjang rekam medis saat ini sudah dimasukkan dalam anggaran tetap seperti pada anggaran ATK. Anggaran pembiayaan untuk pengembangan SDM khususnya pembiayaan pelatihan, sudah dibuat setiap tahunnya namun saat ini belum ada rencana untuk mengadakan pelatihan bagi petugas rekam medis.

*“Anggaran rutin seperti sarpras RM, ada itu yang di ATK”* (Informan 01)

*“Nantikan ada setiap tahun itu ada untuk budgeting nanti untuk pelatihan tentunya ada. Kemudian sarana prasarana kan kita lihat kalau memang ada perlu penambahan ya kita tuangkan di budgeting tiap tahunan. Sekarang belum ada rencana pelatihan, Cuma kalau memang mendesak, di luar rencana budgeting itu tentunya ada lagi kita ajukan”* (Informan 03)

### **Sarana dan prasarana**

Rumah sakit saat ini telah memiliki formulir yang digunakan mengumpulkan data informasi pasien namun dari hasil wawancara beberapa informan tidak mengetahui apakah format tersebut telah mengacu kepada peraturan yang ada. Penambahan format akan dilakukan jika diperlukan pada akreditasi.

*“Gak tau merujuk kemana, dari dulu udah seperti ini”* (Informan 03) *“ya tentunya format lama akan bertambah, kalau ada temuan saat akreditasi di perlukan penambahan RM”* (Informan 02)

Dari hasil wawancara juga diperoleh bahwa bahan kertas formulir rekam medis yang baru saat ini sangat tipis yang terbuat dari kertas HVS 70gram terutama untuk rawat jalan sehingga rekam medis rawat jalan tersebut mudah terselip, hilang dan susah untuk ditata. Selain itu formulir tersebut juga tidak menggunakan map sehingga membutuhkan waktu dalam pencariannya.

*“Rawat inap bahan sih udah gak cepet robek, yang rawat jalan baru karena tipis ni kayak kertas HVS biasa, jadinya susah sering terselip, kadang yang hilang itu, yang baru malah lebih tipis jadi paling sering hilang gak isi map juga susah jadinya nyari keselip dia di dalem-dalem gini”* (Informan 04)

Informan juga mengungkapkan penyimpanan rawat jalan dan rawat inap terpisah sehingga memiliki dua ruang penyimpanan. Namun kebijakan tersebut masih menimbulkan pro dan kontra.

*“Menurut aturan, gabung saja. Cuma karena tempat seperti ini itulah kami memisahkan, Karena yang rawat inap itu yang tebal sekali. Dengan metode konvensional kan bisa dipisah. Cuma jeleknya itu dah karena masih lembaran, penyimpanannya kurang efisien”* (Informan 02) *“Tentunya digabung. Kan jadinya kalau perjalanan penyakit pasien kan kita tahu.”* (Informan 03)

*“Gampang digabungin lebih cepet nyimpen dan nyariknya”* (Informan 04)

*“Memang pelan-pelan memang harus digabung ya harus digabung RM nya, agar informasi yang diterima tidak sepotong-sepotong”* (Informan 01)

### Standar operasional prosedur

Standar operasional prosedur atau yang biasa dikenal dengan SOP adalah acuan dari prosedur atau tindakan dalam penyelenggaraan rekam medis. Dari hasil wawancara, Rs. Dharna Kerti sudah memiliki beberapa SOP yang berkaitan dengan rekam medis namun sampai saat ini pihak manajemen belum pernah memberikan sosialisasi terkait SOP tersebut. Informan juga mengungkapkan pelaksanaan kegiatan rekam medis dilapangan belum bisa dilaksanakan sesuai dengan SOP karena keterbatasan tenaga dan kunjungan pasien yang semakin meningkat.

*“Ada mbok’ itu disitu tapi belum pernah disosialisasiin selama disini (Informan 04)*

*“Pasienya membludak mbok, 3 bulan terakhir ini jadi gak bisa sesuai dengan SOP sedangkan jaga sendiri, jadi kelabakan dah mereka” (Informan 03)*

### Proses penyelenggaraan rekam medis

#### Sistem penomoran

Berdasarkan dari hasil wawancara sistem pemberian nomor rekam medis di Rs. Dharma kerti dilakukan secara otomatis melalui sistem yang ada untuk setiap pendaftaran pasien baru. Namun pemberian nomer rekam medis baru juga kadang-kadang dibuatkan untuk pasien lama jika nama pasien tersebut tidak ditemukan dalam sistem.

*“Nomornya itu otomatis dari sistemnya. Jadi, dari pertama itukan memang 00. Yang pertama 000001. Berarti kalau sekarang udah yang ke 04, berarti kan 4000. 4000 pasien berarti udah diinput. 4000 data pasien maksudnya. Jadi kan ndak mungkin sama dia RM tiap pasiennya” (Informan 05)* *“Kalo pasien datang itu kita tanyakan dulu mb namanya siapa, terus udah pernah kesini atau belum, klo belum kita klik new keluar dah no rekam medis baru klo sudah pernah berobat kita cari namanya disistem dan sesuaikan dengan alamat dan tanggal lahir, tapi kalo di sistem gak ada walaupun dia pasien lama tetep kita buat kan no RM baru” (Informan 04)*

Berdasarkan dari hasil wawancara juga diperoleh bahwa acuan dalam pendaftaran pasien baru pada sistem adalah nama pasien sehingga sering kali menyebabkan rekam medis ganda yang disebabkan karena salah pengimputan nama pada sistem.

*“kendala di penomoran ini ya gitu mb, kalo salah aja ngimput nama misalnya I tapi ditulis y atau ejaan lama yang oe oe itu besok mereka kesini lagi orang di Fo beda gak dah ketemu RM nya di sistem trus kadang kadang pasien kesini gak bawa KTP pas kontrol bawa KTP namanya beda gak dah ketemu lagi, kita register dah ulang mereka ke pasien baru,” (Informan 04)*

#### Sistem penamaan

Berdasarkan dari hasil wawancara, pemberian nama pada rekam medis sudah disesuaikan dengan nama pasien yaitu dengan menanyakan langsung kepada pasien atau keluarga, jika pasien membawa kartu identitas pemberian nama sudah disesuaikan dengan kartu identitas

*“pemberian nama di rekam medis gak ada masalah sih mbok, yang kita sesuaikan aja namanya dengan nama pasien kita tanya namanya siaoa, kalo pasien bayi gitu kita pake nama ibunya bayi ibu siapa gitu, kalo pasien bawa KTP ya sesuaikan dengan KTPnya” (Informan 04)*

#### Assembling

Berdasarkan dari hasil wawancara, selama ini petugas tidak melakukan kegiatan assembling. Dokumen rekam medis dicetak dan sudah langsung dirakit dan disusun dari percetakan tersebut. Informan juga mengungkapkan pengecekan kembali kelengkapan formulir rekam medis hanya dilakukan bila ada keperluan pengklaiman dari asuransi.

*“Gak pernah, Kita pesen udah sebandel nanti tukang cetaknya yg susun, pasien asuransi baru tak pilih form yang mana di perlukan dan udah lengkap atau engga” (Informan 03)*

#### Coding dan Indexing

Informan mengungkapkan tidak pernah melakukan kegiatan tersebut. Kegiatan coding untuk pasien BPJS dilakukan oleh tim diluar dari petugas rekam medis.

*“Gak pernah mbok. Klo BPJS di coding mb. Itu yang koding tim casemix beda ruangnya” (Informan 03)*

Dari hasil wawancara juga diperoleh bahwa selama ini informan tidak pernah menyimpan maupun

membuat pelaporan jumlah kunjungan penyakit yang ditujukan untuk intern maupun diluar rumah sakit.

*“Gak pernah saya buat laporan penyakit”*  
(Informan 03)

### **Filling**

Hasil wawancara, dokumen rekam medis disimpan pada rak penyimpanan sesuai dengan dua nomor belakang pada RM tersebut. Namun, pada saat pengambilan dan penyimpanan sering terjadi kesalahan karena selain tidak menggunakan map, rak penyimpanan juga tidak berisi label penomoran

*“waktu nyarinya itu lumayan susah karena pertamakan bahannya ini tipis, pas baru dibongkar ternyata keselip. Trus kadang juga ini no 00 harusnya raknya dsana kita ketemu RMnya dsini karena gtu dah gak ada nomornya raknya jadi kita nginget-nginget aja, rasanya dsini tempatnya gitu”* (Informan 03)

### **Retensi**

Berdasarkan dari hasil wawancara, pemusnahan rekam medis belum pernah dilakukan sedangkan untuk kegiatan retensi baru dilakukan untuk rekam medis rawat inap saja. Namun pemilahan tersebut tidak terdokumentasi.

*“Kayaknya disini belum pernah sih mb ada pemusnahan RM, paling kemarin itu baru tak pilah-pilah aja lebih dari tiga tahun tak simpen dah dia di gudang parkirannya itu. cuman gak saya dokumentasiin”* (Informan 04)

## **PEMBAHASAN**

### **Input penyelenggaraan rekam medis**

Langkah awal dalam melaksanakan evaluasi adalah dengan cara menetapkan fokus sesuatu yang ingin di evaluasi. Unsur sistem yang meliputi input, proses, *output*, *outcome*, dan *impact* merupakan salah satu cara untuk mengkaji fokus evaluasi tersebut (Farich, 2012).

Input merupakan suatu masukan yang terdiri dari 6M (man, money, material, method, market dan machine) bagi suatu organisasi yang mencari keuntungan dan 4M (man, money, material dan metode) bagi suatu organisasi yang tidak mencari keuntungan (Muninjaya, 2012). Komponen input dari penyelenggaraan rekam medis di Rs.

Dharma Kerti meliputi sumber daya manusia (SDM) yang mendukung penyelenggaraan rekam medis, pembiayaan, sarana prasarana serta standar operasional prosedur (SOP).

