

ISSN 2541-0644 (PRINT)

# JURNAL

## KESEHATAN VOKASIONAL



Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan  
Sekolah Vokasi  
Universitas Gadjah Mada

**JKesVo**

VOLUME  
1

NOMOR  
2

HALAMAN  
53-112

YOGYAKARTA  
APRIL 2017

## Kepuasan Pasien TNI Terhadap Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan Dengan Metode Importance Performance Analysis (IPA) di RSPAU Dr. S. Hardjolutito

Indira Yeni<sup>1</sup>, Savitri Citra Budi<sup>2</sup>

Program Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada<sup>1,2</sup>

Email: [indira.yeni@mail.ugm.ac.id](mailto:indira.yeni@mail.ugm.ac.id)<sup>1</sup>, [savitri@ugm.ac.id](mailto:savitri@ugm.ac.id)<sup>2</sup>

### Abstrak

**Latar Belakang:** Rumah sakit sebagai pemberi jasa harus mengetahui hal-hal dianggap penting oleh pasien dan pihak rumah sakit harus berusaha untuk menghasilkan kinerja sebaik-baiknya sehingga dapat memuaskan pasien. Mengetahui penilaian pasien terhadap kualitas pelayanan rumah sakit merupakan hal penting sebagai acuan dalam meningkatkan pelayanan. Pelayanan pendaftaran pasien TNI di RSPAU dr. S. Hardjolutito, mengalami perubahan setelah adanya JKN, yaitu berupa kelengkapan persyaratan administratif dan perbedaan loket pendaftaran. Hal ini menimbulkan pasien TNI komplain dan mengeluhkan lamanya pelayanan pendaftaran.

**Tujuan:** Mengetahui rata-rata kenyataan dan rata-rata harapan, kesenjangan antara kenyataan dan harapan, dan kepuasan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan berdasarkan *Importance Performance Analysis* (IPA).

**Metode:** Jenis penelitian deskriptif kuantitatif dan rancangan penelitian *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah pasien TNI yang mendapatkan pelayanan pendaftaran rawat jalan. Jumlah sampel diambil sebanyak 100 responden menggunakan teknik *purposive* sampling. Pengambilan data menggunakan metode angket/kuisisioner. Analisis data menggunakan statistik deskriptif, analisis kesenjangan, dan *importance performance analysis*.

**Hasil:** Rata-rata kenyataan 3,196 sedangkan rata-rata harapan 3,472. Kesenjangan antara kenyataan dan harapan bernilai negatif. Tingkat kesesuaian sebesar 92,04%. Berdasarkan diagram kartesius terdapat lima atribut yang berada di kuadran A, empat atribut di kuadran B, lima atribut di kuadran C, dan enam atribut di kuadran D.

**Kesimpulan:** Rata-rata kenyataan berada pada kategori cukup baik. Rata-rata harapan berada pada kategori sangat penting. Kesenjangan bernilai negatif, berarti pelayanan yang diterima lebih kecil daripada harapan. Tingkat kesesuaian kepuasan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan telah sesuai.

**Kata kunci:** kepuasan pasien, rawat jalan, *importance performance analysis*, analisis kesenjangan.

### Abstract

**Background:** The hospital as a service provider must know what are the things that are considered important by the patients and the hospital should strive to produce the best performance so that it can satisfy patient. Knowing the patient's assessment of the quality of hospital services is important as a reference in improving the service. TNI patient registration services at RSPAU dr. S. Hardjolutito, changing after JKN, that is completeness the form administrative and differences in the registration counters. This cause the TNI patients complain of registration services.

**Objective:** this research aims to know the average performance and average expectations, the gap between performance and expectations, and the TNI patient satisfaction toward the outpatient registration by importance performance analysis (IPA).

**Methods:** quantitative descriptive and cross sectional study design. The population of this research was TNI patients get outpatient registration service. The number of samples taken 100 respondents using purposive sampling technique. Data retrieval method using question form/questionnaire. Data analysis using descriptive statistics, gap analysis, and importance performance analysis.

**Results:** Average performance is 3,196 and the average expectations is 3.472. The gap between performance and expectations is negative. The level of conformity is 92,04%. Based on the cartesius diagram, there are five attributes that are in quadrant A, four attributes in quadrant B, five attributes in quadrant C, and six attributes in quadrant D.

**Conclusion:** The average performance in the category quite well. The average expectations is at a very important category. The gap is negative, this mean the service received is smaller than expectations. The level of conformity TNI patient satisfaction toward outpatient registration service is appropriate.

**Keywords:** patient satisfaction, outpatient, importance performance analysis, gap analysis.

## PENDAHULUAN

Keberhasilan yang diperoleh suatu layanan kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanannya sangat berhubungan erat dengan kepuasan pasien (Sudian, 2011). Rumah sakit sebagai pemberi jasa harus tahu hal-hal apa saja yang dianggap penting oleh para pasien dan pihak rumah sakit harus berusaha untuk menghasilkan kinerja (*performance*) sebaik mungkin sehingga dapat memuaskan pasien. Itulah sebabnya perlu dilakukan *importance performance analysis*. Mengetahui penilaian pasien terhadap kualitas pelayanan rumah sakit merupakan hal penting sebagai acuan dalam meningkatkan pelayanan. Berdasarkan studi pendahuluan di RSPAU dr. S. Hardjolukito, pelayanan pendaftaran pada pasien TNI yang akan diperiksa hanya perlu mendaftar tanpa membawa persyaratan administratif, pasien TNI dapat melakukan pendaftaran di loket manapun dan tanpa mengantri terlebih dahulu untuk mendapatkan pelayanan. Namun, dengan adanya program JKN baik pasien TNI maupun pasien umum yang datang diperiksa ke RSPAU dr. S. Hardjolukito harus melengkapi persyaratan administratif dan melakukan pendaftaran pada satu loket dan harus menggunakan nomor antrian sehingga menghambat waktu pelayanan pasien TNI tersebut. Hal ini menimbulkan pasien TNI komplain dan mengeluhkan lamanya pelayanan pendaftaran, karena adanya perubahan pelayanan pendaftaran tersebut. Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana kepuasan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito berdasarkan lima dimensi kualitas layanan, yaitu bukti fisik (*tangibles*), keandalan (*reliability*), koresponsifan (*responsiveness*), keyakinan (*assurance*) serta empati (*emphaty*) dan menggunakan analisis berdasarkan penilaian kenyataan dan harapan pasien TNI.

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana kepuasan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito?

Tujuan dalam penelitian ini yaitu mengetahui rata-rata kenyataan dan rata-rata harapan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan, mengetahui kesenjangan antara kenyataan dan harapan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan, dan mengetahui kepuasan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan berdasarkan *Importance Performance Analysis* (IPA).

Manfaat dari penelitian ini yaitu terdiri dari manfaat praktis dan manfaat teoritis. Manfaat praktis bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi rumah sakit terhadap pelayanan yang sudah diberikan oleh pihak rumah sakit dan dapat digunakan untuk mengevaluasi dan meningkatkan mutu pelayanan di bagian pendaftaran RSPAU dr. S. Hardjolukito. Manfaat praktis bagi peneliti yaitu penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan, memperluas wawasan serta pengalaman. Manfaat teoritis bagi institusi pendidikan yaitu penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan dan bahan pembelajaran ilmu rekam medis. Manfaat teoritis bagi peneliti lain yaitu penelitian ini diharapkan mampu dijadikan sebagai bahan acuan dan alat bantu bagi peneliti yang melakukan penelitian dengan tema yang hampir sama.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien TNI yaitu anggota militer TNI AU, TNI AD, dan TNI AL serta PNS dan keluarga yang mendapatkan pelayanan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito pada tahun 2015 yaitu sebanyak 9947 pasien. Sampel pada penelitian ini adalah bagian dari populasi pasien TNI rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito. Pemilihan sampel menggunakan teknik *purposive* sampling. Pengambilan sampel secara *purposive* dilakukan dengan cara mengambil subjek bukan didasarkan atas strata, random atau

daerah tetapi didasarkan atas adanya tujuan tertentu (Arikunto, 2013). Pertimbangan peneliti dalam pengambilan sampel berdasarkan kriteria sebagai berikut:

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Kondisi pasien memungkinkan untuk mengisi angket.

Penentuan besar sampel pada penelitian ini dihitung menggunakan rumus slovin. Berdasarkan penghitungan jumlah sampel pada penelitian ini diambil sebanyak 100 responden.

Teknik pengambilan data pada penelitian ini menggunakan metode angket, yaitu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2012). Pada penelitian ini angket diberikan setelah pasien mendapatkan pelayanan pendaftaran rawat jalan.

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu menggunakan kuisioner yang mengadopsi dari kuisioner dalam penelitian Jayati (2014). Kuisioner terdiri dari 20 item pernyataan yang terbagi ke dalam lima dimensi kualitas layanan, yaitu bukti fisik (*tangibles*), keandalan (*reliability*), koresponsifan (*responsiveness*), keyakinan (*assurance*) dan empati (*emphaty*).

Teknik validitas menurut Bahri dan Zamzam (2014), indeks validitas uji instrumen penelitian yang umumnya digunakan peneliti adalah lebih besar dari 0,30 atau 0,32. Semakin tinggi indeks validitasnya, maka akan semakin akurat data yang dihasilkan. Peneliti mengadopsi dari penelitian Jayati (2014) yang menggunakan korelasi *Product Moment Pearson* untuk mengukur validitas instrumen. Berdasarkan uji validitas tingkat kenyataan dari 20 item pernyataan dengan indeks validitas 0,349 diperoleh hasil *pearson correlation* lebih besar dari indeks validitas. Berdasarkan uji validitas tingkat harapan dari 20 item pernyataan dengan indeks validitas 0,349 diperoleh hasil *pearson correlation* lebih besar dari indeks validitas. Sehingga semua item pernyataan pada kuisioner tersebut valid.

Menurut Djemari dalam Riwidikdo (2012), kuisioner atau angket dikatakan reliabel jika memiliki nilai alpha minimal 0,7. Peneliti mengadopsi dari penelitian Jayati (2014) yang menggunakan rumus *Cronbach's Alpha* ( $\alpha$ ) untuk mengukur reliabilitas instrumen. Berdasarkan uji reliabilitas tingkat kenyataan dari 20 item pernyataan diperoleh nilai alpha 0,914 sehingga kuisioner tersebut reliabel. Berdasarkan uji reliabilitas tingkat harapan dari 20 item pernyataan diperoleh nilai alpha 0,928 sehingga kuisioner tersebut reliabel.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan statistik deskriptif, analisis kesenjangan, dan *importance performance analysis* (IPA).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Rata-Rata Kenyataan dan Rata-rata Harapan Pasien TNI Terhadap Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan RSPAU dr. S. Hardjolukito. Kenyataan adalah kinerja pelayanan yang telah diterima oleh pasien. Dilihat dari tingkat kenyataan pelayanan pendaftaran rawat jalan terdapat urutan kenyataan pelayanan yang diterima. Tingkat kenyataan yang utama pada dimensi *responsiveness*, diikuti dengan dimensi *reliability*, *assurance*, *tangible*, dan dimensi *emphaty* sebagai urutan terakhir. Dimensi *responsiveness* merupakan dimensi yang paling tinggi tingkat kenyataannya, dimensi tersebut meliputi kesiapan petugas membantu pasien apabila ada kesulitan, ketanggapan dan kemampuan petugas membantu pasien menyelesaikan masalah yang dihadapi serta ketanggapan petugas dalam memberikan informasi yang akan diberikan.

Menurut Supranto (2003) performance atau kinerja dikatakan sangat baik bila hasil perhitungan rata-ratanya berada di antara 4,50 sampai dengan 5,00. Kinerja dikatakan baik bila hasil perhitungan nilai rata-ratanya berada di antara 3,50 sampai dengan 4,50, dan kinerja dikatakan cukup baik bila nilai rata-ratanya berada di antara 2,50 sampai dengan 3,50, serta kinerja dikatakan kurang baik bila nilai rata-ratanya berada di antara 1,50 sampai dengan 2,50. Berdasarkan penilaian rata-

rata kenyataan dari atribut pada dimensi tangible berada diantara 2,99 sampai dengan 3,37 sehingga kinerja dari atribut pada dimensi tangible dikatakan cukup baik. Penilaian rata-rata kenyataan dari atribut pada dimensi reliability berada diantara 3,17 sampai dengan 3,27 sehingga kinerja dari atribut pada dimensi reliability dikatakan cukup baik. Penilaian rata-rata kenyataan dari atribut pada dimensi *responsiveness* berada diantara 3,18 sampai dengan 3,32 sehingga kinerja dari atribut pada dimensi *responsiveness* dikatakan cukup baik. Penilaian rata-rata kenyataan dari atribut pada dimensi *assurance* berada diantara 3,12 sampai dengan 3,27 sehingga kinerja dari atribut pada dimensi *assurance* dikatakan cukup baik, dan penilaian rata-rata kenyataan dari atribut pada dimensi *emphaty* berada diantara 2,99 sampai dengan 3,19 sehingga kinerja dari atribut pada dimensi *emphaty* dikatakan cukup baik. Berdasarkan perhitungan rata-rata kenyataan dari kelima dimensi kualitas pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito dengan hasil skor 3,196 maka kinerja pelayanan pendaftaran rawat jalan berada pada kategori cukup baik.

Harapan pelanggan diyakini mempunyai peranan yang besar dalam menentukan kualitas produk (jasa dan barang) dan kepuasan pelanggan (Christina, 2008). Dilihat dari tingkat harapan pasien terdapat prioritas yang mereka harapkan dari pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito. Tingkat harapan yang utama pada dimensi *reliability*, diikuti dengan dimensi *emphaty*, *tangible*, *responsiveness*, dan dimensi *assurance* sebagai prioritas terakhir. Dari prioritas tersebut terlihat bahwa pasien menaruh harapan paling tinggi pada dimensi *reliability* yaitu kemampuan petugas dalam melayani pendaftaran pasien rawat jalan dengan cepat, andal, terampil, teliti, dan adil. Penelitian yang dilakukan Christina (2008) diperoleh hasil harapan paling tinggi yaitu dimensi *reliability*, sehingga dapat dikatakan bahwa pasien dalam memilih sebuah rumah sakit sebagai pemberi jasa kesehatan, masih lebih memilih dimensi *reliability*. Dimensi

*assurance* sebagai prioritas terakhir harapan pasien terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan. Menurut Gunawan dan Djati (2011), rumah sakit belum mampu memberikan jaminan yang memuaskan, sehingga responden memberikan harapan kurang terhadap alat ukur yang ditetapkan peneliti.

Berdasarkan skala likert penilaian harapan, maka dapat ditentukan rentang nilai yang digunakan untuk mengetahui letak rata-rata penilaian harapan pasien. Apabila rata-rata harapan berada diantara 1,00 sampai dengan 1,75 maka dinilai sangat tidak penting. Apabila berada diantara 1,76 sampai dengan 2,50 maka dinilai tidak penting. Apabila berada diantara 2,51 sampai dengan 3,25 maka dinilai penting, dan apabila berada diantara 3,26 sampai dengan 4,00 maka dinilai sangat penting. Berdasarkan penilaian rata-rata harapan dari atribut pada dimensi *tangible* berada diantara 3,28 sampai dengan 3,59 sehingga harapan dari atribut pada dimensi *tangible* dikatakan sangat penting bagi pasien. Penilaian rata-rata harapan dari atribut pada dimensi *reliability* berada diantara 3,54 sampai dengan 3,66 sehingga harapan dari atribut pada dimensi *reliability* dikatakan sangat penting bagi pasien. Penilaian rata-rata harapan dari atribut pada dimensi *responsiveness* berada diantara 3,38 sampai dengan 3,47 sehingga harapan dari atribut pada dimensi *responsiveness* dikatakan sangat penting bagi pasien. Penilaian rata-rata harapan dari atribut pada dimensi *assurance* berada diantara 3,28 sampai dengan 3,48 sehingga harapan dari atribut pada dimensi *assurance* dikatakan sangat penting bagi pasien, dan penilaian rata-rata harapan dari atribut pada dimensi *emphaty* berada diantara 3,41 sampai dengan 3,54 sehingga harapan dari atribut pada dimensi *emphaty* dikatakan sangat penting bagi pasien. Berdasarkan perhitungan rata-rata harapan dari kelima dimensi kualitas pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito dengan hasil skor 3,472 maka harapan pelayanan pendaftaran rawat jalan berada pada kategori sangat penting.

**Kesenjangan Antara Kenyataan dan Harapan Pasien TNI Terhadap Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan RSPAU dr. S. Hardjolukito**

Kesenjangan memberikan informasi seberapa besar suatu atribut jasa pelayanan pendaftaran rawat jalan RSPAU dr. S. Hardjolukito memenuhi harapan pasien. Kesenjangan yang diperoleh dari masing-masing atribut kualitas layanan menunjukkan selisih kenyataan dengan harapan pasien. Nilai kesenjangan pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPAU dr. S. Hardjolukito dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 1. Kesenjangan Antara Kenyataan dan Harapan Atribut Kualitas Layanan Pendaftaran Rawat Jalan RSPAU dr. S. Hardjolukito**

No. Atribut	Rata-Rata Kenyataan	Rata-Rata Harapan	Kesenjangan
1	3.37	3.4	-0.03
2	3.36	3.59	-0.23
3	3.05	3.55	-0.5
4	2.99	3.28	-0.29
5	3.26	3.58	-0.32
6	3.27	3.59	-0.32
7	3.21	3.66	-0.45
8	3.17	3.54	-0.37
9	3.32	3.45	-0.13
10	3.23	3.43	-0.2
11	3.24	3.38	-0.14
12	3.18	3.47	-0.29
13	3.19	3.28	-0.09
14	3.27	3.42	-0.15
15	3.22	3.41	-0.19
16	3.12	3.48	-0.36
17	3.11	3.54	-0.43
18	3.19	3.51	-0.32
19	3.17	3.47	-0.3
20	2.99	3.41	-0.42
Rata-Rata Nilai Kesenjangan			-0.2765

Nilai kesenjangan secara keseluruhan yang dihasilkan pada penelitian ini adalah negatif, sehingga pelayanan yang diterima oleh pasien lebih kecil daripada harapan pasien. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Widyaningsih (2010), yaitu menyebutkan perbedaan (gap) skor kepuasan pasien untuk semua variabel pada dimensi lebih rendah dari yang diharapkan. Dari hasil nilai kesenjangan negatif menunjukkan kualitas pelayanan

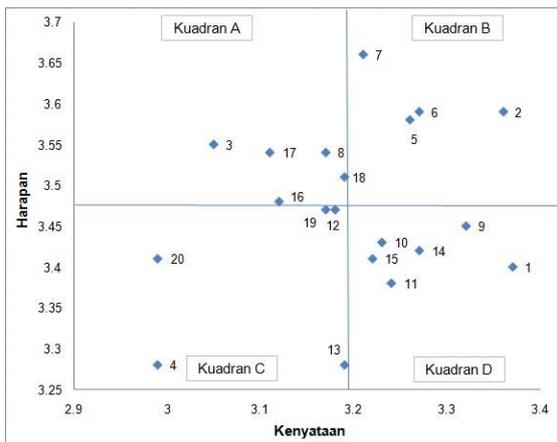
belum memenuhi harapan pasien. Menurut Sunanto dan Nandiwardhana (2005), angka negatif menandakan bahwa pihak rumah sakit masih belum mampu memenuhi ekspektasi pasien. Semakin besar skor kesenjangan maka atribut tersebut semakin diprioritaskan untuk diperbaiki.

**Kepuasan Pasien TNI Terhadap Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan RSPAU dr. S. Hardjolukito Berdasarkan Importance Performance Analysis**

Berdasarkan hasil penilaian kenyataan dan harapan, maka dihasilkan suatu perhitungan mengenai tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan. Tingkat kesesuaian adalah hasil perbandingan skor kenyataan dan skor harapan. Tingkat kesesuaian bertujuan untuk mengetahui persentase kesesuaian antara harapan dengan kenyataan yang dirasakan pasien selama ini. Menurut Sihombing (2006), jika persentase berada pada kisaran 0-49%, berarti tidak sesuai. Kisaran 50-59% berarti kurang sesuai. Kisaran 60-79% berarti cukup sesuai, dan bila berada pada kisaran 80-100% berarti telah sesuai antara kenyataan dan harapan. Berdasarkan hasil perhitungan Skor penilaian kenyataan pada penelitian ini sebesar 6391, sedangkan skor penilaian harapan sebesar 6944. Nilai tingkat kesesuaian sebesar 92,04%. Sehingga tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan telah sesuai.

Pengujian dalam metode Importance Performance Analysis menggunakan diagram kartesius. Diagram kartesius merupakan suatu bagan yang dibagi atas empat bagian yang dibatasi oleh dua buah garis yang berpotongan tegak lurus pada titik-titik (X,Y). Atribut kualitas layanan dijabarkan dalam diagram kartesius berdasarkan penilaian kenyataan dan harapan terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan. Dalam penelitian ini terdapat dua skor yang diwakilkan oleh X dan Y. Dimana sumbu X merupakan tingkat kenyataan pelayanan pendaftaran rawat jalan dan sumbu Y merupakan tingkat harapan pelayanan pendaftaran rawat jalan. Sumbu X diisi oleh skor rata-rata tingkat kenyataan dan sumbu Y diisi oleh skor rata-rata tingkat harapan. Sumbu X

dan sumbu Y akan dibatasi oleh dua garis yang berpotongan tegak lurus di titik skor rata-rata dari rata-rata tingkat kenyataan dan titik skor rata-rata dari rata-rata tingkat harapan. Nilai rata-rata dari rata-rata kenyataan adalah 3,1955 dan nilai rata-rata dari rata-rata harapan adalah 3,472. Nilai tersebut digunakan sebagai pembatas antara kuadran A, kuadran B, kuadran C, dan kuadran D. Pembuatan diagram kartesius bertujuan untuk memetakan atribut kualitas layanan ke dalam empat kuadran. Dengan adanya pemetaan dengan diagram kartesius dapat diketahui sejauh mana pencapaian kinerja rumah sakit dalam memenuhi harapan pasien, serta mengetahui dimensi kualitas layanan dan atribut mana yang perlu mendapatkan perhatian lebih dari pihak rumah sakit. Diagram kartesius dari hasil penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut :



**Gambar 1. Diagram Kartesius Atribut- Atribut Kualitas Layanan Pendaftaran Rawat Jalan RSPAU dr. S. Hardjolukito**

Analisis dilakukan dengan pemetaan menjadi 4 kuadran, yaitu sebagai berikut :

1. Kuadran A

Atribut kualitas layanan yang terletak pada kuadran A merupakan prioritas utama untuk dilakukan perbaikan oleh rumah sakit. Atribut pertama yang terdapat pada kuadran A merupakan atribut yang terdapat pada dimensi tangible yaitu kenyamanan di ruang tunggu pendaftaran. Atribut tersebut dinilai sangat penting oleh pasien, sedangkan tingkat pelaksanaannya masih belum

memuaskan bagi pasien. Hal ini disebabkan karena jumlah pasien yang banyak dan kurangnya ketersediaan kursi di ruang pendaftaran sehingga pasien banyak yang berdiri untuk mengantri. Kenyamanan pasien saat menunggu di ruang pendaftaran dianggap sangat penting oleh pasien karena menurut Tjiptono (2007) pentingnya dimensi tangible ini akan menumbuhkan daya tarik penyedia jasa terutama bagi konsumen baru dalam mengevaluasi kualitas jasa. Tingkat pelaksanaan dari atribut tersebut dinilai belum memuaskan bagi pasien, oleh karena itu perlu dilakukan penambahan fasilitas tempat duduk di ruang tunggu pendaftaran untuk meningkatkan kenyamanan pasien saat menunggu antrian di ruang tunggu pendaftaran.

Atribut kedua yang terletak di kuadran A merupakan atribut yang terdapat pada dimensi reliability yaitu petugas adil dalam memberikan pelayanan (tidak ada diskriminasi). Atribut tersebut tingkat pelaksanaannya belum memuaskan bagi pasien. Sehingga harus dilakukan perbaikan kinerja karena atribut tersebut dinilai sangat penting oleh pasien. Menurut Sudarma (2008), prinsip keadilan diterapkan, yaitu tidak membedakan pasien dan memastikan pasien mendapatkan apa yang seharusnya didapatkan. Sikap adil dalam memberikan pelayanan kepada pasien sangat penting untuk dilakukan. Pelayanan pendaftaran pasien yang adil dapat diterapkan salah satunya melalui sistem nomor antrian. Pasien mendaftar sesuai nomor antrian yang diperolehnya. Namun, apabila saat pemanggilan nomor antrian pasien tidak datang ke loket pendaftaran, sebaiknya petugas tidak langsung memanggil nomor antrian berikutnya, tetapi dilakukan pemanggilan kembali sampai 3 kali. Jika pasien tetap tidak datang maka kemudian petugas dapat melakukan pemanggilan nomor antrian berikutnya. Selain itu pada saat pasien mengambil nomor antrian pendaftaran diberikan informasi untuk menunggu antrian di ruang pendaftaran agar saat

dipanggil nomor antriannya pasien dapat langsung menuju loket pendaftaran. Dengan demikian pelayanan pendaftaran dapat berjalan dengan adil.

Atribut ketiga yang terletak di kuadran A merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *assurance* yaitu petugas tidak membiarkan pasien menunggu tanpa pasti/tanpa adanya suatu kejelasan. Menurut pasien atribut tersebut sangat penting, sedangkan tingkat pelaksanaannya belum memuaskan. Sehingga harus dilakukan perbaikan kinerja. Langkah perbaikan yang perlu dilakukan untuk meningkatkan kinerja dari atribut tersebut yaitu memberikan pelayanan yang selalu mengutamakan pasien, apabila terdapat pekerjaan lain maka petugas harus tetap memprioritaskan pelayanan pendaftaran kepada pasien agar pasien tidak menunggu tanpa adanya suatu kejelasan. Menurut Noviandine (2013), membiarkan konsumen menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negative dalam kualitas pelayanan.

Atribut keempat yang terletak di kuadran A merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *emphaty* yaitu keramahan petugas dalam memberikan pelayanan. Atribut tersebut dinilai sangat penting, sedangkan pelaksanaannya belum memuaskan bagi pasien. Sesuai dengan penelitian Yunevy dan Haksama (2013), kesopanan dan keramahan petugas kurang sesuai dengan harapan pasien. Dalam meningkatkan upaya peningkatan kualitas pelayanan, keramahan petugas harus ditingkatkan lagi. Karena menurut Suryadi dalam Yunevy dan Haksama (2013), mengatakan bahwa baik buruknya suatu pelayanan kesehatan menurut pasien diantaranya adalah dari sikap petugas kesehatan. Pelayanan kesehatan dipandang baik karena petugasnya ramah, bersahabat, sabar dan komunikatif. Menurut Megawati (2013), keramahan merupakan bagian dari aspek pelayanan yang berperan

penting untuk meningkatkan kepuasan pelanggan. Salah satu faktor yang dapat meningkatkan keterampilan pelayanan karyawan adalah pelatihan. Keramahan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Hansen dalam Megawati (2013), keramahan dapat dipengaruhi oleh kualitas pelayanan prima yang diberikan karyawan. Meningkatkan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan dapat dilakukan dengan cara memberikan pelatihan pelayanan prima. Menurut Sutopo dan Sanyoto dalam Megawati (2013), pelayanan prima merupakan terjemahan dari istilah "Excellent Service" yang secara harfiah berarti pelayanan yang sangat baik dan atau pelayanan yang terbaik. Disebut sangat baik atau terbaik, karena sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku atau dimiliki oleh instansi yang memberikan pelayanan. Apabila instansi pelayanan belum memiliki standar pelayanan, maka pelayanan disebut sangat baik atau terbaik atau akan menjadi prima, manakala dapat atau mampu memuaskan pihak yang dilayani (pelanggan). Jadi pelayanan prima dalam hal ini sesuai dengan harapan pelanggan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Megawati (2013), menyimpulkan bahwa pelatihan pelayanan prima dapat meningkatkan keramahan pelayanan pada karyawan.

