

Hubungan Pengetahuan dan Kesesuaian Pemeriksaan Klinis dengan Ketepatan Kode Diagnosa Demam Berdarah *Dengue* di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah

Lilik Meilany¹, Ari Sukawan², Nurfaddilah³

^{1,2,3} Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panakkukang Makassar

Jl. Adhyaksa No. 5 Panakkukang Makassar

¹lilikmeilany@gmail.com, ²arisukawan@yahoo.co.id

Abstract

Knowledge and accuracy of DHF diagnosis results have an impact on the inaccuracy in determining the diagnosis code for dengue hemorrhagic fever (DHF). The purpose of this study was to analyze the relationship between knowledge and appropriateness of clinical examinations with the accuracy of dengue diagnosis codes in Siti Fatimah Mother and Child Hospital. This study uses a cross sectional method using observational analytics. The population of the subjects in this study were all coders in the Siti Fatimah Mother and Child Hospital, collecting 9 people. The object population is 9 DHF patient medical documents. Samples taken by means of total sampling. Based on the research results obtained from the level of accuracy of giving DHF codes reached 55.6% or 5 medical records while the incorrect code reached 44.4% or as many as 4 medical records from 9 medical records of DHF patients. the accuracy of DHF clinical examination results there are 5 or 55.6% which is correct there are 4 or 44.4% of documents of incorrect DHF medical records. To determine the relationship of knowledge and appropriateness of clinical examination with the accuracy of the blood diagnosis code obtained statistical test results with non-parametric statistical tests using Kendall's tau_b trial. i.e. $p = 0.025 < 0.05$ meaning H_0 is rejected and H_1 or "there is a relationship between the accuracy of DHF clinical examination results and knowledge of the coders with the accuracy of the DHF code."

Keywords: Knowledge, Accuracy of Diagnosis Code, Dengue Hemorrhagic Fever

Abstrak

Pengetahuan dan ketepatan hasil pemeriksaan klinis diagnosa DBD berdampak terhadap ketidaktepatan penentuan kode diagnosa demam berdarah dengue (DBD). Tujuan penelitian untuk menganalisis hubungan pengetahuan dan kesesuaian pemeriksaan klinis dengan ketepatan kode diagnosa demam berdarah dengue di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah. Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional* melalui pendekatan observasional analitik. Populasi subyek dalam penelitian ini adalah seluruh koder di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah berjumlah 9 orang. Populasi obyek adalah 9 dokumen medis pasien DBD. sampel yang di ambil dengan cara *total sampling*. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil bahwa tingkat ketepatan pemberian kode diagnosa DBD mencapai 55.6 % atau 5 rekam medis sedangkan kode yang tidak tepat mencapai 44.4% atau sebanyak 4 rekam medis dari 9 rekam medis pasien DBD. ketepatan hasil pemeriksaan klinis diagnosa DBD terdapat 5 atau 55.6% yang tepat sedangkan terdapat 4 atau 44.4% dokumen rekam medis DBD yang tidak tepat. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan kesesuaian pemeriksaan klinis dengan ketepatan kode diagnosa demam berdarah diperoleh hasil uji statistik dengan Uji statistik non-parametrik menggunakan uji korelasi Kendall's tau_b. yaitu $p=0.025<0.05$ artinya H_0 ditolak dan H_1 atau "ada hubungan antara ketepatan hasil pemeriksaan klinis diagnosa DBD dan pengetahuan koder dengan ketepatan kode DBD."

Kata Kunci: Pengetahuan, Ketepatan Kode Diagnosa, Demam Berdarah Dengue

PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan salah satu faktor pendukung terpenting dalam perkembangan pe-

layanan kesehatan sehingga tercipta pelayanan yang baik bagi pasien. Dalam (Kementerian Kesehatan RI, 2008) Pasal 1 ayat (1) tentang Rekam Medis

telah disebutkan bahwa rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Salah satu kegiatan pengelolaan rekam medis adalah kegiatan pemberian kode diagnosis penyakit dan tindakan yang harus dilakukan oleh tenaga profesional perekam medis sebagai salah satu kompetensi yang dimiliki (Kementerian Kesehatan RI, 2007)

Penerapan kodifikasi penyakit digunakan untuk mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan, masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis, memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan, bahan dasar dalam *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) untuk sistem penagihan pembayaran pelayanan, pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan dan penelitian epidemiologi dan klinis (Gemala R, 2010).

Hal terpenting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis adalah ketepatan dalam pemberian kode diagnosis. Untuk mendapatkan hasil kodifikasi penyakit yang tepat diperlukan rekam medis yang lengkap. (Gemala R, 2010).

Selain rekam medis yang lengkap dituntut juga pengetahuan yang baik bagi tenaga tenaga perekam medis khususnya koder. Kode diagnosis yang diberikan harus tepat sesuai dengan kode yang tercantum dalam buku *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision* (ICD-10) yang diterbitkan oleh *World Health Organization* (WHO).

ICD-10 mencakup kode diagnosis dari semua sistem organ tubuh manusia yang telah diklasifikasikan berdasarkan kelompok penyakit tertentu termasuk untuk golongan penyakit infeksi. Salah satu penyakit infeksi yang paling banyak terjadi di Indonesia adalah Demam Berdarah Dengue (DBD). Menurut (Ariani, 2016) “demam berdarah dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* yang mengandung virus *Dengue*”. Dalam ICD-10 diagnosis DBD diberi kode A91 (Word Halth Organisation, 2010)

Dalam penetapan kode diagnosis DBD harus mempertimbangkan kesesuaian antara diagnosis dan hasil pemeriksaan klinis dengan kode diagnosis berdasarkan ICD-10. Berdasarkan observasi awal di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah ditemukan beberapa rekam medis dengan kasus DBD yang diberi kode diagnosis DBD tapi hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hasil yang normal. Padahal untuk dapat mendukung kode diagnosis DBD maka setidaknya ditemukan dua hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak normal, misalnya pada hasil pemeriksaan trombosit dan leukosit. Artinya terjadi ketidaksesuaian antara hasil pemeriksaan penunjang dengan penegakan kode diagnosis DBD. Hal ini dapat mempengaruhi data dan informasi laporan rumah sakit, serta ditetapkan tarif pelayanan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini menggunakan metode analitik dan pendekatan yang digunakan adalah *crosssectional* (Sugiyono, 2018). Penelitian ini dilaksanakan di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah dengan waktu penelitian berlangsung mulai bulan Januari-Agustus tahun 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah 9 orang petugas rekam medis dan dan 9 dokumen rekam medis pasien DBD. Pengambilan sampel dilakukan secara non *probability sampling* dimana sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi atau *total sampling* yaitu 9 orang petugas rekam medis, dan 9 dokumen rekam medis pasien DBD di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah periode bulan Januari-Agustus 2019.

Variabel bebas dari penelitian ini adalah Pengetahuan coder dan kesesuaian pemeriksaan klinis dengan variabel terikat dalam penelitian ini adalah ketepatan Kode diagnosis DBD pada dokumen rekam medis pasien DBD. Data yang digunakan yaitu data primer berupa pengetahuan coder dan keakuratan kode diagnosis pasien rawat DBD, serta data sekunder yaitu hasil pemeriksaan klinis pasien. Metode pengumpulan data yang digunakan dengan kuesioner dan observasi. Teknik Analisa Data dibantu dengan menggunakan komputer program SPSS Analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat adalah dengan menggunakan uji statistik yaitu korelasi Kendall's tau_b.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Tingkat Pengetahuan Petugas Rekam Medis

Dikategorikan dalam 3 kelompok yaitu rendah, sedang dan tinggi. Dikategorikan rendah apabila rentang skor kuesioner dari 1-3, dikategorikan sedang apabila skor kuesioner dari 4-6 dikatakan memiliki pengetahuan tinggi apabila skor kuesioner dari rentang 7-10. Berdasarkan hasil kuesioner yang diperoleh dari 9 petugas rekam medis RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah diperoleh hasil tingkat pengetahuan sebagaimana Tabel 1 berikut:

Tabel 1. Tingkat Pengetahuan Petugas Rekam Medis RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Tahun 2019

		Pengetahuan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	1	11.1	11.1	11.1
	Sedang	3	33.3	33.3	44.4
	Tinggi	5	55.6	55.6	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Sumber: Data Primer

Berdasarkan data Tabel 1 diketahui bahwa dari 9 petugas rekam medis terdapat 1 petugas rekam medis yang memiliki tingkat pengetahuan rendah atau sebanyak 11,1%, sedangkan petugas dengan tingkat pengetahuan sedang berjumlah 3 orang atau 33,3% dan untuk petugas rekam medis dengan tingkat pengetahuan tinggi berjumlah 5 orang atau 55,6%.

Ketepatan Hasil Pemeriksaan Klinis Diagnosa DBD

Dikategorikan menjadi dua kategori yaitu tepat dan tidak tepat, dikatakan tepat apabila hasil pemeriksaan klinis DBD meliputi pemeriksaan hemoglobin, leukosit, eritrosit, hematokrit dan trombosit sesuai dengan kriteria ketetapan penentuan diagnosa DBD, Sedangkan dikatakan tidak tepat apabila hasil pemeriksaan hemoglobin, leukosit, eritrosit, hematokrit dan trombosit bernilai normal atau tidak menunjukkan gelajah klinis DBD. Tingkat ketepatan hasil pemeriksaan klinis dapat dilihat pada Tabel 2. Berikut:

Tabel 2. Ketepatan Hasil Pemeriksaan Klinis RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Tahun 2019

		Ketepatan_Pemeriksaan_Klinis			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tepat	5	55.6	55.6	55.6
	Tidak Tepat	4	44.4	44.4	100.0
Total		9	100.0	100.0	

Sumber: Data Primer

Berdasarkan data Tabel 2. Diperoleh hasil bahwa dari 9 dokumen rekam medis DBD terdapat 5 atau 55.6% dokumen rekam medis DBD yang ketepatan hasil pemeriksaan klinisnya tepat atau sesuai dengan kriteria klinis penentuan kode diagnosa DBD sedangkan terdapat 4 atau 44.4% dokumen rekam medis DBD yang tidak.

Tingkat Ketepatan Kode Diagnosa DBD

Dikategorikan menjadi dua kategori yaitu tepat dan tidak tepat, dikatakan tepat apabila kode diagnosa DBD yang diberikan oleh petugas rekam medis dalam hal ini adalah koder RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah sesuai antara kode diagnosis dengan diagnosis utama yang dituliskan oleh dokter pada rekam medis pasien dan hasil pemeriksaan klinis. Penentuan diagnosis DBD apabila memenuhi dua kriteria klinis dan dua kriteria laboratoris. Data hasil ketepatan kode diagnosa DBD dapat dilihat pada Tabel 3 berikut:

Tabel 3. Ketepatan Kode Diagnosa DBD RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Periode Januari-Agustus 2019

		Ketepatan_Kode_DBD			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tepat	5	55.6	55.6	55.6
	Tidak Tepat	4	44.4	44.4	100.0
Total		9	100.0	100.0	

Sumber: Data Primer

Berdasarkan data pada Tabel 3. Dapat diketahui bahwa tingkat ketepatan pemberian kode diagnosa DBD dengan jumlah sampel rekam medis pasien DBD berjumlah 9 rekam mencapai 55.6 % atau 5 rekam medis. Adapun jumlah kode yang tidak tepat mencapai 44.4% atau sebanyak 4 rekam medis dari 9 rekam medis pasien DBD.

Uji Korelasi Kendall's Tau_b

Uji statistik non parametrik untuk mengetahui hubungan atau kekuatan hubungan antar variabel. Adapun hasil uji Korelasi Kendall's Tau_b dapat dilihat seperti pada Tabel 4 berikut:

Tabel 4. Uji Korelasi Kendall's Tau_b

Correlations			Ketepatan_Kode_DBD	Kelengkapan_Pemeriksaan_Klinis	Pengetahuan
Kendall's tau_b	Ketepatan_Kode_DBD	Correlation Coefficient	1,000	.791*	.791*
		Sig. (2-tailed)		.025	.025
		N	9	9	9
Kelengkapan_Pemeriksaan_Klinis	Ketepatan_Kode_DBD	Correlation Coefficient	.791*	1,000	.500
		Sig. (2-tailed)	.025		.157
		N	9	9	9
Pengetahuan	Ketepatan_Kode_DBD	Correlation Coefficient	.791*	.500	1,000
		Sig. (2-tailed)	.025	.157	
		N	9	9	9

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

Sumber: Data Primer

Berdasarkan nilai output korelasi Kendall's tau_b pada tabel 4 diketahui nilai signifikansi atau sig. (2-tailed) antara Kelengkapan pemeriksaan klinis dan pengetahuan dengan variabel ketepatan kode DBD sebesar $0.025 < 0.05$ sedangkan output uji korelasi Kendall's tau_b, diketahui koefisien korelasi (*correlation coefficient*) antara Kelengkapan pemeriksaan klinis dan pengetahuan dengan variabel ketepatan kode DBD adalah sebesar 0.791*.

PEMBAHASAN

Pengetahuan adalah hasil dari "tahu" dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2010). Seorang perkam medis dalam menjalankan tugasnya harus mengetahui standar pelayanan di rumah sakit dan standar prosedur operasional (SPO) yang telah ditetapkan oleh rumah sakit serta standar profesi atau standar kompetensi perekam medis dan informasi kesehatan (Budi, 2011) dalam salah satu kompetensi menyebutkan Perekam Medis mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia. (Kementerian Kesehatan RI, 2007). Secara umum tingkat pengetahuan petugas rekam

medis khususnya koder di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah termasuk dalam kategori baik sebab dari 9 petugas rekam medis terdapat 5 atau 55,6% petugas yang memiliki pengetahuan dalam kategori tinggi dan petugas dengan tingkat pengetahuan sedang berjumlah 3 orang atau 33,3% serta terdapat 1 petugas rekam medis yang memiliki tingkat pengetahuan rendah atau sebanyak 11,1%. Salah satu hal yang dapat di nilai dari seorang petugas perekam medis yaitu terkait dengan pengetahuan analisis rekam medis. Faktor yang mempengaruhi penentuan kode diagnosa DBD dimana petugas kodifikasi penyakit hanya melihat penurunan nilai trombosit pada hasil pemeriksaan pasien sebagai penegak diagnosis DBD. Padahal dalam melakukan penegakan diagnosis DBD harus terdiri atas dua data klinis dan dua data laboratorium yang menunjukkan diagnosis DBD, seperti kadar hematokrit dan jumlah leukosit. (Ariani, 2016). Sehingga penting bagi seorang petugas koding untuk mampu melihat dan menganalisis hasil pemeriksaan laboratorium dengan diagnosis utama yang ditulis oleh dokter.

Hasil analisis koder mempengaruhi Ketepatan pemberian kode diagnosa DBD. Berdasarkan hasil yang diperoleh dari 9 sampel rekam medis pasien DBD periode Januari-Agustus 2019 didapatkan hasil bahwa 5 atau 55,6% rekam medis pasien DBD dikode dengan tepat sedangkan 4 atau 44,4% rekam medis dengan diagnosa DBD dikode dengan tidak tepat.

Berdasarkan hasil observasi ditemukan ketidak-tepatan hasil pemberian kode penyakit diagnosis utama. Diagnosis utama adalah diagnosis kesehatan yang menyebabkan pasien memperoleh perawatan dan pemeriksaan yang ditegakkan pada akhir episode pelayanan dan bertanggung jawab atas kebutuhan sumber daya dan pengobatannya. Namun, pada salah satu rekam medis ditemukan bahwa yang menjadi kode diagnosis utama adalah DBD, sedangkan yang menyebabkan pasien dirawat adalah *gastroenteritis*.

Dampak yang terjadi bila penulisan kode diagnosis yang tidak tepat adalah berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan, data dan informasi laporan rumah sakit yang dapat berdampak terhadap keakuratan dalam penentuan perencanaan dan pengambilan keputusan. Apabila informasi morbiditas yang disajikan tidak sesuai, maka akan terjadi kesalahan dalam penentuan pengalokasian sumber daya. (Naga, 2013). Misalnya, karena di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah terjadi banyak

kasus DBD maka sebagian besar sumber daya yang dialokasikan dikhususkan untuk penanganan penyakit DBD.

Selain pengetahuan petugas rekam medis, faktor lain yang berhubungan dengan tingkat ketepatan pemberian kode diagnosa DBD adalah Ketepatan Hasil Pemeriksaan Klinis Diagnosa DBD, dalam hal ini diperlukan kemampuan analisis terkait ketepatan hasil pemeriksaan klinis diagnosa DBD. Pemeriksaan klinis untuk mengetahui apakah seorang pasien menderita DBD atau tidak yaitu dengan melakukan pengecekan hemoglobin, leukosit, eritrosit, hematocrit dan trombosit. Berdasarkan hasil observasi Ketepatan Hasil Pemeriksaan Klinis dengan ketepatan kode diagnosa DBD diperoleh hasil bahwa dari 9 rekam medis pasien dengan diagnosa DBD Diperoleh hasil bahwa 5 atau 55.6% dokumen rekam medis DBD yang ketepatan hasil pemeriksaan klinisnya tepat atau sesuai untuk penegakan kode diagnosa DBD sedangkan terdapat 4 atau 44.4% dokumen rekam medis DBD yang tidak sesuai dengan kriteria penegakan diagnosa DBD akan tetapi tetap dikode dengan kode penyakit DBD.