Ketersediaan SDM dilihat dari dua aspek yaitu dari segi kuantitas dan kualitas. Dilihat dari segi kuantitas Rs. Dharma Kerti hanya memiliki satu tenaga khusus yang mengelola rekam medis dan juga jika dilihat dari segi kualitas SDM yang ada tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan yang menyebutkan pengelola rekam medis adalah seseorang pegawai yang memiliki Surat Izin Kerja (SIK) Perekam Medis. Untuk mendapatkan SIK Perekam Medis, tenaga tersebut harus mengikuti uji kompetensi serta memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) Perekam Medis dan syarat untuk mengikuti uji kompetensi adalah lulusan minimal diploma tiga rekam medis dan informasi (Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan dari peraturan tersebut terlihat bahwa SDM rekam medis di Rs. Dharma Kerti saat ini tidak sesuai dengan standar pelayanan rekam medis yang ada yaitu lulusan sarjana kesehatan masyarakat. Selain itu petugas tersebut saat ini juga belum mengikuti pelatihan khusus tentang pengelolaan rm sehingga pengetahuan dan kompetensi dari petugas tersebut dalam pengelolaan rekam medis masih sangat kurang. Kuantitas dan kualitas sumberdaya yang kurang dapat menyebabkan kurang efektifnya penyelenggaraan rekam medis di Rs. Dharma Kerti.

Pembiayaan merupakan biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan suatu kegiatan (Azwar, 2010). Perencanaan dan pengaturan pembiayaan yang memadai akan dapat membantu mengalokasikan dana secara efektif dan efisien. Berdasarkan dari hasil evaluasi, seluruh informan mengatakan untuk saat ini tidak terdapat hambatan dari segi pembiayaan, namun perencanaan pembiayaan untuk saat ini belum dibuat. Pembiayaan untuk penyelenggaraan rekam medis akan direncanakan jika ada permintaan kebutuhan seperti kebutuhan pelatihan dan sarana prasarana dari unit yang bersangkutan.

Sarana dan prasarana merupakan suatu alat yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan dan segala sesuatu yang menunjang terselenggaranya proses (Hasan, 2005). Terpenuhinya sarana dan prasarana yang cukup dan berkualitas dibutuhkan suatu organisasi untuk mencapai tujuan yang diharapkannya (Wirawan, 2013). Adapun sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam menunjang penyelenggaraan rekam medis antara lain formulir,



rak serta ruang penyimpanan dokumen rekam medis. Berdasarkan dari hasil evaluasi sarana prasarana penyelenggaraan rekam medis Rs. Dharma Kerti saat ini sudah memiliki formulir rekam medis yang digunakan untuk oleh tenaga kesehatan namun dilihat dari segi bahan kertas formulir yang digunakan sangat tipis yaitu terbuat dari kertas HVS dengan berat 70gram dan untuk rekam medis rawat jalan formulir tersebut tidak menggunakan map sehingga rekam medis rawat jalan lebih sering terselip, hilang, susah ditata dan membutuhkan waktu dalam pencariannya.

Formulir rekam medis dengan menggunakan kertas HVS 80gram akan lebih baik digunakan karena pertimbangan tidak mudah rusak dan tahan lebih lama jika diabadikan (Arifiana, 2014). Formulir rekam medis yang tidak menggunakan map juga bertentangan dengan peraturan yang ada yang menyebutkan bahwa seluruh formulir rekam medis di simpan dengan menggunakan folder atau map agar terpelihara keutuhannya serta mencegah terlepas dan tersobek (Depkes RI, 1997). Selain diperlukan map, sarana prasarana yang dibutuhkan untuk penyimpanan rekam medis adalah rak. Berdasarkan dari hasil wawancara Rs. Dharma Kerti sudah memiliki rak untuk penyimpanan rekam medis namun rak tersebut tidak memiliki nomor sehingga untuk menyimpan dan mengambil kembali rekam medis yang diperlukan hanya menggunakan ingatan dari petugas saja. Selain rak, ruang penyimpanan merupakan sarana prasarana yang dibutuhkan. Berdasarkan dari hasil evaluasi Rs. Dharma Kerti memisahkan penyimpanan rekam medis rawat jalan dengan rawat inap. Cara penyimpanan rekam medis tersebut dinamakan dengan penyimpanan desentralisasi. Depkes RI (2006) menyebutkan bahwa kekurangan penyimpanan dengan metode desentralisasi adalah dapat meningkatkan biaya peralatan dan ruangan serta meningkatkan terjadinya duplikasi yaitu data informasi pelayanan pasien tersimpan lebih dari satu map atau folder.

Standar Prosedur Operasional (SOP) merupakan suatu intruksi yang menunjukkan langkah atau intruksi-intruksi yang sudah dibakukan untuk menyelesaikan suatu kegiatan. Tujuan SOP bagi petugas rekam medis merupakan suatu acuan untuk mengelola dokumen rekam medis yang ada (Wijono, 2000). Berdasarkan dari hasil evaluasi diperoleh bahwa rumah sakit sudah memiliki sebagian besar SOP penyelenggaraan rekam medis. Namun,

petugas rekam medis belum pernah disosialisasikan terkait SOP tersebut sehingga petugas rekam medis tidak mengetahui isi SOP yang ada. Hal tersebut tentu bertentangan dengan teori yaitu seluruh karyawan wajib mengetahui SOP yang ada karena salah satu manfaat SOP tersebut adalah untuk mencegah kelalaian serta kesalahan sebagai standarisasi cara yang dilakukan (Kemenpan RI, 2012). Oleh sebab itu pihak manajemen sebaiknya melakukan sosialisasi SOP secara rutin pada saat melakukan orientasi karyawan baru dan pada saat terjadinya perubahan SOP yang ada.

### **Proses penyelenggaraan rekam medis**

Proses penyelenggaraan rekam medis merupakan pelaksanaan atau kegiatan yang dilakukan pada unit rekam medis yang meliputi sistem penomoran, sistem penamaan, *assembling*, *coding*, *indexing*, *filling* serta *retensi*. Berdasarkan dari hasil evaluasi petugas rekam medis di Rs. Dharma Kerti hanya melakukan *filling* atau penyimpanan rekam medis saja. Untuk sistem penomoran dan sistem penamaan dilakukan oleh petugas yang ada di *front office*.

Tahap awal proses penyelenggaraan rekam medis adalah sistem penomoran. Sistem penomoran adalah suatu cara pemberian nomor pada pasien yang datang berobat yang merupakan bagian dari identitas pasien (Depkes RI, 2006). Hasil evaluasi di Rs. Dharma Kerti sistem pemberian nomor menggunakan sistem *Unit Numbering System*. *Unit Numbering System* adalah sistem pemberian nomor rekam medis pada setiap pasien baru yang berobat baik pasien rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2006). Namun, pemberian nomor baru di Rs. Dharma Kerti tidak hanya diberikan kepada pasien baru saja tetapi juga pasien lama yang rekam medisnya tidak ditemukan. Berdasarkan hasil tersebut tentunya sangat mungkin terjadi duplikasi jika nomor rekam medis pada pasien lama ditemukan. Duplikasi merupakan suatu keadaan dimana satu pasien memiliki lebih dari satu nomor rekam medis. Selain kesalahan dalam sistem pemberian nomor, kesalahan dalam pemberian nama pada rekam medis juga merupakan faktor yang menyebabkan duplikasi (Aditya, 2017). Dari hasil evaluasi juga diperoleh bahwa sistem pemberian nama pada rekam medis di Rs. Dharma Kerti dilakukan oleh petugas *front office* dengan menanyakan langsung nama pasien kepada pasien atau keluarga pasien yang mengantarkan maka sering terjadi kesalahan dalam penulisan ejaan nama

pasien. Berdasarkan dari Depkes RI (2006) tata cara penulisan nama pada rekam medis hendaknya mengacu kepada KTP/SIM/PASPOR yang masih berlaku. Hal tersebut akan mengurangi terjadinya duplikasi akibat kesalahan petugas dalam menulis ejaan nama pada rekam medis pasien. Selain ketepatan dalam penulisan nama pada sistem yang tersedia hendaknya pencarian nomor rekam medis lama juga bisa menggunakan tempat dan tanggal lahir pasien sehingga jika nama pasien tidak ditemukan, petugas masih bisa mencari nomor rekam medis sebelumnya dengan menggunakan pencarian tempat dan tanggal lahir pasien.

*Assembling* atau perakitan dokumen rekam medis merupakan salah satu kegiatan yang dilaksanakan pada unit rekam medis. Perakitan yang dimaksud berupa menata, menyusun, merapikan serta mengorganisasikan formulir rekam medis pada satu folder maupun map sehingga dokumen tersebut siap dipakai bila diperlukan (Akasah, 2008). Berdasarkan dari hasil evaluasi selama ini petugas rekam medis tidak pernah melakukan *assembling* kepada seluruh rekam medis yang ada. Dokumen rekam medis sudah dirakit dalam satu map langsung dari percetakan. Sedangkan pada proses pengecekan kelengkapan rekam medis hanya dilakukan jika ada keperluan dalam pengklaiman asuransi saja. Hal tersebut tentu bertentangan dengan peran dan fungsi petugas rekam medis sebagai *assembling* yaitu sebagai perakit, peneliti kelengkapan isi data rekam medis, pengendali penggunaan nomor rekam medis dan pengendalian formulir rekam medis (Shofari *et al.*, 2018).