Atribut kelima yang terletak di kuadran A merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *emphaty* yaitu petugas selalu berkomunikasi dengan baik kepada pasien. Pelaksanaan kinerja dari atribut petugas selalu berkomunikasi dengan baik kepada pasien dinilai kurang memuaskan oleh pasien. Sedangkan menurut pasien atribut tersebut dinilai sangat penting. Sebagaimana yang dikatakan Supranto (2011), untuk memperoleh dan mempertahankan loyalitas pasien sebagai pelanggan rumah sakit maka komunikasi yang efektif akan menjadi salah satu upaya untuk menciptakan keunggulan daya saing. Komunikasi efektif dapat dilatih melalui pelatihan *public speaking*. Menurut Wibawa dkk

(2012), *public speaking* sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas manajemen komunikasi diberbagai tempat dan situasi sehingga penyampaian pesan ke atasan ataupun ke masyarakat dapat dilakukan secara terampil, terencana dan profesional. Keahlian *public speaking* mutlak diperlukan bagi pihak yang berhubungan dengan orang banyak, khususnya masyarakat agar pesan yang disampaikan dan diterima secara efektif. Dengan demikian diharapkan petugas dapat berkomunikasi dengan baik kepada pasien.

2. Kuadran B

Atribut-atribut kualitas layanan yang terdapat dalam kuadran B harus dipertahankan atau bahkan ditingkatkan, karena dinilai pasien mempunyai kinerja yang cukup baik (Malasari dkk, 2011). Atribut pertama yang terletak di kuadran B merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *tangible* yaitu kebersihan di ruang tunggu pendaftaran. Atribut tersebut harus terus dipertahankan karena pelaksanaannya telah sesuai dengan kepentingan pasien.

Atribut lain yang terletak di kuadran B merupakan atribut yang terletak pada dimensi *reliability* yaitu petugas cepat dalam melayani pasien, petugas andal dan terampil dalam melayani pasien, dan petugas teliti dalam melakukan pendaftaran. Pasien menilai keandalan dan keterampilan pelayanan yang diberikan petugas serta petugas cepat dan teliti dalam melakukan pelayanan pendaftaran telah sesuai pelaksanaannya dengan kepentingan pasien. Sehingga dianggap memuaskan, oleh karena itu harus dapat dipertahankan prestasinya agar atribut tersebut tetap menjadi kelebihan yang unggul bagi pasien dan meningkatkan kinerja atribut agar kepuasan pasien tetap terjaga.

3. Kuadran C

Atribut kualitas layanan yang berada dalam kuadran ini dinilai kurang penting bagi pasien sedangkan tingkat pelaksanaannya cukup memuaskan. Atribut pertama yang

terletak di kuadran C merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *tangible* yaitu fasilitas tambahan yang menarik, seperti televisi dan koran/majalah agar pasien tidak bosan saat menunggu antrian. Pasien cukup puas terhadap pelaksanaan pada atribut tersebut. Namun, atribut tersebut dinilai kurang penting keberadaannya bagi pasien. Sehingga prioritasnya rendah untuk dilakukan perbaikan kinerja.

Atribut kedua yang terletak di kuadran C merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *responsiveness* yaitu petugas memberikan informasi pelayanan yang akan diberikan kepada pasien secara jelas. Pelaksanaan dari atribut tersebut cukup memuaskan. Sedangkan tingkat kepentingan atribut tersebut dinilai kurang penting bagi pasien.

Atribut ketiga yang terletak di kuadran C merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *assurance* yaitu pasien yakin akan kemampuan petugas. Pelaksanaan dari atribut tersebut cukup memuaskan. Sedangkan tingkat kepentingan atribut tersebut dinilai kurang penting bagi pasien. Atribut keempat dan kelima merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *emphaty* yaitu petugas selalu bertata krama dan sopan santun kepada pasien dan petugas selalu memberi salam dan bertanya keperluan pasien. Pelaksanaan dari atribut tersebut cukup memuaskan. Sedangkan tingkat kepentingan atribut tersebut dinilai kurang penting bagi pasien.

Atribut-atribut yang terletak di kuadran C meskipun dinilai kurang penting pengaruhnya bagi pasien rawat jalan, namun tetap perlu memperhatikan dan melakukan perbaikan pada atribut-atribut pelayanan dari kuadran ini setelah fokus pada kuadran A yang menjadi prioritas dalam upaya perbaikan dan peningkatan kualitas (Malasari dkk,2011).

4. Kuadran D

Atribut-atribut yang terletak di kuadran D dinilai berlebihan dalam pelaksanaannya. Atribut pertama yang

terletak di kuadran D merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *tangible* yaitu petugas selalu berpenampilan rapi. Atribut tersebut dinilai tidak terlalu penting bagi pasien. Akan tetapi pelaksanaannya sangat memuaskan dan dinilai berlebihan.

Atribut lain yang terletak di kuadran D merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *responsiveness* yaitu petugas selalu siap membantu pasien apabila ada kesulitan, petugas tanggap apabila ada keluhan dari pasien, petugas berupaya membantu pasien menyelesaikan masalah apabila ada masalah yang dihadapi. Atribut-atribut tersebut dinilai oleh pasien berlebihan dalam pelaksanaannya dan sangat memuaskan. Akan tetapi pasien menilai atribut-atribut tersebut tidak penting keberadaannya.

Atribut terakhir yang terletak di kuadran D merupakan atribut yang terdapat pada dimensi *assurance* yaitu petugas dapat dipercaya, dan kepastian petugas (tidak ragu-ragu) dalam memberikan pelayanan. Atribut tersebut menurut pasien dalam pelaksanaannya dilakukan dengan sangat baik sehingga sudah dapat memuaskan pasien. Atribut-atribut yang terdapat pada kuadran ini menempati prioritas terakhir untuk diperhatikan karena dirasakan tidak begitu penting menurut persepsi pelanggan (Malasari dkk, 2011). Sehingga sumberdaya yang telah dipersiapkan rumah sakit untuk perbaikan kinerja pada atribut-atribut tersebut dapat dialokasikan ke kuadran A yang merupakan prioritas utama yang harus diperbaiki agar didapatkan kualitas kinerja pelayanan yang optimal sesuai dengan tingkat kepentingan pasien.

## PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Rata-rata kenyataan pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPA dr. S. Hardjolukito berdasarkan dimensi *responsiveness*, *reliability*, *assurance*, *tangible*, dan *emphaty*

berada pada kategori cukup baik dengan skor 3,196. Rata-rata harapan pelayanan pendaftaran rawat jalan berdasarkan dimensi *responsiveness*, *reliability*, *assurance*, *tangible*, dan *emphaty* berada pada kategori sangat penting dengan skor 3,472.

2. Kesenjangan antara kenyataan dan harapan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPA dr. S. Hardjolukito keseluruhan bernilai negatif dengan nilai -0,2765, maka pelayanan yang diterima oleh pasien lebih kecil daripada harapan pasien, sehingga pelayanan kurang memuaskan.
3. Kepuasan pasien TNI terhadap pelayanan pendaftaran rawat jalan di RSPA dr. S. Hardjolukito berdasarkan *Importance Performance Analysis* didapatkan hasil tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan sebesar 92,04%. Sehingga tingkat kesesuaian antara kenyataan dan harapan pada penelitian ini telah sesuai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bahri, S. dan Zamzam, F. (2014). *Model Penelitian Kuantitatif Berbasis SEM-Amos*. Yogyakarta: Deepublish
- Christina, R. L. (2008). Analisis Tingkat Kepentingan Pasien dan Kinerja Rawat Inap Paviliun Praja Amerta RSUD Wangaya Denpasar. *Tesis (Tidak Dipublikasikan)*. Yogyakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat UGM.
- Gunawan, K. dan 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.
- Jayati, N. D. (2014). Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Terhadap Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta Tahun 2004. *Tugas Akhir (Tidak Dipublikasikan)*. Yogyakarta:

- Prodi D3 Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM.
- Malasari, Y., Gandjar, I. G., Sumarni. (2011). Analisis Kepentingan- Kinerja di Instalasi Farmasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul (Menurut Persepsi Pelanggan Rawat Jalan). *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. 1 (2).
- Megawati, N. I. (2013). Pelatihan Pelayanan Prima Untuk Meningkatkan Keramahan Pelayanan Pada Karyawan. Naskah Publikasi. [www.eprints.ums.ac.id](http://www.eprints.ums.ac.id). Diakses tanggal 9 Juni 2016.
- Novindiane, A. (2013). Kepuasan Pasien Jamkesmas Terhadap Pelayanan Petugas di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Tugas Akhir (Tidak Dipublikasikan)*. Yogyakarta: Prodi D3 Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM.
- Riwidikdo, Handoko. (2012). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medik
- Sihombing, Umberto. (2006). *Membangun Kepuasan Pelanggan Melalui Pelayanan*. [www.depdiknas.go.id](http://www.depdiknas.go.id).
- Sudarma, M. (2008). *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sudian T. (2011). Hubungan Kepuasan Pasien terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Cut Mutia Kabupaten Aceh Utara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Diakses tanggal 21 Desember 2015
- Sugiano. (2012). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, R & D. Bandung: Alfa
- Sunato, S. Nandiwardhana, A. (2005). Analisis Kesenjangan Dimensi Kualitas Layanan Berdasarkan Persepsi Manajemen dan Persepsi Pasien Pada Unit Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Abdul Aziz Singkawang Kalimantan Barat. *Jurnal Widya Manajemen dan Akuntansi*. 5(1): 78-100.
- Supranto, J. (2003). Metode Penelitian Hukum dan Statistik. Jakarta: Rineka Cipta.
- Supranto, J. (2011). Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Menaikkan Pangsa Pasar. Jakarta: Rineka Cipta.
- Tjiptono, F. (2007). Pemasaran Jasa (Service Marketing). Yogyakarta: Andi.
- Wibawa, A., Sarwoko, Eko, C., Suciska, W. (2012). Pelatihan Dasar Public Speaking. [www.portalgaruda.org](http://www.portalgaruda.org). Diakses tanggal 9 Juni 2016.
- Widyaningsih, W. (2010). Analisis Harapan dan Persepsi Kualitas Jasa Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Jalan RSUD Ambarawa. Diakses tanggal 30 Maret 2016.
- Yunevy, E. F. T. dan Haksama, S. (2013). Analisis Kepuasan Berdasarkan Persepsi dan Harapan Pasien di Puskesmas Medokan Ayu Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 1 (1): 65-73.

## Kepuasan Perawat Bagian Poliklinik Terhadap Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit Tk.II 04.05.01 Dr. Soedjono Magelang

Ahmad Farizaan<sup>1</sup>, Rawi Miharti<sup>2</sup>

Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada<sup>1,2</sup>

ahmad.farizaan@mail.ugm.ac.id, r4wimiharti@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Berkas rekam medis dituntut tersedia tepat waktu untuk digunakan oleh dokter dan perawat. Dokter dan perawat berkolaborasi sebagai pembuat informasi kesehatan yang nantinya akan didokumentasikan didalam rekam medis sebagai bukti pelayanan. Berdasarkan observasi, petugas rekam medis dalam memberikan pelayanan rekam medis rawat jalan dinilai belum maksimal, dan terdapat beberapa masalah, seperti proses pelayanan yang lama sehingga mengalami keterlambatan penyediaan rekam medis ke poliklinik.

**Tujuan penelitian:** mengetahui tingkat kepuasan perawat poliklinik terhadap pelayanan rekam medis rawat jalan. Mengetahui gambaran kualitas pelayanan rekam medis rawat jalan. Mengetahui atribut yang perlu diperbaiki terkait pelayanan rekam medis rawat jalan

**Metode:** Kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*, populasi pada penelitian ini adalah perawat bagian poliklinik, sampel penelitian ini seluruh perawat bagian poliklinik yaitu 45 orang, Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan analisis deskriptif, *Customer Satisfaction Index*, dan *Importance performance analysis*.

**Hasil:** Tingkat kepuasan perawat poliklinik terhadap pelayanan berkas rekam medis rawat jalan adalah 79,02%, dapat diartikan puas. Kualitas Pelayanan rekam medis rawat jalan berdasarkan dimensi *reliability* memiliki nilai rata-rata 3,09, *responsiveness* adalah 3,18, *assurance* adalah 3,13, *emphaty* adalah 3,22, dan *tangible* adalah 3,23. Atribut yang perlu diperbaiki terkait pelayanan rekam medis rawat jalan adalah ketepatan waktu, kecepatan dan ketepatan dalam memberikan pelayanan.

**Kesimpulan:** Perawat puas terhadap pelayanan rekam medis rawat jalan. Nilai rata-rata kualitas pelayanan tertinggi pada dimensi *tangible*, sedangkan nilai rata-rata yang terendah pada dimensi *reliability*. Atribut yang perlu diperbaiki terkait pelayanan rekam medis rawat jalan adalah ketepatan waktu, kecepatan dan ketepatan dalam memberikan pelayanan.

**Kata Kunci:** Kepuasan Perawat, Pelayanan Rekam Medis, *Customer Satisfaction Index*, *Importance performance analysis*

### ABSTRACT

**Background:** File medical records required are available in time to be used by doctors and nurses. Doctors and nurses collaborate as a maker of health information that will be documented in the medical record as proof of service. Based on the observation of medical records clerk in providing outpatient medical record service maximum rated yet, and there are some problems, such as long service process that delayed the provision of medical records to the clinic.

**Objective:** to know the level of satisfaction of nurses clinic against medical records of outpatient services based methods *Customer Satisfaction Index*. Determine the picture quality of outpatient medical record service. Knowing the attributes that need to be corrected associated outpatient medical record service based methods *Importance performance analysis*.

**Methods:** Quantitative Descriptive and *cross sectional approach*, the population in this study are part of the clinic nurse, nurse research sample of this entire section polyclinic ie 45 people, data collection technique using a questionnaire. Analysis of data using descriptive analysis, *Customer Satisfaction Index*, and the *Importance of performance analysis*.

**Results:** The level of satisfaction with the services the clinic nurse outpatient medical record file is 79.02%, can be interpreted satisfied. Quality Service outpatient medical record based on *reliability* dimension has an average value of 3.09, *responsiveness* is 3.18, *assurance* is 3.13, *empathy* is 3.22, and *tangible* is 3,23, Thus it can be seen that the average value of the highest quality on *tangible* dimension, while the average value of the lowest in *reliability* dimension. The attributes that need to be corrected associated services outpatient medical record file based method *Importance of performance analysis* is the timeliness in providing services, and the speed and accuracy in providing services.

**Keywords:** Satisfaction of Nurses, Medical Record Services, *Customer Satisfaction Index*, *Importance performance analysis*

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269 /Menkes /Per /III/2008 tentang Rekam Medis pada Pasal 5 menyebutkan bahwa setiap dokter dalam menjalankan praktiknya harus membuat rekam medis. Dokter dan perawat berkolaborasi sebagai pembuat informasi kesehatan yang nantinya akan didokumentasikan di dalam rekam medis sebagai bukti pelayanan. Pendokumentasian informasi kesehatan berguna dalam hal melindungi kerahasiaan pasien dan bukti penelitian. Rekam medis juga menyediakan data yang dapat melindungi kepentingan hukum pasien dalam kasus-kasus kecelakaan pribadi atau malpraktik. Bagi penyedia layanan kesehatan rekam medis menyediakan informasi untuk membantu seluruh tenaga kesehatan dalam merawat pasien selama pasien dirawat dirumah sakit, dan pada kunjungan berikutnya. Rekam medis membantu dokter dalam menyediakan perawatan berkesinambungan.

Berdasarkan hasil pengamatan dan observasi di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 Dr Soedjono Magelang, peneliti memperoleh beberapa masalah terkait pelayanan rekam medis rawat jalan. Terjadinya keterlambatan penyediaan berkas rekam medis rawat jalan. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Fatimah (2015) rata-rata penyediaan rekam medis rawat jalan di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 Dr Soedjono Magelang adalah 44,34 menit.

Berkas rekam medis yang lama tidak berada di poliklinik, dokter menuliskan hasil pemeriksaan pasien pada lembar rawat jalan yang baru. Formulir rawat jalan tersebut akan dimasukkan ke map rekam medis, apabila rekam medis sudah sampai dipoliklinik. Formulir rawat jalan yang terpisah menyebabkan rekam medis pasien tidak tersusun secara kronologis. Permasalahan lain terkait pelayanan rekam medis rawat jalan adalah berkas rekam medis yang belum kembali dari bangsal perawatan. Petugas rekam medis harus mencari ke bangsal. Pencarian berkas rekam medis ke bangsal perawatan akan menghambat pelayanan penyediaan berkas rekam medis rawat jalan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fatimah (2015) bahwa petugas *filing* mengetahui dengan baik tentang rekam medis dan tempat penyimpanan. Petugas *filing* belum mengetahui dengan baik tentang sistem dan metode penyimpanan, Standar pelayanan minimal tentang waktu penyediaan rekam medis rawat jalan. Latar belakang pendidikan petugas *filing* belum sesuai dengan kualifikasi pendidikan menurut Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis. Satu dari lima petugas *filing* pernah mengikuti pelatihan rekam medis tetapi dalam bentuk seminar rekam medis. Pengalaman kerja petugas *filing* di rumah sakit TK. II 04.05.01 dr. Soedjono Magelang adalah <1 tahun (40%), 1-5 tahun (40%), dan 6-10 tahun (20%).

Melihat pentingnya ketersediaan rekam medis untuk pendokumentasian pelayanan medis yang diberikan dokter dan perawat, dan beberapa masalah terkait pelayanan rekam medis rawat jalan yang dapat diartikan sebagai kualitas pelayanan yang akan mempengaruhi kepuasan seseorang. Peneliti ingin mengambil judul penelitian "Analisis Kepuasan Perawat bagian Poliklinik terhadap Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 Dr Soedjono Magelang.

### B. Tinjauan Pustaka

1. Menurut Zeithaml dkk dalam Hardiyansyah (2011) kualitas pelayanan dapat dinilai berdasarkan 5 dimensi, yaitu berwujud (*tangible*), kehandalan (*reliability*), ketanggapan (*responsiveness*), empati (*emphaty*), dan keyakinan (*assurance*).

#### 2. *Importance performance analysis* (IPA)

Menurut Tjiptono (2005) teknik *importance performance analysis* dikembangkan oleh Martilla dan James pada tahun 1977 dalam artikel "*Importance performance analysis*" yang mereka publikasikan di *Journal of Marketing*. Rumus untuk mengukur rata-rata tingkat kinerja dan tingkat kepentingan pada setiap atribut kualitas pelayanan rekam medis rawat jalan adalah:

$$\bar{X} = \frac{\sum xi}{n} \quad \bar{Y} = \frac{\sum yi}{n}$$

Keterangan:

- $X_i$  = Rata-rata dari rata-rata skor tingkat kinerja seluruh atribut
- $Y_i$  = Rata dari rata-rata skor tingkat kepentingan seluruh atribut
- $\bar{X}$  = Skor rata-rata nilai kinerja pelayanan
- $\bar{Y}$  = Skor rata-rata tingkat kepentingan
- $n$  = Jumlah responden

Output dari analisis ini adalah berupa diagram kartesius, yaitu sebagai berikut:



Gambar 1. Diagram Kartesius  
Sumber: Tjiptono (2005)

**Kuadran I :** Atribut yang masuk pada bagian kuadran I dianggap mempengaruhi kepuasan, termasuk unsur-unsur jasa yang dianggap sangat penting, namun manajemen belum melaksanakannya sesuai keinginan penerima pelayanan, sehingga mengecewakan/tidak puas. Atribut yang masuk kuadran I harus segera ditingkatkan kinerjanya.

**Kuadran II :** Atribut yang masuk pada bagian kuadran II dianggap telah berhasil dilaksanakan perusahaan, untuk itu wajib dipertahankannya, dianggap sangat penting dan sangat memuaskan.

**Kuadran III :** Atribut yang masuk pada bagian kuadran III kurang penting pengaruhnya bagi penerima pelayanan,

pelaksanaannya oleh perusahaan biasa-biasa saja, dianggap kurang penting dan kurang memuaskan.

**Kuadran IV :** Atribut yang masuk pada bagian kuadran IV menunjukkan faktor yang mempengaruhi pelanggan kurang penting, akan tetapi pelaksanaannya berlebihan, dianggap kurang penting tetapi sangat memuaskan.

### 3. Customer Satisfaction Index

Menurut Pohandry dkk. (2013) *Customer Satisfaction Index* (CSI) adalah analisis yang menggambarkan persentase penggunaan yang senang dengan suatu survei kepuasan pelanggan. Proses perhitungan dapat diilustrasikan pada tabel berikut ini:

Tabel 1. Ilustrasi perhitungan *Customer Satisfaction Index* (CSI)

Atribut	Kepentingan (I) Skala (1-4)	Kinerja (P) Skala (1-4)	Skor (S) $(S) = (I) \times (P)$
...	...	...	...
<b>Total</b>	Total (I) = (Y)		Total (S) = (T)

Sumber: Pohandry dkk. (2013)

Nilai rata-rata pada kolom kepentingan (I) dijumlahkan sehingga diperoleh Y dan juga hasil kali I dengan P pada kolom skor (S) dijumlahkan dan diperoleh T. CSI diperoleh dari perhitungan  $(T/4Y) \times 100\%$ . Nilai 4 (pada 4Y) adalah nilai maksimum yang digunakan pada skala pengukuran. CSI dihitung dengan rumus

$$CSI = \frac{T}{x.Y} \times 100\%$$

Menurut Ihshani dalam Susan (2014) hasil dari penghitungan kepuasan dengan rumus CSI, dapat ditarik kesimpulan/diintepretasikan. Berikut adalah intepetasi dari nilai CSI:

**Tabel 2. Interpretasi Customer Satisfaction Index**

Angka Index	Interpetasi
0,00 – 0,34	Tidak Puas
0,35 – 0,50	Kurang Puas
0,51 – 0,65	Cukup Puas
0,66 – 0,80	Puas
0,81 – 1,00	Sangat Puas

Sumber: Ihshani dalam Susan (2014)

## METODE

Desain penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*, populasi pada penelitian ini adalah perawat bagian poliklinik, sampel penelitian ini seluruh perawat bagian poliklinik yaitu 45 orang. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner. Teknik analisis yang digunakan adalah Analisis Deskriptif,

*importance performance analysis* (IPA), *Customer Satisfaction Index* (CSI).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Tingkat Kepuasan Perawat Poliklinik Terhadap Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan Berdasarkan Metode *Customer Satisfaction Index*

Berdasarkan hasil pengolahan data dari penyebaran kuesioner kepada 45 perawat bagian poliklinik di Rumah Sakit TK. II 04.05.01 Dr. Soedjono Magelang, diperoleh data untuk mempermudah perhitungan tingkat kepuasan perawat bagian poliklinik terhadap pelayanan rekam medis rawat jalan, yang disajikan pada tabel 3 berikut ini:

**Tabel 3. Perhitungan Customer Satisfaction Index**

No	Pernyataan	Kepentingan (I)	Kinerja (P)	Skor (S)	GAP
1	ketepatan waktu	3,71	3,02	11,22	-0,689
2	Memberikan pelayanan sesuai janji yang diberikan	3,51	3,09	10,85	-0,422
3	Tanggung jawab setiap ada masalah	3,49	3,22	11,24	-0,267
4	Memberikan informasi tentang kapan pelayanan akan terealisasi.	3,44	3,02	10,41	-0,422
5	Siap dalam membantu mencarikan berkas rekam medis saat diperlukan	3,67	3,27	11,98	-0,400
6	Ketanggap apabila ada berkas rekam medis yang belum tersedia	3,56	3,22	11,46	-0,333
7	Berupaya dalam membantu menyelesaikan masalah	3,60	3,22	11,60	-0,378
8	Cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan	3,67	3,02	11,08	-0,644
9	Kemampuan petugas rekam medis setiap melakukan pelayanan	3,47	3,09	10,71	-0,378
10	Dapat dipercaya setiap melakukan pelayanan	3,49	3,11	10,85	-0,378
11	Memberikan pelayanan dengan sopan, santun, dan professional.	3,58	3,31	11,85	-0,267
12	Tidak membiarkan menunggu tanpa kejelasan	3,49	3,00	10,47	-0,489
13	Adanya komunikasi yang baik	3,49	3,27	11,40	-0,222
14	Memberikan perhatian kepada anda, dalam memberikan pelayanan	3,53	3,18	11,23	-0,356
15	Berpenampilan rapi, sesuai dengan seragam yang ditentukan rumah sakit.	3,51	3,31	11,63	-0,200
16	Kemudahan akses dalam permohonan pelayanan	3,51	3,20	11,24	-0,311
17	Petugas selalu ada ditempat saat dibutuhkan	3,56	3,18	11,30	-0,378
TOTAL		60,27	53,73	190,49	-6,533

Nilai skor (S) adalah hasil perkalian antara nilai rata-rata tingkat kepentingan (I) dan nilai kinerja (P). Nilai total pada kolom kepentingan (I) diperoleh angka 60,29 sebagai nilai Y pada rumus CSI. Nilai total pada kolom skor (S) diperoleh angka 190,56 sebagai nilai T pada rumus CSI. CSI diperoleh berdasarkan rumus  $(T/4Y) \times 100\%$ . Nilai 4 pada 4Y adalah nilai maksimal yang digunakan pada skala pengukuran penelitian ini. Berikut adalah perhitungan tingkat kepuasan perawat bagian poliklinik terhadap pelayanan rekam medis rawat jalan:

$$CSI = \frac{T}{X \times Y} \times 100\%$$

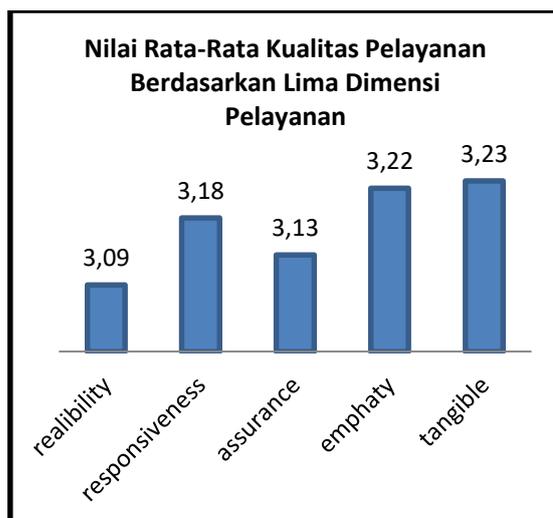
$$CSI = \frac{190,56}{4 \times 60,29} \times 100\%$$

$$CSI = 79,02\%$$

Nilai kepuasan sebesar 79,02% diartikan bahwa perawat poliklinik puas terhadap pelayanan rekam medis rawat jalan.