Berdasarkan nilai output korelasi Kendall's tau_b diketahui nilai signifikansi atau sig. (2-tailed) antara Kelengkapan pemeriksaan klinis dan pengetahuan dengan variabel ketepatan kode DBD sebesar 0.025 < 0.05 maka dapat disimpulkan bahwa artinya Ho ditolak dan H1 atau "ada hubungan antara ketepatan hasil pemeriksaan klinis diagnosa DBD dan pengetahuan koder dengan ketepatan kode DBD."

Output uji korelasi Kendall's tau_b, diketahui koefisien korelasi (correlation coefficient) antara Kelengkapan pemeriksaan klinis dan pengetahuan dengan variabel ketepatan kode DBD adalah sebesar 0.791* dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hubungan antara kelengkapan pemeriksaan klinis dan pengetahuan dengan variabel ketepatan kode DBD adalah "sangat kuat".

Nilai koefisien korelasi (correlation coefficient) antara variabel Kelengkapan pemeriksaan klinis dan pengetahuan dengan variabel ketepatan kode DBD yaitu sebesar 0.791. Maka dapat disimpulkan ada hubungan yang "positif" antara variabel Kelengkapan pemeriksaan klinis dan pengetahuan dengan variabel ketepatan kode DBD. Hubungan positif atau searah bermakna bahwa jika variabel pengetahuan dan ketepatan hasil pemeriksaan klinis semakin tinggi maka tingkat ketepatan pemberian kode DBD semakin tepat/akurat.

SIMPULAN

Ada hubungan antara ketepatan hasil pemeriksaan klinis diagnosa DBD dan pengetahuan koder dengan ketepatan kode DBD dengan $p=0.025$ hubungan antara kelengkapan pemeriksaan klinis dan pengetahuan dengan variabel ketepatan kode DBD adalah sangat kuat dengan koefisien korelasi (correlation coefficient) sebesar 0.791*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, A. P. (2016). *Demam Berdarah Dengue (DBD)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Budi, S. C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Gemala R, H. (2010). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).
- Kementerian Kesehatan RI. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 377 Tahun 2007 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2008). *Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis*.
- Naga, M. A. (2013). *Audit Coding, Morbiditas & Mortalitas, Pengontrol Manajemen Resiko*. Universitas Esa Unggul.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D* (27th ed.). ALFABETIKA.
- World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification Of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision Volume II* (10th ed.). World Health Organization.

PENDAHULUAN

Informasi kesehatan merupakan sumberdaya strategis dalam fasilitas kesehatan. Para pekerja dan manajer di bidang kesehatan perlu memahami kebutuhan dan nilai informasi kesehatan yang berkualitas agar dapat membantu dalam perencanaan, monitoring dan evaluasi serta pengambilan keputusan. Untuk memperoleh informasi kesehatan tersebut dibutuhkan Manajemen Informasi Kesehatan mulai dari perolehan, analisis dan perlindungan informasi kesehatan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (GHWC, 2016).

Manajemen Informasi Kesehatan (*Health Information Management*) yang dikenal sejak tahun 1990-an merupakan paradigma baru dari Rekam Medis (*Medical Record*). Saat ini di Indonesia sedang hangat diskusi perubahan nomenklatur Rekam Medis dan Informasi Kesehatan menjadi Manajemen Informasi Kesehatan. Beberapa fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit swasta sudah mengganti istilah Unit Kerja Rekam Medis menjadi Unit Kerja Manajemen Informasi Kesehatan. Hal ini juga terjadi dalam proses perubahan nomenklatur pendidikan bidang studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, di mana nomenklatur Rekam Medis dan Informasi Kesehatan diberlakukan untuk pendidikan level Diploma Tiga (D3) sedangkan Manajemen Informasi Kesehatan pada pendidikan level Diploma Empat (D4) atau Strata Satu (S-1) dan Strata Dua (S-2).

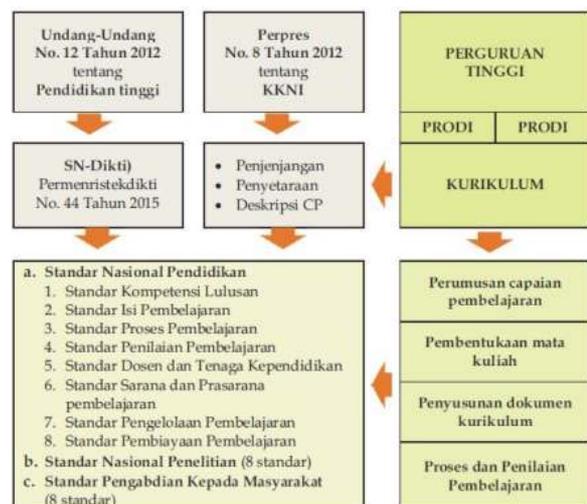
Program studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Esa Unggul memperoleh ijin operasional melalui SK Menristekdikti No.272/KPT/1/201629 tanggal Agustus 2016. Kurikulum dibutuhkan sebagai bagian dari perangkat penyelenggaraan program studi. Saat ini Kurikulum Inti pendidikan S-1 Manajemen Informasi Kesehatan belum ditetapkan oleh Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMIKI).

Dalam Panduan Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi yang dikeluarkan oleh Direktorat Pembelajaran dan Kemahasiswaan Kemenristekdikti 2016, kurikulum harus berbasis KKNi dengan tahapan meliputi: Perumusan Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL), Pembentukan mata kuliah, Penyusunan Mata Kuliah dalam Struktur Kurikulum (Ditjen Dikti, 2016). Untuk itu diperlukan model Kurikulum Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan Berbasis KKNi yang dapat digunakan sebagai referensi bagi masyarakat dalam menyelenggarakan program studi sejenis.

Kurikulum Pendidikan Tinggi

Undang-undang No.12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi mengatur bahwa Pendidikan Tinggi terdiri dari Pendidikan Akademik, Pendidikan Vokasi dan Pendidikan Profesi. Pendidikan Akademik merupakan Pendidikan Tinggi program sarjana dan/atau program pascasarjana yang diarahkan pada penguasaan dan pengembangan cabang Ilmu Pengetahuan dan Teknologi. Program sarjana merupakan pendidikan akademik yang diperuntukkan bagi lulusan pendidikan menengah atau sederajat sehingga mampu mengamalkan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi melalui penalaran ilmiah. Program sarjana menyiapkan mahasiswa menjadi intelektual dan/atau ilmuwan yang berbudaya, mampu memasuki dan/atau menciptakan lapangan kerja, serta mampu mengembangkan diri menjadi profesional.

Kurikulum pendidikan tinggi adalah kerangka acuan yang dapat menyandingkan, menyetarakan, dan mengintegrasikan antara bidang pendidikan dan bidang pelatihan kerja serta pengalaman kerja dalam rangka pemberian pengakuan kompetensi kerja sesuai dengan struktur pekerjaan di berbagai sektor. Kurikulum pendidikan tinggi dimulai dari jenjang 1 (satu) sebagai jenjang terendah sampai dengan jenjang 9 (sembilan) sebagai jenjang tertinggi. Jenjang 1 sampai dengan jenjang 3 dikelompokkan dalam jabatan operator; jenjang 4 sampai dengan jenjang 6 dikelompokkan



Gambar 1. Acuan dalam Mengembangkan Kurikulum Pendidikan Tinggi (Sumber: Ditjen Dikti 2016).

Kurikulum pendidikan Program Studi Sarjana Manajemen Informasi Kesehatan berdasarkan CAHIIM (*Commission Accreditation on Health Informatics and Information Management*) mencakup kompetensi sebagai berikut (CAHIIM, 2016).

Domain I. Data Content, Structure & Standards (Information Governance) terdiri dari subdomain:

1. Classification of Systems
2. Health Record Content and Documentation
3. Data Governance
4. Data Management
5. Secondary Data Sources

Domain II. Information Protection: Access, Disclosure, Archival, Privacy & Security terdiri dari subdomain:

1. Health Law
2. Data Protection, Confidentiality & Security
3. Release of Information

Domain III. Informatics, Analytics and Data Use terdiri dari subdomain:

1. Health Information Technologies
2. Information Management Strategic Planning
3. Analytics and Decision Support
4. Health Care Statistics
5. Research Methods
6. Consumer Informatics
7. Health Information Exchange
8. Information Integrity and Data Quality

Domain IV. Revenue Management terdiri dari subdomain Revenue Cycle and Reimbursement

Domain V. Compliance terdiri dari subdomain:

1. Regulatory
2. Coding
3. Fraud Surveillance
4. Clinical Documentation Improvement

Domain VI. Leadership terdiri dari subdomain:

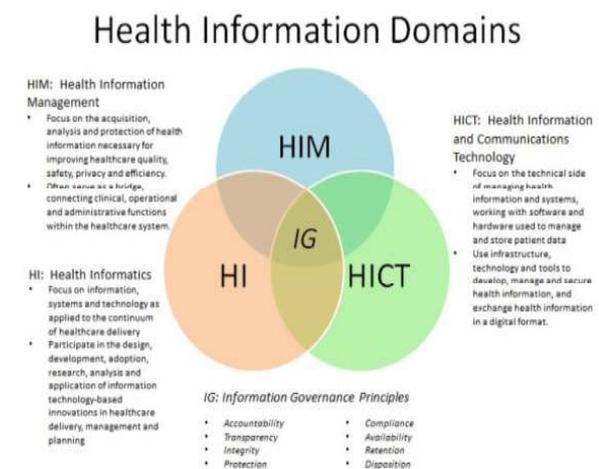
1. Leadership Roles
2. Change Management
3. Work Design and Process Improvement
4. Human Resources Management
5. Training and Development
6. Strategic and Organizational Management
7. Financial Management
8. Ethics
9. Project Management
10. Vendor/Contract Management
11. Enterprise Information Management

Supporting Body of Knowledge (Pre-requisite or Evidence of Knowledge) terdiri dari:

1. Pathophysiology and Pharmacology
2. Anatomy and Physiology
3. Medical Terminology
4. Computer Concepts and Applications
5. Statistics

Kompetensi Global Profesional Manajemen Informasi Kesehatan

Global Health Workforce Council (GHWC) merumuskan bahwa Profesional Manajemen Informasi Kesehatan menjadi satu di antara tiga kelompok Profesi Informasi Kesehatan seperti gambar 2.



Gambar 2. Domain Profesi Informasi Kesehatan (Sumber : GHWC, 2016)

Ada tiga domain Profesi Informasi Kesehatan meliputi:

1. *Health Information Management (HIM)*= Manajemen Informasi Kesehatan
 - a. Fokus pada perolehan, analisis dan perlindungan informasi kesehatan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, keselamatan, privasi dan keamanan.
 - b. Penghubung fungsi-fungsi klinis, operasional dan administratif dalam sistem pelayanan kesehatan
2. *Health Informatics (HI)*= Informatika Kesehatan
 - a. Fokus pada informasi, sistem dan teknologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.

- b. Berpartisipasi dalam perancangan, pengembangan, adopsi, riset, analisis dan aplikasi teknologi informasi dalam pelayanan kesehatan
- 3. *Health Information and Communication Technology (HICT) = Teknologi Informasi dan Komunikasi Kesehatan*
 - a. Fokus pada sisi teknis informasi, sistem dan teknologi dalam pengaturan sistem dan informasi kesehatan, bekerja dengan hardware dan software yang digunakan untuk mengelola dan menyimpan data pasien.
 - b. Menggunakan infrastruktur, teknologi dan tool untuk mengembangkan, mengelola, mengamankan informasi kesehatan dan pertukaran informasi kesehatan dalam format digital.

GHWC menetapkan level pendidikan untuk Profesi Informasi Kesehatan mulai dari *Basic* atau *Entry (Associate Degree* masa studi dua tahun), *Intermediate (Baccalaureate Degree* masa studi empat tahun), dan *Advanced (Master, Doctor Degree)*. Kompetensi yang telah ditetapkan bagi Profesional Manajemen Informasi Kesehatan sebagai berikut:

1. *Analytics and Statistics*
 Understand and apply data analysis and statistical techniques to support decision-making, healthcare practice, and gain knowledge/business intelligence through various methods and techniques such as data mining development of models, and statistical measurements. Understands availability and structure of internal and external data/datasets, databases, and common healthcare statistics/biostatistics. May apply analytical and statistical techniques and/or interpret statistics to support decision-making such as operations, healthcare delivery, quality improvement, payment models, strategy, etc., and create business/health intelligence.
2. *Change Management*
 Understand the process of introducing change, getting it adopted, and diffusing it throughout the organisation. Ability to assess the implications of new solutions (including information and communication technology) and quantify benefits. Ability to maintain continuity throughout the change, monitor and manage risks, and implement changes as needed.

3. *Classification and Coding Systems and Procedures*
 Assign numeric and/or alphanumeric representations to clinical documentation to support management, reporting, reimbursement, procedures and/or services in accordance with a designated classification system or code set and in compliance with related regulations/guidelines and ethical standards. Apply knowledge of how coded data for diagnoses, procedures and services are used in healthcare including for management, reporting, reimbursement, and research. Enable semantic interoperability between health information systems.
4. *Clinical Documentation Improvement*
 Implement and monitor the use of methods to improve clinical documentation that will support coding, clinical care provision, data analysis and decision making.
5. *Data Management and Governance*
 Manage organisational and health data through its lifecycle ensuring its availability, usability, integrity, and security to meet the needs of data users. Ensure data stewardship (custodianship) through policies and processes for access, management, and permissible uses of data.
6. *Data Quality and Information Integrity*
 Maintain reliability and effectiveness of data for its intended uses including for care delivery, operations, decision making, and planning. Establish processes to ensure that healthcare data are complete, accurate, consistent, timely, and secure from malicious or accidental compromise.
7. *Ethics*
 Understand and apply one's professional moral principles, values and standards. Promote the use of formal and informal ethics education programs (formal and informal) that support an ethical culture and decision-making processes to deal with the competing perspectives and obligations.
8. *Management Responsibilities*
 Management responsibilities related to planning, organising, leading, and controlling the information management function. This includes the ability to identify and analyse information management needs, develop and implement information management strategies, and monitor and evaluate the effectiveness of information management activities.

9. *Health Information Access, Disclosure, and Exchange*
Create and apply strategies, policies, and processes related to health information access, disclosure, and exchange including integration with related information systems and databases when appropriate.
10. *Health Information Systems and Application Design and Planning*
Specify, refine, update, produce, and make available a formal approach to implement information and communication technology solutions necessary to develop and operate the health information system architecture in support of the organisation priorities. Stay apprised of innovative solutions for integration of new technology into existing products, applications, or services. Identify and clarify user needs (internal/external customers) and organisational policy to ensure system architecture and applications are in line with business requirements.
11. *Health Information Systems and Application Development and Deployment*
Engineer health information software and/or hardware components to meet solution requirements such as specifications, costs, security, and data protection. Integrate hardware, software or sub-system components into an existing or a new system. Interpret the application design to develop a suitable application in accordance with customer needs. Code, debug, test and document, and communicate product development stages. Implement software and hardware solutions, including installing, upgrading, or decommissioning.
12. *Health Information Systems and Application Support*
Take proactive action to ensure stable and secure applications and health ICT infrastructure to avoid potential service disruptions including proactive approaches to avoid or identify the control and scheduling of software or hardware modifications to prevent multiple upgrades creating unpredictable outcomes. Respond to user requests and issues, recording relevant information. Assure resolution or escalate
13. *Health Law, Regulation, Accreditation, and Certification*
Knowledge of applicable jurisdictional health law, regulation, accreditation standards and/or certification requirements as relevant to of strategies to maintain compliance with applicable laws, regulations, standards, and requirements.
14. *Health Record Content & Documentation*
Maintain the patient's or client's health record in accordance with applicable laws, regulations, and standards. Ensure that the health record contains complete and accurate relevant documentation and necessary medical, health and wellness information (such as medical history, care or treatments received, test results, diagnoses, and medications taken) to meet the needs of the patient and their health team.
15. *Human Resources Management*
Responsible for activities related to employees, performance appraisals in accordance with the objectives, policies, and systems.
16. *Information and Information Systems Governance*
framework for managing enterprise information and the information systems throughout its lifecycle in line with the organisation's strategy, operations, jurisdictional laws/regulatory, legal, risk, and environmental requirements. Create an information structure and deploy to gain business.
17. *Information Protection: Data Privacy, Confidentiality, and Security*
Understand applicable healthcare law, regulation, and standards related to information protection of various stakeholders and able to develop related privacy, security, and stakeholder on health information protection methods and their responsibilities.
18. *Information Security Strategy and Management*
Define and make applicable a formal

organisational strategy, scope, and culture to maintain safety and security of information including protected health information from external and internal threats (i.e., digital forensic for corporate investigations or intrusion investigation) and provide a platform for information security management where security policies are implemented and continuously monitored/enhanced.

20. **Oversight and management of a department or unit**
Lead, plan, and manage a department or unit, including planning, leading, decision-making, and controlling resources in alignment with the overall business direction and strategic objectives.

20. **Project Management**
Lead and apply principles and procedures related to project management that help control the activities associated with implementing a large project, including project definition, project plans, project definitions, establishing time scales and milestones, tracking and analysis, revisions, change controls and communication.

21. **Purchasing and Contracting**
Apply consistent procurement procedures to ensure that the entire purchasing process is fit for purpose, adds business value to the organization, and meets the needs of the organization. Make applicable service level agreements (SLA) and contracts for health information related products and services.

22. **Quality Management**
Lead and manage the quality management system related to the quality of healthcare services and delivery, performance of business units or products (including ICT), and adherence with applicable standards. Implement quality policies to maintain and enhance service and product provision. Review quality performance indicators/measures and recommend enhancements to influence continuous quality improvement. Identify quality management accountability.