*Coding* merupakan suatu kegiatan pemberian kode dengan kombinasi angka maupun huruf untuk mewakili suatu diagnosis maupun tindakan yang ada pada rekam medis pasien yang selanjutnya di index untuk memudahkan penyajian informasi bagian Kesehatan (Depkes RI, 2006). Berdasarkan dari hasil evaluasi, petugas rekam medis saat ini tidak memiliki pengetahuan untuk melakukan pengkodean maupun indexing. Hal itu tentu bertentangan dengan peran dan fungsi dari petugas rekam medis yaitu sebagai peneliti dan pencatat kode penyakit yang dilihat dari diagnosa yang ditulis oleh dokter pada rekam medis pasien serta tindakan yang yang ditulis oleh petugas kesehatan lainnya. Serta bertentangan juga dengan tugas pokok petugas rekam medis yaitu sebagai pencatat data dan informasi rekam medis ke dalam formulir indeks penyakit, operasi atau tindakan medis,

sebab kematian dan menyusun laporan jumlah jenis penyakit, operasi dan sebab kematian menurut golongan umur pada periode tertentu (Shofari *et al.*, 2018).

*Filling* atau penyimpanan menurut Barthos (2000) dalam Nuraini (2015) merupakan suatu kegiatan menyimpan dengan mengatur secara sistematis sehingga ketika diperlukan dapat dengan mudah dan cepat untuk ditemukan kembali. Hasil evaluasi penyimpanan rekam medis di RS. Dharma Kerti sudah menggunakan sistem *terminal digit filling*. Sistem *terminal digit filling* merupakan suatu kegiatan penyimpanan rekam medis dengan menjajarkan folder yang diurutkan sesuai dengan dua nomor akhir rekam medis. Menurut Departemen Kesehatan RI tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, sistem ini memiliki banyak kelebihan salah satunya dapat mencegah terjadinya *misfile* atau kekeliruan penyimpanan dokumen rekam medis karena petugas hanya di fokuskan pada dua nomor terakhir saja (Depkes RI, 2006). Namun pada kenyataannya, walaupun menggunakan sistem *terminal digit filling* kekeliruan dalam penyimpanan rekam medis sering terjadi di Rs. Dharma Kerti. Hal tersebut sering terjadi dikarenakan rak pada penyimpanan dokumen rekam medis tidak diberikan nomor sesuai dengan sistem *terminal digit filling*.

Proses penyelenggaraan rekam medis yang terakhir adalah retensi. Retensi ini merupakan hal terpenting untuk mengelola serta memisahkan dokumen rekam medis yang aktif dan yang tidak aktif (Depkes RI, 2006). Tujuan retensi adalah untuk mengurangi jumlah arsip sehingga pengadaan ruang penyimpanan dapat efektif dan efisien (Depkes RI, 2006). Berdasarkan dari hasil evaluasi, rumah sakit belum sepenuhnya melakukan kegiatan retensi. Pemilahan rekam medis yang aktif dan tidak aktif baru mulai dilakukan pada rekam medis rawat inap namun pemilahan tersebut tidak dilakukan pendokumentasian. Selain itu, rumah sakit saat ini juga belum pernah melakukan pemusnahan pada rekam medis yang sudah tidak aktif. Hal itu tentunya dapat menyebabkan tertumpuknya rekam medis tidak bernilai guna yang menyebabkan semakin penuhnya ruang penyimpanan.

## SIMPULAN

Dari hasil evaluasi sistem penyelenggaraan rekam medis di Rs. Dharma Kerti diperoleh beberapa

input yang kurang sehingga proses penyelenggaraan rekam medis tidak berjalan dengan maksimal. Adapun beberapa input yang belum optimal seperti SDM yang kurang dalam segi kuantitas serta kurangnya pengetahuan dan kompetensi SDM dalam mengelola rekam medis, sarana prasarana yang belum ideal sesuai dengan aturan yang ada yaitu menggunakan bahan kertas formulir tipis dan tidak menggunakan map, tidak terdapat nomor pada rak penyimpanan dan ruang penyimpanan terpisah antara rekam medis rawat jalan dan rekam medis rawat inap serta SOP yang tidak tersosialisasi.

Hasil evaluasi pada proses penyelenggaraan rekam medis juga diperoleh kegiatan pengelolaan rekam medis yang kurang maksimal seperti pemberian nomor rekam medis baru kepada pasien lama yang rekam medisnya tidak ditemukan, belum memiliki acuan ketat dalam pemberian nama pada rekam medis, petugas rekam medis hanya melakukan filling rekam medis tanpa melakukan kegiatan assembling, coding, indexing serta belum melakukan pemusnahan rekam medis yang sudah tidak aktif.

Saran bagi rumah sakit yaitu perlu mengoptimalkan input pada sistem penyelenggaraan rekam medis terutama penambahan SDM, memberikan pelatihan pengelolaan rekam medis, membuat perencanaan anggaran rutin, memberikan penomoran pada rak penyimpanan rekam medis serta melakukan sosialisasi tentang SOP. Sedangkan saran bagi petugas rekam medis adalah pentingnya melakukan seluruh proses penyelenggaraan rekam medis terutama proses *assembling* sehingga dapat dipastikan seluruh rekam medis lengkap sebelum disimpan dan melakukan pemusnahan bagi rekam medis yang tidak aktif dengan rutin agar tersedia ruang serta tempat penyimpanan bagi rekam medis yang aktif.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Kami ucapkan terimakasih kepada Rumah Sakit Dharma Kerti Tabanan, Bali.

## DAFTAR PUSTAKA

Aditya, P. (2017). Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Duplikasi Nomor Rekam Medis di Bagian Pendaftaran Rawat Jalan RS Bhayangkara Semarang Periode Tahun 2016. Skripsi. Universitas Dian Nuswantoro.

Akasah, A. (2008). Pengelolaan Sistem Rekam medis II. Bandung: Politeknik Piksi Ganesha.

Arifiana, V. O. (2014). Analize Design of Admission and Discharge Summary's Form (RM 1) in RSUD Kajen, Pekalongan 2014 (p. 13). p. 13. Semarang: Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro Semarang.

Azwar, A. (2010). Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta: Binarupa Aksara.

Departemen Kesehatan RI. (1997). Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (Revisi I). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Farich, A. (2012). Manajemen pelayanan kesehatan masyarakat. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Hasan, A. (2005). Alwi Hasan, dkk. 2005. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka.

Kemendes RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.

Kemendes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.

Kemendes RI. (2012). Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan. , Pub. L. No. PER/21/M. PAN/11/2008.

Muninjaya, A. (2012). Manajemen Kesehatan (Revisi 3). Jakarta: ECG

Nuraini, N. (2015). Analisis Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis Rs "X" Tangerang Periode April-Mei 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 1(3), 147–158.

Presiden Republik Indonesia. (2014). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan.

- Satrianegara, M. (2014). Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit. Jakarta: Salemba Medika.
- Shofari, B., Rachmani, E., Astuti, R., & Anjani, S. (2018). Dasar Pengelolaan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan RI. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro.
- Wijono, D. (2000). Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Surabaya: Airlangga University Perss.
- Wirawan, W. (2013). Evaluasi Teori Model Standar Aplikasi dan Profesi, Contoh Aplikasi Evaluasi Program: Pengembangan Sumber Daya Manusia, Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri Pedesaan, Kurikulum, Perpustakaan, dan Buku Tes. Jakarta: Rajawali Pers.

# **Revitalisasi Sistem Registrasi Rawat Jalan Menuju *Electronic Medical Record* di Klinik Khalifah Kabupaten Tangerang**

**Lily Widjaja<sup>1</sup>, Adi Widodo<sup>2</sup>, Nanda Aula Rumana<sup>3</sup>**

<sup>1,2,3</sup>Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan,

Universitas Esa Unggul, Jakarta Jalan Arjuna Utara Nomor 9, Kebon Jeruk, Jakarta Barat – 1510

E-mail: <sup>1</sup>[lily.widjaja@esaunggul.ac.id](mailto:lily.widjaja@esaunggul.ac.id)

## ***Abstract***

*Information technology is a rapidly growing branch of science that has influenced other sciences. One of the uses of information technology in health services is the Electronic Medical Record system. The Khalifah Clinic in Tangerang Regency, which has received National Health Insurance Patients, decided to introduce this electronic medical record system. This community service is designed to initiate an electronic on-site outpatient registration. Outpatient registration health care at the Khalifah Clinic in Tangerang Regency still using a manual system, queues at outpatient registration counters cannot be avoided. The application of this electronic registration system will avoid long queues and patients can be served quickly without having to wait long at this registration point. The purpose of this service is to apply the registration registration system design using the waterfall method and with the help of Visual Basic 6.0 software. The waterfall method consists of 5 stages starting from Requirement, Design, Testing & Implementation and Maintenance. The hope is that the electronic registration system will accelerate service to patients at the registration site, increase patient satisfaction, make it easier to get patient reports per day and will improve the quality of service at this clinic. The design has been done and the required registration system has been installed. The socialization stage of the registration system design has been carried out. Guidelines for using the software have been provided. With the user level in the system so that they can find out who is the best patient service in serving patients and also the hospital can find out about the current condition of the patient by looking at the patient's medical history.*

**Keywords:** *waterfall, system, medical record.*

## **Abstrak**

Teknologi informasi adalah cabang ilmu yang berkembang pesat yang telah mempengaruhi ilmu lain. Satu diantara penggunaan teknologi informasi dalam Pelayanan kesehatan adalah sistem Rekaman Medis Elektronik. Klinik Khalifah di Kabupaten Tangerang yang telah menerima pasien Jaminan Kesehatan Nasional memutuskan untuk memperkenalkan sistem rekam medis elektronik ini. Pengabdian kepada masyarakat ini dirancang untuk memulai elektronik di tempat pendaftaran pasien rawat jalan. Pelayanan Registrasi pasien rawat jalan di Klinik Khalifah Kabupaten Tangerang masih menggunakan sistem manual, antrian di loket pendaftaran pasien rawat jalan tidak dapat dihindari. Penerapan system Pendaftaran secara elektronik ini akan menghindari antrian yang panjang dan pasien dapat dilayani dengan cepat tanpa harus menunggu lama di tempat pendaftaran ini. Tujuan dari pengabdian ini adalah menerapkan rancangan sistem registrasi pendaftaran menggunakan metode waterfall dan dengan dibantu oleh software Visual Basic 6.0. Metode waterfall terdiri dari 5 tahap mulai dari *Requirement, Design, Testing & Implementation* dan *Maintenance*. Harapannya dengan sistem registrasi secara elektronik akan mempercepat pelayanan pada pasien di tempat pendaftaran, kepuasan pasien meningkat, memudahkan mendapatkan laporan pasien perharinya serta akan meningkatkan mutu pelayanan di Klinik ini. Disain telah dilakukan dan telah dipasang (*install*) system pendaftaran yang dibutuhkan. Tahap sosialisasi perancangan system registrasi telah dilakukan. Panduan penggunaan software telah diberikan. Dengan adanya tingkatan user didalam sistem tersebut sehingga bisa mengetahui siapa yang menjadi pelayanan pasien yang terbaik dalam melayani pasien dan juga pihak rumah sakit dapat mengetahui tentang kondisi pasien saat ini dengan melihat riwayat kesehatan pasien tersebut.