## 2. Gambaran Kualitas Pelayanan Rekam Medis Rawan Jalan

Berikut adalah diagram batang yang dapat menggambarkan kualitas pelayanan berdasarkan lima dimensi kualitas pelayanan:



Gambar 2. Diagram Batang Nilai Rata-rata Kualitas Pelayanan Berdasarkan Lima Dimensi Pelayanan

Berdasarkan analisis statistik pada nilai rata-rata tiap dimensi kualitas

pelayanan rekam medis, diperoleh nilai rata-rata berdasarkan lima dimensi. Nilai rata-rata kualitas pelayanan paling tinggi adalah pada dimensi *tangible*, sedangkan nilai rata-rata kualitas pelayanan pada dimensi *reliability* memiliki nilai rata-rata yang paling rendah jika dibandingkan dengan nilai rata-rata pada dimensi kualitas pelayanan yang lain. Menurut Parasuraman et al dalam Pangastuti (2007) dimensi *reliability* merupakan dimensi yang memiliki pengaruh besar dan berkontribusi secara langsung terhadap kepuasan. Teori ini dibuktikan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mare (2002), Carman (1990), dan Noor (2002), yang dimuat dalam Pangastuti (2007) bahwa dimensi *reliability* berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kepuasan. Menurut Irawan (2009) untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada dimensi *reliability* organisasi pemberi pelayanan harus melakukan beberapa hal berikut:

- Membentuk budaya kerja yang "error free" yang artinya meminimalkan kesalahan dalam melakukan pelayanan
- Adanya infrastruktur yang memadai dalam memberikan pelayanan. hal ini dapat dilakukan dengan cara memberikan pelatihan secara terus menerus dan menekankan budaya kerja tim atau team work yang baik
- Menguji terlebih dahulu sebelum suatu pelayanan dilakukan atau dikerjakan

## 3. Atribut yang perlu diperbaiki terkait pelayanan rekam medis rawat jalan, berdasarkan metode *Importance performance analysis*

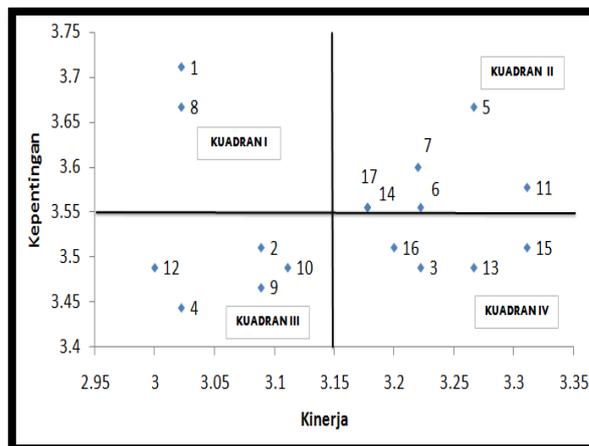
Perhitungan dilakukan dengan melihat nilai rata-rata tingkat kepentingan sebagai sumbu (Y) dan tingkat kinerja sebagai sumbu (X). Berikut adalah tabel nilai rata-rata dari setiap atribut.

Kedua nilai tersebut yaitu nilai kepentingan dan nilai kinerja digabungkan dan disajikan dalam

diagram kartesius. Cara untuk menggabungkan kedua nilai kepentingan dan nilai kinerja dengan menggunakan *Microsoft Excel*. Secara manual dapat dideskripsikan sebagai berikut:

1. Nilai kinerja menjadi sumbu X, sedangkan nilai kepentingan menjadi sumbu Y;
2. Lengkapi sumbu X dan sumbu Y dengan nilai rata-rata setiap kolom;
3. Kemudian mencari koordinat atau titik potong antara kedua nilai tersebut, untuk setiap atribut penilaian. Dengan cara menarik garis lurus nilai rata-rata atribut kinerja secara vertical sedangkan nilai rata-rata tingkat kinerja secara horizontal, sehingga diperoleh titik potong antara nilai kinerja dan nilai kepentingan untuk setiap atribut;
4. Nilai rata-rata (*mean*) dari nilai rata-rata tingkat kepentingan dan tingkat kinerja digunakan sebagai garis tengah yang membagi diagram kartesius menjadi empat kuadran, sehingga menghasilkan kelompok daerah yang berbeda.

Diagram kartesius dapat dilihat dibawah ini:



**Gambar 3. Diagram Kartesius Hasil Perhitungan Menggunakan Metode *Importance performance analysis***

Menurut Tjiptono (2005) atribut yang masuk pada bagian kuadran I dianggap mempengaruhi kepuasan, termasuk unsur-unsur jasa yang dianggap sangat penting, namun manajemen belum melaksanakannya sesuai keinginan

penerima pelayanan, sehingga mengecewakan/tidak puas. Atribut pelayanan rekam medis yang masuk pada kuadran I adalah:

- 1) ketepatan waktu
- 2) kecepatan dan ketepatan dalam memberikan pelayanan

Kedua atribut tersebut masuk pada kuadran I, sehingga dapat disimpulkan, berdasarkan hasil yang diperoleh dari analisis data diatas meunjukkan bahwa faktor-faktor yang penting dalam pelayanan rekam medis rawat jalan terhadap kepuasan perawat adalah ketepatan waktu, dan kecepatan dalam memberikan pelayanan. Kedua atribut tersebut berorientasi pada waktu, sehingga dalam memberikan pelayanan rekam medis rawat jalan orientasi pada ketepatan dan kecepatan waktu sangatlah penting. Kondisi tersebut dapat digunakan sebagai tolak ukur dalam upaya memperbaiki pelayanan rekam medis rawat jalan, dalam menyikapi kebutuhan rekam medis rawat jalan.

Kecepatan dan ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan rekam medis rawat jalan akan menunjukkan pelayanan medis yang baik pula. Menurut Antikasari (2006) lamanya waktu dalam mencari dan menyediakan berkas rekam medis merupakan indikator yang menunjukkan kepuasan pasien disuatu rumah sakit.

## PENUTUP

### A. Kesimpulan

1. Tingkat kepuasan perawat poliklinik terhadap pelayanan berkas rekam medis rawat jalan adalah 79,02% diartikan bahwa perawat poliklinik puas terhadap pelayanan rekam medis rawat jalan. Index kepuasan belum 79,02% dikarenakan terdapat kesenjangan (GAP) nilai GAP tertinggi pada atribut ketepatan waktu, yaitu -0,689.
2. Berdasarkan dimensi *reliability* nilai rata-rata kualitas pelayanan adalah 3,09, berdasarkan dimensi *responsiveness* adalah 3,18, berdasarkan dimensi *assurance* adalah 3,13, berdasarkan dimensi

*emphaty* adalah 3,22, dan berdasarkan dimensi *tangible* adalah 3,23. Dengan demikian dapat diketahui bahwa nilai rata-rata kualitas pelayanan tertinggi pada dimensi *tangible*, sedangkan nilai rata-rata yang terendah pada dimensi *reliability*.

3. Atribut yang perlu diperbaiki terkait pelayanan berkas rekam medis rawat jalan berdasarkan metode *Importance performance analysis* adalah ketepatan waktu, dan kecepatan dan ketepatan dalam memberikan pelayanan.

## B. Saran

1. Meningkatkan kecepatan pelayanan, sehingga dapat mempengaruhi ketepatan waktu dalam menyediakan berkas rekam medis rawat jalan dengan cara menyelesaikan masalah yang menghambat pelayanan rekam medis rawat jalan, seperti:
  - a. keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap sehingga petugas tidak harus ke bangsal untuk mencari berkas rekam medis.
  - b. mempercepat pengolahan data (bagian analisa dan coding) agar berkas rekam medis selalu ada di rak penyimpanan.
2. Dimensi *reliability* menjadi dimensi dengan nilai paling rendah diantara dimensi pelayanan yang lain sehingga perlu ditingkatkan lagi dengan cara membentuk budaya kerja yang "*error free*" yang artinya meminimalkan kesalahan saat melakukan pelayanan rekam medis rawat jalan, memberikan pelatihan kepada petugas filing tentang sistem penyimpanan, dan pelayanan rekam medis, dan menekankan budaya kerja tim atau team work yang baik pada petugas bagian filing.
3. Unit rekam medis di Rumah Sakit TK.II.04.05.01 Dr. Soedjono Magelang sebaiknya membuat standar ketepatan waktu dan kecepatan pelayanan rekam medis rawat jalan, agar ada hak dan kewajiban petugas rekam medis yang harus dipenuhi dalam memberikan pelayanan rekam medis rawat jalan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Antikasari. (2006). Waktu Pendistribusian Berkas Rekam Medis Pasien Lama Ke Poliklinik Bedah RS Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta (Tidak dipublikasikan). *Tugas Akhir*. Yogyakarta: Diploma III Rekam Medis, Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada.
- Depkes RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. [www.hukor.depkes.go.id](http://www.hukor.depkes.go.id). Diakses tanggal 15 Desember 2015.
- Fatimah, N. (2015). Analisis Kemampuan Petugas Filing dalam Menyediakan Rekam Medis Rawat Jalan klinik Interna di RST dr. Soedjono Magelang (tidak dipublikasikan). *Tugas Akhir*. Yogyakarta: Diploma III Rekam Medis, Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada.
- Hardiyansyah. (2011). *Kualitas Pelayanan Publik Konsep, Dimensi, Indikator, dan Implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media.
- Irawan, H. (2009). *10 Prinsip Kepuasan Pelanggan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.
- Tjiptono, F. (2005). *Service, Quality & Satisfaction*, Edisi 1. Yogyakarta: Andi.Umar,
- Pohandry, A., Sidarto., Winarni. (2013). Analisis Tingkat Kepuasan Pelanggan Dengan Menggunakan Metode Customer Satisfaction Index dan Importance performance analysis Serta Service Quality. *Jurnal REKA VASI*. 1 (1): 21-29.
- Susan, E.F. (2014). Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pelanggan Air MInum Tahun 2013 (Studi Pada PDAM Sleman) (tidak dipublikasikan). *Skripsi*. Yogyakarta: S2 Magister Ekonomi Pembangunan, Universitas Gadjah Mada.

Pangastuti, N.Y. (2007). Pengaruh Dimensi Kualitas Jasa Yang Meliputi Tangible, Reliability, Responsiveness, Assuranse, dan Empaty Pada Kepuasan Konsumen (Tidak dipublikasikan). *Tesis*. Yogyakarta: Program Magister Manajemen, Sekolah Pascasarjana, Universitas Gadjah Mada.

## Manfaat Data *External Causes* dan Aplikasi ArcGIS di PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY

Defin Merlinesia<sup>1</sup>, Nuryati<sup>2</sup>

DIII Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada<sup>1,2</sup>  
defin.merlinesia@mail.ugm.ac.id<sup>1</sup>, nur3yati@yahoo.com<sup>2</sup>

### Abstrak

**Latar belakang:** Januari-Agustus 2014 tercatat 614 kejadian kecelakaan lalu lintas (KLL) di Kabupaten Sleman dan jumlah kendaraannya tertinggi di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Pada KMK No 377 Tahun 2007 kompetensi perekam medis mengenai pengolahan data yaitu manajemen rekam medis informasi kesehatan, dan statistik kesehatan. Pendokumentasian dan pengolahan data *external causes* (EC) fasyankes sangat minim. Ketidaklengkapan ditemukan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dan inputnya pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) belum baik. Data EC KLL yang lengkap dibutuhkan untuk urusan jaminan lembaga asuransi seperti PT Jasa Raharja.

**Tujuan:** Mengetahui manfaat data EC KLL bagi PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY, melakukan pemetaan kejadian KLL di Kabupaten Sleman dengan menggunakan *software* ArcGIS 10.1, dan mengetahui tingkat kejadian KLL Kabupaten Sleman.

**Metode:** Penelitian deskriptif kualitatif rancangan fenomenologis. Subjeknya petugas Ajun Arsiparis, PA Pelayanan Klaim, dan Kepala Unit Operasional. Teknik pengambilan data adalah studi dokumentasi, observasi, dan wawancara.

**Hasil:** Manfaat data EC yaitu *entry* data ke aplikasi pelayanan, pembuatan data/statistik, acuan penjaminan, dan pencegahan KLL. Peta kejadian KLL mendapat tanggapan positif petugas. 341 korban KLL selama Juli-Desember 2015 ditangani fasyankes Kabupaten Sleman.

**Kesimpulan:** Data EC KLL PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY secara optimal dan rutin dimanfaatkan petugas untuk *entry* data ke aplikasi pelayanan, pembuatan data/statistik, acuan penjaminan, dan pencegahan KLL. Data EC belum dimanfaatkan untuk pemetaan KLL. Pemetaan kejadian KLL menggunakan *software* ArcGIS 10.1 mudah, hasilnya bagus dan berguna. Tingkat KLL di Kabupaten Sleman cenderung menurun.

**Kata kunci:** Manfaat, external causes, ArcGIS.

### Abstract

**Background:** January-August 2014 on Sleman District noted 614 road traffic accidents (RTA's), highest vehicle amount in Daerah Istimewa Yogyakarta Province. On KMK Number 377 Year 2007 medical recorder competency about data processing such as medical record health information management and health statistic. Health care EC data documentation and processing is very lack. Incomplete EC is found in RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, input to Hospital Information management system (HIMS) has not good. Insurance agency such as PT Jasa Raharja needs complete EC data.

**Objective:** Knowing about RTA EC data benefits for PT Jasa Raharja (Persero) Branch Office DIY, RTA scene mapping in Sleman District using ArcGIS 10.1 software, and knowing about RTA scene degree in Sleman District.

**Methods:** Qualitative descriptive research with fenomenologic design. Subjects are Archivist Ajun, Claim Service Administration Technician, and Operational Unit Chairman. Data retrieval techniques are documentation studies, observation, and interview.

**Results:** Data EC benefits are data entry into application services, data making/statistics, insurance reference, and RTA prevention. RTA scene map obtain positive officers response. 341 victims from July-December 2015 cared by health care in Sleman District.

**Conclusion:** PT Jasa Raharja (Persero) Branch Office DIY RTA EC data optimally and routinely used by officer such as service application data entry, data making/statistic, insurance reference, and RTA prevention. EC data are not used for mapping yet. RTA mapping using ArcGIS 10.1 software is easy, good and useful output. Sleman District RTA scene degree disposed decrease.

**Keywords:** Benefit, external causes, ArcGIS

## PENDAHULUAN

Dalam Rencana Umum Nasional Keselamatan (RUNK) Jalan 2011-2035, World Health Organization (WHO) mempublikasikan kematian akibat kecelakaan di jalan sebagai salah satu penyakit tidak menular dengan jumlah kematian tertinggi. Pada tahun 2030, kecelakaan lalu lintas (KLL) di jalan diperkirakan akan menjadi penyebab kematian nomor lima di dunia setelah penyakit jantung, stroke, paru-paru, dan infeksi saluran pernapasan. Perkiraan tersebut dipengaruhi faktor peningkatan jumlah penggunaan kendaraan dan kepatuhan berlalu lintas.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (RI) telah melakukan survei penyebab kematian berskala nasional berdasarkan data kematian selama tahun 2014 sebanyak 41.590 jiwa. Urutan ke-delapan adalah akibat KLL.

Profil Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) tahun 2012 pada saat ini memperlihatkan pola penyakit pada semua golongan umur telah mulai didominasi oleh penyakit-penyakit degeneratif, terutama penyakit yang disebabkan oleh kecelakaan, neoplasma, kardiovaskuler dan Diabetes Mellitus. Sedangkan Profil Kesehatan Provinsi DIY Tahun 2013 dampak peningkatan volume kendaraan dan perilaku pengendara juga terjadi pada tingkat risiko kecelakaan yang semakin tinggi.

Direktorat Lalu Lintas Provinsi DIY mencatat 2.237 kali kejadian KLL pada bulan Januari-Agustus 2014. Kejadian tersebut tersebar di lima Kepolisian Resor Kota (Polresta), yakni Polresta Yogyakarta sebanyak 290 kejadian, Polresta Bantul sebanyak 807 kejadian, Polresta Kulon Progo sebanyak 279 kejadian, Polresta Gunung Kidul sebanyak 247 kejadian, dan Polresta Sleman sebanyak 614 kejadian.

Laporan Status Lingkungan Hidup Daerah (SLHD) DIY tahun 2013 tercatat dari tahun 2010 sampai 2012 jumlah kendaraan yang mempunyai plat DIY meningkat, dapat berakibat pada meningkatnya angka kecelakaan. Jumlah kendaraan di Kabupaten Sleman paling tinggi diantara

Kabupaten lain di DIY. Menurut SLHD Kabupaten Sleman tahun 2013 terdaftar sebanyak 547.954 buah kendaraan bermotor dimana 459.270 buah merupakan sepeda motor. Sedangkan dalam SLHD Kabupaten Bantul hanya 41.945 buah kendaraan bermotor dimana 36.558 buah merupakan sepeda motor.

Pada KMK No 377 Tahun 2007 terdapat kompetensi perekam medis mengenai pengolahan data menjadi informasi kesehatan yaitu manajemen rekam medis dan informasi kesehatan. Perekam medis mampu mengelola rekam medis dan informasi kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan medis, administrasi dan kebutuhan informasi kesehatan sebagai bahan pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Dan kompetensi lain seperti statistik kesehatan dimana perekam medis mampu menggunakan statistik kesehatan untuk menghasilkan informasi dan perkiraan (*forecasting*) yang bermutu sebagai dasar perencanaan dan pengambilan keputusan di bidang pelayanan kesehatan. Perekam medis harus memastikan kelengkapan data sebelum diolah dan menyajikan informasi kesehatan dimana salah satunya adalah data *external causes*.

Dari pengalaman praktek kerja lapangan (2014-2015) dan kerja pengabdian (2015) peneliti menjumpai bahwa pendokumentasian data *external causes* di Rumah Sakit dan Puskesmas sangat minim. Pengolahan datanya menjadi informasi kesehatan juga minim, di Rumah Sakit hanya untuk membuat laporan RL. Ketidaklengkapan pengisian *external causes* di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) ditemukan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta berdasarkan penelitian Putra (2013) dimana 1933 pasien gawat darurat kasus KLL tahun 2011 belum diimbangi dengan pendokumentasian yang lengkap dan pelaksanaan input data *external causes* pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) belum baik. Data *external causes* KLL yang lengkap dibutuhkan dalam urusan penjaminan lembaga asuransi seperti PT Jasa Raharja. Ketidaklengkapan menyebabkan klaim tidak dapat diproses.

Data yang lengkap umumnya ada pada lembaga asuransi.

Menurut Pardede dan Warnars (2010) Sistem Informasi Geografis (SIG) sangat berguna membantu pengambilan keputusan sebab mampu mengelola dan menganalisis data parsial dan tekstual. Sehingga informasi yang dihasilkan tidak hanya tekstual atau deskriptif tapi dapat diketahui informasi lokasinya. Pada penelitian Yunawati (2015) di Dinas Kesehatan DIY telah dapat dibangun SIG dengan *software* ArcGIS untuk pengolahan data surveillans penderita HIV/AIDS yang menampilkan peta persebaran HIV/AIDS berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, faktor resiko, dan hubungan antara ketiga indikator. Pembangunan SIG dengan *software* ArcGIS 10.1 tersebut dapat memvisualisasikan data surveillans penderita HIV/AIDS menjadi lebih informatif. Setelah dilakukan pembangunan SIG ArcGIS 10.1 ini petugas dapat mengolah data menjadi informasi yang diperlukan manajer dan memudahkan manajer dalam pengambilan keputusan.

Berdasarkan studi pendahuluan pada 17 Desember 2015 di PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY, terdapat data *external causes* KLL yang lengkap dari Laporan Polisi (LP). Petugas hubungan masyarakat menyatakan bahwa pengolahan data kecelakaan hanya sebatas diinput ke sistem informasi dan adanya kepentingan untuk klaim. Sedangkan pengolahan datanya belum menggunakan SIG.

Manfaat penelitian ini bagi PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY adalah mengaplikasikan pemetaan kejadian kecelakaan lalu lintas dengan menggunakan *software* ArcGIS 10.1 dan menggunakan pemetaan kejadian KLL untuk pengambilan keputusan.

## METODE

Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian kualitatif deskriptif dan desain penelitian fenomenologis. Subjek penelitian ini adalah petugas Ajun Arsiparis, Pelaksana Administrasi (PA) Pelayanan Klaim, dan Kepala Unit

Operasional PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY. Objeknya adalah lembar dalam berkas santunan yang berisi data *external causes* KLL yang terjadi pada Juli-Desember 2015 di Kabupaten Sleman Yogyakarta. Jumlah berkas santunan adalah 341 berkas.

Teknik pengambilan data menggunakan studi dokumentasi, observasi, dan wawancara. Pelaksanaan dalam analisis data antara lain reduksi data, penyajian data, dan verifikasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Data *external causes* berasal dari berkas santunan pada lembar Laporan Polisi (LP), 'Keterangan Kesehatan Korban Akibat Kecelakaan' atau SKM, 'Keterangan Singkat Kejadian Kecelakaan', dan 'Formulir Pengajuan Santunan'. Dari studi dokumentasi, observasi, dan wawancara diketahui manfaat data *external causes* antara lain *entry* data dalam aplikasi pelayanan "DASIJR", pembuatan data/statistik, acuan dalam penjaminan, dan acuan dalam pencegahan kecelakaan lalu lintas.

*Entry* data ke dalam aplikasi pelayanan "DASIJR" ini sesuai dengan Kristanto (2007) yang menyatakan sebuah sistem informasi adalah kumpulan perangkat keras dan perangkat lunak komputer serta perangkat manusia yang akan mengolah data dengan menggunakan perangkat keras dan perangkat lunak tersebut. Data yang diinput ke dalam sistem informasi dapat berupa formulir-formulir, prosedur-prosedur, dan bentuk data lain.

Pembuatan data/statistik yang dilakukan adalah pembuatan laporan bulanan (LB) berupa tabel. Hal ini sesuai dengan Ika (2000) yang menyatakan data yang diolah menjadi bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi yang menerima. Data merupakan sesuatu yang nyata atau setengah nyata yang dapat mengurangi derajat ketidakpastian tentang suatu keadaan atau kejadian.

Acuan dalam penjaminan yaitu data dari kepolisian dan fasyankes langsung ada tindak lanjut dari PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY untuk mengecek ke fasyankes. Kemudian

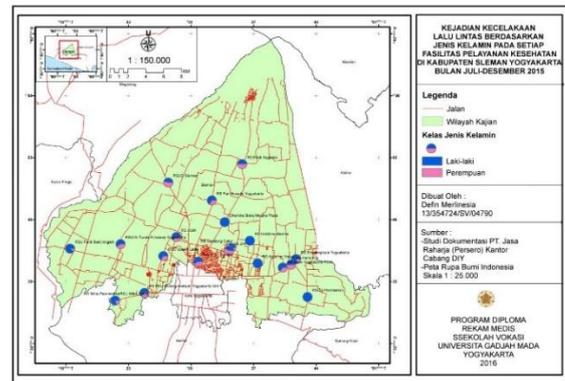
ditentukan korban terjamin atau tidak, jika terjamin dibuatkan *guarantee letter* atau surat jaminan sehingga biaya perawatan ditanggung PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY sesuai ketentuan. Hal ini sesuai dengan Huffman (1994) yang menyatakan rekam medis (*data external causes*) mempunyai manfaat dalam penggantian biaya. Sebagai bukti klaim asuransi bagi fasyankes dan pasien dan semakin diandalkan untuk membuktikan klaim yang ditagih kepada pihak ketiga. Fasyankes menggunakan data dari rekam medis untuk melaporkan diagnosa atau alasan pengobatan dan tindakan supaya tagihan biaya dapat diajukan dengan benar.

Acuan dalam pencegahan KLL yaitu PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY bekerjasama dengan kepolisian untuk mengetahui daerah rawan kecelakaan kemudian melaksanakan pencegahan KLL seperti mengadakan sarana prasarana dan program. Hal ini sesuai dengan Isfandari (2009) yang menyatakan penyediaan informasi sebagai input untuk mengembangkan pencegahan yang tepat untuk memfasilitasi pada kasus orang dengan disabilitas agar dapat berfungsi optimal. Dan sesuai dengan Savedoff dan Smith (2006) statistik pelayanan kesehatan merupakan hal pokok untuk manajemen pelayanan kesehatan publik, mengidentifikasi tren kesehatan, dan mengalokasikan sumber daya secara efisien.

Untuk pemetaan, peneliti membuat beberapa macam peta kejadian KLL di Kabupaten Sleman Yogyakarta antara lain:

1. Peta Berdasarkan Jenis Kelamin

Peta dibawah ini dibuat berdasarkan klasifikasi jenis kelamin yaitu laki-laki dan perempuan dengan bentuk penyajian diagram lingkaran. Rata-rata keseluruhan fasyankes menangani korban laki-laki lebih banyak daripada perempuan.



Gambar 1. Peta Kejadian Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan Jenis Kelamin pada Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sleman Yogyakarta Bulan Juli-Desember 2015

2. Peta Berdasarkan Lokasi Kecelakaan Lalu Lintas dan Lokasi Fasyankes

Peta dibawah ini berupa lokasi terjadinya KLL dan lokasi fasyankes di Kabupaten Sleman yang menanganinya. Terdapat 99 lokasi berupa jalan dimana pada peta diatas ditunjukkan jumlah korban yang ada pada lokasi tersebut. Fasyankes berjumlah dua puluh buah. Pada lokasi kecelakaan terdapat informasi jumlah korban kecelakaan di lokasi jalan tersebut, terdapat tiga jalan yang cukup banyak terjadi KLL yaitu jumlah korbannya 36, 34, dan 26 orang.

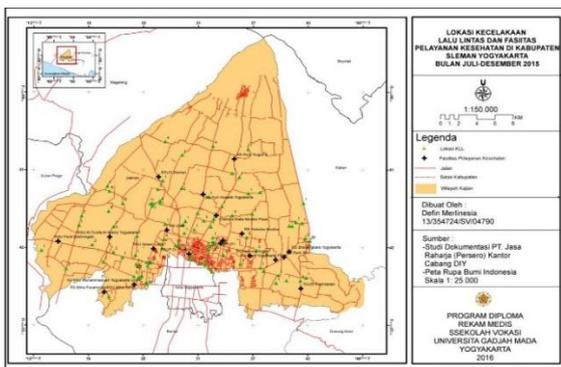
3. Peta Berdasarkan Jenis Kendaraan

Peta dibawah ini dibuat berdasarkan klasifikasi jenis kendaraan yang terdapat 11 macam dari Buku ICD-10. Jenis kendaraan disajikan dengan diagram batang atau *bar chart*.

Dapat diketahui misalnya korban yang ditangani di RSUD Sleman paling banyak statusnya kecelakaan pengguna motor dengan pengguna kendaraan roda 2 atau 3.

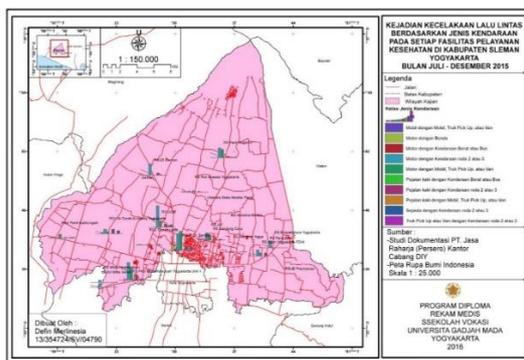
4. Peta Berdasarkan Kecamatan

Peta dibawah ini dibuat berdasarkan daerah yaitu kecamatan di Kabupaten Sleman yang terdiri dari 17 Kecamatan (Daftar Nama Padukuhan Se-Kabupaten Sleman Berdasarkan Keputusan Bupati Sleman No.35/Kep.KDH/2001). Penyajian peta tersebut menggunakan fasilitas pada ArcGIS 10.1 yaitu *quantities-graduated colors* dimana klasifikasi jumlah korban tersebut secara *natural breaks* dan otomatis tergantung berapa jumlah klasifikasi yang ditentukan.

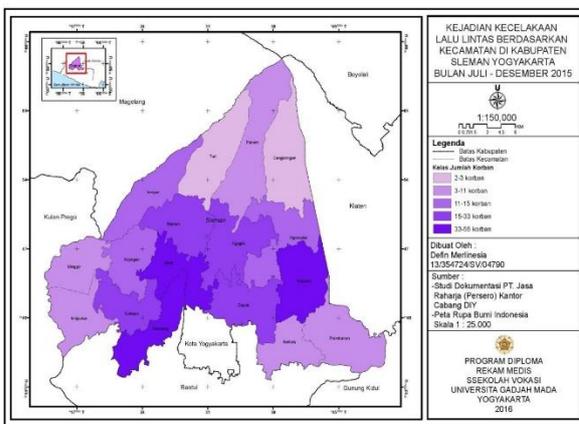


**Gambar 2. Peta Lokasi Kecelakaan Lalu Lintas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sleman Yogyakarta Bulan Juli-Desember 2015**

Dapat dilihat gradasi warna yang menunjukkan tingkat banyaknya korban yang mengalami kecelakaan lalu lintas pada kecamatan tersebut. Paling banyak kecelakaan lalu lintas terjadi di Kecamatan Gamping, Mlati, dan Kalasan.