23. **Research Design and Methods**
Conduct, participate in and/or support health-related research aimed at systematically

investigating and studying material and sources to establish facts and new information about a subject.

24. **Risk Management**
Implement the analysis and management of risk across information systems through the application of the enterprise defined risk management policy and procedure. Assess risk and develop risk management and containment plans.

25. **Standards for Data Content, Health Information Exchange, and Interoperability**
Knowledge and application of health information technology standards for data content, health information exchange, and interoperability to facilitate an infrastructure where systems and applications can exchange data.

26. **Strategic Planning**
Lead and manage the strategic planning process, including information system priorities with established priorities, resources, common goals, and intended outcomes/results. Anticipate long term business requirements and determine that the information governance and information system architecture supports the organization's strategy.

27. **Training and Development**
Design, implement, evaluate, and manage a plan designed to assist a department and/or organization in achieving its business goals. Develop and deliver training and development programs for employee or employee group.

28. **Work Design and Process Improvement**
Lead and manage the work design and process improvement process, including identifying areas for improvement, developing and implementing process improvements.

29. **Healthcare Delivery Systems**
Understand the healthcare delivery system and international comparisons to give context to the learning program. The roles and responsibilities of key players within the health care network are discussed along with healthcare policy and strategies for provision of primary healthcare and the current and future challenges for the healthcare delivery system.

Capaian Pembelajaran (Learning Outcome) Program Sarjana

Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI) pada

Kongres VIII di Makassar 17-21 Februari 2015, menetapkan kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) sebagai perubahan dari standar kompetensi dalam SK Menkes No.377/Tahun 2007 tentang Standar Profesi. Kompetensi PMIK terdiri dari: 1) Profesionalitas yang luhur, 2) Mawas diri dan pengembangan diri, 3) Manajemen Data Kesehatan, 4) Statistik Kesehatan, Riset Biomedis dan Manajemen Kualitas, 5) Organisasi Penyelenggara dan Pemberi Layanan Kesehatan, 6) Sistem dan Teknologi Informasi, 7) Organisasi dan Manajemen. Beberapa bulan kemudian terjadi perubahan kompetensi PMIK menjadi: 1) Profesionalitas yang luhur, 2) Mawas diri dan pengembangan diri, 3) Komunikasi yang efektif, 4) Manajemen Data Kesehatan, 5) Pemanfaatan Teknologi Kesehatan, 6) Manajemen Organisasi dan Kepemimpinan, 7) Pemanfaatan Teknologi untuk pengelolaan RMIK (PORMIKI, 2015).

Kompetensi PMIK yang diharapkan dalam manajemen rumah sakit seperti disampaikan oleh Djoti Atmojo (KARS) sebagai berikut:

1. Menyusun dan mengevaluasi standar mencakup standar Input, Proses dan Output (IPO).
2. Menyusun renstra RS/RKA/Program kerja RS/Program kerja Unit kerja MIK.
3. Mengevaluasi kinerja, seperti kinerja RS, Unit kerja MIK dan lain-lain.
4. Melakukan perencanaan strategis.
5. Menghitung Indikator Klinis (asesmen pasien dan ketersediaan, isi dan penggunaan rekam medis).
6. Menghitung Indikator dalam Manajemen
7. Menghitung Indikator Mutu (Penyusunan SPM)
8. Membuat dokumen terintegrasi
9. Membuat alternatif "*discharge planning*"
10. Merancang dan mengembangkan peraturan dan formulir rujukan pasien
11. Menyediakan dokumen Asesmen Pasien
12. Menyediakan dokumen "proses asuhan pasien" meliputi: skrining, registrasi, asesmen awal, rencana asuhan, implementasi rencana asuhan, asesmen ulang, implementasi rencana asuhan, tranfer, rujukan, terminal, rencana pulang (ringkasan pulang).
13. Merancang formulir *reconciliation*.
14. Mampu memberikan contoh dan menawarkan formulir yang diperlukan dalam asuhan pasien (*case manager*).
15. Mengerjakan Manajemen Komunikasi Informasi.
16. Melakukan Pencatatan Terintegrasi
17. Menjabarkan akses ke dalam RM atau rekam kesehatan.
18. Mengontrol dan mengawal konsistensi pelaksanaan standar akreditasi RS (Atmodjo, 2013).

METODE

Pengabdian masyarakat ini dilakukan di Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul Jakarta bulan Agustus-September 2016. Metode perancangan kurikulum Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan menggunakan panduan penyusunan kurikulum yang ditetapkan oleh Ditjen Dikti 2016 seperti dalam gambar 3. Tahapan perancangan kurikulum berisi kegiatan penyusunan konsep sampai dengan penyusunan mata kuliah dalam setiap semester Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan yang dibagi ke dalam tiga bagian kegiatan yaitu: 1) Perumusan capaian pembelajaran lulusan (CPL); 2) Pembentukan mata kuliah; 3) Penyusunan mata kuliah (kerangka kurikulum).

Perumusan Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)

Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul Jakarta merupakan program studi baru dengan SK Menristekdikti No.272/KPT/1/201629 tanggal Agustus 2016. Profil lulusan Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan mempertimbangkan lima aspek yaitu: 1) Kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) hasil Kongres Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI) VIII pada tanggal 17-21 Februari 2015 di Makassar Sulawesi Selatan, 2) Kompetensi Profesional Manajemen Informasi Kesehatan yang ditetapkan *Global Health Workforce Council* (GWHC), 3) Kurikulum pendidikan S-1 Manajemen Informasi Kesehatan yang ditetapkan *Commission Accreditation on Health Informatics and Information Management* (CAHIIM), 4) Visi dan Misi Universitas Esa Unggul, 5) Masukan dari Tim Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

Salah satu cara untuk mendapatkan masukan dalam menentukan rumusan CPL Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan. Rumusan CPL disusun sesuai KKNi dan SN-Dikti ditambah

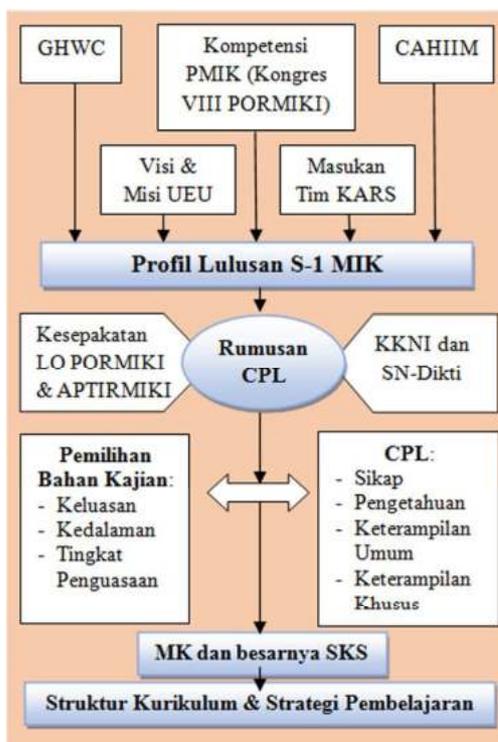
dengan Capaian Pembelajaran atau *Learning Outcome* (LO) program S-1 kesepakatan antara PORMIKI dan APTIRMIKI (Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia).

Pembentukan mata kuliah

Pembentukan mata kuliah Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul Jakarta dimulai dengan menentukan bahan kajian dan materi pembelajaran yang diperlukan untuk mencapai CPL meliputi: Sikap, Pengetahuan, Keterampilan Umum dan Keterampilan Khusus. Penetapan mata kuliah dan besarnya sks mata kuliah dilakukan setelah disepakati bahan kajian dan materi pembelajaran.

Penyusunan Mata Kuliah dalam Struktur Kurikulum.

Struktur kurikulum Program S-1 Manajemen Informasi Kesehatan disusun mengacu pada SN-Dikti. Dalam pasal 16 dijelaskan bahwa beban belajar program sarjana paling sedikit 144 (seratus empat puluh empat) sks. Tahap perancangan kurikulum Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul Jakarta secara sistematis dapat dilihat dalam gambar 3 berikut ini:



Gambar 3. Tahap Perancangan Kurikulum Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan

HASIL DAN PEMBAHASAN

Profil Lulusan Program Studi S-1 MIK

Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan didirikan atas dasar kebutuhan tenaga Perkam Medis Ahli (PMA) dengan jenjang pangkat, golongan ruang dimulai dari Penata Muda, golongan ruang III/a seperti tercantum dalam Permenpan-RB No.30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis dan Angka Kreditnya. Dalam rumpun Tenaga Kesehatan seperti tercantum pada Undang-undang RI No. 36 Tahun 2014 dijelaskan bahwa Perkam Medis telah direvisi menjadi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan.

Profil lulusan Program Studi S-1 MIK disesuaikan dengan memperhatikan berbagai sumber seperti terlihat pada gambar 3 meliputi kompetensi profesional Manajemen Informasi Kesehatan yang ditetapkan oleh PORMIKI, GHWC, CAHIIM, Visi-Misi Universitas Esa Unggul dan satu di antara masukan dari pemangku kepentingan yaitu Komisi Nasional KKNi, SN-Dikti pada tanggal 16 Juli 2015 yang telah ditetapkan yaitu:

1. Spesialis Koding Klinis
2. Analis Data dan Manajer Informasi Kesehatan
3. Manajer Unit Kerja MIK (RMIK)
4. Spesialis Clinical Documentation Improvement (CDI)
5. Inisiator Perancang dan Pengembang Electronic Health Records (EHR)/Electronic Medical Records (EMR).

Capaian Pembelajaran Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan (MIK)

Capaian pembelajaran Program Studi S-1 MIK disusun sesuai Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNi) level level 6 (enam). Rumusan capaian pembelajaran diperoleh melalui hasil kesepakatan antara Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (APTIRMIKI) dengan Dewan Pimpinan Pusat Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI) pada tanggal 5-7 Juli 2015.

Deskripsi spesifik sesuai KKNi level level 6 telah disepakati pada program studi S-1 sebagai berikut:

1. Mampu memanfaatkan IPTEK dan beradaptasi terhadap situasi yang dihadapi dalam penyelesaian masalah dalam bidang MIK.
2. Mampu menguasai konsep teoritis secara umum tentang pengetahuan biomedik, komunikasi, TI,

manajemen yang bersifat khusus dalam manajemen data dan informasi kesehatan secara mendalam serta mampu memformulasikan penyelesaian masalah prosedural.

3. Mampu mengambil keputusan yang tepat berdasarkan analisis informasi dan data pelayanan kesehatan dan memberikan petunjuk dalam memilih berbagai alternatif solusi bidang MIK.
4. Mampu bertanggungjawab terhadap pekerjaan UK MIK (RMIK) dan dapat diberi tanggungjawab atas pencapaian hasil kerja MIK.

Sikap, pengetahuan, keterampilan umum, dan keterampilan khusus CPL Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan berikut ini:

Sikap

Rumusan sikap sesuai SN-Dikti sebagai berikut:

1. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius
2. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika.
3. Berkontribusi dalam peningkatan mutu kehidupan bermasyarakat, berbangsa, bernegara, dan kemajuan peradaban berdasarkan Pancasila;
4. Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air, memiliki nasionalisme serta rasa tanggungjawab pada negara dan bangsa;
5. Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, agama, dan kepercayaan, serta pendapat atau temuan orisinal orang lain;
6. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan;
7. Taat hukum dan disiplin dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara;
8. Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik;
9. Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri; dan
10. Menginternalisasi semangat kemandirian, kejuangan, dan kewirausahaan.

Pengetahuan

Rumusan pengetahuan CPL Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan adalah wajib menguasai pilar Ilmu Biomedik, Manajemen dan Teknologi informasi komunikasi yang dapat dijadikan landasan berpikir kritis dalam Manajemen Informasi Kesehatan. *Body of Knowledge* pendukung sebagai prasyarat pada program studi ini adalah:

Patofisiologi dan Farmakologi, Anatomi dan Fisiologi, Terminologi Medis, Konsep dan Aplikasi Komputer (CAHIIM, 2016) ditambah Komunikasi dan Hukum Kesehatan (GHWC, 2016).

Keterampilan Umum

Rumusan keterampilan umum sesuai SN-Dikti sebagai berikut:

1. Mampu menerapkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan inovatif dalam konteks pengembangan atau implementasi ilmu pengetahuan dan teknologi yang memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora yang sesuai dengan bidang keahliannya;
2. Mampu menunjukkan kinerja mandiri, bermutu, dan terukur;
3. Mampu mengkaji implikasi pengembangan atau implementasi ilmu pengetahuan teknologi yang memperhatikan dan menerapkan nilai humaniora sesuai dengan keahliannya berdasarkan kaidah, tata cara dan etika ilmiah dalam rangka menghasilkan solusi, gagasan, desain atau **kegiatan** ilmiah dan publikasi atau **kegiatan** keahliannya dalam bentuk skripsi atau laporan tugas akhir, dan mengunggahnya dalam laman perguruan tinggi
4. **mampu melakukan penelitian** **keahliannya** di atas dalam bentuk skripsi atau laporan tugas akhir, dan mengunggahnya dalam laman perguruan tinggi;
5. Mampu mengambil keputusan secara tepat dalam konteks penyelesaian masalah di bidang keahliannya, berdasarkan hasil analisis informasi dan data;
6. Mampu memelihara dan mengembangkan jaringan kerja dengan pembimbing, kolega, sejawat baik di dalam maupun di luar lembaganya;
7. Mampu bertanggungjawab atas pencapaian hasil kerja kelompok dan melakukan supervisi dan evaluasi terhadap penyelesaian pekerjaan yang ditugaskan kepada pekerja yang berada di bawah tanggungjawabnya;
8. Mampu melakukan proses evaluasi diri terhadap kelompok kerja yang berada di bawah tanggung jawabnya, dan mampu mengelola pembelajaran secara mandiri; dan
9. Mampu mendokumentasikan, menyimpan, mengamankan, dan menemukan kembali data untuk menjamin kesahihan dan mencegah plagiasi.

Keterampilan Khusus

Rumusan keterampilan khusus diadopsi kepakatan PORMIKI dan APTIRMIKI pada rapat tanggal 4-5 Juli 2016 di Jogjakarta dan diperkaya dengan rumusan kompetensi GHWC dan CAHIIM serta masukan *stakeholder*. Rumusan keterampilan khusus Program Studi S-1 Manajemen Informasi Kesehatan sebagai berikut:

1. Memvalidasi semua kunjungan yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan (registrasi pasien rawat jalan dan rawat inap)
2. Merancang database pelayanan kesehatan
 - a. Merancang sistem indeks pasien sesuai sistem yang digunakan (manual maupun elektronik)
 - b. Menjamin keamanan data kesehatan dari pelayanan kesehatan sesuai dengan hukum yang berlaku, peraturan dan standar.
3. Mengembangkan petunjuk pengorganisasian rekam medis dan informasi kesehatan
 - a. Memelihara standar rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan regulasi
 - b. Menyiapkan standar rekam medis dan informasi kesehatan untuk kepentingan akreditasi, perijinan rumah sakit dan klinik
 - c. Merancang dokumen klinis
4. Memilih aplikasi elektronik untuk sistem rekam medis dan informasi klinis
5. Mengelola aplikasi proses pengkodean dan klinikologi
 - a. Menjaga proses, kebijakan dan prosedur untuk memastikan keakuratan data yang telah dikode.
 - b. Mengelola penggunaan data klinis yang diperlukan dalam sistem pembayaran prospektif (JKN) di pelayanan kesehatan.
 - c. Mengelola penggunaan data klinis yang diperlukan dalam sistem penggantian biaya dalam pelayanan kesehatan.
6. Pengembangan aplikasi dan proses *chargemaster* dan manajemen klaim
7. Mengelola proses kelengkapan sistem pelaporan
8. Menganalisis dan menyajikan data untuk manajemen mutu, manajemen utilisasi, manajemen risiko dan kepentingan lain yang terkait dengan asuhan pasien
9. Memanfaatkan perangkat lunak statistik
10. Analisis data klinis untuk mengidentifikasi tren yang menunjukkan peningkatan mutu, keakuratan rekam medis dan informasi klinis
11. Mengevaluasi dan menerapkan inisiatif informasi kesehatan nasional pada sistem penyelenggaraan asuhan pasien sesuai kebijakan dan prosedur sistem informasi
12. Menafsirkan, mengkomunikasikan dan menerapkan hukum, akreditasi, perijinan dan standar akreditasi rumah sakit dan organisasi informasi kesehatan pelayanan kesehatan di tingkat daerah dan nasional
13. Merevisi prosedur dan kebijakan untuk memenuhi perubahan kebijakan dalam manajemen informasi kesehatan
14. Menterjemahkan dan menginterpretasikan informasi kesehatan untuk pelanggan dan pihak ketiga.
15. Mengkoordinasikan pelaksanaan hukum dan persyaratan peraturan terkait dengan infrastruktur informasi kesehatan
16. Mengelola akses dan pengungkapan informasi kesehatan individu
17. Mengembangkan dan menerapkan kebijakan dan prosedur kerahasiaan dan keamanan data secara luas
18. Menerapkan dan mempromosikan praktek standar etik
19. Membangun dan memelihara petunjuk *e-discovery* (secara elektronik)
20. Mengelola penggunaan teknologi, komunikasi dan informasi komputer (hardware komponen, sistem jaringan arsitektur, sistem operasi dan termasuk hardware dan software untuk memastikan pengumpulan data, penyimpanan, analisis dan pelaporan informasi
21. Berkontribusi dalam pengembangan jaringan, termasuk intranet dan internet aplikasi untuk memfasilitasi rekam kesehatan elektronik (EHR), rekam kesehatan pribadi (*Personal Health Records=PHR*), kesehatan masyarakat dan sistem administrasi lainnya
 - a. Menterjemahkan urutan dan penggunaan standar untuk mencapai terselenggaranya sistem informasi kesehatan
 - b. Menerapkan pengetahuan desain dan arsitektur *database* (kamus data, model data, penyimpanan data, dsb) untuk memenuhi kebutuhan organisasi
 - c. Penggunaan kosakata klinis dan terminologi yang digunakan dalam organisasi sistem informasi kesehatan
 - d. Mengelola indeks/database/registrasi klinis
 - e. Menerapkan secara tepat penggunaan teknologi elektronik atau pencitraan untuk penyimpanan data/rekam medis
 - f. Menerapkan pengetahuan tentang teknik *database query* dan *data mining* untuk memfasilitasi pencarian informasi