**Kata kunci:** *waterfall, sistem, rekam medis.*

## PENDAHULUAN

Rekam Medis merupakan dokumen permanen dan legal yang harus mengandung isian yang cukup lengkap tentang identitas pasien, kepastian diagnosa dan terapi serta merekam semua hasil yang terjadi. Pengumpulan data pasien berawal dari tempat pendaftaran. Di tempat pendaftaran ini setiap pasien yang akan mendapat pelayanan di register sebagai awal pengumpulan data. Registrasi adalah alat penyimpan yang memfasilitasi kemudahan dan ketepatan pengambilan kembali data. Register pasien merupakan catatan atau daftar nama-nama pasien yg disusun secara sistematis tiap pelayanan yang tersedia

Registrasi ini dapat dilakukan secara manual maupun elektronik. Bila rumah sakit/ pelayanan kesehatan lainnya melaksanakan secara manual masih menggunakan buku registrasi sedangkan secara elektronik perekam medis dan informasi kesehatan yang bertugas ditempat pendaftaran ini dapat langsung mengentry data pasien ke software registrasi yang telah tersedia. Media elektronik ini memberikan kemudahan dalam penyajian dan pengolahan data dibandingkan secara manual. (Widjaja, 2018).

Berdasarkan Undang-Undang No.19 tahun 2016, “Dokumen Elektronik adalah setiap informasi elektronik yang dibuat, diteruskan, dikirimkan, diterima atau disimpan dalam bentuk analog, digital, elektromagnetik, optikal atau sejenisnya. Yang dapat ditampilkan, dan atau didengar melalui komputer atau sistem elektronik, termasuk tetapi tidak terbatas pada tulisan, suara, gambar, angka, kode, akses, simbol atau perforasi yang memiliki makna atau arti atau dapat dipahami oleh orang yang mampu memahaminya”.

Perancangan sistem aplikasi adalah kegiatan merancang detail dan rincian dari sistem yang akan dibuat sesuai dengan *requirement* yang sudah ditetapkan dalam tahap analisa sistem” (Suryanto, 2013). Menurut penelitian yang berjudul perancangan aplikasi pada sistem rawat jalan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Makassar (Zulkili, 2015) dengan menggunakan sistem manual pada sistem pendaftaran rawat jalan akan mengakibatkan terjadinya duplikasi nomor rekam medis, memerlukan proses pencarian, pengurutan, penyisiran dan akses yang cukup lama serta menambah tempat penyimpanan data.

Sistem rekam medis elektronik dapat menjadi pengganti yang baik untuk sistem rekam medis

berbasis kertas. Namun, menurut penelitian ini, beberapa faktor seperti penerimaan dokter yang rendah terhadap sistem rekam medis elektronik, kurangnya mekanisme administratif (misalnya pengawasan, mengabaikan dokter dan / atau perawat dalam fase pengembangan dan implementasi dan juga pelatihan berkelanjutan), ketersediaan perangkat keras serta kurangnya fitur perangkat lunak tertentu dapat berdampak negatif terhadap transisi dari sistem berbasis kertas ke sistem elektronik (Pourasghar, Faramarz; Malekafzali, Hossein; Koch, Sabine; Fors, Uno, 2015)

Rekam medis elektronik adalah rekaman atau catatan elektronik informasi terkait kesehatan (*health related information*) seorang yang mengikuti standar *interoperabilitas* nasional yang dapat dibuat, dikumpulkan, dikelola, digunakan dan dirujuk oleh dokter atau tenaga kesehatan yang berhak (*authorized*) pada lebih dari satu organisasi pelayanan kesehatan (Hatta, 2017).

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan menyediakan pelayanan medis dasar dan spesialisasi (Permenkes RI, 2014). Klinik Khalifah Kabupaten Tangerang merupakan Klinik Swasta melayani 24 jam pengobatan dan persalinan yang dikelola oleh perseorangan, dibangun di atas tanah dengan IMB: 640/223-PT/IMB-DPMPTSP/2017, berlokasi di Jl.KHM. Hasyan Kp. Rawalini RT.02/07 Ds. Kec. Teluknaga Kabupaten Tangerang.

Tempat penerimaan pasien rawat jalan disebut juga loket pendaftaran rawat jalan. Tugas pokoknya yaitu menerima pendaftaran pasien yang akan berobat di rawat jalan, melakukan pencatatan pendaftaran registrasi dan menyediakan formulir-formulir rekam medis. Bagi pasien yang baru pertama kali berobat disebut pasien barudan pasien datang pada kunjungan berikutnya disebut pasien lama.

Berdasarkan observasi awal di tempat pendaftaran rawat jalan terhadap 10 pasien yang datang berobat di Klinik Khalifah Kabupaten Tangerang yaitu pada 5 pasien baru dan 5 pasien lama dari mulai pasien memasuki loket pendaftaran hingga pasien mendapatkan nomor antrian rata-rata lama waktu petugas administrasi dalam melayani satu pasien yaitu 10 menit untuk pasien baru dan 8 menit untuk pasien lama hal ini tidak memenuhi standar waktu pelayanan, menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun (2008) standar waktu pelayanan pasien rawat jalan baru adalah 4 menit dan standar waktu untuk pelayanan pasien lama yaitu

2 menit. Hal ini menyebabkan terjadinya antrian yang panjang di loket pendaftaran serta dengan jumlah kursi yang tidak memadai yang terdapat di ruang tunggu hanya berjumlah 17 kursi tidak mampu menghindari antrian panjang pasien, dengan penerapan sistem registrasi rawat jalan di Klinik Khalifah Kabupaten Tangerang yang masih menggunakan sistem manual maka dalam kasus ini pasien akan memerlukan waktu lama untuk memasuki poliklinik tujuannya dan menyebabkan terhambatnya pengobatan pasien. (Romadona, 2018)

Berdasarkan analisis situasi di atas, maka tim pelaksana menggaris bawahi prioritas mitra yang dapat diselesaikan selama pelaksanaan pengabdian masyarakat. Permasalahan pokok yang akan ditangani dalam program ini adalah Sistem Registrasi Rawat Jalan di Klinik Khalifah Kabupaten.

Tangerang masih manual. Diharapkan dengan adanya sistem registrasi elektronik dapat memudahkan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang cepat dan efisien serta meningkatkan pelayanan yang lebih baik.

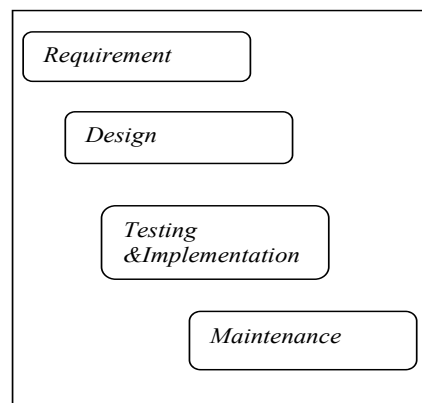
## METODE

Kegiatan pengabdian masyarakat dilakukan dengan metode presentasi/ceramah, presentasi dilakukan selama kurang lebih 20 menit di Klinik Khalifah pada 12 Desember 2019. Peserta yang mengikuti kegiatan ini merupakan pemilik Khalifah dan tenaga kesehatan yang bekerja di klinik tersebut.

Pengabdian masyarakat ini dilakukan dengan cara membuat software pendaftaran pasien rawat jalan di klinik. Secara lebih terinci, bentuk kegiatan yang akan dilakukan di Klinik Khalifah dari:



**Gambar 1. Revitalisasi Sistem Registrasi Rawat Jalan Menuju *Electronic Medical Record* Di Klinik Khalifah Kabupaten Tangerang**



**Gambar 2. Waterfall Method**

**Setelah Instalasi Software Sistem Pendaftaran maka lakukan:**

**Menjalankan & Meregistrasikan Aplikasi**

Aplikasi Dapat Dijalankan Melalui **Start > All Programs > Medical Information System**

Maka Akan Muncul Form Login Sbb:



Untuk pertama kalinya masukan User ID: **admin**, dan Password: **123**

Tapi untuk selanjutnya, demi keamanan sebaiknya password diganti melalui menu **Ganti Password** pada menu utama.