**Gambar 3. Peta Kejadian Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan Jenis Kendaraan pada Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Sleman Yogyakarta Bulan Juli-Desember 2015**



**Gambar 4. Peta Kejadian Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan Kecamatan di Kabupaten Sleman Yogyakarta Bulan Juli-Desember 2015**

Tanggapan petugas adanya pemetaan KLL dari segi ketertarikan

dan kegunaan yaitu bagus dan berguna. Dari segi kegunaan, terdapat berbagai kegunaan yaitu mengetahui lokasi terjadinya KLL, daerah rawan KLL, fasyankes yang menangani, dan sebagai dasar dalam melakukan pencegahan KLL.

Kegunaan dalam pencegahan adalah perencanaan fasilitas yang menunjang pencegahan KLL sehingga angka kejadian dapat ditekan. Selain itu, dapat diketahui mana fasyankes yang paling banyak menangani korban. PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY belum melakukan penyajian informasi kejadian KLL dengan pemetaan. Terdapat kemungkinan untuk penerapan pemetaan dengan *software* ArcGIS ini namun memerlukan waktu dan petugas yang belum mempunyai kemampuan menggunakannya. Alternatifnya dengan bekerjasama dengan pihak akademik (perguruan tinggi) untuk membuat pemetaan kejadian KLL.

ArcGIS perlu diterapkan, sesuai dengan Savedoff dan Smith (2006) bahwa pentingnya mengumpulkan, memproses, dan menggunakan data dalam usaha meningkatkan kesehatan tidak dapat dipungkiri. Sebagian besar progres dalam memperbesar dan meningkatkan kualitas kehidupan dikarenakan progres teknis, termasuk kemajuan pengetahuan mengenai penyakit dan ketepatan biaya serta hasil yang efektif. Untuk memperluas generasi dan penerapan informasi serta pengetahuan dapat difasilitasi dan menjadi lebih sistematis, progres percepatan berguna meningkatkan kesehatan dan memungkinkan berkurangnya kesenjangan kesehatan. Salah satu fasilitas untuk penyajian informasi kejadian KLL adalah SIG.

SIG bersifat menarik, interaktif, dan menantang dalam usaha untuk peningkatan pemahaman, pembelajaran, dan pendidikan mengenai ide atau konsep ruang, lokasi, kependudukan, dan unsur geografis yang terdapat di atas permukaan bumi (Prahasta, 2014). Pemahaman akan mengarah kepada pengambilan

keputusan, menurut Elly (2009) SIG berperan sebagai alat yang sangat penting dalam pengambilan keputusan karena dapat memberikan informasi pada pengambil keputusan untuk analisis dan penerapan database keruangan.

Environmental Systems Research Institute (ESRI) sebagai provider teknologi SIG di dunia terus melakukan riset dalam pengembangan teknologi yang *applicable* dan memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi pemerintahan dan instansi terkait. Hal ini berguna untuk menunjang kinerja pemerintah dalam pengambilan keputusan dan menghasilkan kebijakan yang bermanfaat bagi masyarakat. PT Jasa Raharja (Persero) sebagai Badan Usaha Milik Negara (BUMN) juga berperan penting sebagai pengambil kebijakan dan pelayanan harus ditunjang dengan meningkatkan pemanfaatan teknologi. Pada situs PT Jasa Raharja Direktur Utama PT Jasa Raharja menyatakan pada tahun 2015 PT Jasa Raharja berusaha meningkatkan pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi berupa *host to host* data korban KLL antara Jasa Raharja dengan Rumah Sakit.

Jika penggunaan ArcGIS diterapkan baik di PT Jasa Raharja (Persero) daerah maupun pusat akan cocok dan dapat dilakukan. PT Jasa Raharja (Persero) pusat lebih bagus teknologinya. Penerapan pemetaan dengan ArcGIS sangat mungkin dilakukan dari tingkat pusat. Berdasarkan 'Program Pengembangan Sistem Informasi Geografis (SIG) Pemerintahan Daerah: Menuju Percepatan Pembentukan Simpul Jaringan NSDI (Amanat Undang-Undang No.4/2011)' terdapat tahapan program penggunaan teknologi ArcGIS.

Tiga tahapan program yang ditawarkan ESRI Indonesia untuk mendukung Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota dalam penggunaan Teknologi ArcGIS terdiri dari:

1. Analisa Kebutuhan (*Baseline Survey*)
2. Tahap Implementasi Program
  - a. Instalasi dan Pelatihan  
Diperlukan pengadaan perangkat Sistem Informasi Geografis juga dilengkapi dengan setup, instalasi, dan konfigurasi system. Selain itu diadakan kegiatan pengembangan kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM) berupa pelatihan teknis (*Training of Trainers*) dan workshop.
  - b. Indonesia *User Conference*  
Merupakan agenda tahunan yang diadakan oleh PT ESRI Indonesia bertujuan untuk meningkatkan peran SIG dalam pembangunan nasional Indonesia.
3. Diseminasi (Strategi Keberlanjutan Program)  
PT ESRI Indonesia sebagai pemrakarsa program bekerjasama dengan Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota telah menetapkan rencana strategi untuk memastikan keberlanjutan program.  
Menurut Aziz dan Pujiono (2006) lingkup pekerjaan dalam representasi SIG antara lain:
  1. *Input* (pemasukan)  
Pada tahap ini dilakukan konversi dahulu kedalam format digital yang sesuai. Proses konversi tersebut dikenal dengan proses digitasi (*digitizing*);
  2. *Manipulation*  
Manipulasi data adalah proses *editing* data yang telah diinput, berguna untuk menyesuaikan tipe dan jenis data supaya sesuai dengan sistem yang dibuat. Seperti perubahan proyeksi, penyesuaian skala peta, agregasi data dan generalisasi;
  3. Proses  
Proses yang dimaksud merupakan semua kegiatan pengolahan dan penyimpanan data ke dalam *database* (basis data);

4. *Query*

Kemampuan paling mendasar dari SIG adalah untuk menjawab berbagai pertanyaan yang lazim dikemukakan oleh para eksekutif dalam rangka menghadapi fenomena, masalah, peristiwa, atau cara bertindak, meliputi pertanyaan: apa, siapa, bilamana, dimana, dan berapa. Seluruh pertanyaan tersebut dapat terjawab dengan menggunakan peta atau lokasi penyebaran geografis serta keterangan yang diminta. Adapun untuk menjawab pertanyaan bagaimana dan mengapa, akan didapat dari proses pengolahan dan hasil analisis program SIG;

5. Analisis

Secara general, SIG terdapat dua jenis fungsi analisis yaitu fungsi analisis spasial dan fungsi analisis atribut. Fungsi analisis spasial adalah operasi yang dilakukan pada data spasial. Data spasial adalah data yang berhubungan dengan ruang/bersifat keruangan. Contoh pada fungsi analisis spasial adalah *classification* (mengklasifikasikan ketinggian suatu obyek), *Network* (merujuk pada titik atau garis sebagai satu kesatuan jaringan yang tak terpisahkan), *overlay* (fungsi analisis untuk setiap *layer*, untuk menghasilkan data spasial yang baru dari beberapa data spasial yang ada), dan masih banyak lagi. Fungsi analisis atribut adalah fungsi pengolahan data atribut, yaitu yang tidak berhubungan dengan ruang. Contohnya adalah pada pengolahan database (membaca, menulis, menyimpan data) juga pada perluasan operasi database; dan

6. *Visualization*

*Output* dari SIG adalah penyajian data dalam sebuah peta yang dilengkapi dengan atribut peta dan atribut data lainnya.

Menurut Susilo (2016) terkait kendala untuk menerapkan dari segi

Sumber Daya Manusia (SDM) dapat dilakukan dengan pelatihan. SDM adalah modal dasar pembangunan nasional maka kualitasnya harus dikembangkan dan diarahkan supaya dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Untuk mewujudkan visi dan misi maka organisasi dapat memanfaatkan SDM seoptimal mungkin agar memberikan *added value*. Salah satu metode pengembangan SDM yaitu dengan meningkatkan kompetensi individu yang bisa melalui perencanaan dan pengembangan SDM. Menurut Sirait (2006) pengembangan SDM meliputi pelatihan (*training*) guna meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan pekerjaan tertentu dan pendidikan guna meningkatkan pengetahuan umum dan pemahaman atas keseluruhan lingkungan. Dalam penerapan pemetaan dengan ArcGIS, juga perlu didukung adanya Tupoksi (Tugas Pokok dan Fungsi) dan SOP. Dalam Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan Permenpan tahun 2012, pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas organisasi, bagaimana dan kapan harus dilakukan, dimana dan oleh siapa dilakukan. SOP bersifat mengikat yaitu harus mengikat pelaksana dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan prosedur standar yang telah ditetapkan. Penerapan SOP pada unit kerja mempunyai peran strategis dan yang sangat unggul. Hal ini dikarenakan memberikan dampak peningkatan efisiensi pada tiap proses kerja. Itu sebabnya SOP sangat direkomendasikan (Budihardjo, 2014). Tugas adalah salah satu elemen penting pada suatu organisasi. Agar terwujud pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien, tugas-tugas yang ada harus dirancang dengan benar dan dijabarkan dengan jelas. Pelaksanaan tugas-tugas tersebut berdasar atas tugas pokok dan fungsi

(Tupoksi) organisasi. Tingkat kejadian KLL diketahui dari pengolahan data KLL yang terjadi pada tahun 2015 dari bulan Juli sampai Desember di Kabupaten Sleman Yogyakarta. Peneliti mengolah data tersebut ke dalam Microsoft Excel 2007, diketahui bahwa terdapat 341 kejadian KLL selama bulan Juli-Desember 2015. Berikut ini prosentase tingkat kejadiannya:

**Tabel 1. Prosentase Kejadian Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan Fasyankes di Kabupaten Sleman Yogyakarta Bulan Juli – Desember 2015**

	Fasyankes	Jumlah	%
1	Chandra Brata Medika Plaza	1	0.29
2	RS Bhayangkara Yogyakarta	9	2.64
3	RS Condong Catur	3	0.88
4	RS Hermina Yogya	1	0.29
5	RS Islam Yogyakarta PDHI	17	4.99
6	RS JIH	19	5.57
7	RS Panti Nugroho	26	7.62
8	RS Panti Rini	31	9.09
9	RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II	49	14.37
10	RS Puri Husada Yogyakarta	3	0.88
11	RS Holistika Medika	1	0.29
12	RS UGM	44	12.90
13	RSU At-Turots Al-Islamy Yogyakarta	20	5.87
14	RS Mitra Paramedika	3	0.88
15	RSU Mitra Sehat	5	1.47
16	RSU Panti Baktiningsih	9	2.64
17	RSU Queen Latifa	3	0.88
18	RSUD Prambanan	4	1.17
19	RSUD Sleman	26	7.62
20	RSUP Dr. Sardjito	67	19.65
	<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

**Sumber: PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY**

Selama bulan Juli-Desember 2015, sebanyak 341 kejadian KLL terjadi di Kabupaten Sleman ditangani oleh dua puluh fasyankes. Fasyankes yang menangani korban KLL paling banyak adalah RSUP Dr. Sardjito yaitu 67 orang korban dengan prosentase 19,65 %. Terdapat tiga fasyankes yang menangani satu orang korban saja (paling sedikit) dengan prosentase 0,29 % yaitu Chandra

Brata Medika Plaza, RS Hermina Yogya, dan RS Holistika Medika.

**Tabel 2. Prosentase Kejadian Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan Kecamatan di Kabupaten Sleman Yogyakarta Bulan Juli-Desember 2015**

NO	KECAMATAN	JUMLAH	%
1	Berbah	10	2,93
2	Cangkringan	3	0,88
3	Depok	33	9,68
4	Gamping	55	16,13
5	Godean	27	7,92
6	Kalasan	42	12,32
7	Minggir	7	2,05
8	Mlati	41	12,02
9	Moyudan	11	3,23
10	Ngaglik	23	6,74
11	Ngemplak	15	4,40
12	Pakem	10	2,93
13	Prambanan	10	2,93
14	Seyegan	13	3,81
15	Sleman	27	7,92
16	Tempel	12	3,52
17	Turi	2	0,59
	<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>100</b>

**Sumber: PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY**

Dari seluruh kecamatan, kejadian KLL tertinggi terjadi di Kecamatan Gamping sebesar 55 kejadian dengan prosentase 16,13 %. Sedangkan kejadian KLL di Kecamatan Turi adalah terendah sebesar 2 kejadian dengan prosentase 0,59 %. Berdasarkan data Direktorat Lalu Lintas Provinsi DIY, jumlah KLL paling banyak kedua di Kabupaten Sleman. Jumlah kendaraan Kabupaten Sleman paling tinggi diantara Kabupaten lain di DIY. Laporan Status Lingkungan Hidup Daerah (SLHD) tahun 2013 tercatat dari tahun 2010-2012 jumlah kendaraan yang mempunyai plat DIY meningkat, dapat berakibat meningkatnya angka kecelakaan. Sebanyak 341 kejadian selama enam bulan pada tahun 2015 tergolong lebih rendah dibandingkan 614 kejadian selama delapan bulan pada tahun 2014. Jika dirata-rata maka setiap bulan di tahun 2015 hampir terjadi 57 kejadian sedangkan setiap bulan di tahun 2014 hampir terjadi 77 kejadian.

Hal ini berarti KLL di Kabupaten Sleman cenderung menurun.

**Tabel 3. Prosentase Kejadian Kecelakaan Lalu Lintas Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Sleman Yogyakarta Bulan Juli-Desember 2015**

NO	JENIS KELAMIN	JUMLAH	%
1	Laki - laki	201	58,94
2	Perempuan	140	41,06
TOTAL		341	100

Sumber: PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY

KLL di Kabupaten Sleman selama Juli-Desember 2015 menimbulkan korban jiwa laki-laki lebih banyak yaitu 201 jiwa dibandingkan dengan korban jiwa perempuan yaitu 140 jiwa. Hal ini sesuai dengan penelitian Ayuso et al (2016) yang menunjukkan bahwa laki-laki memiliki pola berkendara yang lebih berisiko daripada perempuan. Maka berpengaruh pada kecelakaan sering dialami laki-laki.

## PENUTUP

Kesimpulan dari penelitian ini adalah:

1. Dilakukan pengembangan manfaat data *external causes* KLL di PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY dengan cara petugas Ajun Arsiparis dan PA Pelayanan Klaim menggunakan data tersebut untuk pemetaan kejadian kecelakaan lalu lintas dengan bantuan *software* ArcGIS.
2. Penggunaan *software* ArcGIS sebaiknya diterapkan untuk pengolahan data KLL oleh petugas Ajun Arsiparis dan PA Pelayanan Klaim PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY.
  - a. Penerapan pemetaan dengan *software* ArcGIS sebaiknya dibina dari PT Jasa Raharja pusat.
  - b. PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY mengadakan pelatihan pemetaan dengan *software* ArcGIS kepada petugas Ajun Arsiparis dan PA Pelayanan Klaim.
  - c. Kepala Unit Operasional membuat SOP dan menambahkan tugas pemetaan dengan ArcGIS pada 'Uraian Pekerjaan dan Persyaratan Jabatan (Deskripsi Jabatan)' petugas Ajun Arsiparis dan PA Pelayanan Klaim.

d. PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah Provinsi DIY dan ESRI Indonesia yang mempunyai program untuk mendukung Pemerintah Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota dalam penggunaan teknologi ArcGIS serta memperhatikan lingkup pekerjaan representasi SIG (*input, manipulation, proses, query, analisis, dan visualization*).

3. Sebaiknya PT Jasa Raharja (Persero) Kantor Cabang DIY mempertahankan dan menekan kejadian KLL agar semakin turun. Perlu dikaji penyebab lebih banyaknya angka kecelakaan yang dialami laki-laki dan hal-hal yang menunjang penurunan kejadian KLL agar bisa diterapkan di kabupaten lain di Provinsi DIY.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ayuso, M., M. Guillen, dan A.M.P. Marin. (2016). *Transportation Research Part C: Using GPS Data to Analyse the Distance Travelled to the First Accident at Fault in Pay-As-You-Drive Insurance*. 68 (2016): 160-167.
- Aziz, dan Pujiono. (2006). *Sistem Informasi Geografis Berbasis Desktop dan Web*. Yogyakarta: Gava Media.
- Badan Lingkungan Hidup Daerah Istimewa Yogyakarta. *Laporan Status Lingkungan Hidup Daerah (SLHD) Tahun 2013*. Yogyakarta.
- Badan Lingkungan Hidup Daerah Istimewa Yogyakarta. *Laporan Status Lingkungan Hidup Daerah (SLHD) Kabupaten Bantul Tahun 2013*. Yogyakarta.
- Badan Lingkungan Hidup Daerah Istimewa Yogyakarta. *Laporan Status Lingkungan Hidup Daerah (SLHD) Kabupaten Sleman Tahun 2013*. Yogyakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi DIY. (2012). *Profil Kesehatan Provinsi DIY Tahun 2012*. Yogyakarta: Dinkes Provinsi DIY. Diakses melalui <http://dinkes.slemankab.go.id/profil-dinas-kesehatan-kabupaten-sleman> pada 16 Mei 2016 pukul 11.30 WIB.
- Elly, M.J. (2009). *Sistem Informasi Geografi: Menggunakan Aplikasi ArcView 3.2 dan ERMapper 6.4*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Huffman, E. (1994). *Health Information Management*. Berwyn, Illinois: Phiscian's Record Company.
- Ika, S. (2000). *Analisa Sistem*. Diakses melalui <http://kuliah.dinus.ac.id/ika/asi.html> pada 20 Juni 2016 pukul 12.53 WIB.
- Isfandari, S. (2009). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan: Manfaat Data Disabilitas Rikerdas Bagi Perencanaan Kesehatan di Indonesia*. 12 (3): 268-274.
- Kementerian Perhubungan RI. (2011). Rencana Umum Nasional Keselamatan (RUNK) Jalan 2011-2035. Jakarta.
- Kristanto, A. (2007). *Perancangan Sistem Informasi dan Aplikasinya*. Klaten: Gava Media.
- Pardede dan Warnars. (2010). *Pemanfaatan Teknologi Sistem Informasi Geografis untuk Menunjang Pembangunan Daerah*. Jakarta: Universitas Budi Luhur.
- Pemerintah Kabupaten Sleman. (2001). *Daftar Nama Padukuhan Se-Kabupaten Sleman Berdasarkan Keputusan Bupati Sleman No.35/Kep.KDH/2001*. 2001. Diakses melalui <http://www.slemankab.go.id/wilayah-administratif> pada 17 Juni 2016 pukul 12.25 WIB.
- Prahasta, E. (2014). *Sistem Informasi Geografis (Konsep-Konsep Dasar Perspektif Geodesi & Geomatika)*. Bandung: Informatika.
- PT Jasa Raharja (Persero). (2014). *Pesan Direktur Utama*. Diakses melalui <http://www.jasaraharja.co.id/tentang-kami/pesan-direktur-utama> pada 16 Mei 2016 pukul 10.00 WIB.
- Putra, R.H.B. (2014). Kajian Kelengkapan Data *External Causes* pada SIMRS Gawat Darurat Pasien Kasus Kecelakaan Lalu Lintas untuk Pembuatan Laporan RL 4b (Penyebab Cedera) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Tugas Akhir*. Fakultas Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Savedoff, W.D., dan Anne-Marie Smith. (2006). *Priorities in Health*. Washington DC: The World Bank.
- Sirait, J.T. (2006). *Memahami Aspek-Aspek Pengelolaan Sumber Daya Manusia dalam Organisasi*. Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia. pada 10 Juni 2016 pukul 14.21 WIB.
- Susilo, H. (2016). Konsep dan Peran Perencanaan Pengembangan Sumber Daya Manusia. Diakses melalui <http://herususilofia.lecture.ub.ac.id> pada 15 Juni 2016 pukul 09.30 WIB.
- Yunawati, N.P.L. (2015). *Membangun Sistem Informasi Geografis Pengolahan Data Surveillans HIV/AIDS dengan Menggunakan ArcGIS di Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta*. Tugas Akhir. Fakultas Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

## Pengembangan *Input* Sistem Informasi Kesehatan Ibu dan Anak Berbasis Web di RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta

Julia Dian Pratiwi<sup>1</sup>, Nur Rokhman<sup>2</sup>

Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada<sup>1,2</sup>

julia.dian.p@mail.ugm.ac.id<sup>1</sup>, nurrokhman@ymail.com<sup>2</sup>

### Abstrak

**Latar Belakang:** Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan alat yang digunakan untuk mencatat segala pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dan anak sejak ibu hamil, melahirkan, masa nifas, sampai anak berusia lima tahun dengan lengkap. Masih ditemui ibu-ibu hamil enggan membawa buku KIA, terkadang lupa membawa buku KIA ketika kontrol rutin, bahkan buku KIA yang dimilikinya pun hilang. Hal tersebut menyebabkan riwayat pencatatan pasien menjadi hilang. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dimungkinkan menjadi tidak berkesinambungan dengan riwayat yang dimiliki pasien sebelumnya. Oleh karena itu, diperlukan sistem informasi agar mempermudah dalam pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta pihak rumah sakit memiliki *back up* data pasien.

**Tujuan:** Tujuan pada perancangan yaitu membuat input sistem informasi kesehatan ibu dan anak berbasis web di RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta.

**Metode:** Perancangan dilakukan menggunakan notepad++ dengan bantuan *framework* bootstrap untuk merancang antarmuka, *framework* codeigniter untuk koneksi dengan basis data, serta MySQL untuk membuat basis data.

**Hasil:** Hasil yang diperoleh adalah *input* dari sistem informasi kesehatan ibu dan anak. *Input* sistem terdiri dari menu pendaftaran pasien baru, catatan kehamilan, rencana persalinan, catatan kelahiran, catatan nifas, catatan pemeriksaan anak, catatan imunisasi, dan catatan pemberian vitamin A.

**Kesimpulan:** Perancang telah membuat input sistem informasi kesehatan ibu dan anak di RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta.

**Kata kunci:** sistem informasi, input, kesehatan ibu dan anak, rekam medis

### Abstract

**Background:** "Buku KIA" is instrument used to record all health services given to mothers and children since mothers being pregnant, giving birth, having puerperium, until the child is five-year-old completely. There are still exists pregnant woman declined to use "Buku KIA", sometime forget to bring it when do routine control, and moreover the book has been missing. Because of that, medical record of the patient is missing. The services that given by health workers probably is not continuity with the previous services. Because of that the hospital needed an information system to ease recording the service of maternal and child health and also the hospital have a backup data of the patient.

**Objective:** The objective is to make an input system on maternal and child health information system web based in RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta.

**Methods:** The design is carried out using notepad++ with the help of bootstrap framework to design interface, codeigniter framework for connections with database, and MySQL to make database.

**Results:** The result is an input system of maternal and child health information system. The systems consist of some menus such as new patient registration, pregnancy notes, childbirth plan, birth notes, puerperium notes, notes of children checkup, immunization notes, and notes of vitamin A giving.

**Conclusion:** The designer has built an input system of maternal and child health information systems in RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta.

**Keyword:** information system, input, maternal and child health, medical record

## PENDAHULUAN

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 284 tahun 2004 tentang Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), menyatakan bahwa buku KIA merupakan alat yang digunakan untuk mencatat segala pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dan anak sejak ibu hamil, melahirkan, masa nifas, sampai anak berusia lima tahun secara lengkap. Buku KIA juga dijadikan sebagai pedoman dalam memberikan informasi yang dibutuhkan bagi ibu dan anak sejak ibu hamil, melahirkan, masa nifas, sampai anak berusia lima tahun pula. Serta buku KIA merupakan alat komunikasi antara ibu dan anak dengan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan, sehingga pelayanan dapat diberikan secara berkesinambungan serta menghindari adanya faktor resiko yang membahayakan ibu maupun anak.

Buku KIA sangatlah penting, tidak hanya terkait pencatatan pelayanan kesehatan serta informasi-informasi terkait ibu dan anak. Buku KIA pun memuat catatan mengenai keterangan lahir dan catatan imunisasi anak yang sangat penting bagi anak. Hal tersebut dikarenakan menurut Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 34 tahun 2014 tentang Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak, menjelaskan bahwa buku KIA berfungsi sebagai syarat administrasi dalam pengurusan akta kelahiran dengan melampirkan catatan mengenai keterangan lahir anak. Serta catatan imunisasi anak yang terdapat di dalam buku KIA, berfungsi sebagai syarat administrasi bagi anak ketika anak hendak masuk sekolah dasar di wilayah Yogyakarta.

Walaupun begitu pentingnya buku KIA bagi ibu dan anak, akan tetapi fakta dilapangan masih ditemui ibu-ibu hamil enggan membawa buku KIA, terkadang lupa membawa ketika kontrol rutin, bahkan buku KIA yang dimilikinya pun hilang. Hal tersebut membuat riwayat pencatatan yang dimiliki ibu maupun anak menjadi hilang. Tindakan yang diberikan oleh tenaga kesehatan pun dimungkinkan terdapat ketidaksinambungan dengan riwayat yang dimiliki sebelumnya. Sehingga dimungkinkan pula terdapat faktor resiko yang dapat membahayakan kesehatan ibu maupun anak. Oleh karena itu, sangat

disayangkan apabila buku KIA tersebut hilang dan informasi yang terdapat di dalamnya pun hilang.

Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (RSKIA) Bhakti Ibu Yogyakarta belum menerapkan sistem rumah sakit. Kegiatan pelayanan di RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta masih dikerjakan secara manual pada setiap bagiannya. Berdasarkan wawancara dengan petugas RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta, dirasa perlu adanya pembuatan sistem informasi rumah sakit agar mempermudah dalam melaksanakan pekerjaan.

Zaki (2007), menyatakan bahwa cara manual dianggap tidak efektif dan efisien. Sehingga dibutuhkan adanya sebuah sistem informasi agar dengan mudah menjamin ketersediaan data dan informasi yang terkait kesehatan ibu dan anak. Hal tersebut sesuai dengan Respati (2010), bahwa diperlukan sebuah sistem informasi yang dapat mengelola data-data yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak agar kualitas informasi kesehatan ibu dan anak dapat terjamin ketersediaannya.

Pembuatan sistem informasi kesehatan ibu dan anak berbasis web ini bertujuan agar pihak rumah sakit memiliki segala pencatatan terkait ibu dan anak yang tersimpan dalam basis data sistem informasi. Serta membantu pemilik buku KIA agar dapat mengakses segala pencatatan dan informasi yang terdapat di dalam buku KIA dan tersimpan dalam sistem informasi kesehatan ibu dan anak melalui jaringan internet tanpa batasan waktu dan tempat.

## METODE

Perancangan dilakukan dengan menggunakan notepad++ dan bantuan *framework* bootstrap untuk merancang antarmuka, *framework* codeigniter untuk koneksi dengan basis data, serta MySQL untuk membuat basis data

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Perancangan diawali dengan tahap identifikasi kebutuhan sistem. Identifikasi kebutuhan sistem dilakukan dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumentasi terhadap buku Kesehatan Ibu dan Anak. Adapun alur pelayanan yang ada di RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta dapat dilihat pada gambar 1.



## Pengembangan *Input* Sistem Informasi Kesehatan Ibu Dan Anak...

Diagram Alir Data (DAD) level 0 menggambarkan proses pertama dari setiap proses pengolahan data. Terdapat empat proses utama dalam sistem kesehatan ibu dan anak, yaitu proses login (1.0), proses manajemen data *user* (2.0), proses *input* data (3.0), dan proses pelaporan (4.0). Perancang hanya membahas *input* sistem kesehatan ibu dan anak, sehingga perancang tidak membahas proses pelaporan (4.0).