- g. Merancang dan menghasilkan laporan administrasi dengan menggunakan *software* yang sesuai
 - h. Menerapkan teknologi elektronik atau pencitraan yang sesuai untuk penyimpanan data/rekam medis
 - i. Berpartisipasi dalam proses pemilihan sistem (RFI dan RFP)
 - j. Mengevaluasi dan merekomendasi administrasi klinis dan aplikasi pelayanan khusus (seleksi vendor RFP, RKE dan koding klinis)
22. Menerapkan sistem konsep siklus hidup, termasuk analisis sistem, desain, pelaksanaan, evaluasi dan pemeliharaan untuk pemilihan sistem informasi asuhan kesehatan.
 - a. Melindungi informasi kesehatan elektronik melalui langkah-langkah kerahasiaan dan keamanan
 - b. Melindungi integritas dan validitas data dengan menggunakan teknologi perangkat lunak atau perangkat keras
 - c. Menerapkan dan memantau data organisasi unit kerja, kebijakan dan keamanan sistem informasi
 - d. Merekomendasikan unsur yang harus masuk dalam desain audit dan program pemantauan kualitas data
 23. Mengelola sumber daya manusia untuk memfasilitasi perekrutan staf, retensi, dan pengawasan
 - a. Memastikan kepatuhan dengan hukum ketenagakerjaan
 - b. Mengembangkan dan melaksanakan orientasi staf dan program pelatihan
 - c. Mengembangkan standar produktifitas untuk fungsi informasi kesehatan
 - d. Memberikan umpan balik kepada staf tentang kinerja
 - e. Menganalisis data kinerja staf dalam tenaga kerja organisasi
 24. Menerapkan alat manajemen mutu
 25. Mengembangkan, memotivasi dan mendukung kerja tim
 26. Menjelaskan pengetahuan tentang manajemen keuangan dan prinsip-prinsip akuntansi
 - a. Menyiapkan dan memantau anggaran dan kontrak kerja sama
 - b. Menjelaskan dan menerapkan pengetahuan teknik analisis manfaat biaya (*Cost Benefit Analysis*) untuk kepastian kebutuhan sumber daya
 - c. Mengelola pengodean secara luas dan proses siklus pendapatan
27. Menyusun perencanaan strategis dan pengorganisasian
 - a. Menerapkan prinsip-prinsip umum manajemen dalam administrasi pelayanan informasi kesehatan.
 - b. Menetapkan proyek dan tugas untuk staf yang sesuai.
 - c. Memfasilitasi manajemen proyek dengan mengintegrasikan upaya kerja, seperti perencanaan, pelaksanaan tugas dan kegiatan proyek.
 - d. Mendemonstrasikan keterampilan kepemimpinan.
 28. Menganalisis data untuk mendukung pengambilan keputusan, praktik pelayanan kesehatan, dan mendapatkan pengetahuan/intelijen bisnis melalui berbagai metode dan teknik seperti model-model pengembangan data mining, dan pengukuran statistik. Memahami struktur dan ketersediaan data/data set, data dasar (*databases*) internal dan eksternal, dan statistik/biostatistik pelayanan kesehatan. Menerapkan teknik statistik dan analisis, dan/atau menginterpretasikan statistik untuk mendukung pembuatan keputusan seperti pelaksanaan, pemberian pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, model pembayaran, strategi, dan lain-lain, dan menciptakan intelegensi bisnis/kesehatan.
 29. Memahami proses manajemen perubahan, mengadopsinya dan menyebarkan ke seluruh organisasi. Mampu menilai implikasi solusi baru (termasuk teknologi komunikasi dan informasi) dan dapat mengukur manfaatnya. Mampu mempertahankan kelangsungan seluruh perubahan, memantau dampak, mengambil tindakan, dan memperbaiki pendekatan yang diperlukan.
 30. Menetapkan representasi numerik dan/atau alfanumerik pada dokumentasi klinis yang mencerminkan kondisi medis, intervensi kesehatan, prosedur dan/atau layanan sesuai dengan kebijakan, prosedur, pedoman set dan memenuhi peraturan terkait/ pedoman dan standar etika. Menerapkan pengetahuan bagaimana data kode diagnosis, prosedur dan layanan digunakan dalam pelayanan kesehatan termasuk untuk manajemen, pelaporan, penggantian pembayaran (*reimbursement*), dan penelitian. Memungkinkan interoperabilitas semantik di antara sistem informasi kesehatan.

31. Melaksanakan dan memanfaatkan proses peningkatan dokumentasi klinis (*Clinical Documentation Improvement*) yang dapat mendukung Koding, Pelayanan Klinis, Analisis Data dan Pembuatan Keputusan.
32. Mengelola data organisasi dan data kesehatan melalui siklus hidupnya, memastikan ketersediaannya, kegunaan, integritas, dan keamanan untuk memenuhi kebutuhan pengguna data. Menjamin tanggung jawab kepengurusan Data dikonsept dan dilaksanakan melalui kebijakan dan proses untuk akses, manajemen, dan penggunaan data yang diperbolehkan.
33. Menjaga efektivitas dan reliabilitas data untuk penggunaannya termasuk untuk pemberian perawatan, operasional, pengambilan keputusan, dan perencanaan. Menetapkan proses untuk memastikan bahwa data pelayanan kesehatan lengkap, akurat, konsisten, tepat waktu, dan aman dari modifikasi berbahaya atau tidak disengaja.
34. Memahami dan menerapkan prinsip moral, teori dan nilai-nilai profesional seseorang dalam praktek. Pada organisasi pelayanan kesehatan hal ini termasuk memiliki program (formal dan informal) yang mendukung budaya etis dan proses pengambilan keputusan berkaitan dengan perspektif dan kewajiban bersaing.
35. Tanggung jawab manajemen yang berkaitan dengan perencanaan, pengorganisasian, mengarahkan dan/atau mengendalikan kegiatan keuangan departemen, unit bisnis, atau organisasi.
36. Menciptakan dan menerapkan strategi, kebijakan, dan proses terkait dengan akses, pelepasan, dan pertukaran informasi kesehatan termasuk integrasi dengan sistem informasi dan database jika memadai.
37. Menentukan, memperbaiki, memperbarui, memproduksi, dan menyediakan pendekatan formal untuk menerapkan solusi teknologi informasi dan komunikasi yang diperlukan untuk mengembangkan dan mengoperasikan arsitektur sistem informasi kesehatan dalam mendukung prioritas organisasi. Menetapkan solusi inovatif untuk integrasi teknologi baru ke dalam produk yang sudah ada, aplikasi, atau layanan. Mengidentifikasi dan memperjelas kebutuhan pengguna (pelanggan internal/eksternal) dan kebijakan organisasi untuk memastikan arsitektur sistem dan aplikasi yang sesuai dengan kebutuhan bisnis.
38. Mengetahui tentang yurisdiksi hukum kesehatan yang berlaku, regulasi, standar akreditasi dan persyaratan organisasi kesehatan. Melaksanakan strategi untuk menjaga kepatuhan terhadap hukum yang berlaku, peraturan, standar, dan persyaratan.
39. Menjaga rekam kesehatan pasien atau klien sebagai catatan resmi dari perawatan, pengobatan, dan layanan sesuai dengan hukum, peraturan, dan standar yang berlaku. Menjamin bahwa rekam kesehatan berisi dokumentasi yang lengkap, akurat, relevan dan diperlukan medis, kesehatan dan informasi kesehatan (seperti riwayat kesehatan, perawatan atau pengobatan yang diterima, hasil tes, diagnosis, dan obat yang diberikan) untuk memenuhi kebutuhan pasien dan tim kesehatan.
40. Mendefinisikan, menyebarkan, dan mengendalikan kerangka kerja organisasi untuk mengelola informasi perusahaan dan sistem informasi di seluruh siklus hidup sejalan dengan strategi organisasi, operasi, hukum yurisdiksi/peraturan, hukum, risiko, dan persyaratan lingkungan. Membuat struktur informasi dan menyebarkan alat untuk memanfaatkan aset informasi dan keuntungan bisnis.
41. Memahami hukum kesehatan yang berlaku, regulasi, dan standar yang berkaitan dengan perlindungan informasi dari berbagai pemangku kepentingan dan mampu mengembangkan privasi, keamanan, dan kebijakan kerahasiaan terkait dan mengembangkan/mempertahankan infrastruktur organisasi. Mendiik *stakeholder* pada metode perlindungan informasi kesehatan dan tanggung jawabnya.
42. Menetapkan standar keamanan informasi formal yang berlaku, ruang lingkup, dan budaya untuk menjaga keselamatan dan keamanan informasi termasuk melindungi informasi kesehatan dari ancaman eksternal dan internal (yaitu, forensik digital untuk investigasi perusahaan atau investigasi intrusi) dan menyediakan platform untuk manajemen keamanan informasi di mana kebijakan keamanan diimplementasikan dan dipantau terus-menerus/ditingkatkan.
43. Memimpin dan menerapkan prinsip-prinsip dan prosedur yang berkaitan dengan manajemen yang membantu mengontrol aktivitas yang berhubungan dengan pelaksanaan usaha besar untuk mencapai tujuan tertentu termasuk perencanaan dan pengorganisasian proyek,

- menciptakan rencana terstruktur, definisi proyek, menetapkan skala waktu dan target pencapaian, pelacakan dan analisis, revisi, mengubah kontrol dan komunikasi. Menjamin optimalisasi kegiatan dan sumber daya.
44. Menerapkan prosedur pengadaan yang konsisten untuk memastikan bahwa proses seluruh pembelian cocok sesuai tujuan, menambah nilai bisnis untuk organisasi sesuai dengan persyaratan hukum dan peraturan. Mendefinisikan, memvalidasi, membuat perjanjian dan kontrak untuk produk dan layanan terkait informasi kesehatan.
 45. Mendefinisikan, melaksanakan, dan menyempurnakan strategi formal yang terkait dengan kualitas layanan kesehatan, kinerja unit bisnis atau produk (termasuk TIK), dan kepatuhan dengan standar yang dikembangkan oleh organisasi eksternal. Menerapkan kebijakan kualitas untuk mempertahankan dan meningkatkan pelayanan dan penyediaan produk. Mereview indikator/ukuran kualitas kinerja dan merekomendasikan pengembangan untuk mempengaruhi peningkatan mutu yang berkelanjutan dalam pelaksanaan manajemen mutu.
 46. Melaksanakan, berpartisipasi dan/atau mendukung penelitian yang berhubungan dengan kesehatan yang bertujuan menyelidiki dan mempelajari materi dan sumber untuk membangun fakta dan informasi baru tentang subjek penelitian.
 47. Melaksanakan analisis dan manajemen risiko dalam sistem informasi melalui penerapan kebijakan dan prosedur manajemen risiko perusahaan. Menilai risiko untuk bisnis organisasi, dan mendokumentasikan potensi risiko dan rencana pengendalian.
 48. Mengetahui dan menerapkan standar teknologi informasi kesehatan untuk konten data, pertukaran informasi kesehatan, dan interoperabilitas untuk memfasilitasi infrastruktur di mana sistem dan aplikasi dapat bertukar data.
 49. Menyelaraskan prioritas informasi dan sistem informasi prioritas organisasi dengan ketetapan prioritas, sumber daya, tujuan, dan hasil yang diharapkan. Mengantisipasi kebutuhan bisnis jangka panjang dan menentukan bahwa model tatakelola informasi dan sistem informasi sejalan dengan kebijakan organisasi.

50. Melakukan analisis alur kerja untuk tujuan memperbaiki proses dan hasil. Mengembangkan pendekatan untuk merancang ulang alur kerja untuk mencapai perbaikan.
51. Memahami sistem pelayanan kesehatan dan berperan serta bertanggung jawab sebagai pemain kunci dalam jaringan pelayanan kesehatan bersama dengan kebijakan dan strategi kesehatan untuk penyediaan layanan kesehatan.

Struktur Kurikulum Program Studi S-1 MIK

Sikap, pengetahuan, keterampilan umum, dan keterampilan khusus yang dibutuhkan dalam CPL telah dikemas dalam beberapa mata kuliah dan bahan kajiannya. Pengelompokan mata kuliah dan beban studi Program S-1 Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Esa Unggul telah ditetapkan dalam struktur kurikulum berikut ini:

Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL) dan Mata Kuliah			
Sikap			
Kode	Nama Mata Kuliah	Bobot (sks)	Smt
ESA 233	Pendidikan Agama	2	1
ESA 104	Pancasila	2	1
ESA 105	Pendidikan Kewarganegaraan	2	5
ESA 113	Bahasa Indonesia	2	1
MIK 491	Etika Profesi	2	4
KRK 271	Komunikasi Efektif	2	1
ESA 132	TOEFL 1	2	1
ESA 133	TOEFL 2	2	2
ESA 134	Business English	2	3
ESA 141	Motivasi Usaha	1	1
ESA 142	Kewirausahaan	2	5
MIK 291	Pelayanan Prima dalam Pelayanan Kesehatan	2	2
Pengetahuan			
MIK 106	Aljabar Linier	2	1
ESA 162	Sosiologi	2	7
MIK 331	Teori dan Perilaku Organisasi	2	3
MIK 492	Psikologi	2	4
MIK 111	Biologi	2	1
MIK 212	Manajemen Sistem Informasi	2	2
MIK 311	Manajemen Sistem Informasi	2	3

MIK 213	Patologi 1	2	2
MIK 314	Patologi 2	2	3
IMF 372	Farmakologi Terapan	2	4
Keterampilan Umum			
MIK 215	Terminologi Medis 1	2	2
MIK 312	Terminologi Medis 2	2	3
MIK 141	Konsep Dasar MIK (Rekam Medis)	2	1
MIK 151	Pengantar Teknologi Informasi Komunikasi	2	1
MIK 252	Manajemen Keperawatan	2	2
UST 153	Statistik I (Statistik Deskriptif)	2	3
ESA 155	Statistik II (Statistik Inferens)	2	4
MIK 691	Metodologi Riset	2	6
MIK 521	Epidemiologi dan Surveillance	2	5
MIK 522	Aspek Hukum dalam Pelayanan Kesehatan	2	5
Keterampilan Khusus			
MIK 216	KKPMT I	2	2
MIK 313	KKPMT II	2	3
MIK 414	KKPMT III	2	4
MIK 511	Audit dan Evaluasi Koding Klinis	2	5
MIK 612	Koding Klinis dan Reimbursement	2	6
MIK 422	Statistik dalam MIK	2	4
MIK 623	Analisis dan Teknik Presentasi Data	2	6
MIK 624	Manajemen Keperawatan	2	6
MIK 721	Analisis dan Teknik Pemodelan	2	7
MIK 722	Proteksi dan Pertukaran Informasi Kesehatan	2	7
MIK 723	Manajemen Data Penelitian	2	7
MIK 625	Tata Kelola Sistem dan Informasi Kesehatan	2	6
MIK 242	Manajemen Keperawatan	3	2
MIK 341	Pengelolaan Paper-based Rekam Medis	3	3
MIK 541	Audit Dokumentasi Klinis 1	2	5
MIK 642	Audit Dokumentasi Klinis 2	2	6
MIK 442	Rekam Kesehatan Elektronik 1	2	4
MIK 543	Rekam Kesehatan Elektronik 2	2	5
MIK 432	Manajemen Mutu dan Risiko	2	4
MIK 631	Standar Akreditasi Pelayanan Kesehatan	2	6
MIK 532	Manajemen Sumber Daya Manusia	2	5

MIK 633	Disain Kerja dan Peningkatan Proses MIK	3	6
MIK 634	Manajemen Keuangan	2	7
MIK 351	Manajemen Basis Data dan Aplikasi dalam MIK	3	3
MIK 551	Perancangan Sistem Informasi	3	5
MIK 751	Standarisasi Data dan Interoperabilitas	2	7
MIK 452	Analisis dan Evaluasi Sistem Informasi	2	4
MIK 292	PKL 1 (Tahun ke-1)	2	2
MIK 493	PKL 2 (Tahun ke-2)	2	4
MIK 791	Magang (Tahun ke-3)	4	7
MIK 892	Skripsi	6	8
Total SKS		136	
Mata Kuliah Pilihan			
MIK 750	Cloud Computing dan HL7 dalam Pelayanan Kesehatan	2	7
MIK 650	Telemedicine dan e-Health	2	6
MIK 550	Aspek Keamanan dan Kerahasiaan SI/SIRS	2	5
MIK 530	Manajemen Proyek SI	2	5
MIK 730	Renstra dan Manajemen Perubahan	2	7
MIK 720	Sistem Informasi Keperilakuan	2	7
MIK 620	Data Mining	2	6
MIK 610	Audit Medis	2	6
Total SKS		16	