Setelah login, jika software belum diaktifasikan maka akan muncul pesan sbb:

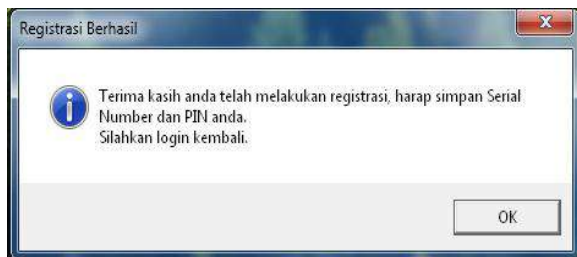




Klik OK saja dan selanjutnya anda akan diminta memasukkan Serial Number dan PIN. Isi serial number yang telah anda dapatkan, lalu klik Aktivasi Software



Jika registrasi berhasil akan muncul sbb:



Setelah itu login kembali, dan jika login sukses akan muncul tampilan utama aplikasi:



## Setting Awal Aplikasi

Setelah aplikasi berhasil diinstall dan diregistrasikan, langkah awal yang harus dilakukan adalah melakukan setting awal aplikasi, yaitu:

1. Setting Periode
2. Setting Perusahaan
3. Setting User

Untuk melakukan setting awal dapat diakses pada menu Setting :

### 1. Setting Periode

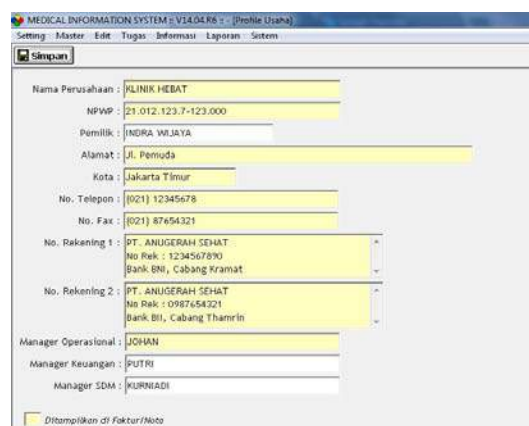
Ketika pertama kali anda menggunakan aplikasi ini, akan muncul form setting. Yang harus anda lakukan adalah membuka periode baru, yaitu dengan klik tombol “Mulai Baru”.

Namun persyaratan yang harus dilakukan adalah anda harus memiliki level akses sebagai Accounting atau Controller. Penjelasan mengenai level user akan dijelaskan kemudian dalam tutorial ini. Setting Periode ini berfungsi untuk mengelompokkan laporan transaksi dan persediaan barang berdasarkan tanggal buka dan tutup periode. Setting Periode bebas anda lakukan sesuai kebutuhan, bisa per bulan, per tahun, per minggu, per hari atau bisa juga diterapkan per shift. Ketika periode sudah disetting, maka fungsi tombol akan berubah menjadi “Lanjutkan” dan “Tutup Periode”, dimana “Lanjutkan” adalah untuk melanjutkan periode yang sedang berjalan, dan “Tutup Periode” untuk menutup periode yang sedang berjalan



### 2. Setting Perusahaan

Pada tahap awal setting perusahaan wajib anda lakukan, karena pengisian data perusahaan akan dibutuhkan untuk ditampilkan pada dokumen seperti kwitansi/nota, faktur atau laporan. Isilah data yang sesuai, seperti nama perusahaan, npwp, alamat dst. Kalau sudah tekan tombol “Simpan”.





### 3. Setting User

Aplikasi ini dilengkapi dengan fasilitas multi-user dengan sistem level security bertingkat, yaitu level :

1 = **CONTROLLER**; bisa melakukan seluruh aktivitas di dalam aplikasi, seperti buka, edit & hapus, tampilkan laporan, setting periode dan semua fitur lainnya.

2 = **ACCOUNTING, FINANCE & PURCHASING**; bisa membuka, edit & hapus data master yang berhubungan dengan keuangan, serta melakukan berapa jenis transaksi seperti order pembelian, pembelian dan arus kas non-produk

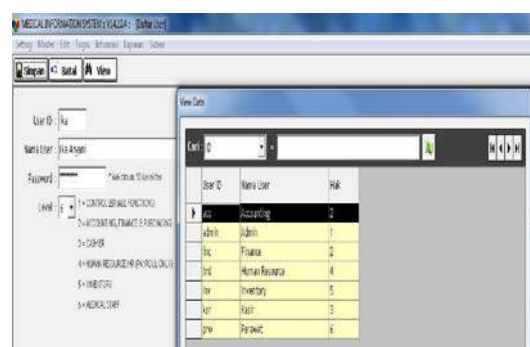
3 = **CASHIER/Front Office**; melakukan tugas yang berhubungan dengan penginputan data transaksi produk, input data master pasien baru dan input data pendaftaran (berobat).

4 = **HUMAN RESOURCE**; dapat melakukan fungsi payroll dan kepegawaian.

5 = **INVENTORY**; hanya dapat melakukan pengelolaan stok (informasi dibatasi).

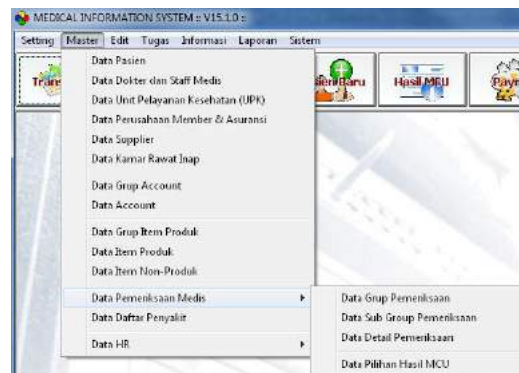
6 = **MEDICAL STAFF**; menginput data diagnosa pasien, mengelola data confidential pasien seperti riwayat medis dan hasil pemeriksaan medical chekup.

Pada penerapannya, sistem akan mengenali setiap user yang login berdasarkan level user ini dengan otomatis mengenable/disable form dan fungsi apa saja yang bisa digunakan olehnya.

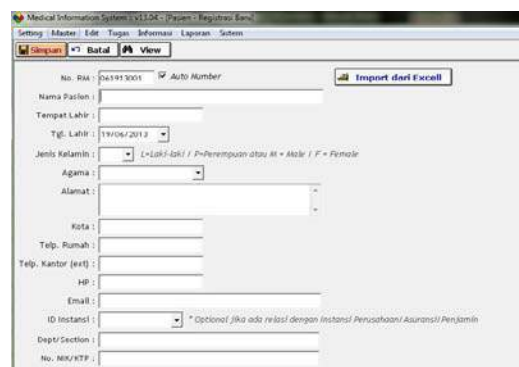


### Data Master

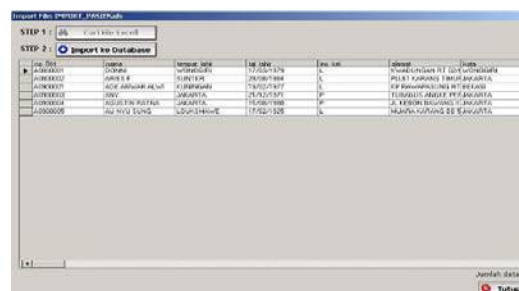
Sebelum aplikasi dapat digunakan dalam kegiatan operasional, anda perlu menginput data master yang nantinya akan selalu dibutuhkan, misalnya sebagai contoh saat transaksi anda membutuhkan data obat, atau saat pendaftaran membutuhkan data pasien dan dokter.



### Data Master Pasien



Data pasien ini dapat berhubungan dengan data instansi, dimana anda bisa memasukkan ID instansi perusahaan si pasien jika pasien tersebut masuk dalam perusahaan member atau asuransi. Maka pastikan juga Anda sudah menginput data master Instansi. Jika anda menekan tombol View maka akan tampil seluruh data yang telah diinput, untuk diketahui bahwa tombol view ini juga memiliki fungsi sama pada form-form yang lainnya.



Setelah data disiapkan, anda bisa langsung mengimportnya dengan klik “Import dari Excel” pada form Pasien.



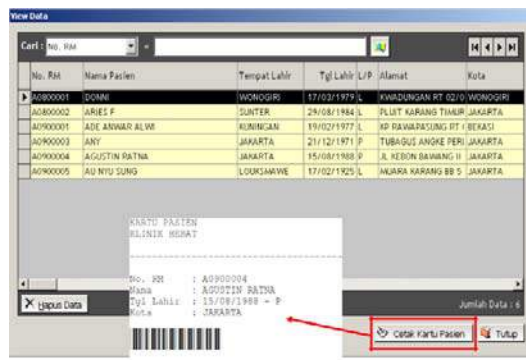
Lalu akan muncul form berikut ini, dan ikuti 2 step yang ada pada form tersebut, yaitu:

Step 1: Cari File Excell => cari file excell yang telah disiapkan tadi

Step 2: Import ke Database => proses import/ memasukkan data excell ke database pasien



Setelah di-open, maka akan tampil ke dalam tabel data yang siap untuk diimport:



No. RM	Nama Pasien	Tempat Lahir	Tgl Lahir	U/P	Alamat	Kota
A080001	DOMI	WONOGIRI	17/02/1979	L	KAWADUNGAN RT 02/03 WONOGIRI	
A080002	JARIE F	SUNTER	29/08/1984	L	PLUT KARANG TIMUR JAKARTA	
A090001	ADE ANWAR ALWI	KURINGAN	19/02/1977	L	KP BAWARONG RT 1 BEKASI	
A090003	ANYI	JAKARTA	21/12/1971	P	TUBA-GUS ANGE PERI JAKARTA	
A090004	AGUSTIN RATNA	JAKARTA	15/08/1988	P	J.A. KETON BAHANG II JAKARTA	
A090005	AU NYU SUNG	LOUSARWE	17/02/1925	L	MAJARA KARANG BB 5 JAKARTA	

Jika anda klik “Import ke Database”, maka proses import langsung berjalan dan akan muncul pesan berhasil ketika proses selesai.

Jika terjadi Error dalam proses import biasanya disebabkan karena:

Terjadi duplikasi No. RM/ID Pasien.

Ada salah satu field yang terlalu panjang melebihi jumlah space karakter yang disediakan, misalnya untuk field Nama Customer disediakan 100 karakter namun yang diinput 101 karakter atau lebih.

Bentuk/susunan kolom excell tidak sesuai dengan template yang sudah disediakan.

### 3. **Testing & Implementation**

Tahapan pengujian system akan dilakukan pada tahap lanjutan Pengabdian ini. Juga tahap *check and errors* terhadap sistem pendaftaran rawat jalan juga dilakukan sesudah pengujian system oleh teknisi sistem.