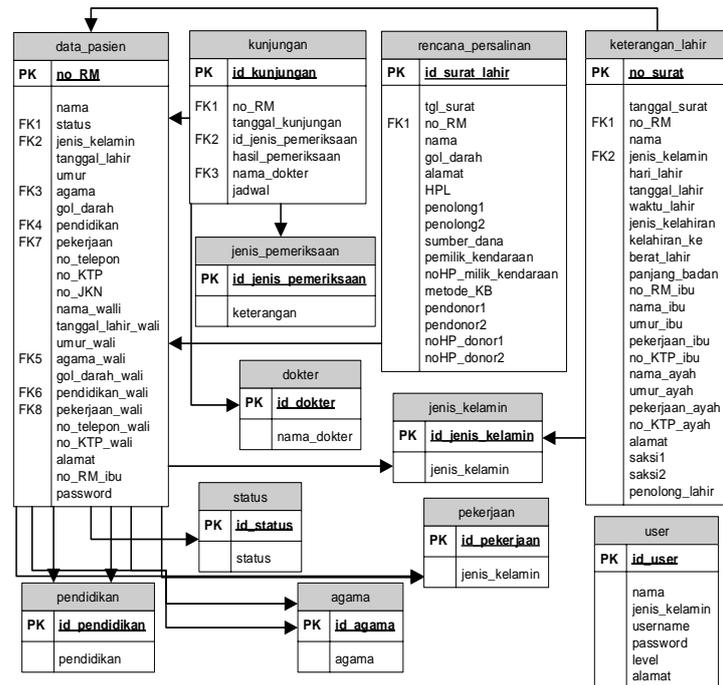
Proses login (1.0) akan menerima masukan data berupa *username* dan *password* dari entitas administrator, petugas, dan pasien. Proses login (1.0) akan melakukan pengecekan data dengan mengambil data dari tabel *user* (admin dan petugas) dan tabel data pasien. Proses manajemen data *user* (2.0) akan menerima data master *user* (admin dan petugas) dari administrator dan akan disimpan di tabel *user* (admin dan petugas). Proses manajemen data *user* (2.0) juga akan menerima data master *user* (pasien) dari entitas petugas dan akan disimpan ke dalam tabel data pasien. Proses *input* data (3.0) akan menerima data sosial dan pencatatan dari entitas petugas. Data sosial akan disimpan di tabel data pasien, sedangkan data pencatatan akan disimpan di tabel kunjungan.

Diagram Alir Data (DAD) level 1 merupakan penjabaran dari proses manajemen data *user* (2.0) dan proses *input* data (3.0). Diagram Alir Data level 2 *input* data merupakan proses yang lebih spesifik dari proses *input* data. Terdapat empat proses pada DAD level 2. Proses tersebut yaitu manajemen data *user* (admin & petugas), manajemen data *user* (pasien), *input* data sosial pasien, *input* data pencatatan ibu, dan *input* data pencatatan anak.

Tahap perancangan selanjutnya adalah membuat desain basis data. Adapun relasi antar tabel dari basis data sistem informasi kesehatan ibu dan anak dapat dilihat pada gambar 5.

Basis data sistem kesehatan ibu dan anak terdiri dari beberapa tabel. Setiap tabel memiliki kunci primer atau *Primary Key* (PK) masing-masing. Terdapat tabel master dan tabel transaksi pada relasi antar tabel basis data sistem kesehatan ibu dan anak. Tabel master yaitu tabel status, agama, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dokter, dan

jenis pemeriksaan. Tabel transaksi yaitu tabel data pasien, kunjungan, rencana persalinan, keterangan lahir, dan *user*.



**Gambar 5. Relasi Antar Tabel dari Basis Data Sistem Informasi Kesehatan Ibu dan Anak**

Berikut merupakan perwujudan rancangan menjadi sistem informasi kesehatan ibu dan anak. Uji coba dalam memasukkan data pada setiap item pada rancangan sistem ini tidak menggunakan data yang sebenarnya.

Halaman login digunakan untuk masuk ke dalam sistem sesuai dengan hak akses yang dimiliki oleh setiap pengguna. Halaman login pada sistem kesehatan ibu dan anak dapat dilihat pada gambar 6.



**Gambar 6. Tampilan Halaman Log in**

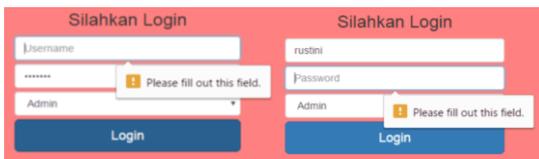
Terdapat kolom untuk mengisi *username* dan *password*, dimana *password* akan terisi dengan tanda bintang, seperti pada gambar 7.

## Pengembangan *Input* Sistem Informasi Kesehatan Ibu Dan Anak...



Gambar 7. Uji Coba Proses *Login*

Setiap kolom *username* dan *password* harus diisi. Apabila salah satu atau kedua kolom tidak terisi, maka akan muncul peringatan bahwa kolom harus diisi seperti pada gambar 8.



Gambar 8. Peringatan Kolom Tidak Terisi

Apabila *username* dan *password* tidak ditemukan oleh sistem, maka akan muncul peringatan keamanan bahwa pengguna tidak terdaftar seperti pada gambar 9.



Gambar 9. Peringatan Keamanan Pengguna tidak Terdaftar

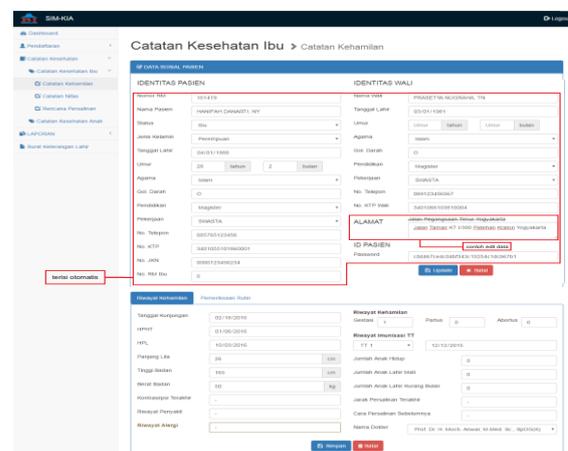
Apabila *username* dan *password* benar atau ditemukan oleh sistem, maka pengguna akan dapat mengakses sistem sesuai dengan hak akses yang dimilikinya.

Halaman *login* pada sistem kesehatan ibu dan anak ini sudah sesuai dengan Whitten dkk (2004). Menurut Whitten dkk (2004), sebelum masuk ke dalam sistem, pengguna harus diautentikasi dan diautorisasi oleh sistem terlebih dahulu. Sebagian besar login membutuhkan *user id* dan *password*, dimana *password* dicetak sebagai *asterisk* (tanda bintang). Apabila *user id* dan *password* pengguna tidak ditemukan oleh sistem, maka *security authorization*

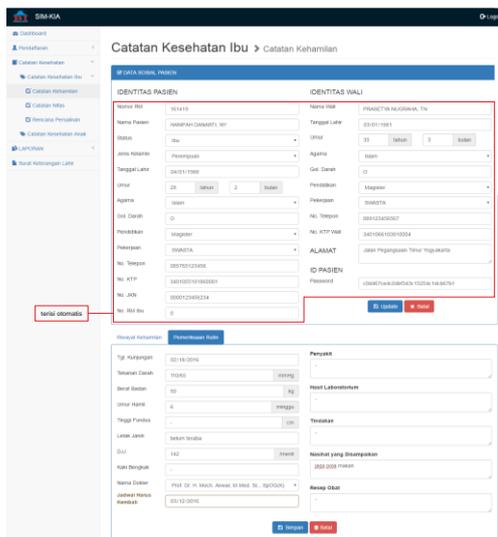
*dialogue* (peringatan keamanan) akan muncul. Apabila *user id* dan *password* pengguna ditemukan oleh sistem, maka akses pengguna dan hak layanan terhadap sistem ini harus terbuka.

Pengguna yang berhasil melakukan login akan masuk ke dalam sistem kesehatan ibu dan anak. Terdapat beberapa menu, yaitu menu dashboard, menu pendaftaran, menu catatan kesehatan yang terdiri dari catatan kesehatan ibu dan catatan kesehatan anak, menu laporan, serta menu surat keterangan lahir. Setiap menu yang terletak pada bagian sebelah kiri sistem, akan menavigasikan pengguna pada halaman yang berbeda-beda. Sebagai contohnya dapat dilihat pada halaman catatan kehamilan pada gambar 10 dan 11. Menu catatan kehamilan akan menavigasikan pengguna ke halaman catatan kehamilan.

Halaman catatan kehamilan terdiri dari bagian data sosial dan bagian pencatatan kesehatan. Bagian data sosial digunakan untuk melihat serta mengedit data sosial pasien. Bagian data sosial pasien akan terisi secara otomatis sesuai dengan data pasien yang dipilih sebelumnya pada daftar pasien. Terdapat dua pilihan bagian pada bagian pencatatan kesehatan, yaitu bagian riwayat kehamilan dan bagian pemeriksaan rutin. Bagian riwayat kehamilan yaitu gambar 10, digunakan oleh petugas untuk menyimpan catatan mengenai data-data riwayat kehamilan yang dimiliki ibu pada kunjungan pertama pada setiap kehamilan. Bagian catatan pemeriksaan rutin, yaitu gambar 11, digunakan untuk menyimpan catatan mengenai data-data pemeriksaan rutin ibu pada setiap kunjungan bulannya.



Gambar 10. Tampilan Halaman Catatan Kehamilan Bagian Riwayat Kehamilan



Gambar 11. Tampilan Halaman Catatan Kehamilan Bagian Pemeriksaan Rutin

Sistem kesehatan ibu dan anak ini menggunakan *menu hypertext dan hyperlink*. Sistem kesehatan ibu dan anak berbasis web ini sudah sesuai dengan Whitten dkk (2004). Menurut Whitten dkk (2004), menyatakan bahwa *menu hypertext dan hyperlink* merupakan produk antarmuka pengguna berbasis web kontemporer. *Hypertext dan hyperlink* ditujukan untuk menavigasi halaman situs web. Apabila *hyperlink* di klik maka akan menavigasikan pengguna ke halaman yang terkait (atau *bookmark* pada sebuah halaman). *Hypertext dan hyperlink* digunakan untuk mengimplementasikan menu-menu pada body halaman web. Masing-masing pilihan menu merupakan frasa *hypertext* (atau *icon* atau tombol yang telah di-*hyperlink*) yang meminta aksi ke halaman web lainnya.

## PENUTUP

### A. Kesimpulan

Diperoleh *input* sistem informasi kesehatan ibu dan anak berbasis web di RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta.

### B. Saran

Sebaiknya sistem informasi kesehatan ibu dan anak berbasis web dapat diimplementasikan di RSKIA Bhakti Ibu Yogyakarta agar catatan kesehatan ibu dan anak terdokumentasikan dengan baik didalam sistem.

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. (2004). Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 284 tahun 2004 tentang buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
- Republik Indonesia, Peraturan Walikota Yogyakarta Nomor 34 tahun 2014 tentang Pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak.
- Jeffery L. Whitten, Lonnie D. Bentley, Kevin C. Dittman. (2004). *Metode Desain dan Analisis Sistem*. Indonesia: Penerbit ANDI bekerjasama dengan McGra-Hill Education.
- Zaki, Dwi Rahmi. (2007). Pengembangan Sistem Informasi Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Dinas Kesehatan Kota Tanjung Balai Sumatera Utara tahun 2007. *Tesis*. S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universtas Gadjah Mada.
- Respati, Dian Laela. (2010). Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas. *Tesis*. S2 Magister Teknologi Informasi, Universitas Gadjah Mada.

## Pengembangan *Output* Sistem Perhitungan Angka Kredit Petugas Rekam Medis di RSUD Kabupaten Karanganyar

Ade Irma Rahmawati<sup>1</sup>, Nur Rokhman<sup>2</sup>

Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada<sup>1,2</sup>

ade.irma.r@mail.ugm.ac.id<sup>1</sup>, nurrokhman@mail.ugm.ac.id<sup>2</sup>

### Abstrak

**Latar Belakang:** Perekam medis memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk melakukan kegiatan pelayanan rekam medis yang diduduki oleh PNS. Pengangkatan pegawai disesuaikan dengan jenjang jabatan dalam jabatan fungsional perekam medis dan ditetapkan berdasarkan jumlah angka kredit yang dimiliki oleh petugas. Perekam medis yang tidak dapat mengumpulkan angka kredit dalam sesuai dengan ketentuan yang berlaku dapat dibebaskan sementara dari jabatannya atau diberhentikan jabatan fungsional sebagai perekam medis. Proses perhitungan angka kredit masih terkendala beban kerja petugas yang tinggi dan perhitungan angka kredit yang masih manual dengan perhitungan berdasarkan satuan angka kredit yang berbentuk angka desimal, sehingga membuat petugas mengalami kesulitan dalam proses penghitungan serta terkadang petugas mengalami kesulitan saat melakukan rekap setiap bulannya.

**Tujuan:** Merancang *output* sistem perhitungan angka kredit petugas rekam medis di RSUD Kabupaten Karanganyar yang disesuaikan dengan kebutuhan petugas untuk mempermudah petugas rekam medis dalam perhitungan angka kredit.

**Metode:** Identifikasi kebutuhan pengguna pada perancangan ini dilakukan dengan metode pengumpulan data yaitu studi pendahuluan dan wawancara. Alat pengumpulan data dengan instrumen wawancara dan perekam suara. Perancangan dilakukan dengan aplikasi *Sublime Text 3* dengan bantuan *Codeigniter* untuk pengkodean dan *bootstrap* untuk desain antarmuka.

**Hasil:** Berdasarkan hasil analisis dan wawancara kebutuhan pengguna kepada petugas rekam medis yang telah menjabat sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), maka dihasilkan *output* sistem perhitungan rekam medis berupa *database* sistem, antarmuka *output* sistem dan laporan perhitungan angka kredit.

**Kesimpulan:** Perancang telah melakukan perancangan *output* sistem perhitungan angka kredit meliputi *database* sistem, antarmuka *output* sistem dan laporan perhitungan angka kredit.

**Kata Kunci:** sistem, *output*, angka kredit, rekam medis.

### Abstract

**Background:** Medical recorder have the authority and the responsibility to do for services medical record occupied by civil servants. Removal of employees adapted to the level of office in position functional medical recorder and determined based on the number of the credit owned by officers. Medical recorder not to be able to get that the credit in accordance command prevailing can be set free while from his position or discharged office functional as medical recorder. The process calculation the credit still obstacle in workload officer who high and calculation the credit still manual by calculation based on a unit of the credit shaped figure decimal, so as to make officers experienced difficulty in the process of calculation and sometimes officers to have difficulties while do companies every month.

**Objective:** To develop *output* the calculation of the credit officers medical record at RSUD Karanganyar District which adjusted with needs officers to ease officers medical record in the calculation of the credit.

**Methods:** The needs of users on designing this was done in data collection method which is study of introduction and the interview. Instrument data collection with an instrument interview and voice recorder. Design done by any application *sublime text 3* with the help of *codeigniter* to encoding and *bootstrap* to design interface.

**Result:** based on the result of the analysis and interview needs of users to officers medical record has served as civil servants., so produced *output* the calculation of medical record of a *database* system, interface *output* system and reports calculation the credit.

**Conclusion:** Designer have done design *output* the calculation of the credit covering a *database* system, interface *output* system and reports calculation the credit.

**Keywords:** system, *output*, the credit, medical record.

## PENDAHULUAN

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan. Sebagai tenaga kesehatan yang akan memberikan pelayanan kepada pasien, tenaga kesehatan harus memiliki ijin praktik sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Tenaga kesehatan yang dimaksud Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dikelompokkan sebagai tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisan medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional dan tenaga kesehatan lainnya. Perkam medis merupakan salah satu bagian dari tenaga keteknisan medis.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan, setiap tenaga kesehatan yang akan menjalankan profesinya wajib memiliki Surat Tanda Registrasi atau disingkat STR. STR dapat diperoleh setelah perkam medis mengikuti uji kompetensi dan dinyatakan lulus. Perkam medis yang lulus akan mendapatkan sertifikat kompetensi yang berlaku selama lima tahun terhitung sejak tanggal penerbitan sertifikat kompetensi. Sertifikat kompetensi yang telah habis masa berlakunya dapat diperpanjang setiap lima tahun sekali dengan partisipasi perkam medis dalam pendidikan atau pelatihan serta kegiatan ilmiah lainnya. Kegiatan tersebut dapat dipergunakan apabila memenuhi persyaratan perolehan Satuan Kredit Profesi minimal 25 Satuan Kredit Profesi selama lima tahun. Jumlah satuan kredit dari setiap kegiatan pendidikan atau pelatihan serta kegiatan ilmiah lainnya ditentukan oleh organisasi profesi.

STR yang telah dimiliki oleh perkam medis nantinya akan dipergunakan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik atau

disingkat SIP. Selain itu, menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis dan Angka Kreditnya, STR merupakan salah satu syarat bagi perkam medis yang telah menjadi Pegawai Negeri Sipil untuk memiliki jabatan fungsional.

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2013 Tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis dan Angka Kreditnya, perkam medis memiliki jabatan fungsional yang berarti perkam medis mempunyai wewenang dan tanggung jawab untuk melakukan kegiatan pelayanan rekam medis yang diduduki oleh Pegawai Negeri Sipil (PNS). Pengangkatan pegawai disesuaikan dengan jenjang jabatan dalam jabatan fungsional perkam medis dan ditetapkan berdasarkan jumlah angka kredit yang dimiliki oleh pegawai. Unsur kegiatan perkam medis yang dapat dinilai angka kreditnya terdiri dari, pendidikan, pelayanan rekam medis, pengembangan profesi dan penunjang tugas rekam medis.

Perkam medis yang tidak dapat mengumpulkan angka kredit dalam jangka waktu 5 tahun sejak diangkat dalam jabatan/pangkat terakhirnya dibebaskan sementara dari jabatannya. Perkam medis dapat diangkat kembali dalam jabatan fungsionalnya apabila dapat memenuhi angka kredit yang telah ditentukan. Apabila tidak dapat memenuhi angka kredit yang ditentukan maka perkam medis dapat diberhentikan jabatan fungsional sebagai perkam medis atau dicabut SIP nya. Pegawai yang jabatan fungsionalnya dicabut dapat diturunkan jenjang jabatannya dan tidak dapat menjadi perkam medis kembali.

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Kabupaten Karanganyar, proses perhitungan angka kredit masih terkendala beban kerja pegawai yang tinggi dan perhitungan angka kredit yang masih manual dengan perhitungan berdasarkan satuan angka kredit yang berbentuk angka desimal, sehingga membuat petugas mengalami kesulitan dalam proses penghitungan serta terkadang petugas

mengalami kelabakan saat melakukan rekap setiap bulannya.

Dengan perkembangan teknologi saat ini, diharapkan dapat memberikan solusi untuk masalah diatas. Salah satu solusinya adalah dengan perancangan Sistem Perhitungan Angka Kredit. Sistem ini diharapkan dapat membantu petugas dalam perhitungan angka kredit.

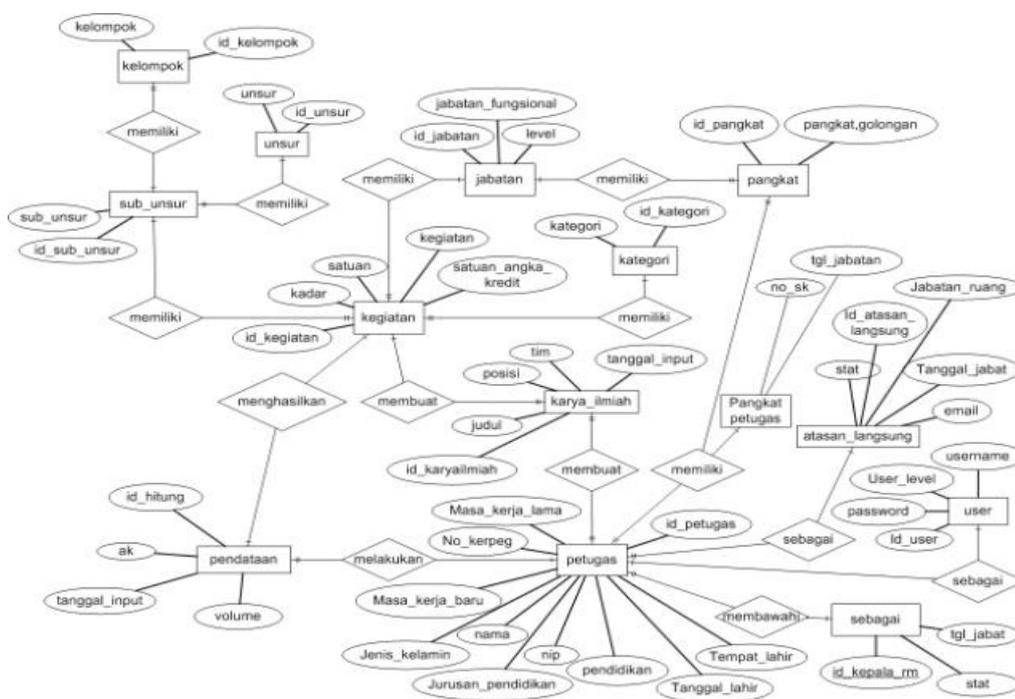
**METODE**

Identifikasi kebutuhan pengguna pada perancangan ini dilakukan dengan metode pengumpulan data yaitu studi pendahuluan dan wawancara. Alat pengumpulan data

dengan instrumen wawancara dan perekam suara. Perancangan dilakukan dengan aplikasi *Sublime Text 3* dengan bantuan *Codeigniter* untuk pengkodean dan *bootstrap* untuk desain antarmuka.

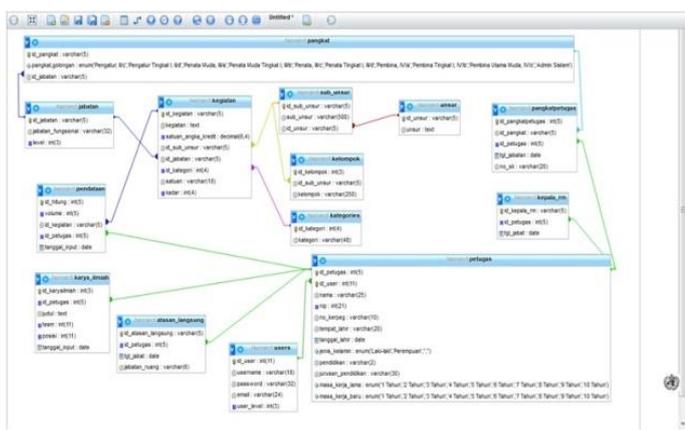
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dari hasil wawancara dan analisis kebutuhan pengguna maka dihasilkan desain database, desain proses, desain antarmuka dan desain laporan. Desain database dalam dirancang dalam bentuk *Entity Relational Diagram* yang berisi sekumpulan entitas di dalam sistem yang saling berhubungan satu sama lain.



**Gambar 1. Entity Relational Diagram**

Dari desain *database* yang telah dibuat akan diwujudkan dalam bentuk tabel relasi.



**Gambar 2. Tabel Relasi**

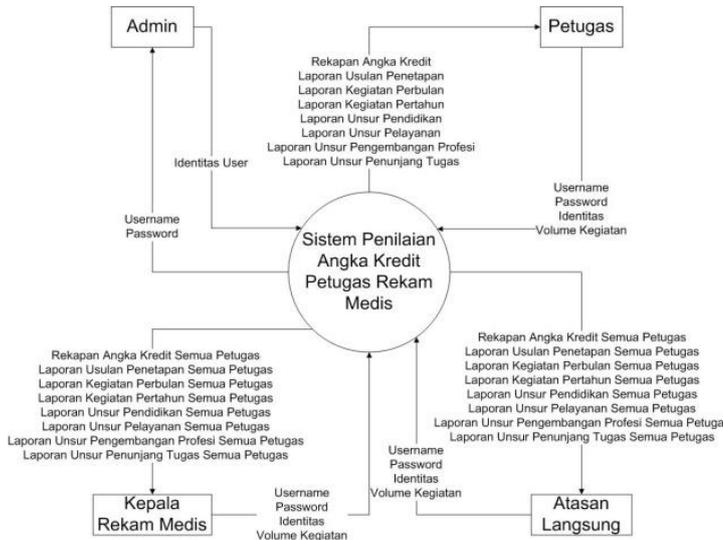
Desain proses berupa desain diagram alir data yang merupakan gambaran proses

dari sebuah sistem. Terdiri dari diagram konteks, DAD level 1 dan DAD level selanjutnya yang memberikan gambaran lebih spesifik. Berikut adalah gambar dari diagram konteks dan DAD level 1 serta DAD level selanjutnya.

Diagram Konteks pada Sistem Informasi Perhitungan Angka Kredit terdiri dari 4 entitas yaitu Admin, Petugas, Kepala RM, dan Atasan Langsung. Entitas admin memberikan masukan ke dalam sistem berupa data *user*, data pimpinan dan data kegiatan. Admin akan mendapatkan username dan password dari sistem. Entitas petugas, kepala RM dan atasan langsung akan memberikan masukan pada sistem berupa data identitas dan volume kegiatan

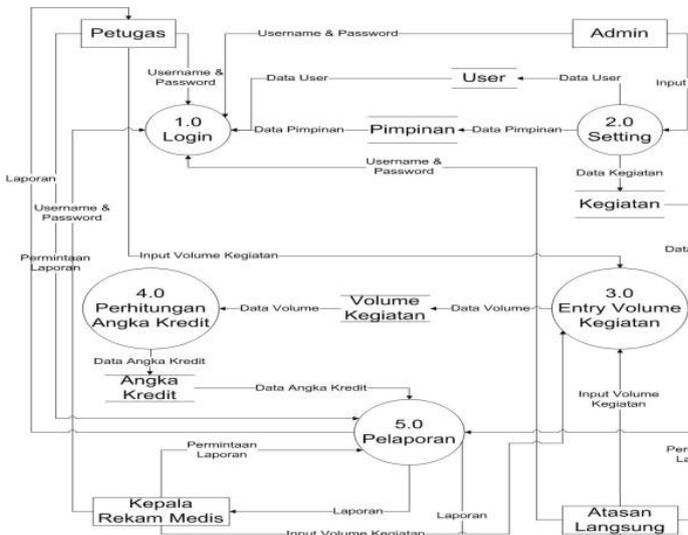
## Pengembangan *Output* Sistem Perhitungan Angka Kredit Petugas...

yang telah dilakukan dan mendapatkan output berupa laporan usulan penetapan dan laporan kegiatan.



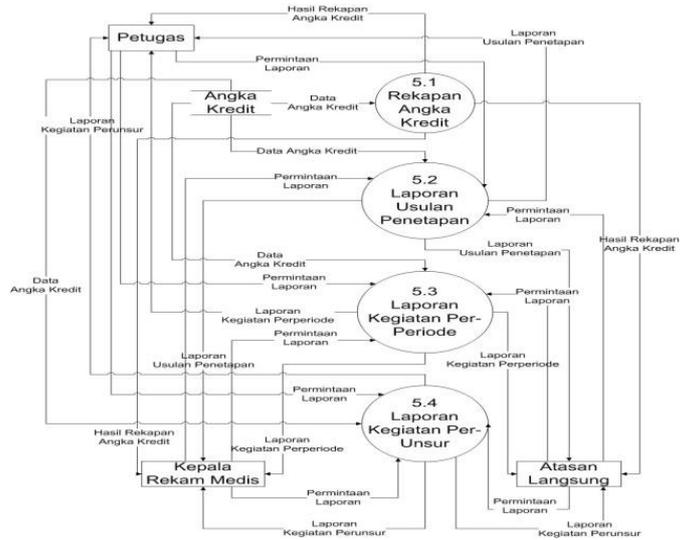
Gambar 3. Diagram Konteks

Dari Diagram konteks akan dispesifikan menjadi DAD Level 1 terdiri dari 5 proses yaitu *Login*, *Setting*, *Entry* Volume Kegiatan, *Perhitungan* Angka Kredit, dan *Pelaporan*.