Matriks Mata Kuliah dengan Profil Lulusan Program S-1 Manajemen Informasi Kesehatan

Profil Lulusan	Kode MK	Nama MK
Spesialis Koding Klinis	MIK 111	Biologi dan Genetika
	MIK 212	Anatomi dan Fisiologi 1
	MIK 311	Anatomi dan Fisiologi 2
	MIK 213	Patologi 1
	MIK 314	Patologi 2
	MIK 215	Terminologi Medis 1
	MIK 312	Terminologi Medis 2
	MIK 216	KKPMT I
	MIK 313	KKPMT II
	MIK 414	KKPMT III
	MIK 511	Audit dan Evaluasi Koding Klinis
	MIK 612	Koding Klinis dan Reimbursement

- FliteCA, HarmanLB, 2013. *Code of Ethics: Principles for Ethical Leadership*. Perspectives in Health Information Management, Winter.
- Global Health Workforce Council (GHWC), 2016. American Health Information Management Association (AHIMA)-International Federation Health Information Management Association (IFHIMA), *Global Academic Curricula Competencies for Health Information Professionals*.
- Hosizah, 2015. *Health Information Management Education in Indonesia*. International Federation of Health Information Management Associations (IFHIMA) Newsletter |Global News, May No. 2.
- Hosizah, 2013. *Analisis Sebaran Sumber Daya Manusia dan Kegiatan Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Berdasarkan Rifaskes 2011*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JM IKI) | ISSN 2337-585X|Volume 1, Maret, page: 85
- Houser SH, Manger BJ, Price BJ, Silvers C, Susan H, 2009. Expanding the Health Information Management Public Health Role. Perspectives in Health Information Management 6, Summer.
- Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (PORMIKI), 2015. *Standar Kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*, Hasil Kongres VIII, Makassar.
- Permenristekdikti No. 44 Tahun 2015 tentang *Standar Nasional Pendidikan Tinggi (SN-Dikti)*
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2012 tentang *Kelembagaan Nasional Indonesia (KKNI)*.
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Reformasi Birokrasi (Permenpan-RB) No. 30 Tahun 2013 tentang *Jabatan Fungsional Perkam Medis dan Angka Kreditnya*.
- Rudman WJ, 2016. *Health Information Management - Global Curricula*, 1st International Meeting on Health Information Management (1st ISMoHIM), Yogyakarta 27-28 Juni.
- Siwa SC, 2015. *Health Information Management Programs*. Perspectives in Health Information Management, Summer.
- University of Pittsburgh, 2015. *Bachelor of Science Health Information Management Curriculum*. Department of Health Information Management, School of Health and Rehabilitation Sciences.
- Watzlaf VJM, Rudman WJ, Susan H., Ping Ren, 2009. *The Progression of the Roles and Responsibilities of Health Information Management Professionals*. Perspectives in Health Information Management 6, Summer.

MEMAHAMI “NOUN” BAHASA INGGRIS UNTUK MENENTUKAN *LEAD TERM* DALAM MENKODE DIAGNOSIS MENGUNAKAN ICD-10 VOLUME 3

Ratini Setyowati¹, Evi Murti Wardhani², Warsi Maryati³

Email: ratini.setyowati@gmail.com, wardhanievi@yahoo.com, warsi_maryati@apikescm.ac.id

Abstract

Based on the importance of codification, a coder must improve their knowledge and their skills., one of the skill is to improve their English language skill both oral and written. A coder must understand English because English is one of the languages on ICD-10. There are some steps of coding patient's disease, one of them is to determine the lead term. Understanding Noun in English is one alternative way for coder to simplify determining the lead term. This study aims to (1) To understand the characteristics of Noun, (2) To indentify and classify Noun on ICD -10 Volume 3 and (3) To analyze Noun on ICD-10 Volume 3. Maethod of this study is descriptive qualitative study that is devided into three steps they are: preparing the study, collecting data and analyzing the data. The result shows that the type and characteristics of noun can be found on ICD-10 Volume 3 and based on its function, noun is the sentence head. Noun is the lead term for coding diseases with ICD-10 and Noun on ICD-10 volume 3 are mostly lead terms except common noun relating to parts of body.

Keywords: *Noun, Lead Term, Coder*

Abstrak

Berdasarkan pentingnya keakuratan kodefikasi, seorang *coder* wajib belajar untuk meningkatkan *skill* dan *knowledge*, salah satunya adalah meningkatkan pemahaman bahasa yang ada dalam ICD -10 terutama dalam mengkode penyakit. Langkah pertama dalam mengkode adalah dengan menentukan *lead term*. Memahami bentuk Noun dalam bahasa Inggris adalah salah satu cara memudahkan *coder* dalam menentukan *lead term*. Tujuan dalam penelitian ini adalah (1) Memahami ciri-ciri kata benda, (2) Mengidentifikasi dan mengklasifikasi kata benda dalam ICD-10 Volume 3, serta (3) Menganalisis kata benda dalam ICD-10 Volume 3 tahun 2010. Metode yang digunakan dalam kegiatan ini adalah metode deskriptif kualitatif yang dibagi atas 3 tahap yaitu persiapan, pengumpulan data dan analisis data. Hasil penelitian menunjukkan jika jenis dan ciri-ciri *noun* dapat di temukan di ICD-10 Volume 3 dan berdasarkan fungsinya noun merupakan head dalam kalimat. *Noun* adalah penentu *lead term* dalam mengkode penyakit dengan ICD-10 menunjukkan bahwa noun yang terdapat dalam ICD -10 volume 3 sebagian besar adalah *lead term*. Tidak semua kata benda adalah lead term karena kata benda umum yang berhubungan dengan part of body tidak dapat menjadi lead term dalam mengkode penyakit.

Kata kunci: *Noun, Lead Term, Coder*

PENDAHULUAN

Menurut Sulistyowati (2015) “*Language has three elements; form, meaning and functions. Viewed from its form, it consists of units which can be divided into phonological and grammatical units. Phonological unit includes phonemes and syllables while grammatical unit includes discourse, sentences, clauses, phrases, words, and morphemes*”. Oleh karena itu memahami bahasa baik dari *phonological* atau *grammatical* aspek bukan hal yang mudah, oleh karena itu membutuhkan pemahaman yang

lebih mendalam. Kridalaksana, (1991:210) dalam Sulistyowati (2015) menjelaskan jika *grammatical structure* dalam sebuah bahasa terdiri dari unit dan *relatioanship*. Salah satu yang utama adalah *grammar* unit dalam bahasa dimulai dari kata, frase, klausa, kalimat, paragraf, dan karangan. Sarage (2014) menambahkan jika dalam sebuah kalimat tradisional kalimat terdiri dari subjek, predikat, objek, komplemen dan kata keterangan.

Berdasarkan penjelesan tersebut diatas, bukan hal yang mudah untuk memahami sebuah teks

berbahasa Inggris salah satunya adalah memahami buku ICD-10, buku yang dipakai oleh petugas rekam medis rumah sakit khususnya seorang koder. Memahami teks atau buku rujukan dalam bahasa Inggris dapat dimulai dengan mempelajari salah satu komponen yang juga mempunyai peran utama selain four language skills (*listening, speaking, reading, dan writing*), komponen tersebut adalah pemahaman tentang *grammar*, karena menurut Hornby (1987:1071) Prihandini (p.139) dalam Setyowati (2017) dalam pembelajaran *grammar* siswa/mahasiswa belajar bagaimana membuat kalimat. Sebuah kalimat merupakan unit *grammar* terluas yang terdiri dari prase, klausa, pernyataan, pertanyaan dan perintah. Seperti halnya yang disampaikan Arndt *et al* (2000) dalam Hendrayana dkk (2012:170) dalam Setyowati (2017).

“In grammar, students learn how to construct sentence. A sentence is the largest grammatical unit consisting of phrases and / or clause, used to ex-press a statement, question, command, etc” “Grammar is the way group of words to make sentences”. He also says grammar talks about how a word becomes plural or how to make negative or interrogative sentences”

Memahami *grammar* bagi tenaga rekam medis atau koder bukan sekedar memahami susunan bahasa tersebut akan tetapi mempunyai pengaruh yang besar karena memahami salah satu unit *grammar* yaitu memahami kata benda dapat membantu penentuan kodefikasi. Kata benda merupakan penentu *Lead Term* dalam mengkode sebuah penyakit. Menurut Sudra & Pujihastutik (2014:7) *Based on the survey Conducted by the Indonesian Health Department (2010) to 15 hospitals that participate in case mix system/INA CBG’s, it was found that most of the hospitals in Indonesia (more or less 65%) were known that they had not fulfilled yet the clarity completeness and coding accuracy based on ICD-10.* Sudra & Pujihastutik (2014) dan Setyowati (2017) menambahkan jika keakuratan dan ketidakakuratan kode dapat mempengaruhi pembiayaan kesehatan di rumah sakit.

Noun punya peran yang sangat penting dalam kalimat karena *noun* berperan sebagai subjek dan objek dalam kalimat seperti yang di sampaikan oleh Stobbe (2008)

”When you express a thought or idea in a sentence, you place words into what is called context. Nouns are assigned different roles or

jobs to do when they are used in sentences”. *Nouns have specific jobs to do when placed within a sentence. These jobs are labeled as subjects, subject complements, possessive nouns, or objects. A noun that names the person(s) or thing(s) about which a statement is to be made is labeled the subject* (Stobbe, 2008).

Menurut Hornby (2000: 791) dalam Hidayat (2013) menjelaskan bahwa *noun* atau nominal adalah *a word used to name or identify any of a class of things, people, places or ideas, or a particular one of these.* Frank (1972:6) dalam Hidayat (2013) menyebutkan bahwa:

“The noun is one of the most important parts of speech. Its arrangement with the verb helps to form the sentence core which is essential to every complete sentences. In addition, it my function as the” head” word in many structures of modification. Radford, (1993) dalam Adebileje (2016) menambahkan jika the noun or pronoun is therefore regarded as the HEAD of the noun phrase”.

According to Aalseth (2006) disadari atau tidak koding kesehatan mempengaruhi kehidupan setiap orang *“Medical Coding affects everyone’s life, whether we realize it or not”.* Hal tersebut terjadi karena kejadian (1). *You receive a bill from doctor’s office, for a “balance due” or may be even “ past due”, (2).You don’t remember receiving a previous bill for these changes, (3).You insurances company sends you an “explanation of benefits” to tell you they are not going to pay for anything, (4). You are turned down for life insurance because of your “unfavorable history” eventhough you have always been healthy, (5).Your co-insurance portion of the fees for your surgery turns out to be moe than the amount you were quotes because”the code is different”.* Aalseth (2006) menambahkan jika Koding mempengaruhi biaya kesehatan yang harus kita bayar di rumah sakit

“Medical coding influences which medical services are paid, how much is paid and whether a person is considered a “good risk” for insurance coverage. Quite simple, if there are errors that are not understood, the individual pays too much or worse may nt be able to obtain health insurance coverage at all. Medical coding can have a fundamental impact on the quality of a person life”

Menurut Rahayu (2013) di bawah ini adalah langkah-langkah dalam mengkode: (1). Tentukan tipe pernyataan yang akan di kode dan lihat pada indeks alfabet yang sesuai (jika pernyataan adalah penyakit atau cedera atau kondisi lain diklasifikasikan pada chapter I-XIX atau XXI, rujuk pada seksi I indeks alfabet. Jika pernyataan adalah sebab luar dari cedera atau kejadian diklasifikasikan pada chapter XX, rujuk seksi II). (2) Cari lead term. Untuk penyakit dan cedera biasanya merupakan kata benda dari kondisi patologi. Walaupun, beberapa kondisi menunjukkan suatu kata sifat atau eponym yang termasuk pada indeks. (3) Baca dan ikuti catatan yang ada di bawah lead term. (4) Baca kata yang ada dalam parentheses setelah lead term, (5). Ikuti secara hati-hati cross-references (see dan see also) yang terdapat dalam indeks, (6) Rujuk pada daftar tabulasi untuk kesesuaian nomer kode yang di pilih. Catatan kategori 3 karakter dalam indeks dengan dash pada posisi ke-4 berarti bahwa kategori 3 karakter dapat dilihat pada volume 3. Selanjutnya, perincian dapat dilihat dari posisi karakter tambahan yang tidak diindeks, jika digunakan dapat dilihat pada volume 3. (7) Ikuti inclusion dan exclusion terms dibawah kode atau dibawah chapter, block atau di awal kategori. (8) tetapkan kode.

Menurut May (2015) Kata benda adalah kelas kata yang menyatakan nama orang, nama tempat, nama hari libur atau hari raya. Kata benda tersebut dapat digunakan untuk memperkenalkan orang, tempat, atau hari besar. Frank (1972:6) dalam May (2015) mengatakan “kata benda adalah salah satu hal penting dalam bagian dari kemampuan berbicara. Kata benda tersebut ditetapkan bersama kata kerja untuk membentuk inti dari sebuah kalimat yang sangat penting dalam sebuah kalimat yang utuh”. Algeo (1995) dalam Adebileje (2016) *observed that nouns along with verbs are a dominant part of speech, and that the semantic content of sentences is borne mostly by nouns. In other words, of all the constituent elements within a sentence, the noun and the verb, nouns especially, are of pivotal importance in English language.*

Menurut Marliah (2009) *Proper nouns* dibagi lagi menjadi empat kategori yaitu: (1) *Personal names*, misalnya, *Nancy, Alan Bond*; (2). *Geo-graphycal names*, misalnya, *Australia, Hobart*; (3). *Name of object*, misalnya, *boat; institution*, misalnya, *the National Australia Bank* (4). *Collective nouns* merupakan kelompok atau gabungan individu, misalnya, *committee* “panitia”, *army* “tentara”,

Berdasarkan latar belakang di atas, penentuan kode penyakit tidak hanya melalui pemahaman terminologi medis tetapi juga pemahaman bahasa Inggris sebagai bahasa pengantar dalam ICD-10 khususnya volume 3, dalam kesempatan ini adalah pemahaman noun sebagai penentu lead term dalam penentuan kodefikasi. Secara umum penelitian ini bertujuan untuk (1) Memahami ciri-ciri kata benda (2) Mengidentifikasi dan mengklasifikasi kata benda dalam ICD-10 Volume 3, serta (3) Menganalisis kata benda dalam ICD-10 Volume 3 tahun 2010.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif yang dibagi atas 3 tahap, sebagai berikut: (1) **Persiapan:** Dalam tahap persiapan, penulis membaca buku ICD -10 Volume 3 dan beberapa buku referensi yang berhubungan dengan kata benda kemudian membaca teori-teori dan konsep yang sesuai dengan penelitian ini. (2) **Pengumpulan data:** Dalam tahap ini, peneliti menentukan populasi dan sampel dalam penelitian ini, populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah ICD- 10 Volume 3. Kemudian data yang sudah terkumpul diidentifikasi dan di klasifikasi menurut kata benda sebagai penentu lead term. (3) **Analisis Data:** Pada tahap ini, data kata benda yang terkumpul dalam ICD-10 Volume 1 Tahun 2010 dianalisis dengan mengacu pada teori tentang kata benda.

HASIL

Hasil keakuratan koding seorang koder mempunyai dampak yang sangat signifikan bagi pasien dan rumah sakit karena hasil koding dapat mempengaruhi pembiayaan yang harus dibayar pasien ke rumah sakit. Seorang koder harus meningkatkan ilmu terus menerus selain ilmu rekam medis, bahasa Inggris juga salah satu skill yang dibutuhkan oleh seorang tenaga rekam medis khususnya koder karena ICD (*International Classification of Diseases*) ditulis menggunakan bahasa yang digunakan PPB yaitu bahasa Inggris dalam setiap penjelasan yang ada dalam buku tersebut.

Peningkatan pemahaman Bahasa Inggris di ICD-10 dapat di lihat dari mulai kata, salah satunya adalah kata benda (noun) yang mempunyai peran sangat besar bagi seorang koder karena Noun merupakan lead term dalam menentukan kode penyakit. Dalam penelitian ini peneliti meneliti tentang ciri-ciri Noun atau kata benda yang di pakai di ICD-10 volume 3.

PEMBAHASAN

Jenis kata benda

Menurut Frank (1972) dalam May (2015) Kata benda terbagi dalam empat kelas yaitu kata benda umum, kata benda kongkrit dan kata benda abstrak, Kata benda yang dapat dihitung dan tidak dapat dihitung dan Kata benda majemuk. Di ICD 10 Volume 1 kelas kata tersebut dapat ditemukan sebagai contoh kata benda umum *Parkinson, Steven Jonson, Aarskog's syndrom, Huntington disease* etc di ICD-10 rata-rata nama-nama penyakit dan sindrom, contoh kata benda abstrak seperti *health, disease, failure* etc, contoh kata benda kongkrit dalam ICD-10 adalah *lung, heart, kidney* etc, Contoh kata benda yang dapat di hitung seperti *fingers, legs, nose* etc dan contoh kata benda yang tidak dapat dihitung adalah *urine, enzym, sputum, hair,* etc. Hal tersebut senada dengan yang disampaikan oleh Quirk *et al* (1985:247) dan Biber *et al* (2006:241; 250), dalam Marliah (2009) membagi nomina menjadi dua jenis, yaitu: *Common noun dan Proper noun*.

Fungsi kata benda

Stobbe (2008) menjelaskan jika *Noun* atau kata benda mempunyai peran yang sangat penting sebagai subjek dan objek. sangat penting. Seperti yang ada di ICD 10 volume 1. Selain itu juga Stobbe (2008) dan Susilowati (2007) menambahkan jika kata benda dapat terbentuk dari kata Sifat, Kata kerja dan kata benda itu sendiri.