### 4. **Maintenance**

Tahap ini dilaksanakan sesudah tahap testing dan implementation. Berarti pelaksanaannya juga lanjutan Pengabdian berikutnya

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

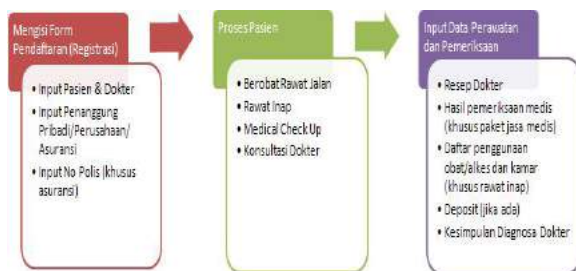
Kegiatan pengabdian dilaksanakan dengan mengumpulkan elemen data untuk registrasi rawat jalan, kemudian sesudah membuat rancangan dilaksanakan sosialisasi panduan software dan menginstall program. Kegiatan dilaksanakan dalam bentuk penyuluhan dan sosialisasi bagi petugas pelaksana dengan melaksanakan kunjungan ke lokasi klinik Khalifah. Pengabdian ini dilakukan dari tanggal 1 April 2019 sampai dengan Desember 2019 dengan disertai oleh seluruh anggota mulai dari observasi, pengumpulan data hingga disain dan install program. Partisipasi dari seluruh petugas sangat antusias dan aktif bertanya sehingga para petugas memahami terhadap disain yang dipresentasikan dalam penyuluhan hingga pengabdian ini dapat berjalan dengan lancar Instrumen yang digunakan berupa software VB, infocus, laptop dengan perangkatnya, hardisk eksternal, pointer, 1 set speaker, microphone.

Evaluasi keberhasilan kegiatan ini dilakukan dengan penyebaran kuesioner. Beberapa pertanyaan tentang feedback program pengabdian kepada petugas diantaranya kesesuaian tujuan kegiatan dan kebutuhan, waktu pelaksanaan program pengabdian masyarakat telah mencukupi sesuai kebutuhan, keramahan, cepat dan tanggap dosen dan mahasiswa Universitas Esa Unggul, harapan petugas mengharapkan program pengabdian masyarakat Universitas Esa Unggul saat ini berlanjut hingga masa yang akan datang. Presentasi hasil kepada mitra klinik Khalifah.

Dari hasil disain yang telah di install diperoleh tampilan pendaftaran sebagai berikut

## Pendaftaran Klinik

Berikut ini adalah alur proses pendaftaran klinik yang dapat dijalankan melalui sistem:



## Form Pendaftaran Klinik :

Form pendaftaran ini digunakan untuk melakukan registrasi baik rawat jalan maupun rawat inap. Dengan adanya data pendaftaran ini, maka proses antrian pasien akan terpantau dengan mudah, dan data ini akan dijadikan dasar proses pasien selanjutnya, misalnya untuk dilakukan tindakan tertentu ataupun nanti saat dilakukan pembayaran di kasir.

## View data pendaftaran yang telah diinput:

No. Pendaftaran	Tanggal	No. RM	Nama Pasien	Status	Keterangan
0181210001	12/01/2013 10:00:00	0181210001	ALMAHAR	Rawat Jalan	
0181210002	12/01/2013 11:00:00	0181210002	ALMAHAR	Rawat Inap	

Pilihlah data pendaftaran yang telah diinput, lalu anda dapat memproses pasien dengan klik tombol Proses Pasien di bawah. Selain itu anda juga dapat melihat informasi Riwayat Medis dan membuat Surat Keterangan Dokter jika diperlukan

## Proses Pasien:

## DAFTAR PUSTAKA

Andriyani. (2009). *Sistem Informasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit dengan Menggunakan Program Komputer*. Jakarta: Jurnal Informatika, 18-20

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Yogyakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang No. 9 tahun 2014 tentang Klinik. Jakarta

Doro, E., & Stevalin, B. (2009). Analisis Data dengan Menggunakan ERD dan Model Konseptual Data Warehouse. *Jurnal Informatika*, 22-25

Dzulkifli, M.S. (2015). *Perancangan Sistem Aplikasi Pendaftaran Rawat Jalan di Klinik Ibu dan Anak Pertiwi Makassar*. Jakarta: Univeristas Esa Unggul

Hatta, Gemala. (2017). *Rancangan Rekam Kesehatan Elektronik*. Jakarta: UI Press.

Neyfa, B. C., & Tamara, D. (2016). Perancangan Aplikasi E-canteen Berbasis Android Dengan Menggunakan Metode Object Oriented Analysis & Design (OOAD), tahun 2016. *Jurnal Informatika*, 83–92

Nugroho, W. (2014). *Pengenalan Dasar Perancangan, Desain & Pembuatan Sistem Informasi Rekam Medis Pada Klinik Rawat Jalan*. Jakarta: Trans Info Media.

Romadona, Rika Yayang (2018). *Perancangan Sistem Registrasi Rawat Jalan Di Klinik Khalifah Kabupaten Tangerang*. Jakarta: Universitas Esa Unggul

Undang-Undang Republik Indonesia. (2016). Undang-Undang No. 19 tahun 2016 tentang *Informasi dan Transaksi Elektronik*. Lembaran Negara RI Tahun 2016, No. 58. Sekretariat Negara. Jakarta.

Widjaja, Lily. (2015). *Modul IA: Pengantar Manajemen Informasi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Esa Unggul

# **Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Kelengkapan Medis Pasien Rawat Inap pada Kasus Persalinan *Sectio Caesarea* guna Pengendalian Biaya Rumah Sakit TNI AU Dr. M. Salamun Bandung**

**Rizqy Dimas Monica<sup>1</sup>, Fathia Mawar Firdaus<sup>2</sup>, Intan Puji Lestari<sup>3</sup>, Yesti Suryati<sup>4</sup>  
Dini Rohmayani<sup>5</sup>, Ayu Hendrati<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Prodi D3 Rekam Medis dan Infokes Politeknik TEDC Bandung  
Jln. Pesantren km 2 Cibabat – Cimahi 40513  
E-mail: <sup>1</sup>monicarizqydimas@yahoo.com

## ***Abstract***

*Based on the preliminary study done by the authors in the medical record installation RS AU TNI Dr. M. Salamun Bandung, found a difference in the real rates of hospital and INA-CBG's tariffs that are seen from the INA-CBG's software from January to December year 2019 has a significant tariff difference so that it can cause harm to the hospital. The method of research used is a descriptive method with a quantitative approach. Data collection techniques are with observations, interviews, literature studies, and documentation. The research instruments use data processing tables, interview guidelines, and stationery. The results of the study of 77 hospitalized patients in the case of Sectio Caesarea which researched the author found 4 patients (5.20%) That the rates of INA-CBG's exceed the real rate of the hospital, and 73 patients (94.80%) The rates of INA-CBG's are less than the real tariff of hospitals. This shows that the difference between the hospital's real tariff and the cost of INA-CBG's not least so that it can be detrimental to the hospital, then the hospital should control the costs by applying standardization of services so that the hospital costs become efficient and reduce the variation in the service so that the cost is easier in the predictions and services are more standardized. The conclusion and advice provided should be the effort to control the cost by implementing standardization of services and conduct a monthly evaluation with the related parties either the Doctor Who provides services or all the PPA (Professional orphanage) against hospitalization of patients in sectio Caesarea maternity cases and reward and punishment to the implementation of standardization services.*

**Keywords:** Real rate hospital, the INA-CBG's rates, Gynecological, Sectio Caesarea

## **Abstrak**

Tujuan penelitian ini adalah melakukan analisis perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pasien rawat inap pada kasus persalinan sectio caesarea guna pengendalian biaya. Jenis penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Teknik pengumpulan data yaitu dengan observasi, wawancara, studi kepustakaan, dan dokumentasi. Instrumen penelitian menggunakan tabel pengolah data, pedoman wawancara, dan alat tulis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 4 pasien (5,20%) yang tarif INA-CBG's melebihi tarif riil rumah sakit, dan 73 pasien (94,80%) yang tarif INA-CBG's kurang dari tarif riil rumah sakit. Hal ini menunjukan bahwa selisih antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's tidak sedikit sehingga dapat merugikan bagi rumah sakit, maka rumah sakit harus melakukan pengendalian biaya dengan menerapkan standarisasi pelayanan agar biaya rumah sakit menjadi efisien dan mengurangi variasi dalam pelayanan sehingga biaya lebih mudah di prediksi serta pelayanan lebih terstandarisasi. Kesimpulan dan saran yang diberikan sebaiknya upaya pengendalian biaya dengan menerapkan standarisasi pelayanan dan melakukan evaluasi bulanan dengan pihak terkait baik dokter yang memberikan pelayanan atau seluruh PPA (Profesional Pemberi Asuhan) terhadap pasien rawat inap kasus persalinan sectio caesarea serta reward dan punishment terhadap pelaksanaan standarisasi pelayanan.

**Kata kunci:** Tarif riil rumah sakit, tarif INA-CBG's, Persalinan, *Sectio Caesarea*

## PENDAHULUAN

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU RI No. 36 Tahun 2009). Adapun pengertian sehat yang tercantum pada UU Pokok Kesehatan No. 44 Tahun 2009, Bab 1 Ayat 2 “Sehat adalah suatu keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental dan sosial yang tidak hanya terbatas pada bebas dari penyakit atau kelemahan.” Kondisi sehat itu sendiri dimulai dari suatu pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Depkes RI Tahun 2009). Berbagai macam sarana pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Klinik, Balai Pengobatan, dan lain-lain.