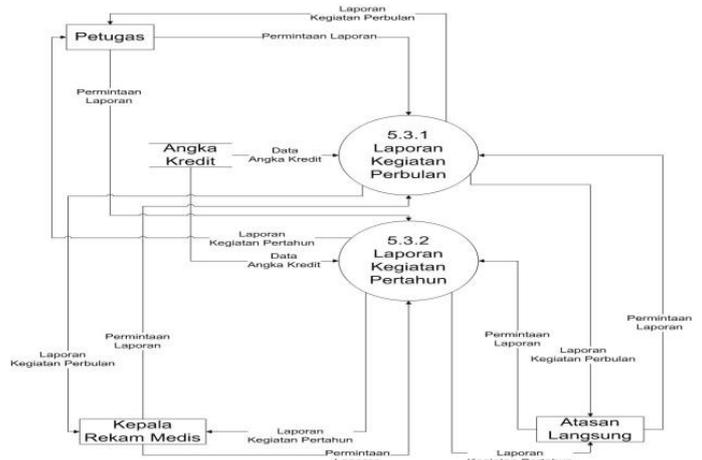
Gambar 4. DAD Level 1

Dari DAD level 1 akan dispesifikan menjadi DAD level 2 yang terdiri dari DAD level 2 *setting*, DAD level 2 *entry* volume kegiatan dan DAD level 2 *laporan*. Penulisan ini lebih berfokus pada *output* sistem perhitungan angka kredit.

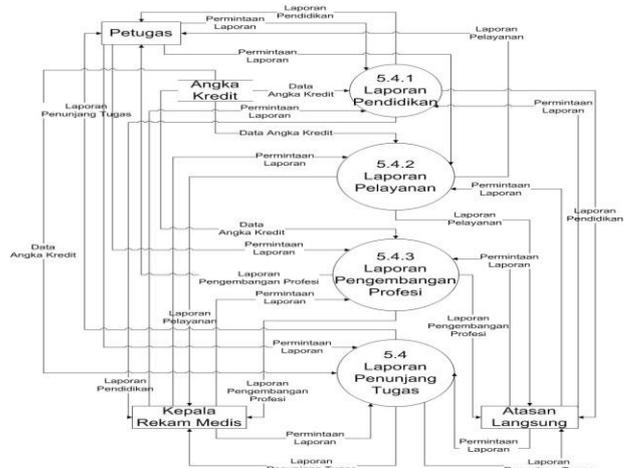


Gambar 5. DAD Level 2 Laporan.

Sedangkan DAD level 3 akan dibuat untuk DAD level 3 laporan per periode dan laporan kegiatan per unsur.



Gambar 6. DAD Level 3 Laporan Kegiatan Per Tahun



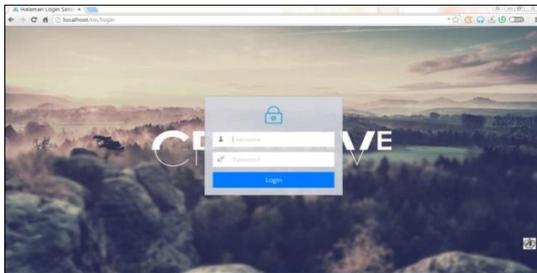
Gambar 7. DAD Level 3 Laporan Kegiatan Per Unsur

## Pengembangan *Output* Sistem Perhitungan Angka Kredit Petugas...

Setelah dilakukan perancangan basis data maka akan dilakukan perancangan desain antarmuka dan desain laporan. Desain antarmuka tersebut akan diwujudkan dalam tampilan antarmuka pada sistem perhitungan angka kredit. Sedangkan desain laporan akan diwujudkan dalam *output* laporan yang siap cetak.

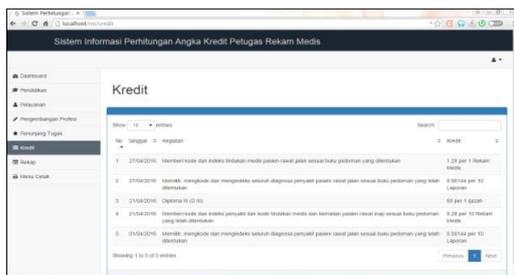
Tampilan antarmuka *output* sistem perhitungan angka kredit terdiri dari login, menu kredit, menu rekap dan menu cetak. Pada menu kredit, menu rekap dan menu cetak terdapat perbedaan tampilan untuk petugas dengan admin, kepala RM dan atasan langsung.

Login digunakan untuk masuk ke dalam sistem dengan memasukkan *username* dan *password*.

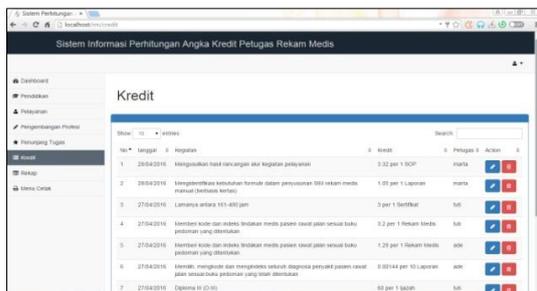


Gambar 8. Login

Menu kredit digunakan untuk melihat riwayat pengisian volume kegiatan.



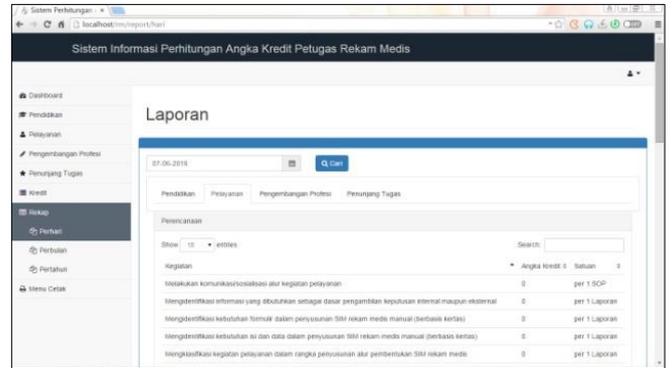
Gambar 9. Menu Kredit Petugas



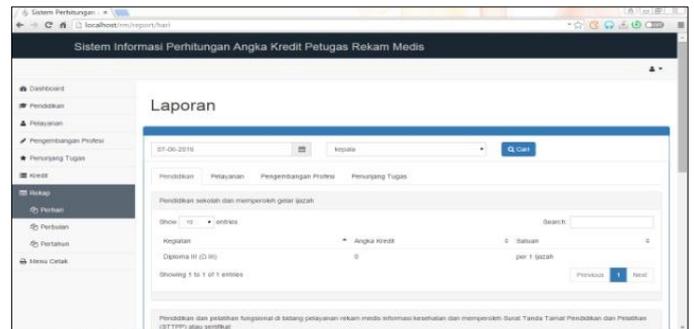
Gambar 10. Menu Kredit Admin, Kepala RM dan Atasan Langsung

Menu rekap digunakan untuk melihat rekapitan dari angka kredit yang telah

dihasilkan. Menu rekap dikelompokkan sesuai dengan unsur kegiatan yaitu, pendidikan, pelayanan, pengembangan profesi dan penunjang tugas

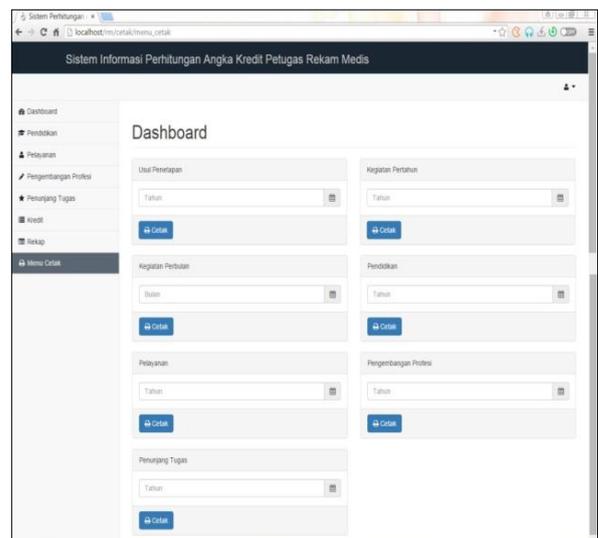


Gambar 11. Menu Rekap Petugas



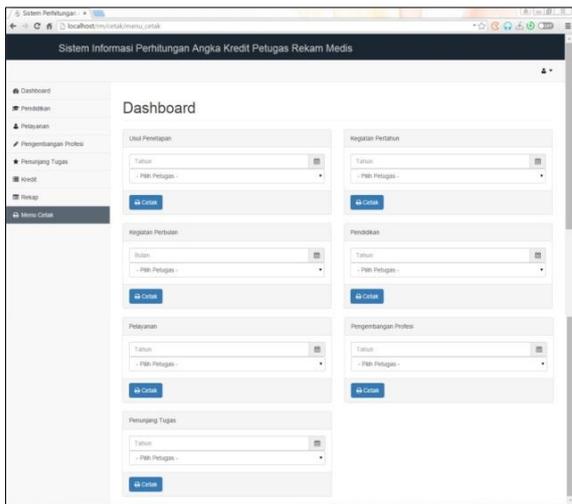
Gambar 12. Menu Rekap Admin, Kepala RM dan Atasan Langsung.

Menu cetak adalah menu yang digunakan untuk mencetak laporan.



Gambar 13. Menu Cetak Petugas

## Pengembangan *Output* Sistem Perhitungan Angka Kredit Petugas...



**Gambar 14. Menu Cetak Admin, Kepala RM dan Atasan Langsung**

Dari menu cetak akan dihasilkan *output* laporan yang dikelompokkan berdasarkan usulan penetapan, laporan kegiatan per periode dan laporan kegiatan per unsur.

Kategori	Masa Penilaian	Jumlah Desember 2016
1. Nama		
2. No. dan KASPEG		
3. Tanggal Terbit		
4. Jenis Kegiatan		
5. Pendidikan yang berkaitan dengan peningkatan Angka Kreditnya		
6. Lain-lain		
7. Masa Kerja golongan Lama		
8. Lain-lain		
9. Jumlah		

**Gambar 15. Laporan Usulan Penetapan**

No	Jenis Kegiatan	Bulan	Jumlah
1	Pendidikan	1	2
2	Peningkatan keahlian dan keterampilan gelar sarjana	3	3
3	Diagnosis III (2016)	3	3
4	Pendidikan dan penelitian fungsional di bidang pelayanan rekam medis informasi kesehatan dan manajemen Sosial Tenaga Terampil Pendidikan dan Penelitian (2016) atau setingkat	3	3
5	Lain-lain	3	3
6	Lain-lain	3	3
7	Lain-lain	3	3
8	Lain-lain	3	3
9	Lain-lain	3	3
10	Lain-lain	3	3
11	Lain-lain	3	3
12	Lain-lain	3	3
13	Lain-lain	3	3
14	Lain-lain	3	3
15	Lain-lain	3	3
16	Lain-lain	3	3
17	Lain-lain	3	3
18	Lain-lain	3	3
19	Lain-lain	3	3
20	Lain-lain	3	3
21	Lain-lain	3	3
22	Lain-lain	3	3
23	Lain-lain	3	3
24	Lain-lain	3	3
25	Lain-lain	3	3
26	Lain-lain	3	3
27	Lain-lain	3	3
28	Lain-lain	3	3
29	Lain-lain	3	3
30	Lain-lain	3	3
31	Lain-lain	3	3
32	Lain-lain	3	3
33	Lain-lain	3	3
34	Lain-lain	3	3
35	Lain-lain	3	3
36	Lain-lain	3	3
37	Lain-lain	3	3
38	Lain-lain	3	3
39	Lain-lain	3	3
40	Lain-lain	3	3
41	Lain-lain	3	3
42	Lain-lain	3	3
43	Lain-lain	3	3
44	Lain-lain	3	3
45	Lain-lain	3	3
46	Lain-lain	3	3
47	Lain-lain	3	3
48	Lain-lain	3	3
49	Lain-lain	3	3
50	Lain-lain	3	3
51	Lain-lain	3	3
52	Lain-lain	3	3
53	Lain-lain	3	3
54	Lain-lain	3	3
55	Lain-lain	3	3
56	Lain-lain	3	3
57	Lain-lain	3	3
58	Lain-lain	3	3
59	Lain-lain	3	3
60	Lain-lain	3	3
61	Lain-lain	3	3
62	Lain-lain	3	3
63	Lain-lain	3	3
64	Lain-lain	3	3
65	Lain-lain	3	3
66	Lain-lain	3	3
67	Lain-lain	3	3
68	Lain-lain	3	3
69	Lain-lain	3	3
70	Lain-lain	3	3
71	Lain-lain	3	3
72	Lain-lain	3	3
73	Lain-lain	3	3
74	Lain-lain	3	3
75	Lain-lain	3	3
76	Lain-lain	3	3
77	Lain-lain	3	3
78	Lain-lain	3	3
79	Lain-lain	3	3
80	Lain-lain	3	3
81	Lain-lain	3	3
82	Lain-lain	3	3
83	Lain-lain	3	3
84	Lain-lain	3	3
85	Lain-lain	3	3
86	Lain-lain	3	3
87	Lain-lain	3	3
88	Lain-lain	3	3
89	Lain-lain	3	3
90	Lain-lain	3	3
91	Lain-lain	3	3
92	Lain-lain	3	3
93	Lain-lain	3	3
94	Lain-lain	3	3
95	Lain-lain	3	3
96	Lain-lain	3	3
97	Lain-lain	3	3
98	Lain-lain	3	3
99	Lain-lain	3	3
100	Lain-lain	3	3

**Gambar 16. Laporan Kegiatan Per Tahun**

No	Jenis Kegiatan	Bulan	Jumlah
1	Pendidikan	1	2
2	Peningkatan keahlian dan keterampilan gelar sarjana	3	3
3	Diagnosis III (2016)	3	3
4	Pendidikan dan penelitian fungsional di bidang pelayanan rekam medis informasi kesehatan dan manajemen Sosial Tenaga Terampil Pendidikan dan Penelitian (2016) atau setingkat	3	3
5	Lain-lain	3	3
6	Lain-lain	3	3
7	Lain-lain	3	3
8	Lain-lain	3	3
9	Lain-lain	3	3
10	Lain-lain	3	3
11	Lain-lain	3	3
12	Lain-lain	3	3
13	Lain-lain	3	3
14	Lain-lain	3	3
15	Lain-lain	3	3
16	Lain-lain	3	3
17	Lain-lain	3	3
18	Lain-lain	3	3
19	Lain-lain	3	3
20	Lain-lain	3	3
21	Lain-lain	3	3
22	Lain-lain	3	3
23	Lain-lain	3	3
24	Lain-lain	3	3
25	Lain-lain	3	3
26	Lain-lain	3	3
27	Lain-lain	3	3
28	Lain-lain	3	3
29	Lain-lain	3	3
30	Lain-lain	3	3
31	Lain-lain	3	3
32	Lain-lain	3	3
33	Lain-lain	3	3
34	Lain-lain	3	3
35	Lain-lain	3	3
36	Lain-lain	3	3
37	Lain-lain	3	3
38	Lain-lain	3	3
39	Lain-lain	3	3
40	Lain-lain	3	3
41	Lain-lain	3	3
42	Lain-lain	3	3
43	Lain-lain	3	3
44	Lain-lain	3	3
45	Lain-lain	3	3
46	Lain-lain	3	3
47	Lain-lain	3	3
48	Lain-lain	3	3
49	Lain-lain	3	3
50	Lain-lain	3	3
51	Lain-lain	3	3
52	Lain-lain	3	3
53	Lain-lain	3	3
54	Lain-lain	3	3
55	Lain-lain	3	3
56	Lain-lain	3	3
57	Lain-lain	3	3
58	Lain-lain	3	3
59	Lain-lain	3	3
60	Lain-lain	3	3
61	Lain-lain	3	3
62	Lain-lain	3	3
63	Lain-lain	3	3
64	Lain-lain	3	3
65	Lain-lain	3	3
66	Lain-lain	3	3
67	Lain-lain	3	3
68	Lain-lain	3	3
69	Lain-lain	3	3
70	Lain-lain	3	3
71	Lain-lain	3	3
72	Lain-lain	3	3
73	Lain-lain	3	3
74	Lain-lain	3	3
75	Lain-lain	3	3
76	Lain-lain	3	3
77	Lain-lain	3	3
78	Lain-lain	3	3
79	Lain-lain	3	3
80	Lain-lain	3	3
81	Lain-lain	3	3
82	Lain-lain	3	3
83	Lain-lain	3	3
84	Lain-lain	3	3
85	Lain-lain	3	3
86	Lain-lain	3	3
87	Lain-lain	3	3
88	Lain-lain	3	3
89	Lain-lain	3	3
90	Lain-lain	3	3
91	Lain-lain	3	3
92	Lain-lain	3	3
93	Lain-lain	3	3
94	Lain-lain	3	3
95	Lain-lain	3	3
96	Lain-lain	3	3
97	Lain-lain	3	3
98	Lain-lain	3	3
99	Lain-lain	3	3
100	Lain-lain	3	3

**Gambar 17. Laporan Kegiatan Per Bulan**

No	Jenis Kegiatan	Bulan	Jumlah
1	Pendidikan	1	2
2	Peningkatan keahlian dan keterampilan gelar sarjana	3	3
3	Diagnosis III (2016)	3	3
4	Pendidikan dan penelitian fungsional di bidang pelayanan rekam medis informasi kesehatan dan manajemen Sosial Tenaga Terampil Pendidikan dan Penelitian (2016) atau setingkat	3	3
5	Lain-lain	3	3
6	Lain-lain	3	3
7	Lain-lain	3	3
8	Lain-lain	3	3
9	Lain-lain	3	3
10	Lain-lain	3	3
11	Lain-lain	3	3
12	Lain-lain	3	3
13	Lain-lain	3	3
14	Lain-lain	3	3
15	Lain-lain	3	3
16	Lain-lain	3	3
17	Lain-lain	3	3
18	Lain-lain	3	3
19	Lain-lain	3	3
20	Lain-lain	3	3
21	Lain-lain	3	3
22	Lain-lain	3	3
23	Lain-lain	3	3
24	Lain-lain	3	3
25	Lain-lain	3	3
26	Lain-lain	3	3
27	Lain-lain	3	3
28	Lain-lain	3	3
29	Lain-lain	3	3
30	Lain-lain	3	3
31	Lain-lain	3	3
32	Lain-lain	3	3
33	Lain-lain	3	3
34	Lain-lain	3	3
35	Lain-lain	3	3
36	Lain-lain	3	3
37	Lain-lain	3	3
38	Lain-lain	3	3
39	Lain-lain	3	3
40	Lain-lain	3	3
41	Lain-lain	3	3
42	Lain-lain	3	3
43	Lain-lain	3	3
44	Lain-lain	3	3
45	Lain-lain	3	3
46	Lain-lain	3	3
47	Lain-lain	3	3
48	Lain-lain	3	3
49	Lain-lain	3	3
50	Lain-lain	3	3
51	Lain-lain	3	3
52	Lain-lain	3	3
53	Lain-lain	3	3
54	Lain-lain	3	3
55	Lain-lain	3	3
56	Lain-lain	3	3
57	Lain-lain	3	3
58	Lain-lain	3	3
59	Lain-lain	3	3
60	Lain-lain	3	3
61	Lain-lain	3	3
62	Lain-lain	3	3
63	Lain-lain	3	3
64	Lain-lain	3	3
65	Lain-lain	3	3
66	Lain-lain	3	3
67	Lain-lain	3	3
68	Lain-lain	3	3
69	Lain-lain	3	3
70	Lain-lain	3	3
71	Lain-lain	3	3
72	Lain-lain	3	3
73	Lain-lain	3	3
74	Lain-lain	3	3
75	Lain-lain	3	3
76	Lain-lain	3	3
77	Lain-lain	3	3
78	Lain-lain	3	3
79	Lain-lain	3	3
80	Lain-lain	3	3
81	Lain-lain	3	3
82	Lain-lain	3	3
83	Lain-lain	3	3
84	Lain-lain	3	3
85	Lain-lain	3	3
86	Lain-lain	3	3
87	Lain-lain	3	3
88	Lain-lain	3	3
89	Lain-lain	3	3
90	Lain-lain	3	3
91	Lain		

pengolahan sistem, mendesain antarmuka tampilan *output* dan laporan perhitungan angka kredit.

Saran:

1. Sebaiknya perancangan sistem ini dapat dipertimbangkan untuk pengimplementasiannya agar memudahkan petugas rekam medis dalam proses perhitungan angka kredit.
2. Untuk kedepannya dapat dilakukan pengembangan terhadap sistem perhitungan angka kredit.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Menteri Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. [bppsdmk.depkes.go.id](http://bppsdmk.depkes.go.id) diakses 11 Januari 2016.
- Menpan RI. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis Dan Angka Kreditnya. [www.menpan.go.id](http://www.menpan.go.id) diakses 15 Desember 2015.
- Pemerintah RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. [Sinforeg.litbang.depkes.go.id](http://sinforeg.litbang.depkes.go.id) diakses 18 Desember 2015.
- Pemerintah RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id) diakses 18 Desember 2015.

## Sistem Penyimpanan dan Pemrosesan Rekam Medis Terkait Standar Akreditasi Kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul

Rahmah Nindyakinanti<sup>1</sup>, Savitri Citra Budi<sup>2</sup>

Program Studi Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada<sup>1,2</sup>  
rahmah.nindyakinanti@mail.ugm.ac.id<sup>1</sup>, savitri@ugm.ac.id<sup>2</sup>

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Puskesmas wajib dilakukan penilaian akreditasi setiap tiga tahun sekali. Perlu adanya upaya evaluasi terhadap kegiatan persiapan akreditasi yang telah dilakukan oleh Puskesmas agar lebih siap menghadapi penilaian akreditasi berikutnya. Berdasarkan hasil pengabdian kerja yang peneliti lakukan pada bulan Agustus 2015 di Puskesmas Jetis 1 Bantul, hampir setiap hari terjadi *missfile* di tempat penyimpanan rekam medis.

**Tujuan Penelitian:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul berdasarkan lima unsur manajemen yaitu *men, materials, methods, machines, and money*.

**Metodologi Penelitian:** Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dan rancangan fenomenologi.

**Hasil:** Kompetensi dan jumlah petugas rekam medis yang tersedia belum memenuhi syarat. Surat Keputusan (SK) tentang Pengelolaan Rekam Medis dan Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Penyimpanan Rekam Medis tidak sesuai dengan format penyusunan dokumen akreditasi FKTP tahun 2015. Pelaksanaan kegiatan identifikasi pasien yang dilakukan oleh petugas rekam medis tidak sesuai dengan urutan kerja SOP. Formulir identitas pasien belum mengumpulkan data secara efektif dan efisien. Tidak terdapat prosedur tetap terkait dengan kegiatan pengkodean keluarga. *Tracer* tidak memuat nama pasien dan tujuan rekam medis dikeluarkan. Petugas tidak melakukan analisis kelengkapan rekam medis. Penentuan masa simpan berkas dan penyusutan tidak seimbang dengan luas tempat penyimpanan.

**Kesimpulan:** Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul berdasarkan unsur manajemen *men, materials, and methods* belum sesuai.

**Kata Kunci:** Akreditasi Puskesmas, Unsur Manajemen, Penyimpanan Rekam Medis.

### ABSTRACT

**Background:** Primary health center must be conducted of accreditation assesment every three years. Needed for an evaluation of the accreditation preparatory activities that has been done by the primary health center to be better prepared for the next accreditation assessment. Based on the results of work dedication that researchers do in August 2015 in Puskesmas Jetis 1 Bantul, almost every day there are missfiles in storage of medical records.

**Objective:** This reserach aims to know about storage system and medical records processing related to accreditation standards of criteria 8.4.3 in Puskesmas Jetis 1 Bantul based on the five element management of men, materials, method, machines, and money.

**Methods:** This type of research is descriptive with a qualitative approach and phenomenal design.

**Results:** Competence and number of medical records practitioner are not accordanced. SK about how to organize medical records and SOP about archaiving medical recors is not accordance. The implementation of patients identification is not accordance with the fixed procedure that have been determined. Form design of patient's identity is not good because it's not able to gather data effectively and efficiently. There is no fixed procedure about coding of family. *Tracer* don't contain data of the patient's name and destination of the medical record. The medical records practitioner didn't do analysis of the completeness of medical record accordance to the specified fixed procedure. The shelf life of the medical records active and the implementation of the medical records depreciation is not balanced with the storage space available.

**Conclusion:** Storage system and medical records processing related to accreditation standard of criteria 8.4.3 in Puskesmas Jetis 1 Bantul based on element management of men, materials, and the method is not appropriate.

**Keywords:** Accreditation of Puskesmas, Element of Management, Medical Record Storage

## PENDAHULUAN

Sistem penyimpanan rekam medis merupakan salah satu kriteria penilaian akreditasi puskesmas yang terdapat pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Kriteria yang memuat penilaian tentang sistem penyimpanan rekam medis adalah kriteria 8.4.3 yaitu adanya sistem yang memandu penyimpanan dan pemrosesan rekam medis. Berdasarkan hasil pengabdian kerja yang peneliti lakukan pada bulan Agustus 2015, hampir setiap hari terjadi *missfile* di tempat penyimpanan rekam medis Puskesmas Jetis 1 Bantul.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi disebutkan bahwa puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan tempat praktik mandiri dokter gigi wajib terakreditasi setiap 3 (tiga) tahun. Hal ini menunjukkan bahwa akreditasi puskesmas merupakan suatu mekanisme yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan di puskesmas dan menjaga mutu pelayanan secara berkesinambungan, oleh karena itu perlu adanya upaya evaluasi kegiatan persiapan akreditasi yang telah dilakukan agar puskesmas dapat lebih siap menghadapi penilaian akreditasi selanjutnya. Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Sistem Penyimpanan dan Pemrosesan Rekam Medis terkait Standar Akreditasi Kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul". Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimana sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul?". Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul berdasarkan lima unsur manajemen yaitu *men, materials, methods, machines, and money*. Penelitian ini bermanfaat sebagai bahan masukan dan evaluasi Puskesmas Jetis 1 Bantul terkait sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis sehingga Puskesmas Jetis 1 Bantul

dapat lebih siap menghadapi penilaian akreditasi puskesmas berikutnya.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Subjek dalam penelitian ini terdiri atas tiga anggota kelompok kerja pelayanan klinis dan tiga petugas rekam medis. Objek dalam penelitian ini adalah kegiatan yang telah dilakukan oleh Puskesmas Jetis 1 Bantul pada sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 berdasarkan unsur manajemen *men, materials, methods, machines, and money*. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Unsur Manajemen Men

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul berdasarkan unsur manajemen *men* adalah membentuk tim persiapan akreditasi. Tim persiapan akreditasi puskesmas terdiri atas tim penanggung jawab mutu dan tiga kelompok kerja yaitu kelompok kerja administrasi manajemen, kelompok kerja Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), dan kelompok kerja pelayanan klinis atau Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Di antara tiga kelompok kerja tersebut, persiapan akreditasi pada sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 menjadi tanggung jawab kelompok kerja pelayanan klinis atau Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang menyebutkan bahwa "Pimpinan puskesmas menetapkan penanggung jawab manajemen mutu yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan memonitor kegiatan peningkatan mutu dan kinerja puskesmas dan membudayakan perbaikan kinerja yang berkesinambungan secara konsisten

dengan tata nilai, visi, misi, dan tujuan puskesmas”.

Puskesmas Jetis 1 Bantul membutuhkan empat petugas lulusan Diploma Tiga Rekam Medis namun saat ini petugas lulusan Diploma Tiga Rekam Medis yang terdapat di Puskesmas Jetis 1 Bantul hanyaberjumlah satu orang. Oleh karena itu untuk menunjang pelayanan rekam medis, Kepala Puskesmas memberikan kewenangan kepada sebelas petugas non rekam medis untuk melakukan kegiatan rekam medis melalui proses kredensial. Puskesmas Jetis 1 Bantul juga memberikan *on the job training* kepada sebelas petugas non rekam medis. Pelayanan rekam medis di Puskesmas Jetis 1 Bantul yang tidak dilakukan sepenuhnya oleh lulusan Diploma Tuga Rekam Medis menunjukkan bahwa hal tersebut tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis yang menyebutkan bahwa “Perkam medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan”.