Sebagai contoh noun sebagai subjek dalam kalimat di ICD 10 volume 1; (1) *Communications* should be addressed to the head, who collaborating centre for classification of disease at: Australia institute of halt (h.9).*Note: Communications* adalah noun sebagai subjek dalam hal ini sebagai head dalam kalimat. Kata communication adalah perubahan kata kerja menjadi kata benda dengan tambahan **-ation**. (2) *Problem* is the latest in a series that was formalized in 1893 as the bertillon classification or international list of causes of death (h.1)*Note: Problem* adalah subjek dalam kalimat dan a series adalah objek dalam kalimat; (3) *Gestational age* is expressed in completed days or completed weeks (h. 1078). *Note: Gestational age* adalah subjek dalam kalimat, age adalah noun dalam kalimat tersebut. (4) *The Classification* was approved by the International Conference for the Tenth Revision of the International Classification of Diseases in 1989.

(Termasuk type prepositions time) (ICD 10 Volume 1 h. 2).*Note: Classification* adalah kata benda yang merupakan perubahan kata kerja menjadi noun dengan tambahan **-ion**. (5) *Hypersomnia* is defined as a condition of either excessive daytime sleepiness and sleep attacks,(not accounted for by an inadequate amount of sleep) or prolonged transition to the fully aroused state upon awakening.

Kata Benda di ICD 10 Vol 1 dilihat dari Ciri-cirinya

Noun yang ditemukan dalam ICD -10 sebagai Lead term dapat berupa *root* atau kata dasar *noun* tersebut yang tidak menggunakan akhiran, sebagai contoh: *Cronic Kidney Disease*. *Note: Disease* adalah *lead term* dalam penentuan kode penyakit. *Disease* adalah kata benda sebagai *root word*. *Kidney* tidak dapat menjadi lead term karena dia merupakan *root* dari penyakit tersebut. *Part of body* atau *root* dari penyakit tersebut tidak dapat menjadi *lead term* dalam mengkode penyakit. Selain itu sesuai dengan teori Stobbe (2008) menyatakan jika dengan memahami *suffixes* dibawah ini dapat membantu untuk menentukan Noun dalam kalimat. Selain itu, Susilowati (2007) menambahkan jika kata benda dapat terbentuk dari kata Sifat, Kata kerja dan kata benda itu sendiri. Pembentuka kata benda dari Kata sifat dengan ciri-ciri sebagai berikut: dengan tambahan suffixes: **ness, ity, th, ance, icy**. Pembentuka kata benda dari Kata kerja dengan tambahan suffixes: **or; -ar; -ist; -ant; -ent, -ment, -al, -ion; -tion, -ure; -ture; -ature, -y; -ery; -ary; -age, -ee, -t, -ance; -ence; -ing, ending:/z/ /s/; /d/ /s/ /z/; /v/ /f/,-y; -ty**.

Fungsi noun dalam mengkode penyakit sangat penting karena noun merupakan lead term penentu kode sebagai contoh pada kasus penentuan kode dibawah ini: (1) *Noun* dengan akhiran (*Suffixes*) –er, -or, -ar, -ist. Contoh penggunaan suffix –er, -or, -ar, -ist dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **bleeder, blister, boarder, carrier**; (2) *Noun* dengan akhiran –Ness. Contoh penggunaan suffix –ness dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **blindness, deafness, blueness, dizziness, fatness, dryness, nervousness**.(3) *Noun* dengan akhiran –ity. Contoh penggunaan suffix –ity dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah:

Reduced **mobility, density, disability, density, abnormality, infertility, instability, irritability, laxity**; (4) *Noun* dengan akhiran *-th*. Contoh penggunaan suffix *-th* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **death, birth, growth**; (5) *Noun* dengan akhiran *-icy*. Contoh penggunaan suffix *-icy* dalam ICD-10 volume 3 tidak dapat ditemukan. (6) *Noun* dengan akhiran *-ant, ent*. Contoh penggunaan suffix *-ant, -ent* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **malignant, maldescent**; (7) *Noun* dengan akhiran *-ment*. Contoh penggunaan suffix *-ment* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **accouchment, engorgement, enlargement, abandonment, maldevelopment**. (8) *Noun* dengan akhiran *-al*. Contoh penggunaan suffix *-al* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **abnormal, abdominal, familial, accidental, hysterical**; (9) *Noun* dengan akhiran *-ion, tion*. Contoh penggunaan suffix *-ion, -tion* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah

***Urinary Tract Infection**

Note: Infection adalah lead term dalam penentuan kodifikasi. Infection adalah kata benda perubahan kata dari kata kerja Infect menjadi kata benda dengan tambahan kata **-ion**.

***Septic Deviation,**

Note: Infection adalah lead term dalam penentuan kodifikasi. Infection adalah kata benda perubahan kata dari kata kerja Infect menjadi kata benda dengan tambahan kata **-ion**.

Beberapa contoh *Noun* dengan akhiran *-ion* dan *tion* yang lain Colon **Perforation**, Anus **obstruction, Supervision** of pregnancy with history of infertility, Artificial **insemination, Sterilization, Limitation** of activities due to disability, **complication, defibrivation, infraction, infiltration, irritation**. (1) *Noun* dengan akhiran *-ure, ture, ature*. Contoh penggunaan suffix *-ure, ture, ature* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **Heart Failure**. *Note:* Failure adalah lead term dalam penentuan kode. Failur adalah kata benda perubahan dari kata sifat menjadi kata benda dengan tambahan **-ure**.

Contoh yang lain seperti Congestive heart **failure, exposure, nonclosure**; (2) *Noun* dengan akhiran *-y, ery, ary*. Contoh penggunaan suffix *-y, ery, ary* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **recovery, injury, delivery, dietary**; (3) *Noun* dengan akhiran *-age*. Contoh penggunaan suffix *-age* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **miscarriage, leakage**. (4) *Noun* dengan akhiran *-ee*. Contoh penggunaan suffix *-ee* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **chordee**; (5) *Noun* dengan akhiran *-t*. Contoh penggunaan suffix *-t* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **complaint**; (6) *Noun* dengan akhiran *-ance, ence*. Contoh penggunaan suffix *-ance, -ence* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah tobacco **dependence, alcohol dependence, Drug abuse counselling and surveillance, disturbance**; (7) *Noun* dengan akhiran *-ing*. Contoh penggunaan suffix *-ing* dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah **Gambling and betting, Tobacco abuse counselling, bleeding, blushing, burning, feeding, poisoning**; (8) **Contrasting in ending: /z/ /s/; /d/ /s/ /z/; /v/ /f/, -y; -ty**. Contoh penggunaan **Contrasting in ending: /z/ /s/; /d/ /s/ /z/; /v/ /f/, -y; -ty** dalam ICD-10 volume 3 yang dapat digunakan sebagai lead term dalam mengkode penyakit adalah Life-management **difficulty, Caesarean section delivery, fatty, Care-provider dependency, gouty, jealousy**

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan jika jenis dan ciri-ciri *noun* dapat di temukan di ICD-10 Volume 3 dan berdasarkan fungsinya *noun* merupakan head dalam kalimat. *Noun* adalah penentu *lead term* dalam mengkode penyakit dengan ICD (*International Classification of Diseases*), menunjukkan bahwa *noun* yang terdapat dalam ICD -10 volume 3 sebagian besar adalah *lead term*. Tidak semua kata benda adalah lead term karena kata benda umum yang berhubungan dengan part of body tidak dapat menjadi lead term dalam mengkode penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Adebileje, A. 2016. Forms and Functions of the English Noun Phrase in Selected Nigerian Texts. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS) Volume 21, Issue 2, Ver. I (Feb. 2016) PP 45-49 e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845. www.iosrjournals.org*
- Aalseth, P. 2006. *Medical coding what it is and how it works*. the United States of American: Jones & Barlett Publishers inc.
- Hidayat, T. 2013. Analisis Frase Tiga Unsur atau Lebih pada Novel Let Me Call You Sweetheart Karya Mary Hinggins Clark. Skripsi. Universitas Widyatama Bandung.
- May, Evangelin De Jesus. 2015. Kata Benda Dalam Bahasa Inggris Dan Bahasa Tetun (Analisis Kontrasif). Skripsi Universitas Sam Ratulangi.
- Marliah, Lily. 2009. Frasa Nomina Yang Berfungsi Sebagai Komplemen Dalam Klausa Bahasa Inggris: Kajian Sintaksis The Noun Phrase Functioning as the Complement in the English Clause: Syntactic Analysis *Jurnal Sositoteknologi Edisi 16 Tahun 8, April 2009* 587.
- Rahayu, WA. 2013. *Kode Klasifikasi dan Tindakan Medis ICD-10*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sarage. Japen. 2014. The Relationship between Noun Phrase and Verb Phrase. *Ahmad Dahlan Journal of English Studies (ADJES) Vol. 1, Issue 1-2, September 2014. <http://journal.uad.ac.id/index.php/ADJES/article/view/1687>*
- Setyowati, R. 2017. Memahami Bahasa Inggris Di Icd-10 Volume 1 Melalui Analisis Sintaksis Tentang Klausa Sifat. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. Karanganyar: APTIRMIKI*
- Susilowati, Endang. 2007. *General English Materials for Health Students*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran (EGC).
- Sulistiyowati, H. 2015. Function of Adjective Phrase – Indonesian English. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS) Volume 20, Issue 10, Ver. IV (Oct. 2015), PP 45-51. <http://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol20-issue10/Version-4/J0201044551.pdf>*
- Stobbe, G. 2008. *Just Enough English Grammar illustrated*. The McGraw-Hill Companies, Inc. (“McGraw-Hill”)
- Sudra, RI & Pujihastutik, A. 2014. The Influence of Diagnosis Writing Accuracy and Knowledge of Medical Record Officers about Medical Terminology Through Diagnosis Coding Accuracy of Medical Records Documents. *International Conference Proceedings 25th PORMIKI & 3rd IFHIMA SEAR Conerence*. Hal: 7-12, ISBN: 978.602.8658-94-2.18th – 21 February 2014
- WHO. 2010. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 1*. Alphabetical Index. Geneva: World Health Organization
- WHO. 2010. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 3 Alphabetical Index to Nature of Injury*. Geneva: World Health Organization

ANALISIS STRATEGI PENGEMBANGAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD KOTA YOGYAKARTA

Muhammad Hamdani Pratama¹, Sri Darnoto²

^{1,2}Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta dan muhammadtama@gmail.com

Abstract

Although developing countries are still concern in handling various infectious diseases but effective and efficient management of these diseases can be achieved through the use of EMR. The implementation of electronic medical records (EMR) is a solution for the current health information management. Support of the electronic and transaction laws and Ministry of Health Regulation No.269 in year of 2008 bright hope for the development of EMR. However, the implementation of EMR is still a challenge for many hospitals. This study aimed to analyze the readiness of EMR development in the Outpatient Installation of Yogyakarta General Hospital. The study used concurrent mixed method. Subjects in this study were 40 people who are the decision makers and users of EMR in Outpatient Installation of Yogyakarta General Hospital. The collection of data through interviews and questionnaires. The results showed that the Yogyakarta General Hospital in the moderately prepared category for EMR development. The results of the strategy analysis showed that Yogyakarta General Hospital is in the II quadrant which indicates an organization that has a good quality of service but lacks a clear strategy. The implementation of EMR development in the Outpatient Installation of Yogyakarta General Hospital.

Keyword: Readiness Analysis, DOQ-IT, Strategic Analysis, SWOT

Abstrak

Negara berkembang masih disibukkan dengan penanganan berbagai penyakit infeksi atau penyakit menular namun penerapannya salah satunya adalah rekam medis elektronik (RME) sebagai bukti hukum (Kusnanto *et al*, 2009). Penerapan rekam medis elektronik (RME) menjadi salah satu solusi dokumentasi yang efektif dan efisien baik menggunakan HITE (Health Information Technology) dan EHR (Electronic Health Record) sebagai bukti hukum memberikan harapan cerah bagi perkembangan RME. Permasalahan penyediaan berkas rekam medis masih menjadi permasalahan di RSUD Kota Yogyakarta. Selain itu, ruang penyimpanan rekam medis juga sudah melebihi kapasitas. Optimalisasi pelayanan penyediaan berkas perlu ditinjau ulang untuk mencapai tujuan pelayanan berkas rekam medis elektronik sebagai bukti hukum. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melakukan analisis strategi pengembangan RME yang dijabarkan dengan analisis kesiapan pengembangan RME menggunakan instrumen dari DOQ-IT (*DOQ-IT: Degree of Organizational Information Technology*) dan analisis strategi SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities, Treats*). Penelitian ini menggunakan *concurrent mixed method* dengan rancangan studi kasus. Subjek dalam penelitian ini adalah 40 orang yang merupakan pihak pengambil keputusan dan pengguna RME di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota Yogyakarta. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa RSUD Kota Yogyakarta masuk dalam kategori cukup siap untuk pengembangan RME. Hasil analisis strategi menunjukkan RSUD Kota Yogyakarta masuk dalam kuadran II yang menunjukkan organisasi yang kualitasnya sudah tinggi namun kualitasnya sebagai penyedia layanan belum memiliki strategi yang jelas.

Kata kunci: Analisis kesiapan, DOQ-IT, analisis strategi, SWOT

PENDAHULUAN

Perkembangan rekam medis elektronik (RME) tidak hanya terjadi di negara-negara maju. Negara-negara berkembang mulai mengadopsi sistem elektronik untuk mendapatkan efisiensi dan keberhasilan dalam pelayanan kesehatan. Meskipun negara berkembang masih disibukkan dengan penanganan berbagai penyakit infeksi maupun penyakit menular namun proses dokumentasi pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien merupakan hal yang penting (et al, 2009). Di Indonesia, pengembangan RME belum diatur secara khusus. Namun, dukungan adanya UU ITE Tahun 2008 dan Permenkes 269 Tahun 2008 mengenai keabsahan RME sebagai bukti hukum memberikan harapan cerah bagi perkembangan RME di Indonesia. RSUD Kota Yogyakarta sebagai rumah sakit milik pemerintah telah memiliki Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

SIMRS RSUD Kota Yogyakarta sudah memiliki aplikasi terkait pengembangan rekam medis elektronik tetapi belum dimanfaatkan secara maksimal. Permasalahan yang terjadi adalah belum adanya rencana strategi terkait pengembangannya. Tanpa adanya perencanaan yang jelas, proses pengembangan sistem informasi di RSUD Kota Yogyakarta terkesan tambal sulam. Pengembangan rekam medis elektronik diperlukan adanya analisis terkait kesiapan organisasi rumah sakit terlebih dahulu. Jogiyanto (2005) menyebutkan bahwa kecanggihan teknologi informasi tidak akan menghasilkan keuntungan kompetitif berkelanjutan jika tidak direncanakan dengan baik. Proses analisis kesiapan dapat dilanjutkan dengan melakukan analisis strategi pengembangan rekam medis elektronik sebagai bentuk perencanaan dalam usaha mencapai tujuan yang kompetitif. Melihat permasalahan yang ada di RSUD Kota Yogyakarta terkait pengembangan rekam medis elektronik, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Analisis Strategi Pengembangan Rekam Medis Elektronik di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota Yogyakarta.

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah:

Melakukan Analisis kesiapan pengembangan rekam medis elektronik di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota Yogyakarta berdasarkan instrumen dari *DOQ-IT EHR Assessment and Readiness*;

Melakukan Analisis strategi pengembangan rekam medis di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota

Yogyakarta dengan metode *SWOT (Strength, Weakness, Opportunities, Treaths)*.

METODE

Penelitian ini menggunakan *concurrent mix method* dengan rancangan penelitian studi kasus. Analisis kualitatif dilakukan untuk mendapatkan hasil analisis yang mendalam dan menyeluruh dengan didukung dari hasil studi kasus di lokasi penelitian. Data kuantitatif digunakan untuk melakukan pengukuran kesiapan dan mengetahui variabel strategi yang paling kuat dalam strategi pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Yogyakarta pada bulan April dan Mei 2016. Objek penelitian adalah pengembangan RME sedangkan subjek penelitian ini adalah 40 orang yang terdiri dari: direktur, kepala Instalasi TI, kepala instalasi rekam medis, kepala instalasi rawat jalan, kepala bidang pelayanan, kepala bidang keperawatan, kepala seksi rawat jalan, wakil direktur pelayanan, teknisi TI, petugas rekam medis rawat jalan, 17 perawat, 12 dokter.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Kesiapan Pengembangan Rekam Medis Elektronik (RME) di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota Yogyakarta Berdasarkan Instrumen *DOQ-IT EHR Assessment and Readiness*

Pengembangan RME memerlukan proses analisis kesiapan. Proses analisis terhadap kesiapan penerapan RME dapat dilakukan untuk dapat menentukan "*road map*" dan memberikan gambaran apakah akan berlanjut pada *electronic health record (California Medical Association, 2015)*. Proses analisis kesiapan sebelum dilakukan implementasi RME dapat dilihat dari beberapa aspek antara lain: kesiapan organisasi, kesiapan struktur, kesiapan budaya, kesiapan manajemen dan kepemimpinan, kesiapan operasional, kesiapan pemerintah, kesiapan teknis (Ghazisaeli *et all*, 2013). Untuk menentukan *road map* dan keberlanjutan program pengembangan rekam medis elektronik di RSUD Kota Yogyakarta juga dibutuhkan analisis kesiapan kondisi sumberdaya manusia, budaya, tata kelola kepemimpinan serta infrastruktur (DOQ-IT, 2009).