Menurut Permenkes RI No. 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”. Di rumah sakit pelayanan terhadap pasien merupakan hal yang paling pokok maka untuk meningkatkan kepuasan pasien, rumah sakit harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan harapan pelanggan yang dapat dilakukan melalui peningkatan kualitas kerja. Namun pelayanan terhadap pasien di rumah sakit memerlukan tarif yang sesuai dengan jenis perawatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien.

Tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit, yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterima (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1165/MENKES/SK/X/2007). Tarif bagi rumah sakit merupakan berapa besar pelayanan yang telah diberikan kepada pasien maka berapa banyak tarif yang di dapatkan oleh rumah sakit sesuai dengan peraturan yang ada.

Sesuai dengan Permenkes RI No. 5 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan

Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional menyatakan bahwa “Jaminan kesehatan adalah berupa perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya di bayar oleh pemerintah.” Sebagai tindak lanjut JKN yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014.

Program BPJS menggunakan sistem pembayaran dengan tarif paket yaitu Casemix INA CBG's. Menurut Permenkes RI No. 76 tahun 2016 tentang pedoman Indonesia case base groups (INA-CBG's) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional, INA-CBG's merupakan pembayaran dengan sistem Casemix (case based payment) dan sudah diterapkan pada tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix merupakan pengelompokan diagnosis dan tindakan perawatan yang diderita oleh pasien. Rumah sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBG's yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis.

Terdapat dua jenis sistem pembiayaan pelayanan kesehatan, yaitu retrospektif payment yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan, semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Sedangkan prospektif payment adalah metode pembayaran yang dilakukan di atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Pilihan sistem pembiayaan tergantung pada kebutuhan dan tujuan dari implementasi pembayaran kesehatan tersebut. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia memilih menggunakan sistem pembayaran prospektif payment yaitu tarif sudah ditentukan terlebih dahulu sebelum pasien mendapatkan pelayanan kesehatan dalam bentuk “paket” biaya sesuai dengan diagnosa dan jenis penyakitnya.

Saat ini pemerintah menjalin kerjasama dengan berbagai rumah sakit termasuk Rumah Sakit TNI AU Dr. M. Salamun Bandung. Rumah sakit ini telah menjalankan program INA-CBG's sebagai pedoman perhitungan biaya klaim pasien Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Dengan masuknya Rumah Sakit TNI AU Dr. M. Salamun Bandung dalam kerjasama dengan BPJS,

pedoman INA-CBG's dalam pelaksanaan JKN menjadi acuan bagi fasilitas kesehatan tingkat lanjutan BPJS Kesehatan, dan pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA-CBG's dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Dari beberapa hasil observasi diperoleh perbedaan secara signifikan antara sebelum dan sesudah menggunakan sistem pembiayaan INA-DRG/INA-CBG's dibanding ketika menggunakan sistem *Fee for Service*. Namun penggunaan sistem INA-CBG's ini dilihat belum efektif, hal tersebut diperoleh dari hasil observasi yang menunjukkan kecenderungan besaran biaya INA-CBG's lebih besar dibanding *Fee For Service* terutama untuk kasus-kasus Non Bedah. Sebaliknya untuk kasus-kasus Bedah kecenderungan biaya INA-CBG's jauh lebih rendah dibanding *Fee For Service*. Salah satu contohnya terjadi pada tarif pelayanan pasien ginekologi khususnya untuk kasus persalinan dengan sectio caesarea.

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup umur kehamilannya dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Manuaba, 2010).

Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut atau vagina atau sectio caesarea adalah suatu histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2012). Dengan persalinan caesarea membutuhkan tindakan yang tidak sedikit dan dengan tarif yang tidak sedikit. Dalam menentukan tarif pelayanan persalinan normal, persalinan dengan tindakan dan pelayanan bayi baru lahir dihitung sesuai unit cost dengan memperhatikan kemampuan dan ekonomi masyarakat setempat dan tarif rumah sakit lain. (Kepmenkes No.1165 tahun 2007 pasal 12).

Berdasarkan ketidaksesuaian tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG's membuat rumah sakit harus melakukan pengendalian biaya rumah sakit. Untuk menanggulangi inflasi yang terjadi adalah dengan melakukan cost containment yang meliputi setiap upaya untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Cost containment merupakan cara mengendalikan biaya yang secara rasional dibutuhkan untuk pelayanan tertentu. Upaya cost containment yang dapat dilakukan di rumah sakit antara lain meningkatkan efisiensi, sistem pembayaran, dan standarisasi pelayanan. (Hosizah, 2012).

Selama penulis melakukan studi pendahuluan di RSAU Dr. M. Salamun Bandung pada tanggal 13 Januari sampai dengan 18 Januari 2020 data survey awal yang diperoleh dengan menganalisa biaya klaim pada pasien kasus persalinan sectio caesarea dengan jumlah pasien 87 dari bulan Oktober sampai dengan Desember tahun 2019. Dengan menganalisa biaya klaim dari 30 pasien, sebanyak 28 pasien biaya perawatannya lebih besar dari tarif INA-CBG's, di peroleh data tertinggi dan data terendah yang dikeluarkan oleh rumah sakit secara keseluruhan. Di mana tarif riil rumah sakit tertinggi sebesar Rp 19.809.881,- dan untuk tarif riil rumah sakit terendah sebesar Rp 1.648.685,-.

Dari hasil perhitungan tarif riil rumah sakit dikurangi tarif INA-CBG's didapatkan 28 dari 30 pasien (93,33%) tarif riil rumah sakit melebihi tarif INA-CBG's atau dengan total sebesar Rp 343.686.487,-. Sedangkan 2 dari 30 pasien (6,67%) tarif riil rumah sakit kurang dari tarif INA-CBG's dengan total keuntungan sebesar Rp 18.035.875,-.

Tarif biaya antara rumah sakit dan INA-CBG's cukup signifikan jauhnya yang dapat merugikan rumah sakit. Tarif rumah sakit secara keseluruhan sebesar Rp 361.722.362,- dan untuk tarif INA-CBG's secara keseluruhan Rp 168.924.100,-. Sehingga hasil akhir selisih antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's yaitu sebesar Rp 192.798.262,-.

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka penulis tertarik dengan mengambil judul "Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit Dengan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Kelengkapan Medis Pasien Rawat Inap Pada Kasus Persalinan Sectio Caesarea Guna Pengendalian Biaya Rumah Sakit TNI AU Dr. M. Salamun Bandung."

Tujuan penelitian Untuk mengetahui Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit Dengan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Kelengkapan Medis Pasien Rawat Inap Pada Kasus Persalinan Sectio Caesarea Guna Pengendalian Biaya Rumah Sakit TNI AU Dr. M. Salamun Bandung.

## **METODE**

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik. Populasi penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus persalinan sectio caesarea pada bulan Januari sampai dengan Desember Tahun 2019 sebanyak 325 pasien. Besar sampel sebanyak 77 dokumen rekam medis.

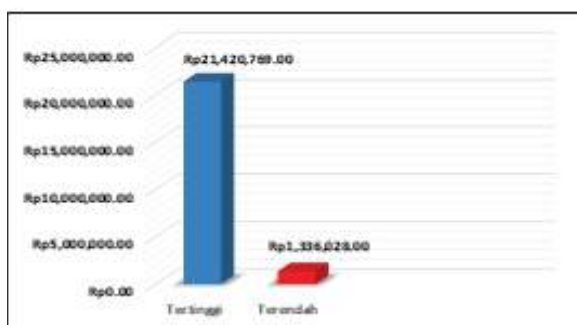


Teknik pengambilan sampel melalui observasi dan wawancara. Instrumen penelitian ini adalah pedoman observasi dan wawancara. Analisis data dengan menggunakan uji beda.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran umum pembiayaan tarif riil rumah sakit berdasarkan kelengkapan medis pasien rawat inap pada kasus persalinan sectio caesarea.

Dari hasil perhitungan biaya perawatan pasien rawat inap kasus persalinan sectio caesarea dengan *billing system* di mana biaya perawatan pasien rawat inap sebanyak 77 pasien di peroleh data tarif tertinggi yang dikeluarkan oleh rumah sakit dan tarif terendah yang dikeluarkan oleh rumah sakit secara keseluruhan baik kelas I, II atau III dan secara keseluruhan jenis operasi pembedahan baik ringan, sedang, berat. Di mana tarif riil rumah sakit tertinggi sebesar Rp 21,420,769,- dan untuk tarif riil rumah sakit terendah sebesar Rp 1,336,028,-.



Sumber: Penulis (2020)

Gambar 4.1

Tarif Tertinggi dan tarif Terendah Rumah Sakit

### Gambaran umum pembiayaan tarif INA-CBG's berdasarkan kelengkapan medis pasien rawat inap pada kasus persalinan section caesarea

Hasil klaim dengan menggunakan *software* INA-CBG's yang telah sesuai dengan peraturan yang dikeluarkan oleh pihak BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) untuk pasien rawat inap kasus persalinan sectio caesarea sebanyak 77 pasien di peroleh data tarif tertinggi yang dikeluarkan oleh rumah sakit dan tarif terendah yang di keluarkan oleh rumah sakit secara keseluruhan baik kelas I, II atau III dan secara keseluruhan jenis operasi pembedahan baik ringan, sedang, maupun berat. Di mana tarif INA-CBG's tertinggi sebesar Rp 12,030,600,- dan untuk tarif INA-CBG's terendah sebesar Rp 1,626,200,-.

### Kerugian dan Keuntungan tarif Riil Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBG's

#### Tarif Riil Rumah Sakit

Dari hasil perhitungan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's didapatkan 73 dari 77 pasien (94,80%) tarif riil rumah sakit melebihi tarif INA-CBG's atau dengan total selisih keseluruhan mencapai Rp 480,941,978,-.