## 2. Unsur Manajemen *Materials*

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis berdasarkan unsur manajemen *materials* adalah dokumen akreditasi yang dibuat oleh Puskesmas Jetis 1 Bantul terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 dan format penyusunan dokumen akreditasi yang digunakan. Terkait dnegan upaya pemenuhan standar akreditasi kriteria 8.4.3, Puskesmas Jetis 1 Bantul membuat dokumen akreditasi Surat Keputusan (SK) tentang Pengelolaan Rekam Medis dan Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Penyimpanan Rekam Medis. Surat Keputusan (SK) tentang Pengelolaan Rekam Medis sudah memuat semua kebijakan yang dibutuhkan pada masing-masing elemen penilaian yang terdapat pada kriteria 8.4.3 tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis. Hal ini menunjukkan bahwa dokumen akreditasi yang dibuat oleh Pukesmas Jetis 1 Bantul terkait standar akrediasi kriteria 8.4.3

sudah sesuai dengan Instrumen Penilaian Akreditasi Puskesmas tahun 2015 yang menyebutkan bahwa “Dokumen telusur yang terdapat pada standar akreditasi kriteria 8.4.3 adalah SK pelayanan rekam medis dan metode identifikasi; SK tentang sistem pengkodean, penyimpanan, dokumentasi rekam medis; SK dan SOP penyimpanan rekam medis”.

Berdasarkan analisis yang peneliti lakukan pada Surat Keputusan (SK) tentang Pengelolaan Rekam Medis dan Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Penyimpanan Rekam Medis, diketahui bahwa format penyusunan dokumen akreditasi yang tersebut tidak sesuai dengan Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP tahun 2015. Ketidaksesuaian penyusunan Surat Keputusan (SK) tentang Pengelolaan Rekam Medis terletak pada beberapa bagian yaitu pembukaan, kaki, dan penandatanganan. Pada bagian pembukaan ketidaksesuaian terdapat pada penulisan nomor yang tidak menggunakan huruf kapital semua, tidak terdapat pernyataan “Dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa”, dan penulisan jabatan pembuat keputusan tidak diakhiri dengan tanda koma (.). Pada bagian kaki ketidaksesuaian terdapat pada penulisan nama jabatan yang tidak diakhiri dengan tanda koma (.). Pada bagian penandatanganan ketidaksesuaian terdapat pada penulisan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang disertai dengan gelar.

Ketidaksesuaian penyusunan Standar Prosedur Operasional (SOP) tentang Sistem Penyimpanan Rekam Medis terletak pada bagian isi terkait dengan kebijakan Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Pembuatan Standar Prosedur Operasional (SOP) tentang Sistem Penyimpanan Rekam Medis tidak mengacu pada Surat Keputusan (SK) yang memuat kebijakan tentang penyimpanan rekam medis yaitu mengacu pada Surat Keputusan (SK) tentang Proses Pendaftaran Pasien.

## 3. Unsur Manajemen *Methods*

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi

kriteria 8.4.3 berdasarkan unsur manajemen *methods* dibedakan menjadi empat yaitu pembuatan dokumen akreditasi, evaluasi kegiatan persiapan akreditasi, koordinasi kelompok kerja pelayanan klinis, dan pelaksanaan elemen penilaian pada kriteria 8.4.3 tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis. Dokumen akreditasi tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 dibuat dengan beberapa tahap, diantaranya adalah identifikasi kebutuhan dokumen akreditasi, pembagian tugas kepada petugas rekam medis, koreksi dokumen, penetapan dokumen oleh Kepala Puskesmas, pemberian nomor dokumen, dan sosialisasi dokumen akreditasi kepada bagian rekam medis. Hal ini sesuai dengan tahap pembuatan dokumen akreditasi dalam Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi FKTP tahun 2015.

Upaya evaluasi kegiatan persiapan akreditasi yang dilakukan oleh Puskesmas Jetis 1 Bantul adalah dengan melakukan *self assesment* dan audit internal. *Self assesment* dilakukan oleh kelompok kerja pelayanan klinis atau Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) untuk mengetahui sejauh mana dokumen akreditasi pada sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi 8.4.3 telah terpenuhi. Audit internal di bagian rekam medis dilakukan oleh petugas laboratorium yaitu untuk menilai kesesuaian pelayanan yang dilakukan oleh petugas rekam medis dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan. Hal ini sesuai dengan Azwar (2010) yang menyebutkan bahwa "Metode pengawasan dapat dilakukan melalui laporan khusus dan hasil analisa yang dilakukan terhadap laporan khusus, melalui data statistik yang dikumpulkan yang menyangkut berbagai aspek kegiatan organisasi, melalui observasi personal yang dilakukan oleh pimpinan (*personal observation*) atau orang-orang tertentu (*control through key personnel*), dan audit internal".

Koordinasi yang dilakukan oleh kelompok kerja pelayanan klinis atau

Upaya Kesehatan Peroangan (UKP) dalam melakukan kegiatan persiapan akreditasi terdiri atas dua macam yaitu koordinasi formal dan informal. Koordinasi formal dilakukan melalui kegiatan pendampingan dengan tim pendamping akreditasi dalam pertemuan resmi yang kegiatannya didokumentasikan dalam notulen. Koordinasi informal dilakukan antar anggota kelompok kerja pelayanan klinis atau Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) Puskesmas Jetis 1 Bantul, baik melalui pertemuan langsung maupun tidak langsung dengan bantuan media sosial. Hal ini sesuai dengan Azwar (2010) yang menyebutkan bahwa "Jika ditinjau dari suasana atau lingkungan, komunikasi dibedakan menjadi dua yaitu komunikasi formal yang dilakukan dalam suasana resmi misalnya pertemuan rapat dan komunikasi informal yang dilakukan dalam suasana tidak resmi misalnya ketika sedang berjalan berduaan, atau sedang berdamawisata".

Pelaksanaan elemen penilaian pada kriteria 8.4.3 tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait sistem identifikasi pasien adalah belum sepenuhnya sesuai dengan urutan kerja pada Standar Prosedur Operasional (SOP) tentang Identifikasi Pasien. Petugas merasakan kendala dalam pengumpulan data identitas pasien yaitu banyak pasien yang tidak melengkapi data identitas pasien terutama pada data tanggal lahir pasien. Hal ini tidak sesuai dengan Huffman (1994) yang menyebutkan "Perancangan formulir yang buruk dapat menyebabkan pengumpulan data menjadi tidak lengkap, pendokumentasian yang lamban, informasi yang salah, pekerjaan yang dilakukan dua kali, dan kesalahan-kesalahan lain. Formulir harus dievaluasi secara teratur untuk memastikan bahwa mereka mudah digunakan, mampu mengumpulkan semua data yang dibutuhkan, menghilangkan pengumpulan data yang tidak diperlukan, dan medis tidak memisahkan rekam medis anggota keluarga yang sudah menikah menjadi *family folder* baru.

Hal ini tidak sesuai dengan Peraturan Dalam Negeri Nomor 52 tahun 2011 tentang Standar Operasional Prosedur di Lingkungan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/ Kota pada pasal 9 ayat (2), yang menyebutkan bahwa "Kegiatan yang memerlukan SOP memenuhi kriteria yaitu kegiatannya dilaksanakan secara rutin atau berulang-ulang, menghasilkan output tertentu, dan kegiatannya melibatkan sekurang-kurangnya 2 (dua) orang/ pihak". Hal ini juga tidak sesuai dengan Huffman (1994) yang menyebutkan bahwa "Melalui perceraian, seorang *spouse* bisa berubah menjadi kepala dari keluarga yang lain. Seorang anak bisa berubah menjadi *spouse* atau kepala keluarga setelah menikah. Pada keadaan ini, nomor keluarga yang baru harus diterbitkan dan menghasilkan sebuah catatan yang baru". Berikut adalah contoh pelaksanaan pengkodean keluarga di Puskesmas Jetis 1 Bantul

PASIEN BARU / TIDAK BAWA KARTU PENDAFTARAN	
NAMA KK	
NAMA PASIEN & TGL LAHIR	
POLI YANG DITUJU	
ALAMAT	

Gambar 1. Formulir Identitas Pasien

Pelaksanaan kegiatan pada elemen penilaian pada kriteria 8.4.3 tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait pengkodean keluarga adalah Puskesmas Jetis 1 Bantul tidak memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait kegiatan pengkodean keluarga.

DINAS KESEHATAN KABUPATEN BANTUL  
UPTD PUSKESMAS JETIS I TELP. 0274 - 7466860

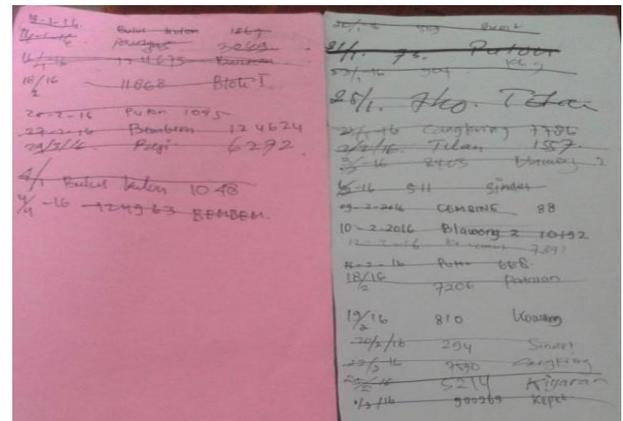
KARTU TANDA PENGENAL

Nama : ██████████  
 Nama KK : ██████████  
 Alamat : ██████████  
 No. RM : 1 2 5 1 5 1 2

Nomor Unit Keluarga: 125151  
 Kode Keluarga: 2

Gambar 2. Pelaksanaan Kode Keluarga

Petugas rekam medis merasakan kendala dalam kegiatan penyimpanan rekam medis yaitu terjadinya *missfile*. Petugas rekam medis sudah melakukan upaya mengurangi *missfile* dengan menggunakan *tracer*. *Tracer* yang digunakan memuat informasi berupa tanggal rekam medis dikeluarkan, nomor rekam medis, dan nama dusun tempat tinggal pasien. Hal ini tidak sesuai dengan WHO (2006) karena *tracer* yang digunakan di Puskesmas Jetis 1 Bantul tidak memuat data berupa nama pasien dan tujuan rekam medis dikeluarkan dari tempat penyimpanan. Di dalam WHO (2006) disebutkan bahwa "Jenis *outguide* atau *tracer* yang baik adalah dalam bentuk kartu, biasanya ukurannya sama atau sedikit lebih besar dari rekam medis, dan harus tercantum nama pasien, nomor rekam medis, tujuan rekam medis; dan tanggal keluar dari tempat penyimpanan". Berikut adalah *tracer* yang digunakan di Puskesmas Jetis 1 Bantul:



Gambar 3. Tracer di Tempat Penyimpanan Rekam Medis

Pelaksanaan kegiatan elemen penilaian pada kriteria 8.4.3 tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan. Pelaksanaan kegiatan elemen penilaian pada kriteria 8.4.3 tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis adalah pelaksanaan penyimpanan rekam medis sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Penyimpanan Rekam Medis. rekam medis terkait dokumentasi rekam medis adalah belum sepenuhnya sesuai dengan Standar

Operasional Prosedur (SOP) terkait dokumentasi rekam medis yang ditetapkan di Puskesmas Jetis 1 Bantul yaitu SOP tentang Menilai Kelengkapan dan Ketetapan Rekam Medis. Petugas rekam medis di Puskesmas Jetis 1 Bantul telah melakukan analisis kelengkapan rekam medis pada bagian *Subjek Objek Assesment Plan* (SOAP) dokter, *Subjek Objek Assesment Plan* (SOAP) perawat, paraf dokter, dan paraf perawat.

Hal ini tidak sesuai dengan Standar Operasional prosedur (SOP) nomor SOP/PD/11 tentang Menilai Kelengkapan dan Ketetapan Rekam Medis karena petugas rekam medis tidak melakukan analisis kelengkapan terhadap pengisian identitas, nama pemeriksa, tanggal atau hari pemeriksaan, dan terapi. Di dalam SOP tersebut disebutkan bahwa "Prosedur dalam menilai kelengkapan rekam medis adalah petugas memeriksa kelengkapan dan ketetapan isi rekam medis meliputi identitas, SOAP perawat, SOAP dokter, tanda tangan dan nama pemeriksa, tanggal atau hari pemeriksaan, dan terapi".

Pelaksanaan elemen penilaian pada kriteria 8.4.3 tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait sistem retensi adalah Puskesmas Jetis 1 Bantul menetapkan kebijakan masa simpan rekam medis aktif selama lima tahun. Petugas rekam medis telah melakukan penyusutan rekam medis satu kali menjelang penilaian akreditasi. Petugas rekam medis mengaku kegiatan penyusutan yang dilakukan belum maksimal maksimal dan masih mengalami kendala sesaknya berkas rekam medis di tempat penyimpanan. Hal ini tidak sesuai dengan Huffman (1994) yang menyebutkan bahwa "Secara praktis kriteria utama penentuan inaktif catatan adalah luas tempat yang tersedia di departemen untuk penyimpanan catatan medis yang lebih baru secara efisien. Kalau tidak ada lagi tempat untuk penyimpanan catatan aktif, maka harus diusahakan untuk secara sistematis menginaktifkan catatan dengan kecepatan sama dengan penambahan catatan baru".

#### 4. Unsur Manajemen *Machines*

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis di Puskesmas Jetis 1 Bantul berdasarkan unsur manajemen *machines* mengenai peralatan yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan elemen penilaian pada kriteria 8.4.3 tentang sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis diantaranya adalah terdiri atas peralatan elektronik dan bukan elektronik. Peralatan elektronik yang digunakan terdiri atas komputer, *printer*, *barcode scanner*, dan *microphone*. Peralatan bukan elektronik yang digunakan diantaranya adalah alat tulis kantor, formulir pendaftaran pasien baru, buku register pendaftaran pasien, alat penyimpan berkas yang berupa rak kayu dan *boxfile*, dan *tracer*.

Hal ini sesuai dengan Gie (2000) yang menyebutkan bahwa "Perbekalan tata usaha adalah semua perbekalan ataupun peralatan yang berupa barang-barang kantor yang diperlukan untuk menunjang lancarnya pekerjaan kantor dalam usaha pencapaian tujuan organisasi".

#### 5. Unsur Manajemen Money

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 di Puskesmas Jetis 1 Bantul pada unsur manajemen *money* adalah Puskesmas Jetis 1 Bantul merupakan puskesmas yang berbentuk Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sehingga seluruh kebutuhan akreditasi puskesmas dibiayai oleh puskesmas sendiri. Pendapatan Puskesmas Jetis 1 Bantul bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kota/ Kabupaten, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi, jasa pelayanan berupa kapitasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS), hibah, dan hasil kerjasama dengan pihak lain seperti pendapatan dari mahasiswa praktek.

Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang menyebutkan bahwa "Pendapatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)

dapat bersumber dari jasa layanan; hibah; hasil kerjasama dengan pihak lain; APBD; APBN; dan lain-lain pendapatan BLUD yang sah”.

## PENUTUP

### 1. Kesimpulan

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 berdasarkan unsur manajemen *men* adalah Puskesmas Jetis 1 Bantul membentuk tim persiapan akreditasi dan melakukan kredensial serta *on the job training* kepada sebelas petugas non rekam medis.

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 berdasarkan unsur manajemen *materials* adalah terdapat ketidaksesuaian terhadap format penyusunan dokumen akreditasi terkait kriteria 8.4.3 yang dibuat oleh Puskesmas Jetis 1 Bantul yaitu Surat Keputusan (SK) tentang Pengelolaan Rekam Medis dan Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Penyimpanan Rekam Medis.

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 berdasarkan unsur manajemen *methods* adalah dokumen akreditasi dibuat dengan beberapa tahap, evaluasi kegiatan persiapan dilakukan dengan *self assesment* dan audit internal, koordinasi persiapan akreditasi dilakukan secara formal dan informal, pelaksanaan identifikasi pasien terkendala dengan banyaknya pasien yang tidak melengkapi formulir identitas pasien, tidak terdapat prosedur tetap terkait kegiatan pengkodean keluarga, *tracer* yang digunakan tidak memuat informasi berupa nama pasien dan tujuan rekam medis, petugas rekam medis baru melakukan analisis kelengkapan rekam medis pada bagian *Subjek Objek Assesment Plan* (SOAP) dokter, *Subjek Objek Assesment Plan* (SOAP) perawat, dan paraf, kegiatan penyusutan rekam medis telah dilakukan sekali namun petugas masih merasakan kendala yaitu sesaknya berkas rekam medis di dalam rak penyimpanan.

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi

kriteria 8.4.3 berdasarkan unsur manajemen *machines* yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan elemen penilaian pada kriteria tersebut adalah menggunakan komputer, *printer, barcode scanner, microphone*, alat tulis kantor, formulir identitas pasien, buku register pendaftaran pasien, alat penyimpan berkas berupa rak kayu dan *boxfile*, dan *tracer*.

Sistem penyimpanan dan pemrosesan rekam medis terkait standar akreditasi kriteria 8.4.3 berdasarkan unsur manajemen *money* adalah Puskesmas Jetis 1 Bantul sudah berbentuk Badan Layanan Umum Daerah sehingga seluruh kebutuhan terkait dengan akreditasi menggunakan anggaran dari puskesmas sendiri.

### 2. Saran

- a. Memenuhi kebutuhan petugas Diploma Tiga Rekam Medis sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan oleh Puskesmas Jetis 1 Bantul.
- b. Melakukan evaluasi terhadap Surat Keputusan tentang Pengelolaan Rekam Medis pada bagian pembukaan, kaki, dan penandatanganan dan melakukan evaluasi terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Penyimpanan Rekam Medis pada bagian isi.
- c. Melakukan evaluasi terhadap urutan kerja pada Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Identifikasi Pasien dan disesuaikan dengan urutan kerja yang dilakukan oleh petugas rekam medis dalam melakukan identifikasi pasien.
- d. Melakukan evaluasi terhadap desain formulir identitas pasien agar dapat mengumpulkan data pasien secara efektif dan efisien.
- e. Membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait dengan kegiatan pengkodean keluarga.
- f. Menambahkan data berupa nama pasien dan tujuan rekam medis dikeluarkan dari tempat penyimpanan pada *tracer* yang digunakan.
- g. Melakukan analisis kelengkapan rekam medis sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan yaitu SOP tentang Menilai

Kelengkapan dan Ketetapan Rekam Medis.

- h. Melakukan evaluasi terhadap penentuan masa simpan rekam medis aktif dan pelaksanaan penyusutan rekam medis yang disesuaikan dengan luas tempat penyimpanan rekam medis yang tersedia.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. (2010) *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
- BUK. (2015) Pedoman Penyusunan Dokumen Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Daerah.
- Gie, The Liang (2000) *Administrasi Perkantoran Modern*. Yogyakarta: Liberty
- Huffman, E.K. (1994) *Health Information Management*. Illinois: Physicians Record Company
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. [www.buk.kemkes.go.id](http://www.buk.kemkes.go.id). Diakses tanggal 14 Januari 2016.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis. [www.hukor.kemkes.go.id](http://www.hukor.kemkes.go.id). Diakses tanggal 27 Maret 2016.
- Peraturan Dalam Negeri Nomor 52 Tahun 2011 tentang Standar Operasional Prosedur di Lingkungan Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota. [www.jdih.kemenkeu.go.id](http://www.jdih.kemenkeu.go.id). Diakses tanggal 25 Mei 2016.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. [www.kemendagri.go.id](http://www.kemendagri.go.id). Diakses tanggal 15 April 2016.
- WHO. (2006) *Medical Records Manual: A Guide For Developing Countries*. Manila: WHO Regional Office for The Western Pacific.

## Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu

Nur Laeliah<sup>1</sup>, Heru Subekti<sup>2</sup>

Program Diploma III Rekam Medis Fakultas Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada<sup>1</sup>

Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada<sup>2</sup>

Email: [nur.laeliah@mail.ugm.ac.id](mailto:nur.laeliah@mail.ugm.ac.id)<sup>1</sup>, [herusubekti@ugm.ac.id](mailto:herusubekti@ugm.ac.id)<sup>2</sup>

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Waktu tunggu pelayanan merupakan masalah yang masih banyak dijumpai dalam praktik pelayanan kesehatan, dan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan adalah menunggu dalam waktu yang lama. Lamanya waktu tunggu pasien merupakan salah satu hal penting dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD Kabupaten Indramayu diketahui bahwa pelaksanaan pelayanan pasien di rawat jalan sendiri masih belum berjalan dengan baik dan kurang maksimal khususnya yang terjadi pada pasien lama rawat jalan.

**Tujuan:** Mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan, tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan, dan hubungan antara waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan di rawat jalan.

**Metode:** Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, dan rancangan *cross sectional*. Teknik sampel yang digunakan yaitu *purposive sampling*. Instrumen penelitian ini antara lain kuesioner, *check list* observasi, dan penilaian observasi waktu. Analisis data menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat dengan uji *chi-square*.

**Hasil:** Rerata waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu selama 70,18 menit dan sebagian besar kategori waktu lama (> 60 menit). Tingkat kepuasan dalam kategori cukup puas, berdasarkan lima dimensi kualitas mutu pelayanan didapatkan pada dimensi *tangibles*, *responsiveness*, *assurance*, dan *emphaty* dalam kategori cukup puas sedangkan pada dimensi *reliability* dalam kategori puas. Adanya hubungan antara waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan di rawat RSUD Kabupaten Indramayu, ditunjukkan dengan nilai  $p=0,042$  atau nilai korelasi *chi-square* sebesar 4,135.

**Kata Kunci:** Waktu tunggu, Pelayanan rawat jalan, Pasien lama rawat jalan, Kepuasan pasien.

### ABSTRACT

**Background:** The waiting time care is an issue that is still prevalent in health care practices, and one component that could potentially cause dissatisfaction, where the wait for a long time causing dissatisfaction with patients. waiting time of patients in obtaining health services is one of the important and largely determine the quality of health services provided by a health care unit. Improving quality of care is a top priority in a hospital management, to reflect how hospitals manage service components that are tailored to the patient's situation and expectations. Each hospital was basically developed to meet the needs and patient satisfaction as a customer. Based on the results of preliminary studies that have been conducted by researchers at the Indramayu District Hospital. The results that the implementation will be the waiting time of patient care in outpatient still has not gone well and less than the maximum especially those that occur in older patients outpatient.

**Objectives:** To determine the waiting time of patients in outpatient care, outpatient satisfaction level with the services in outpatient care, and the relationship between the waiting time of patients in outpatient care with patient satisfaction with care on an outpatient basis.

**Methods:** This type of research is descriptive with quantitative approach, and the study design was cross-sectional. Sampling technique used is *purposive sampling*. The research instruments include a questionnaire, *check list* of observation, assessment and observation time. Analysis of the data in this study using univariate and bivariate analysis using *Chi-Square*.

**Results:** The average waiting time of patient care in outpatient hospitals district of Indramayu for 70.18 minutes and most are still in the category of long time (>60 minutes). The level of patient satisfaction with the services in the outpatient Indramayu District Hospital is still in the category quite satisfied, based on the five dimensions of quality of service quality obtained in *tangibles* dimension, *responsiveness*, *assurance*, and *emphaty* in the category quite satisfied while the *reliability* dimension in the category are satisfied. The existence of a relationship between the waiting time of patients in outpatient care with patient satisfaction with hospital care services in Indramayu district, indicated by the value  $p = 0,042$  or *chi-square* correlation value of 4.13.

**Key World:** The waitng time, The services of outpatient, Old patients, Patients satisfaction.

## PENDAHULUAN

Waktu tunggu pelayanan merupakan masalah yang masih banyak dijumpai dalam praktik pelayanan kesehatan, dan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan, dimana dengan menunggu dalam waktu yang lama menyebabkan ketidakpuasan terhadap pasien. Menurut Buhang (2007), dikaitkan dengan manajemen mutu, aspek lamanya waktu tunggu pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan salah satu hal penting dan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh suatu unit pelayanan kesehatan, sekaligus mencerminkan bagaimana rumah sakit mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien. Dalam segi konteks, waktu tunggu adalah masalah yang selalu menimbulkan keluhan pasien di beberapa rumah sakit, seringkali masalah waktu menunggu pelayanan ini kurang mendapatkan perhatian oleh pihak manajemen rumah sakit. Suatu rumah sakit mengabaikan lama waktu tunggu dalam pelayanan kesehatannya maka secara totalitas kualitas pelayanan rumah sakit dianggap tidak profesional dan dapat menurunkan kepuasan pasien sekaligus keluarga pasien.

Setiap rumah sakit pada dasarnya dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan dan kepuasan pasien sebagai pelanggan hal ini juga berlaku di RSUD Kabupaten Indramayu. Peningkatan mutu pelayanan merupakan prioritas utama dalam sebuah manajemen rumah sakit, salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah akses terhadap pelayanan yang ditandai dengan waktu tunggu pasien yang cepat (Buhang, 2007). Menurut Tjiptono (2007), mengidentifikasi lima dimensi kualitas mutu pelayanan, antara lain *tangible* (berwujud), *reliability* (keandalan), *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan/keyakinan), *emphaty* (kesediaan untuk perduli).

Waktu tunggu pelayanan adalah waktu yang digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mulai tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter. Menurut Kapustiak (2002), waktu tunggu merupakan total waktu yang digunakan oleh pasien menunggu di poliklinik, terhitung dari pasien mendaftar sampai pasien

dipanggil/masuk ke ruang poliklinik (Kapustiak, 2000). Berdasarkan Kepmenkes RI No.129/Menkes/SK/IV/2008 pada pelayanan rawat jalan untuk indikator waktu tunggu pelayanan di rawat jalan yaitu 60 menit dimulai dari pasien mendaftar sampai diterima/dilayani oleh dokter spesialis. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti melalui wawancara terkait waktu tunggu pelayanan pasien rawat jalan di poliklinik dan melakukan observasi atau pengamatan bersamaan dengan saat magang/pengabdian pada bulan Juli – Agustus 2015 di RSUD Kabupaten Indramayu. Hasil yang didapat terkait hal tersebut bahwa di dalam pelaksanaan akan waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan sendiri masih belum berjalan dengan baik dan kurang maksimal khususnya yang terjadi pada pasien lama rawat jalan.

Akibatnya masih terlihat beberapa yang pasiennya menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan di rawat jalan dimulai dari pasien mendaftar sampai dengan pasien dipanggil/masuk ke ruang poliklinik, yang pada akhirnya pun secara tidak langsung akan berdampak pada kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan di rawat jalan (mulai dari mendaftar sampai dengan dipanggil/masuk ke ruang poliklinik). Tidak sedikit masih dijumpai adanya komplain/keluhan dari beberapa pasien karena masalah waktu menunggu di poliklinik tujuan agar mendapatkan pelayanan medis secepatnya, sehingga kondisi pasien pun masih terlihat begitu padat/*crowded*, dan pasien terlihat bosan dan gelisah karena mengingat adanya keterbatasan waktu selama pelayanan di rawat jalan, sehingga masih dijumpai beberapa pasien yang menanyakan kembali ke petugas pendaftaran maupun petugas poliklinik terkait pelayanan di rawat jalan.

Rumusan masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini yaitu "Bagaimana Hubungan antara Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu?". Tujuan penelitian ini antara lain mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan, tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan berdasarkan lima dimensi kualitas mutu

pelayanan, dan hubungan antara waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan di rawat jalan.

#### METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, dan rancangan penelitian yaitu *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah rata-rata per bulan seluruh pasien lama rawat jalan tahun 2015 yang telah mendaftar di Tempat Pendaftaran Pasien Lama Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu. Besar sampel yang digunakan sebanyak 92 responden yang diambil dengan teknik sampel *purposive sampling*.

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat digunakan dengan tujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentasi variabel waktu dan kepuasan pasien.

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel serta menguji pembuktian hipotesis penelitian akan ada tidaknya hubungan tersebut dengan tabel silang uji *Chi-Square*.

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

##### A. Karakteristik Responden

Berdasarkan pengambilan data yang telah dilakukan melalui kuesioner terhadap 92 orang responden di RSUD Kabupaten Indramayu, pada tabel 1. menunjukkan bahwa hasil karakteristik responden pada penelitian ini mayoritas berumur 28-37 tahun sebanyak 28 orang (30,4%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 52 orang (56,5%), jenis pekerjaan diluar dari pilihan (ibu rumah tangga, supir, petani, dan lain-lain) yang ada sebanyak 35 orang (38,0%), berpendidikan terakhir SMA sebanyak 31 orang (33,7%), dan pasien dengan cara bayar BPJS sebanyak 59 orang (64,1%).