Sumberdaya Manusia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagai besar SDM di RSUD Kota Yogyakarta memahami arti dari

RME. Pengembangan RME akan sangat tergantung pada sumber daya manusia (SDM) sebagai pengguna RME maupun sebagai penyusun kebijakan. RME merupakan sistem otomatis yang terdiri dari modul, data, dan prosedur yang terintegrasi dalam laboratorium dan didokumentasikan oleh dokter saat pasien berkunjung (WHO, 2006).

RSUD Kota Yogyakarta memiliki staf TI sebanyak 6 orang untuk mendukung berjalannya kegiatan teknologi informasi termasuk dalam pemeliharaan SIMRS. Dalam proses pengambilan keputusan staf ikut serta memberikan masukan-masukan terkait proses SIMRS. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menyebutkan bahwa Sumber daya manusia teknologi informasi untuk SIMRS minimal terdiri dari staf yang memiliki kemampuan dalam pemeliharaan perangkat hardware dan maintenance jaringan (Kemenkes, 2013). Belum ada staf TI yang memanfaatkan kemampuan mereka untuk mendukung program berjumlah 2 orang, namun demikian pada pelaksanaannya masih mengalami hambatan terkait keterbatasan pengembangan program dan pemberian reward untuk setiap program yang dikembangkan.

Salah satu isu penting yang memerlukan perencanaan matang adalah terkait dengan ketersediaan sumber daya manusia beserta kemampuannya (WHO, 2006). Untuk itu perencanaan SDM harus terdokumentasi dan diusulkan pada pihak kepegawaian. Kemampuan staf dalam mengoperasikan komputer juga menjadi komponen penting dalam mendukung pengembangan RME.

Sebagian besar dari responden bisa menggunakan komputer dengan minimum bantuan sebesar 43,59%. Hasil penelitian Koolae et al, (2014) menunjukkan bahwa rerata kesiapan staf dalam penerapan EHR adalah sebesar 56%. Disarankan adanya pelatihan dan pengenalan terlebih dahulu dalam implementasi EHR. Keikutsertaan staf dalam proses rencana, pelaksanaan dan implementasi EHR juga efektif dalam mempromosikan sikap positif. Berdasarkan Penilaian dari DOQ-IT (2009), maka elemen yang harus dipenuhi adalah terkait analisis produk dari vendor, serta mampu mengevaluasi alur kerja RME nantinya. Dibutuhkan identifikasi kemampuan staf TI sesuai keahlian dan secara mandiri dapat mengembangkan sistem yang sudah ada.

Budaya Kerja Organisasi

Budaya memiliki peran penting karena merupakan acuan perilaku, dari aspek ini juga terlihat bagaimana tanggapan pengguna RME nantinya dalam menerima pengembangan sistem RME. Pada Aspek Budaya kerja organisasi terdapat 11 komponen yang dinilai dengan 4 area kesiapan yaitu budaya, keterlibatan pasien, Alur kerja proses dan Manajemen Informasi. RME di RSUD Kota Yogyakarta telah dipandang sebagai sebuah bentuk alur kerja yang efisien. Kaitanya dengan tujuan perencanaan, penilaian juga dilakukan oleh responden dari jajaran manajemen mengungkapkan bahwa budaya kerja yang mendukung. Setelah dilakukan penelitian dari beberapa rumah sakit dari tahun 2007 hingga tahun 2009 terlihat bahwa EHR memberikan peningkatan kualitas pelayanan, patient safety dan efisiensi (Carroll et al, 2012).

Staf medis dan administrasi maupun pihak jajaran manajemen juga menganggap RME dapat memberikan peningkatan kualitas pelayanan namun harus didukung dengan sistem kerja yang jelas dan SDM IT yang handal. EHR dapat mendukung adanya keselamatan pasien serta peningkatan kualitas pelayanan. EHR didukung dengan adanya checklist, pemberian warning, clinical guidelines yang sesuai standar. (Carroll et al, 2012).

Keberhasilan pengembangan RME tersebut tidak hanya terlepas dari sistem yang sudah dibuat. Sistem yang disusun harus sesuai dengan kebutuhan pengguna. Carroll et al (2012) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa salah satu kesuksesan dalam implementasi RME adalah dengan adanya keikutsertaan staf klinis maupun administrasi dalam proses desain dan perencanaan implementasi. Untuk menuju pada perubahan tersebut, dokter maupun staf medis perawat menyadari bahwa sebagai pengguna memiliki peran yang penting dalam memberikan masukan. Namun demikian untuk proses inventarisasi kebutuhan belum terdapat tim khusus yang dapat mewartakan perencanaan tersebut. RSUD Kota Yogyakarta belum memiliki tim khusus yang disusun dalam perencanaan sistem informasi dan teknologi informasi. Dan pada akhirnya proses masukan hanya sebatas pemberian masukan tanpa adanya proses dokumentasi. Proses perbaikan atau permintaan modul tertentu untuk menyempurnakan SIMRS dilakukan setelah di lapangan membutuhkan.

Selain keterlibatan pengguna maupun jajaran manajemen, pengembangan RME juga memerlukan keterlibatan pasien. Keterlibatan pasien dilihat dengan melakukan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien. Menurut pandangan responden, interaksi pasien dengan RME menjadi pertimbangan sebatas sebagai bahan evaluasi.

Penilaian kesiapan juga dilakukan pada alur kerja proses RME. Alur kerja proses ini menyangkut proses administrasi klinis termasuk perkiraan pasien dan staf yang dibutuhkan. Namun demikian perkiraan kebutuhan staf tersebut belum dikembangkan khususnya untuk penerapan RME. Selain parameter tersebut juga dinilai terkait kebijakan, prosedur dan protokol yang diperlukan untuk proses menuju RME. Penilaian terhadap parameter tersebut dilakukan pada SIMRS yang ada saat ini. Prosedur-prosedur terkait SIMRS yang telah diatur adalah pada koreksi data pasien. Prosedur lain terkait perencanaan ke arah RME belum dilaksanakan.

Manajemen informasi merupakan area penilaian yang terkait dengan praktik pengelolaan sistem informasi. Salah satu tantangan dari implementasi EHR adalah penggunaan EHR untuk melihat performance rumah sakit. Tantangan utamanya adalah adanya data yang tidak sesuai dengan kondisi lapangan. Dalam hal ini proses entry data sesuai standar menjadi tombak utama untuk kesuksesan penggunaan EHR untuk pelaporan (WHO, 2006). Dan kondisi ini apabila dilihat dari sistem yang sudah ada di RSUD Kota Yogyakarta yaitu SIMRS yang berjalan, maka dapat dikatakan bahwa fungsi manajemen informasi belum berfungsi optimal. Berdasarkan penilaian dari DOQ-IT (2009) maka banyak aspek yang belum terpenuhi pada area budaya kerja ini. Beberapa diantaranya adalah terkait keaktifan tenaga medis dalam ikut serta untuk perencanaan sistem. Perlu adanya inisiatif dari seluruh staf, serta dari EMR serta mengikutsertakan dalam tim perubahan (Katterhagen, 2013). Selain itu ketakutan beberapa petugas terkait pemanfaatan teknologi terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien harus diatasi dengan memberikan motivasi dan sosialisasi mengenai penggunaan teknologi informasi.

Tata Kelola Kepemimpinan

Kesuksesan dalam proses implementasi EMR dipengaruhi oleh dukungan kepemimpinan yang kuat, keikutsertaan dari staf klinis dalam desain dan implementasi, proses pelatihan pada staf,

serta proses perencanaan yang sesuai jadwal serta penyediaan anggaran yang memadai (Carroll *et al*, 2012). Peran dukungan kepemimpinan dan tata kelolanya berpengaruh pada pengembangan RME karena pemimpin merupakan jajaran tertinggi dalam pengambilan keputusan. Penilaian area dan komponen tata kelola kepemimpinan terdiri dari dukungan pemimpin, strategi, dukungan manajemen TI serta akuntabilitas dari SIMRS. Area Kepemimpinan terdiri dari dua komponen yaitu dukungan pemimpin terhadap pengembangan RME dan penilaian adanya tim eksekutif untuk pengembangan RME. Saat ini tim eksekutif terkait pengembangan sistem informasi dan teknologi informasi di RSUD Kota Yogyakarta. Hal ini berdampak pada proses perencanaan yang didasarkan pada masukan dan komplain dari pengguna di lapangan.

Critical element pertama untuk keberhasilan implementasi RME adalah terkait team leadership. EMR Leadership team merupakan komite yang mengkomando proses proses dalam pengembangan. Di dalam team tersebut terdiri dari berbagai pihak interdisipliner yang bersedia meluangkan waktu untuk ikut serta dalam proses pengembangan sistem (Healthland, 2009). Tim khusus tersebut saat ini belum ada di RSUD Kota Yogyakarta sehingga untuk proses pengembangan ke depan diperlukan pembentukan tim eksekutif dalam perencanaan sistem informasi rumah sakit. Tim eksekutif tersebut harus benar-benar terlibat dalam semua tahap implementasi dengan menyediakan pendapat dari berbagai pengguna, inovasi, waktu dan komitmen. Selain itu juga dibutuhkan manajer yang kuat dan pemimpin senior manajer klinis dan tenaga klinis (Ghazisaeldi *et al*, 2013).

National Learning Consortium (2013) menyebutkan bahwa tim eksekutif sistem EHR terdiri dari berbagai profesi. Profesi tersebut antara lain pemimpin Tim EHR, Manager Implementasi EHR, Tim Dokter, pimpinan perawat, Medical Assistant Lead, Pimpinan pengatur jadwal, Pemimpin staf registrasi, Pemimpin staf laboratorium, Pemimpin Teknologi Informasi, Pemimpin Staff Billing, *EHR Builder*, Meaningful Use Lead, *Super-User/ Training Lead*. Profesi-profesi tersebut ikut serta dalam pengambilan keputusan perencanaan sesuai dengan tugasnya masing-masing. Area kesiapan tata kelola kepemimpinan yang perlu mendapatkan perhatian segera adalah terkait strategi. RSUD Kota Yogyakarta belum memiliki rencana strategi khusus mengenai sistem informasi dan teknologi informasi.

Selain itu pengembangan RME juga belum tercantum dalam proses perencanaan.

Infrastruktur

Adopsi EHR secara menyeluruh memerlukan biaya yang banyak dan memerlukan proses yang Panjang (Carroll *et al*, 2012). Untuk itu diperlukan adanya kesiapan dari sisi infrastruktur TI maupun anggarannya. Area penilaian Infrastruktur terdiri dari Infrastruktur TI serta Keuangan dan Anggaran. Salah satu kendala dalam pengembangan RME adalah kaitannya dengan anggaran untuk teknologi informasi di rumah sakit cenderung terbatas. Aspek penilaian pada aspek ini, rumah sakit harus menyiapkan infrastruktur teknologi informasi (komputer, jaringan kabel maupun nir kabel, listrik, sistem pengamanan, konsultan, dan pelatihan) (Handiwidjojo, 2009). Namun demikian penyediaan anggaran kaitannya dengan TI cenderung lebih mudah didapatkan di RSUD Kota Yogyakarta. Hal ini dikarenakan komitmen jajaran manajemen yang telah tertuang dalam misi rumah sakit untuk dapat mengembangkan pemanfaatan teknologi informasi. Meskipun pada kenyataannya perencanaan khusus untuk pengembangan RME belum tertuang dengan jelas.

Pada area keuangan dan anggaran terdapat dua komponen penting yaitu terkait investasi RME serta anggaran terkait pemeliharaan yang berkesinambungan. Apabila rumah sakit telah memahami pentingnya RME maka RME akan dianggap sebagai sebuah investasi. Proses perencanaan untuk RME telah dipahami oleh banyak pihak baik dari jajaran manajemen ataupun pengelola TI. Namun demikian proses evaluasi terhadap investasi RME belum dilakukan. Hasil penelitian Rizanti (2015) menunjukkan bahwa rumah sakit haji berada pada skala usaha yang meningkat increasing return to scale. Hal ini menunjukkan bahwa dengan adanya rekam medis elektronik maka terjadi peningkatan investasi rumah sakit. Melihat hal tersebut maka kedepannya dalam proses perencanaan pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta perlu dibentuk pula salah satu bagian dalam tim eksekutif yang melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan RME termasuk pada sisi investasi RME. Penilaian pada aspek infrastruktur berdasarkan DOQ-IT (2009) memperlihatkan bahwa infrastruktur yang ada di RSUD Kota Yogyakarta masuk dalam kategori cukup. Meskipun

masih dalam kategori cukup, dukungan anggaran yang kuat dari jajaran manajemen memberikan dampak positif bagi pengembangan RME ke depan.

Penilaian Kesiapan Pengembangan RME

Empat area kesiapan yaitu sumberdaya manusia, budaya kerja organisasi, Tata kelola kepemimpinan dan infrastruktur dinilai secara bersama-sama. Berikut hasil penilaiannya:

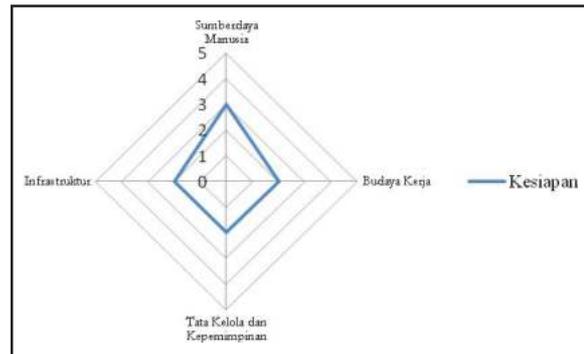
Tabel 3. Penilaian Kesiapan Pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta

No	Area Kesiapan dan Komponen	Hasil Penilaian	Skor Sub Total
1.	Sumberdaya Manusia	Staf klinik maupun administrasi ikut berperan dalam memberikan masukan untuk pengelolaan SIMRS meskipun tidak didata secara menyeluruh. Sudah dipahami mengenai pentingnya perencanaan sumberdaya manusia terkait pengembangan RME tetapi belum terdokumentasikan dalam rencana terperinci. Sebagian besar responden bisa mengoperasikan komputer. Training terkait SIMRS pernah dilakukan namun dalam kurun waktu yang sudah lama. Pelatihan khusus terkait bagaimana pengembangan dan adopsi RKE belum dilakukan untuk staf dan manajer TI	13
2.	Budaya Kerja Organisasi	Jajaran manajemen masih memandang sebagai wacana sehingga tidak terlihat framework yang nyata untuk perencanaan RME. Dokter memiliki peran dalam memberikan keputusan penting. Kebijakan terkait koreksi pasien sudah dibahas untuk penerapan pada SIMRS namun belum untuk RME. Proses peresepan elektronik sudah dirancang dan akan segera diimplementasikan. Alur kerja RME belum terencana. RME dipandang sebagai teknologi yang dapat digunakan untuk efisiensi pekerjaan.	19
3.	Tata Kelola dan Kepemimpinan	Jajaran manajemen mendukung adanya RME namun demikian perencanaan strategis terperinci mengenai pengembangan rekam medis elektronik belum ada.	14

No	Area Kesiapan dan Komponen	Hasil Penilaian	Skor Sub Total
4.	Infrastruktur	Adanya teknologi RME dipandang sebagai sebuah investasi namun proses perencanaan anggaran secara khusus belum diidentifikasi secara terperinci untuk proses pengembangan RME	5
		Total	51

Area kesiapan sumberdaya manusia berada pada range III yaitu dalam kategori cukup siap (DOQ-IT, 2009). Range III menunjukkan bahwa sudah terdapat pemahaman tentang RME dan bagaimana manfaatnya bagi rumah sakit. Sebagian besar sumberdaya manusia dapat mengoperasikan komputer namun masih diperlukan adanya pelatihan untuk memperkecil kesenjangan antar staf medis. Area kesiapan budaya kerja organisasi memiliki skor sebesar 19 dari total skor untuk area ini sebesar 55, sehingga RSUD Kota Yogyakarta berada pada kategori range II yang mengindikasikan bahwa budaya kerja cukup siap (DOQ-IT, 2009). Range II mengindikasikan bahwa telah ada pemahaman tentang perubahan budaya kerja organisasi yang mungkin terjadi bila RME diterapkan. Masih terdapat perbedaan pendapat dan pemahaman mengenai perubahan sehingga diperlukan perencanaan untuk mengganti sikap perbedaan pendapat dan pemahaman sebagai dampak yang mungkin terjadi terkait perubahan budaya kerja organisasi.

Area kesiapan tata kelola dan kepemimpinan berada pada range II yaitu cukup siap. Range II mengindikasikan telah ada pemahaman tentang nilai RME dari jajaran manajemen, tetapi belum seluruhnya. Ada beberapa kelemahan yang bisa digali lebih dalam dan rinci terkait strategi dan dukungan dari manajemen TI. Sedangkan untuk area kesiapan infrastruktur masuk dalam range II yang mengindikasikan bahwa infrastruktur cukup siap (DOQ-IT, 2009). Infrastruktur sudah dipandang sebagai sebuah investasi, proses untuk penyediaan juga didukung pihak manajemen. Kelemahannya adalah bahwa perencanaan untuk pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta belum ada. Untuk itu, area kesiapan pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta:



Gambar 2. Grafik Area Kesiapan Empat Komponen dalam Pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta

Area kesiapan paling tinggi berada pada sumber daya manusia. Meskipun masih dalam kategori cukup, namun sumber daya pendukung RME di RSUD Kota Yogyakarta sebagian besar mampu mengoperasikan komputer. Staf klinis khususnya perawat terbiasa melakukan proses entry data diagnosis dan *billing* melalui SIMRS. Beberapa dokter juga telah familiar dalam penggunaan RME.