#### Tarif INA-CBG's

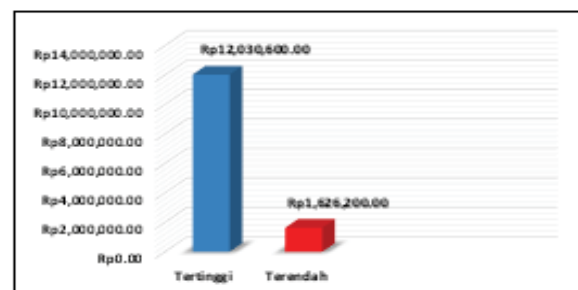
Tabel 4.2

Keuntungan Tarif INA-CBG's

No	Bulan	Jumlah pasien	Tarif Rumah Sakit	Tarif INA-CBG's	Keuntungan
1	Juni	1	Rp 11,728,278	Rp 12,030,600	-Rp 302,322
2	Juli	1	Rp 1,770,655	Rp 2,233,600	-Rp 462,945
3	Oktober	1	Rp 1,648,685	Rp 2,233,600	-Rp 584,915
4	Desember	1	Rp 4,580,180	Rp 7,346,900	-Rp 2,766,720
Total		4	Rp 19,727,798	Rp 23,844,700	-Rp 4,116,902

Sumber: Penulis (2020)

Dari hasil perhitungan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's didapatkan 4 dari 77 pasien (5,20%) tarif riil rumah sakit kurang dari tarif INA-CBG's dengan total keuntungan sebesar Rp 4,116,902,-. Sehingga hasil akhir perhitungan kerugian dan keuntungan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-cbgCBG's adalah senilai Rp 476,825,076,-.



Sumber: Penulis (2020)

Gambar 4.2

Tarif Tertinggi dan Terendah dari Tarif INA-CBG's

Hasil penelitian dapat diketahui dari 77 pasien yang terjadi perbedaan tarif dengan jumlah total keseluruhan dari tarif riil rumah sakit dan tarif INA-CBG's pada pelayanan rawat inap berdasarkan kelengkapan medis kasus persalinan sectio caesarea di mana total seluruh tarif riil rumah sakit sebesar Rp 873,238,776,- sedangkan untuk total seluruh tarif INA-CBG's sebesar Rp 396,413,700,-. Sehingga didapatkan total selisih kerugian seluruh tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's adalah sebesar Rp 476,825,076,-.

Karena keterbatasan dalam penelitian ini, peneliti hanya meneliti tarif sebanyak 77 pasien melalui



*software* INA-CBG's yang selisih antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's, di mana rumah sakit mendapatkan kerugian yang tidak sedikit karena selisihnya tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's. Peneliti tidak meneliti tentang bagaimana tingkat keparahan (*severity level*) yang ada, tentang keakuratan pemberian kode diagnosa dan tindakan yang menjadi pengaruh terhadap besaran nilai tarif klaim pasien rawat inap dengan menggunakan *software* INA-CBG's, sehingga peneliti hanya meneliti tentang bagaimana selisih antara tarif riil perawatan pasien selama di rumah sakit dengan tarif hasil klaim pada *software* INA-CBG's di RS TNI AU Dr. M. Salamun Bandung.

**Faktor-faktor yang menyebabkan perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's berdasarkan kelengkapan medis pasien rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Desember Tahun 2019 di RS TNI AU Dr. M. Salamun Bandung.**

### **Coding**

Syarat dalam keberhasilan implementasi INA-CBG's salah satunya adalah *coding* di mana pada dasarnya ketepatan pengisian diagnosis dan tindakan medis sangat berkaitan dengan besar tarif riil rumah sakit dan tarif INA-CBG's yang nantinya akan di klaim dari *software* INA-CBG's. Pada penelitian yang dilakukan di RS TNI AU Dr. M. Salamun Bandung untuk *coding* pada pasien rawat inap kasus persalinan sectio caesarea sudah dilakukan sesuai dengan ketentuan yang ada. Ketepatan koding diagnosis dan tindakan/prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil *grouper* dalam aplikasi INA-CBG. Kode diagnosis utama sesudah diverifikasi sebanyak 21(42%) tidak tepat berpengaruh pada klaim BPJS (Ningtyas&Sugiarsi, 2019).

### **Penjaminan BPJS yang Kurang**

Tingginya tarif sangat berpengaruh pada kemajuan rumah sakit di mana seharusnya tarif riil rumah sakit sesuai dengan tarif INA-CBG's pada system *software* INA-CBG's agar tidak terjadi kerugian yang besar bagi rumah sakit seperti yang peneliti lihat pada pelayanan pasien rawat inap kasus persalinan sectio caesarea di mana tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's memiliki perbedaan yang sangat signifikan.

Tingginya tarif rumah sakit dipengaruhi oleh penjaminan BPJS untuk pasien rawat inap kasus persalinan sectio caesarea yang rendah, sedangkan biaya untuk operasi sectio caesarea tergolong membutuhkan biaya cukup tinggi dan lama rawat yang tidak sesuai standar apabila pasien mengalami komplikasi sehingga berpengaruh pada perbedaan tarif riil rumah sakit dan tarif INA-CBG's.

### **LOS (Length of Stay)**

Tingginya tarif dapat dipengaruhi oleh berapa lama pasien dirawat menurut Depkes RI Tahun 2005 pada UU RI tentang kesehatan. Di mana adanya penambahan jumlah biaya perawatan pasien, lama pasien di rawat dipengaruhi oleh kondisi pemulihan pasien pada masa penyembuhan setelah dilakukan tindakan pembedahan caesarea terhadapnya. Sedangkan pembayaran menggunakan INA-CBG's, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan kepada pasien, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode INA-CBG's. Menurut Wijayanti & Sugiarsi (2013) Lama dirawat (LOS) berpengaruh terhadap perbedaan tarif riil dengan tariff INA CBG. Hal tersebut dikarenakan lama dirawat pada tariff riil dihitung per hari, sehingga semakin lama pasien dirawat semakin besar pula biayanya. Sedangkan penghitungan tarif INA CBG menggunakan alat bantu berupa software yang telah ditentukan oleh kementerian.

Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider-asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya. Perkiraan waktu lama perawatan (*Length Of Stay*) yang akan dijalani oleh pasien juga sudah diperkirakan sebelumnya disesuaikan dengan jenis diagnosis maupun kasus penyakitnya.

**Upaya yang dilakukan oleh rumah sakit mengenai perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's berdasarkan kelengkapan medis pasien rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Desember Tahun 2019 di RS TNI AU Dr. M. Salamun Bandung.**

Upaya tentang ketidaksesuaian tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's untuk kasus section caesarea pada pasien rawat inap salah satunya adalah standarisasi pelayanan yang belum terlaksana dengan maksimal. Selain itu rumah sakit

melakukan pengendalian biaya dengan cara tarif riil rumah sakit mendekati tarif INA-CBG's yang sudah ditetapkan oleh pihak BPJS.

Perbedaan tarif biaya yang cukup signifikan antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's kemungkinan disebabkan karena standarisasi pelayanan medis ataupun administrasi pada pelayanan rawat inap pasien kasus persalinan sectio caesarea sehingga berdampak pada perbedaan tarif riil rumah sakit dan tarif INA-CBG's dan pada prosedur perawatan dan pengobatan yang diberikan oleh masing-masing dokter berbeda, namun terkendali secara efektif dan efisien. Selama ini praktis medis hanya berpedoman pada standar pelayanan medis yang ada. Pada dasarnya standarisasi pelayanan secara medis dan administratif merupakan bagian yang penting dari pengendalian biaya (*Cost Containment, Cost Effectiveness, Quality Control*). Menurut hasil penelitian Wijayanti & Sugiarsi(2013), faktor penyebab perbedaan tarif ditentukan oleh standar tariff, lama dirawat, ketepatan pengkodean.

Tujuan pengendalian biaya dengan standarisasi pelayanan antara lain mengurangi variasi dalam pelayanan sehingga biaya lebih mudah di prediksi pelayanan lebih terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan, meningkatkan prosedur *costing*, meningkatkan kualitas informasi yang telah dikumpulkan serta sebagai *counter-check* terutama pada kasus-kasus *high cost, high volume*. Manfaatnya yaitu mendukung penggunaan pedoman klinis, meningkatkan komunikasi antar disiplin, kerja tim dan perencanaan perawatan, menyediakan standar yang jelas dan baik untuk pelayanan, membantu mengurangi variasi dalam perawatan pasien (melalui standar), meningkatkan proses manajemen sumber daya, menyokong proses perbaikan mutu secara berkelanjutan, membantu dalam proses audit klinis, meningkatkan kolaborasi antar dokter dan perawat, meningkatkan peran dokter dalam perawatan.

Dapat disimpulkan bahwa pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau menjadi harapan bagi seluruh masyarakat. Pengembangan pelayanan rumah sakit dengan pembiayaan atau pembayaran yang terstandar akan dapat memberikan banyak keuntungan baik bagi pasien, ataupun penyedia pelayanan kesehatan.

## SIMPULAN

Total selisih tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pasien rawat inap berdasarkan kelengkapan medis pada kasus persalinan sectio caesarea di bulan Januari sampai dengan Desember Tahun 2019 RS TNI AU Dr. M. Salamun Bandung dari 77 pasien sebesar Rp 476,825,076,-. Di mana kerugian rumah sakit mencapai 94,80%.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abd. Nasir, Abdul Muhith, Ideputri (2011), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta, Mulia Medika.
- Hatta, Gemala. (2017). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press).
- Menkes RI. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*
- Ningtyas, Kusuma N., Sugiarsi, S., Wariyanti, Sri W. (2019). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinaan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Vokasional Vol 4 (1):1-11*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan JKN.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 85 tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Group (INA CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional
- Sugiyono (2015). *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV, Alfabeta

Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta, CV

Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta

Wijayanti, I.A., Sugiarsi, S (2013). Analisis Perbedaan Tarif Riil dengan Tarif Paket INA CBG Pada Pembayaran Klaim Jamkesmas Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (JMIKI), Vol.1(1)*