##### B. Hasil Penelitian

1. Waktu Tunggu Pelayanan Pasien di Rawat Jalan

**Tabel 1. Frekuensi Waktu Tunggu Pelayanan Pasien di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu**

No	Kategori Waktu Tunggu Rawat Jalan	Jumlah (orang)	Persentase
1	60 menit	43	46,7
2	> 60 menit	49	53,3
Total		92	100

Tabel 1. menunjukkan bahwa dari 92 orang responden diperoleh bahwa

rata-rata waktu tunggu pelayanan pasien lama di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu selama 70,18 menit. Ditinjau berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) untuk indikator waktu tunggu pasien di rawat jalan, diperoleh bahwa waktu tunggu 60 menit (kategori cepat) dijumpai sebanyak 43 orang pasien lama rawat jalan (46,7%) sedangkan waktu tunggu > 60 menit (kategori lama) dijumpai sebanyak 49 orang pasien lama rawat jalan (53,3%),

Selain karena faktor tertentu dari jumlah pasien rawat jalan yang berkunjung/berobat, dan kondisi penyediaan berkas rekam medis pasien rawat jalan, hal penting yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan adalah dari pihak RSUD Kabupaten Indramayu sendiri tidak adanya manajemen yang mengatur atau membuat regulasi dalam bentuk prosedur tetap/SOP (*Standar Operating Procedure*).

Terutama dalam hal penetapan waktu minimal pasien menunggu untuk mendapatkan pelayanan di rawat jalan yang diberlakukan. Faktor lain yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu berdasarkan hasil penelitian, didapatkan dari teknisi kinerja para petugas dalam memberikan pelayanan pasien di rawat jalan. Diantaranya kurangnya kedisiplinan dalam memulai dan mengakhiri pelayanan kepada pasien di rawat jalan, kurangnya rasa kerjasama yang terjalin antar para petugas dalam melaksanakan pelayanan di rawat jalan (petugas rekam medis, petugas poliklinik, perawat, dokter) sekaligus kesadaran para petugas akan pentingnya waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan. Mengatasi masalah tersebut dapat dilakukan dengan peningkatan dalam kedisiplinan para petugas agar dapat terjalinnya kerjasama antar para petugas (petugas rekam medis, petugas poliklinik, perawat, dokter) dalam melaksanakan pelayanan di rawat jalan kepada pasiennya.

## 2. Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Pelayanan di Rawat Jalan

Pengukuran tingkat kepuasan pasien atau keluarga pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan dilakukan terhadap 92 orang responden berdasarkan kuesioner yang berisi 17 butir *item* pernyataan yang telah terkumpul, ditabulasi dan dilakukan analisis statistik. Pada tabel 2. menunjukkan bahwa secara keseluruhan untuk tingkat kepuasan pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu sebanyak 3 orang (3,3%) yang menyatakan tidak puas, sebanyak 73 orang (79,3%) yang menyatakan cukup puas, sebanyak 14 orang (15,2%) yang menyatakan puas, dan sebanyak 2 orang (2,2%) yang menyatakan sangat puas. Dilihat dari nilai rerata (*mean*) tingkat kepuasan pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu diperoleh hasil sebesar 3,163 artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga termasuk dalam kategori cukup puas.

**Tabel 2. Frekuensi Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Pelayanan di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu**

No	Kategori Kepuasan Pasien	Rentang Skor	Jumlah (orang)	%
1	Tidak Puas	1,801 – 2,600	3	3,3
2	Cukup Puas	2,601 – 3,400	73	79,3
3	Puas	3,401 – 4,200	14	15,2
4	Sangat Puas	4,201 – 5,000	2	2,2
Total			92	100
Rerata ( <i>mean</i> )				3,163

### a. *Tangibles* (Berwujud)

Tingkat kepuasan pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu pada dimensi *tangible* (berwujud) sebanyak 10 orang (10,9%) yang menyatakan tidak puas, sebanyak 49 orang (53,3%) yang menyatakan cukup puas, sebanyak 29 orang (31,5%) yang menyatakan puas, dan sebanyak 4

orang (4,3%) yang menyatakan sangat puas. Dilihat dari nilai rerata (*mean*) yang diperoleh sebesar 3,293 artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga termasuk dalam kategori cukup puas.

### b. *Reliability Reliability* (Keandalan)

Tingkat kepuasan pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu pada dimensi *reliability* (keandalan) sebanyak 49 orang (53,3%) yang menyatakan cukup puas, sebanyak 42 orang (45,7%) yang menyatakan puas, dan sebanyak 1 orang (1,1%) yang menyatakan sangat puas. Dilihat dari nilai rerata (*mean*) yang diperoleh sebesar 3,478 artinya terletak pada interval kelas 3,401 – 4,200 sehingga termasuk dalam katgori puas.

### c. *Responsiveness* (Daya Tanggap)

Tingkat kepuasan pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu pada dimensi *responsiveness* (daya tanggap) sebanyak 5 orang (5,4%) yang menyatakan tidak puas, sebanyak 61 orang (66,3%) yang menyatakan cukup puas, sebanyak 24 orang (26,1%) yang menyatakan puas, dan sebanyak 4 orang (2,2%) yang menyatakan sangat puas. Dilihat dari nilai rerata (*mean*) yang diperoleh sebesar 3,250 artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga termasuk dalam kategori cukup puas.

### d. *Assurance* (Jaminan /Keyakinan)

Tingkat kepuasan pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu pada dimensi *assurance* sebanyak 6 orang (6,5%) yang menyatakan tidak puas, sebanyak 60 orang (65,2%) yang menyatakan cukup puas, sebanyak 24 orang (31,5%) yang menyatakan puas, dan sebanyak 4 orang (4,3%) yang menyatakan sangat puas. Dilihat dari nilai rerata (*mean*) yang diperoleh sebesar 3,239 artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga termasuk dalam kategori cukup puas.

e. *Emphaty* (Kesediaan untuk Perduli)

Tingkat kepuasan pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu pada dimensi *emphaty* (kesediaan untuk perduli) sebanyak 13 orang (14,1%) yang menyatakan tidak puas, sebanyak 55 orang (59,8%) yang menyatakan cukup puas, sebanyak 21 orang (22,8%) yang menyatakan puas, dan sebanyak 3 orang (3,3%) yang menyatakan sangat puas. Dilihat dari nilai rerata (*mean*) yang diperoleh sebesar 3,152 artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga termasuk dalam kategori cukup puas.

## 3. Hubungan antara Waktu Tunggu

Pelayanan Pasien di Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan di Rawat Jalan Uji hipotesis pada variabel bebas dan berdasarkan hasil analisis uji statistik dengan menggunakan *chi-square* pada penelitian ini diperoleh nilai asymp. Sign atau  $p=0,042$  yang menunjukkan bahwa nilai  $p < 0,05$  maka  $H_a$  diterima. Selain itu dapat juga dilihat pada hasil nilai korelasi  $chi-square_{hitung}=4,135$  yang menunjukkan bahwa nilai korelasi  $chi-square_{hitung} > chi-square_{tabel}$  (3,84) maka  $H_0$  ditolak, sehingga hasil dalam pengambilan keputusan uji hipotesis dalam penelitian ini yaitu adanya hubungan antara waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu.

## C. Pembahasan

## 1. Waktu Tunggu Pelayanan Pasien di Rawat Jalan

Waktu tunggu merupakan total waktu yang digunakan oleh pasien menunggu di poliklinik, terhitung dari pasien mendaftar sampai pasien dipanggil/masuk ke masing-masing ruang poliklinik (Kapustiak, 2000). Menurut Kepmenkes RI No.129/Menkes/SK/IV/2008 pelayanan rawat jalan dengan indikator waktu tunggu pelayanan di rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dengan diterima/dilayani oleh dokter spesialis

yaitu 60 menit. Ditinjau berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) dengan indikator waktu tunggu pelayanan di rawat jalan, dari hasil penelitian waktu menunggu pelayanan pasien di rawat jalan (92 orang responden) diperoleh bahwa waktu tunggu 60 menit (kategori cepat) dijumpai sebanyak 43 orang (46,7%) sedangkan waktu tunggu > 60 menit (kategori lama) dijumpai sebanyak 49 orang pasien rawat jalan (53,3%).

Hasil tersebut menunjukkan bahwa waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan RSUD Kabupaten masih belum sesuai karena hasil yang diperoleh sebagian besar masih jauh dari pencapaian waktu yang dijadikan sebagai target/tolok ukur, dan juga masih dalam kategori waktu lama, dimana rata-rata waktu tunggu pelayanan yang diperoleh yaitu selama 70,18 menit. Menurut Sabarguna (2008), suatu pelayanan yang dijalankan perlu adanya standar pelayanan yang dibuatkan dalam rangka mencapai tujuan seperti dicapainya peningkatan ukuran sasaran mutu pelayanan secara timbal balik akan dicapai efisien, baik secara lisan atau secara tertulis.

Berdasarkan hasil penelitian, selain karena faktor tertentu dari jumlah pasien rawat jalan yang berkunjung/berobat, dan penyediaan berkas rekam medis pasien rawat jalan, hal penting yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan adalah dari pihak RSUD Kabupaten Indramayu sendiri tidak adanya manajemen yang mengatur atau membuat regulasi dalam bentuk prosedur tetap/SOP (*Standar Operating Perocedure*). Terutama dalam hal penetapan standar waktu pasien menunggu untuk mendapatkan pelayanan di rawat jalan, sehingga RSUD Kabupaten Indramayu perlu adanya prosedur tetap/SOP (*Standar Operating Perocedure*) terkait pelayanan di rawat jalan sekaligus menetapkan pula standar pelayanan waktu tunggu pasien di rawat jalan yang diberlakukan.

Berdasarkan Undang-undang RI No. 44 Tahun 2009 yang menyatakan bahwa rumah sakit wajib memiliki

standar prosedur operasional dalam menyelenggarakan dan melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan. Rumah sakit pun harus mempunyai standar waktu dalam melakukan pelayanan kesehatan tertentu, dengan adanya standar waktu tersebut diharapkan petugas mempunyai pedoman dalam melaksanakan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan mempunyai tujuan untuk mencapai target waktu yang telah ditentukan (Sabarguna, 2008).

Faktor lain yang mempengaruhi waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu berdasarkan hasil penelitian, didapatkan dari teknis kinerja para petugas dalam memberikan pelayanan pasien di rawat jalan, seperti kurangnya kedisiplinan dalam memulai dan mengakhiri pelayanan kepada pasien di rawat jalan, kurangnya rasa kerjasama yang terjalin antar para petugas dalam melaksanakan pelayanan di rawat jalan (petugas rekam medis, petugas poliklinik, perawat, dokter) sekaligus kesadaran para petugas akan pentingnya waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan. Mengatasi masalah tersebut dapat dilakukan dengan peningkatan dalam kedisiplinan para petugas agar dapat terjalinnya kerjasama antar para petugas (petugas rekam medis, petugas poliklinik, perawat, dokter) dalam melaksanakan pelayanan di rawat jalan kepada pasiennya.

Aspek teknis kinerja petugas dapat dijabarkan dalam pelayanan yang cepat, kedisiplinan petugas, keterampilan dan kemampuan petugas, dan petugas dapat dipercaya. Kedisiplinan petugas adalah suatu bentuk pelatihan yang berusaha memperbaiki dan membentuk pengetahuan, sikap, dan perilaku sehingga petugas tersebut berusaha bekerja secara kooperatif dengan para petugas lainnya serta meningkatkan dan tercapainya hasil yang maksimal dari kinerja yang dijalankan (Lusa, 2007). Menurut Buhang (2007), pelayanan yang cepat kepada pasien tidak lepas dari kerjasama antar petugas di rumah sakit.

Sebagai pembanding dan mendukung hasil penelitian, Wahono (2011) dalam penelitiannya tentang Kepuasan Keluarga Pasien terhadap Waktu Tunggu Pelayanan di Instalasi Rawat Jalan RSJ Provinsi Kalimantan Barat dalam lama waktu tunggu pelayanan di instalasi rawat jalan dari 70 responden menunjukkan waktu menunggu tercepat selama 6,37 menit sedangkan waktu menunggu terlama selama 78,9 menit. Rerata dari lama waktu tunggu pelayanan adalah 36,4940 menit (SD 21,020), sehingga rerata lama waktu tunggu pelayanan masuk dalam kategori lama. Pembanding hasil penelitian lainnya yang juga sesuai dilakukan oleh Buhang (2007) tentang waktu tunggu di Instalasi Rawat Jalan RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo bahwa didapatkan 39% kategori lama, 5% menganggap terlalu lama, 38% mengatakan sedang, dan 19% mengatakan cepat.

## 2. Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan terhadap Pelayanan di Rawat Jalan

Kepuasan pasien dapat ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan selama menggunakan beberapa tahapan pelayanan kesehatan. Menurut Kotler (2005), kualitas pelayanan adalah keseluruhan ciri serta sifat dari suatu hasil (pelayanan) yang berpengaruh pada kemampuannya untuk memuaskan kebutuhan yang dinyatakan atau tersirat. Dengan demikian, yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Menurut Pohan (2007), aspek-aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien rawat jalan rumah sakit, antara lain: penampilan gedung rumah sakit meyakinkan dan menarik, lingkungan rumah sakit bersih nyaman dan teratur, pertamanan rumah sakit indah dan dipelihara dengan baik, perpustakaan rumah sakit teratur dan aman, petunjuk arah dan nama ruangan yang jelas, penampilan dokter, perawat, dan petugas kesehatan lain yang rapi dan bersih serta bersikap mau menolong,

kantor rekam medik buka tepat waktu, petugas rekam medis melayani dengan sopan, ramah, tepat waktu dan tanggap, dan poliklinik buka tepat waktu.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa secara keseluruhan tingkat kepuasan pasien lama rawat jalan terhadap pelayanan yang diberikan dirawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu (pasien mendaftarkan, penyediaan berkas rekam medis, pasien menunggu dipanggil/masuk ke ruang poliklinik) masih tergolong cukup puas dengan nilai rerata (*mean*) sebesar 2,804. Kepuasan pelanggan (pasien) memiliki hubungan dengan kualitas pelayanan dan berdasarkan dimensi kepuasan terdapat lima dimensi utama yang teridentifikasi sekaligus yang menentukan kualitas mutu pelayanan (Tjiptono (2007)).

a. *Tangibles* (Berwujud)

Dimensi *tangibles* sangat penting dalam penilaian mutu pelayanan rumah sakit khususnya dalam pelayanan dirawat jalan yang diberikan kepada pasien, karena hal pertama yang menunjang kepuasan seseorang adalah kenyamanan terhadap penampilan fisik dari fasilitas maupun tenaga kesehatan. Menurut Tjiptono (2007), *tangibles* (berwujud) meliputi penampilan fisik fasilitas, kelengkapan peralatan, personil, dan meteri komunikasi. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan pada dimensi *tangibles* (berwujud) memperoleh nilai rerata (*mean*) sebesar 3,293 Artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga pada dimensi ini termasuk dalam kategori cukup puas. Pada penelitian yang dilakukan oleh Supriyadi (2007) tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan rawat jalan di RSUD Wamena Kabupaten Jayawijaya, hasil pada dimensi *tangibles* menunjukkan bahwa sebesar 77,62% dimensi ini tergolong memuaskan, sehingga hasil penelitian diatas memiliki perbedaan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Hal tersebut juga didukung dari hasil observasi yang telah dilakukan di RSUD Kabupaten Indramayu, didapatkan bahwa sebagian besar kepuasan

responden terhadap pelayanan pada dimensi *tangibles* khususnya dalam cakupan akan pelayanan dalam ketersediaan fasilitas sarana dan prasarana pendukung seperti kursi tunggu, televisi, koran/majalah, dan informasi terkait alur/prosedur pelayanan yang masih belum memuaskan.

b. *Reliability* (Keandalan)

Ketepatan, ketelitian, dan kepastian dari petugas dalam memberikan pelayanan sangat penting, mengingat waktu adalah hal yang sangat berharga sehingga hal ini juga harus diperhatikan terutama dalam bidang kesehatan. Menurut Tjiptono (2007), *reliability* (keandalan) yaitu kemampuan untuk memberikan dan melakukan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, terpercaya, akurat, dan memuaskan. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan pada dimensi *reliability* (keandalan) memperoleh nilai rerata (*mean*) sebesar 3,478. Artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga pada dimensi ini termasuk dalam kategori puas. Memiliki persamaan dengan hasil penelitian, oleh Supriyadi (2007) dalam penelitian yang dilakukan tentang kepuasan pasien pada dimensi *reliability*, menunjukkan bahwa sebesar 73,24% dimensi ini tergolong memuaskan.

c. *Responsiveness* (Daya Tanggap)

Merefleksikan komitmen untuk memberikan pelayanan yang tanggap akan keinginan dan kesiapan petugas untuk melayani pasien, dalam hal ini yaitu merefleksikan persiapan rumah sakit sebelum memberikan pelayanan khususnya pelayanan pasien di rawat jalan. Menurut Tjiptono (2007), *responsiveness* (daya tanggap) yaitu kemauan/kesigapan dan kemampuan para petugas untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan dengan cepat dan tanggap. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan pada dimensi *responsiveness* (daya tanggap) memperoleh nilai rerata (*mean*) sebesar 3,250.

Artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga pada dimensi ini termasuk dalam kategori cukup puas. Pada penelitian yang dilakukan oleh

Supriyadi (2007) tentang kepuasan pasien pada dimensi *responsiveness*, menunjukkan bahwa sebesar 71,43% dimensi ini tergolong memuaskan, sehingga hasil penelitian diatas memiliki perbedaan dengan hasil penelitian yang dilakukan peneliti. Hal tersebut juga didukung dari hasil observasi yang telah dilakukan di RSUD Kabupaten Indramayu, didapatkan bahwa sebagian besar kepuasan responden terhadap pelayanan pada dimensi *responsiveness* khususnya akan cakupan dalam pelayanan oleh petugas untuk ketanggapan, kesiapan, dan kemampuan dalam melayani komplain/masalah pasien yang masih belum memuaskan.

d. *Assurances* (Jaminan/Keyakinan)

Jaminan/Keyakinan sangat dibutuhkan oleh pasien terutama dalam bagaimana menjalankan pelayanan yang dimana untuk menekankan pada kemampuan penyedia jasa dan membangkitkan rasa percaya dan keyakinan diri pasien bahwa pihak penyedia jasa terutama petugasnya mampu memenuhi kebutuhan pasiennya, memberikan pelayanan dengan kepastian, dan bebas dari keragu-raguan sekaligus membiarkan pasien menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas yang dapat menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanannya. Menurut Tjiptono (2007), *assurance* (jaminan/keyakinan) yaitu pengetahuan, kemampuan, dan sifat yang dimiliki para petugas untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan pada dimensi *assurance* (jaminan/keyakinan) memperoleh nilai rerata (*mean*) sebesar 3,239. Artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga pada dimensi ini termasuk dalam kategori cukup puas.

Sebagai pembanding hasil penelitian, kepuasan pasien terhadap pelayanan rawat jalan yang dilakukan oleh Supriyadi (2007) tentang kepuasan pasien pada dimensi *assurance*, menunjukkan sebesar 78,45% dimensi ini tergolong memuaskan, sehingga hasil penelitian diatas memiliki perbedaan dengan hasil penelitian oleh

peneliti. Hal tersebut juga didukung dari hasil observasi yang telah dilakukan di RSUD Kabupaten Indramayu, didapatkan bahwa sebagian besar kepuasan responden terhadap pelayanan pada dimensi *assurance* khususnya akan cakupan dalam pelayanan terhadap kepercayaan pasien kepada kemampuan petugas dan waktu tunggu yang rasakan selama poses pelayanan berlangsung yang mana itu semua masih belum memuaskan.

e. *Empathy* (Kesediaan untuk Perduli)

Semua pasien senantiasa ingin diperhatikan dan bersifat individual yang diberikan kepada konsumen dengan berupaya memahami keinginannya sehingga dimensi *emphaty* juga sangat penting. Pasien datang untuk daftar agar secepatnya mendapatkan pelayanan berobat jalan karena ingin mengutarakan atau memeriksa keluhan/penyakit yang dirasakan. Menurut Tjiptono (2007) *emphaty* (kesediaan untuk perduli), yaitu memberikan perhatian pribadi bagi pelanggan seperti kemudahan dalam hubungan komunikasi, usaha untuk memahami kebutuhan dan keinginan pelanggan.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan pada dimensi *emphaty* (kesediaan untuk perduli) memperoleh nilai rerata (*mean*) sebesar 3,125 artinya terletak pada interval kelas 2,601 – 3,400 sehingga pada dimensi ini termasuk dalam kategori cukup puas. Sebagai pembanding hasil penelitian, kepuasan pasien terhadap pelayanan rawat jalan yang dilakukan oleh Supriyadi (2007) tentang kepuasan pasien pada dimensi *emphaty*, sebesar 70,14% dimensi ini tergolong memuaskan, sehingga hasil penelitian diatas memiliki perbedaan dengan hasil penelitian peneliti. Hal tersebut juga didukung dari hasil observasi yang telah dilakukan di RSUD Kabupaten Indramayu, didapatkan bahwa sebagian besar kepuasan responden pada dimensi *emphaty* khususnya akan cakupan dalam pelayanan petugas untuk bersikap ramah dan sopan santun, keperdulian dalam membantu, serta memberikan

salam dan bertanya keperluan pasien yang masih belum memuaskan.

### 3. Hubungan antara Waktu Tunggu Pelayanan Pasien di Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan di Rawat Jalan

Dikaitkan dengan manajemen mutu, aspek lamanya waktu tunggu pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan salah satu hal penting dan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh suatu unit pelayanan kesehatan (Buhang, 2007). Menurut Kotler (2002), terdapat hubungan yang erat antara kualitas (hasil) dan pelayanan, semakin tinggi tingkat kualitas (hasil) dan pelayanan menyebabkan semakin tinggi kepuasan pasien. Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa adanya hubungan antara waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu dengan nilai  $\rho=0,042$  atau nilai korelasi *chi-square* sebesar 4,135, yang berarti ada kecenderungan lamanya waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan akan membuat pasien tidak puas dengan pelayanan yang diberikan di rawat jalan, dan begitupun dengan sebaliknya. Masalah tersebut dapat menjadi perhatian khusus dan perlu dilakukan pembenahan kembali bagi manajemen rumah sakit.

Menurut Munro (2006), waktu tunggu pelayanan di rumah sakit menjadi masalah yang senantiasa harus dibenahi seperti meminimalkan pasien untuk tidak terlalu lama menunggu pelayanan sehingga pasien atau keluarganya akan merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, apabila pasien sudah merasa puas, kemungkinan besar akan memanfaatkan kembali pelayanan yang diterimanya tersebut. Sebagai pembanding dan mendukung hasil penelitian, oleh Wahono (2011) dalam penelitiannya tentang kepuasan keluarga pasien terhadap waktu tunggu pelayanan di instalasi rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Kalimantan Barat menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara lama waktu

tunggu dengan kepuasan keluarga pasien ( $\rho<0,05$ ). Penelitian lainnya yang sesuai adalah penelitian Kurniawan (2012) yang menyimpulkan bahwa ada pengaruh waktu pelayanan terhadap kepuasan pasien di Poli Penyakit Dalam RS Baptis Kediri ( $\rho=0,043$ ).

## PENUTUP

### A. Kesimpulan

1. Rerata waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu selama 70,18 menit dan sebagian besar masih dalam kategori waktu lama.
2. Tingkat kepuasan pasien rawat jalan terhadap pelayanan yang diberikan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu masih dalam kategori cukup puas, dilihat dari lima dimensi kualitas mutu pelayanan antara lain:
  - a. Pada dimensi *tangibles* (berwujud) dalam kategori cukup puas
  - b. Pada dimensi *reliability* (keandalan) dalam kategori puas
  - c. Pada dimensi *responsiveness* (daya tanggap) dalam kategori cukup puas
  - d. Pada dimensi *assurance* (jaminan/keyakinan) dalam kategori cukup puas
  - e. Pada dimensi *emphaty* (kesediaan untuk perduli) dalam kategori cukup puas.
3. Adanya hubungan antara waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu, dengan hasil nilai  $p=0,042$  atau nilai korelasi *chi-square*<sub>hitung</sub>=4,135. Hal ini membuktikan bahwa dengan lama waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan akan semakin meningkat pula rasa tidak puas pasien terhadap pelayanan yang diberikan di rawat jalan, begitupun sebaliknya.

### B. Saran

Adanya kebijakan tertulis yang dikeluarkan dalam bentuk prosedur tetap/SOP (*Standar Operating Perocedure*) terkait pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu khususnya menetapkan akan standar

pelayanan terhadap waktu tunggu pasien di rawat jalan yang diberlakukan, sehingga adanya pedoman dan target/sasaran bagi petugas dalam melaksanakan pelayanan.

Perlu adanya pembenahan akan waktu pelayanan yang harus pasien rasakan dengan meminimalkan waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu salah satunya kedisiplinan petugas dalam yang perlu ditingkatkan kembali agar dapat terciptanya kerjasama dan meningkatkan kesadaran satu sama lain dan untuk lebih saling memperhatikan akan pentingnya akan waktu pelayanan di rawat jalan yang diberikan kepada pasiennya

Perlu adanya peningkatan kembali terkait pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu yang diberikan kepada pasiennya pada cakupan masing-masing dimensi yang masih dalam kategori cukup puas, antara lain:

- a. Pada dimensi *tangibles* (berwujud) dalam hal ketersediaan sarana dan prasarana pendukung kepada pasiennya seperti kursi tunggu, televisi, koran/majalah, informasi terkait alur/prosedur pelayanan, dan hal terkait lainnya
- b. Pada dimensi *responsiveness* (daya tanggap) dalam hal ketanggapan dan kesiapan petugasnya dalam melayani komplain/masalah pasiennya
- c. Pada dimensi *assurance* (jaminan/keyakinan) Dalam hal kepercayaan pasien selama berlangsungnya poses pelayanan yang diberikan terutama pada kemampuan petugasnya
- d. Pada dimensi *emphaty* (kesediaan untuk perduli) dalam hal cara sikap petugas melayani dengan lebih ramah dan sopan santun, keperdulian dalam membantu pasien, serta pemberian salam sekaligus bertanya akan keperluan pasien.

#### DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, S. (2006) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Azwar, A. (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Azwar, S. (2011) *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Basuki. (2003) *Manajemen Arsip Dinamis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Budiarto, E. (2003) *Metodologi Penelitian Kedokteran: Sebuah Pengantar*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran- EGC.
- Budi, S.C. (2011) *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Bungin, B. (2007) *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Depkes RI. (1997) *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi I*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI. (2008) Keputusan Menteri Kesehatan RI No.129/Menkes/SK/IV/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Lusa, J. (2007) Mengukur Kepuasan Pasien Rumah Sakt. *Internet*. Tersedia dalam <http://Jsofian.wordpress.com/mengu>
- Kotler, J.P. (2002) *Manajemen Pemasaran*. Yogyakarta: Prehallindo
- Meloeng, L.J. (2007) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Notoadmodjo, S. (2012) *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rangkuti, F. (2006) *Measuring Customer Satisfaction*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Umum.
- Republik Indonesia. (2009) *Undang-undang RI No.44/2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Novindo Pustaka Mandiri.
- Sabarguna, B.S. (2008) *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Edisi Revisi*. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jawa Tengah dan Yogyakarta.
- Santoso, S. (2011) *Aplikasi dengan SPSS untuk Konsep Statistik Non Parametrik*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- \_\_\_\_\_. (2011) *Aplikasi dengan SPSS untuk Konsep Statistik Parametrik*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Sugiyono. (2009) *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dari R&D*. Bandung: Alfabeta
- Gerson, R. (2004) *Mengukur Kepuasan Pelanggan*. Jakarta: PPM.

- Hartono, B. (2010) *Manajemen Pemasaran untuk Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hatta, G.R. (2008) *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana*
- Huffman, E.K. (1994) *Health Information Management*. Illyonis: Physician Record Company.