Terdapat tiga area kesiapan yang masuk dalam kategori cukup siap yaitu infrastruktur, budaya kerja dan tata kelola kepemimpinan. Infrastruktur di RSUD Kota Yogyakarta dinilai cukup untuk dapat melakukan pengembangan RME. Pada area budaya kerja diperlukan adanya pemahaman mengenai perencanaan RME yang harus melibatkan berbagai stakeholder yang berhubungan dengan RME. Selain itu regulasi mengenai RME perlu diatur dalam kebijakan. Pada area tata kelola dan kepemimpinan juga masih dibutuhkan adanya pembuatan rencana strategi pengembangan sistem informasi dan teknologi informasi sebagai bentuk nyata keseriusan jajaran manajemen dalam pengembangan rekam medis elektronik. Penelitian Rahayu (2015) menunjukkan bahwa kesiapan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek berada pada range II yang berarti cukup siap. Area kesiapan tertinggi pada komponen infrastruktur sehingga proses persiapan dititik beratkan pada pemberian sosialisasi, pelatihan dan penambahan sumberdaya pengembang teknologi informasi. Sedangkan secara keseluruhan RSUD Kota Yogyakarta juga berada pada kategori cukup siap untuk melakukan pengembangan rekam medis elektronik. Namun, hasil skor yang diperoleh mendekati batas bawah sehingga banyak area-area yang perlu dipersiapkan. Batas skor kesiapan untuk kategori cukup siap adalah antara 50-97 sedangkan

skor RSUD Kota Yogyakarta sebesar 51 hanya terpaut 1 angka dari batas bawah.

Infrastruktur yang perlu dipersiapkan adalah terkait pengembangan SIMRS. Pengembangan SIMRS tersebut perlu diawali dengan pembuatan perencanaan yang dituangkan dalam dokumen rencana strategis. Proses tersebut harus melibatkan berbagai profesi sehingga tepat kebutuhan. Dukungan sumberdaya manusia yang cukup familiar dengan komputer harus diikuti dengan pemberian sosialisasi terkait budaya kerja. Kemampuan yang handal tanpa adanya budaya kerja yang baik maka tidak akan mendukung adanya perubahan. Mencapai kesiapan secara teknis tidak cukup mendukung keberhasilan dalam implementasi. Diperlukan kesiapan dimensi lain seperti kesiapan budaya, manajemen dan kepemimpinan, dukungan pemerintah dan kesiapan operasional juga harus diperhitungkan (Ghazisaeldi *et al*, 2013). Keempat

Analisis Strategi Pengembangan Rekam Medis di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota Yogyakarta dengan Metode SWOT (Strength, Weakness, Opportunities, Treaths).

Strategi merupakan perencanaan dan eksekusi sebuah aktivitas dalam kurun waktu tertentu. Terdapat tiga hal penting dalam suatu strategi yaitu; harus sesuai dengan situasi perusahaan; harus dapat membantu perusahaan mencapai keunggulan kompetitif yang berkesinambungan dan dapat meningkatkan performa organisasi (Saragih dan Harisno, 2014). Melihat pentingnya strategi tersebut, maka diperlukan adanya proses identifikasi kondisi lingkungan internal dan eksternal organisasi di RSUD Kota Yogyakarta.

Salah satu analisis strategi yang juga digunakan oleh RSUD Kota Yogyakarta dalam pembuatan Rencana Bisnis Strategis (RBS) maupun Rencana Bisnis Anggaran (RBA) adalah dengan analisis SWOT. Analisis SWOT lebih mudah diterapkan dan dipahami jajaran manajemen sebagai pengambil

RSUD Kota Yogyakarta yang sudah memiliki SIMRS menjadi salah satu kekuatan yang mendukung

pengembangan rekam medis elektronik. Prasetya (2009) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa adanya SIMRS telah membantu proses pelayanan pasien baik proses *billing* dan pendaftaran pasien. SIMRS yang ada saat ini sudah berfungsi sebagai *billing*, pendaftaran (rekam medis) dan pengelolaan beberapa laporan. Selain itu proses entry data diagnosis dan tindakan rawat jalan juga sudah mulai dilakukan. Hal ini menjadi cikal bakal pengembangan rekam medis elektronik. Sistem informasi memiliki peran yang sangat penting dalam strategi bisnis organisasi. O'Brien dan Marakas (2011) menyebutkan bahwa sistem informasi memiliki tiga peran penting dalam organisasi yaitu mendukung proses dan operasi bisnis, mendukung pembuatan keputusan oleh pegawai dan manajer, mendukung strategi-strategi keunggulan kompetitif. Dengan kata lain adanya SIMRS di RSUD Kota Yogyakarta dapat mendukung adanya keunggulan kompetitif karena SIMRS dapat memberikan dukungan pengambilan keputusan dari pihak staf maupun jajaran manajemen. Selain itu pelayanan kepada pasien dapat didukung dengan adanya SIMRS.

Dukungan dari jajaran manajemen menjadi kekuatan bagi RSUD Kota Yogyakarta untuk dapat mengembangkan rekam medis elektronik. Dukungan tersebut langsung dipaparkan oleh pimpinan rumah sakit serta tertuang dalam Visi dan Misi rumah sakit. Misi merupakan pernyataan tentang apa yang harus dikerjakan oleh lembaga dalam usahanya mewujudkan visi. Dalam operasionalnya orang berpedoman pada pernyataan misi merupakan hasil kompromi interpretasi visi. Misi merupakan sesuatu yang nyata untuk dituju serta dapat pula memberikan petunjuk garis besar cara pencapaian visi (Saragih dan Harisno, 2014) Dengan adanya visi dan misi yang mendukung pengembangan RME maka dukungan untuk pengembangan selanjutnya akan lebih mudah dilaksanakan. Altuwajri (2011) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa beberapa aspek penting dalam menunjang pengembangan RME antara lain visi IT, IT, proyek risiko, peran departemen IT, infrastruktur TI, dan manajemen proyek, pelatihan yang memadai, integrasi sistem, analisis kesehatan, situasi politik, dan analisis dampak.

Salah satu kelemahan yang dimiliki rumah sakit pemerintah adalah terkait infrastruktur. Hal ini juga dialami RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten (Kartika, 2014). Namun demikian infrastruktur di

RSUD Kota Yogyakarta dipandang oleh jajaran manajemen sebagai sebuah kekuatan. Terkait dengan ketersediaan infrastruktur, RSUD Kota Yogyakarta sudah memiliki beberapa fasilitas pendukung untuk pengembangan RME ke depan seperti server dan komputer serta pengembangan resep online. Meskipun masih dalam kategori cukup namun menurut jajaran manajemen infrastruktur menjadi kekuatan dalam pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta. Direktur juga telah memberikan kesediaannya untuk mempersiapkan infrastruktur apabila regulasi tentang RME sudah jelas.

rumah sakit harus menyiapkan infrastruktur teknologi informasi (komputer, jaringan kabel maupun nir kabel, listrik, sistem pengamanan, konsultan, dan pelatihan) (Handiwijoyo, 2009). Meskipun anggaran cenderung sulit untuk beberapa rumah sakit negeri namun RSUD Kota Yogyakarta telah berkomitmen dalam mendukung pengembangan teknologi informasi sehingga penganggaran lebih mudah didapatkan. Visi dan Misi rumah sakit yang mendukung pengembangan TI memberikan dampak pada kemudahan dalam anggaran pengadaan terkait pengembangan TI.

Beberapa kelemahan yang dimiliki RSUD Kota Yogyakarta terkait pengembangan RME antara lain terkait jajaran manajemen belum serius dalam pengembangan RME. RME tidak menjadi prioritas karena rumah sakit lebih mengutamakan sistem lain seperti sistem penagihan elektronik (*electronic billing system*), sistem akuntansi, sistem penggajian. Rumah sakit beranggapan bahwa semua sistem itu lebih diutamakan karena dapat menjamin manajemen keuangan rumah sakit yang cepat, transparan dan bertanggung jawab. RME dinomorduakan karena sistem pengelolaan transaksi untuk fungsi pelayanan medis masih dapat dilakukan secara manual (Handiwidjojo, 2009). Hal tersebut juga terjadi di RSUD Kota Yogyakarta dimana pengembangan pertama kali untuk SIMRS adalah untuk proses billing. Jajaran manajemen masih belum serius dalam pengembangan RME. Padahal saat ini pengembangan pembiayaan pelayanan mengarah pada diagnosis ataupun tindakan yang telah dilakukan.

Sumber daya manusia di RSUD Kota Yogyakarta sebagian besar bisa mengoperasikan komputer. Namun demikian optimalisasi dalam menggunakan SIMRS masih dinilai kurang. Proses input data dan kemauan untuk menggunakan SIMRS lebih jauh dinilai kurang. Hal ini menjadi kelemahan dalam

pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta. Kekawatiran petugas dalam memberikan pelayanan menjadi alasan tidak efektifnya pemanfaatan SIMRS. Staf cenderung takut akan bertambahnya beban pekerjaan. Peningkatan *rate* dari adopsi RME secara penuh dipengaruhi oleh aspek perilaku penggunaan atau penerimaan pengguna (Rosyada, 2015). Dapat dikatakan bahwa kemampuan sumber daya manusia harus diikuti aspek perilaku terhadap penerimaan sistem. Tanpa adanya aspek perilaku yang berdedikasi dalam perubahan maka aspek sumber daya manusia hanya menjadi kelemahan dalam pengembangan RME.

Pengolaan SIMRS berada di bawah Instalasi TI. Apabila terjadi permasalahan terkait SIMRS, proses perbaikan SIMRS dapat dilakukan oleh staf Instalasi TI. Namun demikian, apabila masalah tidak teratasi maka dilakukan konsultasi kepada vendor. Proses konsultasi ini selalu mendapatkan respon, namun karena pihak vendor tidak berdekatan dengan rumah sakit, maka prosesnya perbaikan menjadi lebih lama. Kondisi tersebut menjadi salah satu kendala dalam proses pengembangan SIMRS.

RSUD Kota Yogyakarta memiliki staf TI sebanyak 6 orang. Menurut wawancara, jumlah staf tersebut masih kurang apalagi adanya pengembangan gedung baru. Pengembangan SI/TI dengan infrastruktur yang sudah baik harus diikuti dengan penambahan SDM untuk pengelolaan SIM, peningkatan pengetahuan user melalui pelatihan, menyusun bidang khusus menangani SI/TI, SOP SI/TI, Renstra SI/TI (Irmayani, 2015). Untuk itu saat ini ketersediaan sumber daya manusia TI masih dipandang sebagai sebuah kelemahan di RSUD Kota Yogyakarta. Penambahan masih diperlukan untuk mendukung pengembangan RME ke depan.

Gondodiyoto (2007) mengukur kinerja sistem informasi membagi kinerja sistem informasi berdasarkan dua bagian yaitu kepuasan pemakai dan pemakaian sistem informasi sebagai variabel kinerja sistem informasi. Meskipun SIMRS sudah memberikan manfaat yang sangat banyak di RSUD Kota Yogyakarta. Namun demikian untuk bisa mendukung proses pengembangan ke depan masih memerlukan adanya penyempurnaan. Beberapa pengguna mengeluhkan kaitannya dengan sistem yang terkadang lambat pada jam jam pelayanan.

Pemberian Sosialisasi dan Pelatihan Terkait TI yang masih kurang menjadi kelemahan dari sisi internal di RSUD Kota Yogyakarta. Pelatihan terkait dengan

teknologi khususnya penggunaan SIMRS pernah dilakukan di RSUD Kota Yogyakarta yaitu pada waktu awal penerapan billing sistem. Namun demikian proses pelatihan yang berkesinambungan belum dilaksanakan. Erawantini *et all* (2012) mengungkapkan bahwa pelatihan penggunaan sistem pada users (pengguna) sangat penting sehingga mereka mampu menggunakan saat memberikan pelayanan kepada pasien. Namun demikian hal tersebut belum dilakukan secara periodik padahal banyak terdapat staf klinis yang baru. Selain itu pemahaman tentang teknologi informasi juga masih kurang.

Peluang yang dimiliki RSUD Kota Yogyakarta antara lain terkait adanya pengembangan Resume Online oleh Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI mengembangkan proses rujukan online untuk diterapkan di beberapa rumah sakit di Indonesia. RSUD Kota Yogyakarta menjadi salah satu rumah sakit uji coba untuk pengembangan rujukan online ini. Apabila proses bisa berjalan dengan lancar maka proses rujukan diikuti dengan pengiriman resume secara online. Dengan adanya pengembangan resume online ini, maka RSUD Kota Yogyakarta mendapatkan peluang untuk juga dapat mengembangkan RME sejalan dengan pengembangan resume online.

Ancaman yang dihadapi RSUD Kota Yogyakarta antara lain adalah pengembangan RME oleh Rumah Sakit lain semakin pesat. Beberapa rumah sakit lain di Kota Yogyakarta telah mengembangkan rekam medis elektronik. Hasil penelitian di Kuwait memperlihatkan bahwa 96,5% pasien secara umum merasa puas dengan pelayanan yang diberikan setelah penerapan rekam medis elektronik (Al-Azmi, 2006). Hal tersebut memperlihatkan bahwa penerapan RME juga mendukung kepuasan pasien. Hal ini juga diupayakan oleh rumah sakit lain di Yogyakarta. Penelitian Markus (2010) juga menyebutkan bahwa penerapan rekam medis elektronik rawat jalan di RS Panti Rapih Yogyakarta memberikan peningkatan pada mutu pelayanan. Melihat hal tersebut maka pengembangan RME di beberapa rumah sakit di Yogyakarta menjadi ancaman bagi RSUD Kota Yogyakarta apabila tidak diikuti dengan perencanaan dan pengembangan lebih lanjut.

Ancaman lain yaitu adanya perubahan Persepsi Pasien Terhadap Pelayanan Rumah Sakit. Penelitian Al-Azmi (2009) mengungkapkan bahwa secara umum penerapan RME memberikan kepuasan bagi pasien. Namun Meski pun secara umum penelitian Al-Azmi

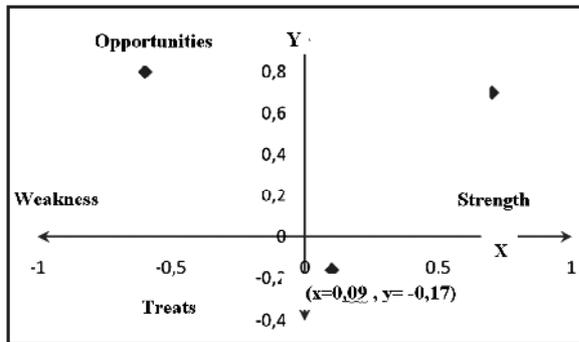
(2006) memperlihatkan adanya kepuasan dari pelayanan secara umum, namun terdapat beberapa item kepuasan yang bernilai rendah yaitu sebesar 46,5%. Item dengan kepuasan rendah ini terkait dengan penjelasan mengenai prosedur oleh dokter. Hal ini menjadi salah satu acuan pula bagi RSUD Kota Yogyakarta yang memiliki pasien kalangan menengah ke bawah.

Dukungan undang-undang menjadi salah satu ancaman dalam pengembangan RME. Hasil penelitian Yusuf (2013) menunjukkan bahwa walaupun RME memiliki dasar hukum yang kuat dengan adanya Permenkes No.269 Tahun 2008 dan undang undang Informasi dan Transaksi Elektronik. Namun undang undang secara khusus yang mengatur RME belum ada sehingga membingungkan pelaksana.

Persaingan antar rumah sakit juga menjadi ancaman bagi pengembangan RME di RSUD Kota Yogyakarta. Rumah sakit di Yogyakarta dengan persaingannya yang ketat berusaha memberikan pelayanan terbaik bagi pasiennya. Jumlah rumah sakit tersebar hampir diseluruh Kota Yogyakarta. Lokasi RSUD Kota Yogyakarta yang berada di sisi selatan Kota Yogyakarta memiliki dampak persaingan yang sangat ketat. Rumah sakit swasta di Kota Yogyakarta cenderung memiliki reputasi baik di kalangan konsumen. Dan saat ini, beberapa rumah sakit swasta besar telah mengedepankan RME untuk pelayanannya khususnya pelayanan rawat jalan. Hal ini merupakan nilai tambah bagi rumah sakit tersebut sekaligus menjadi ancaman bagi RSUD Kota Yogyakarta. Dalam *Industry and Competitive analysis* (ICA), Porter mengungkapkan bahwa keadaan kompetitif bergantung pada lima kekuatan kompetitif yaitu: daya tawar pemasok, daya tawar pembeli, ancaman pendatang baru, ancaman pengganti, serta persaingan sesama (Ward, 2002). Dalam hal ini, rumah sakit lain di sekitaran Yogyakarta merupakan memegang peran sebagai pesaing yang berpengaruh pada kekuatan kompetitif RSUD Kota Yogyakarta untuk terus mengembangkan pelayanannya.

Kondisi internal dan eksternal yang telah disebutkan, diukur dengan memberikan skor untuk masing-masing aspek. Hasil rekapitulasi kuesioner diperoleh hasil penilaian untuk masing-masing kondisi lingkungan internal dan eksternal. Selain itu juga dilakukan identifikasi EFAS (*External Factor Analysis Summary*) dan IFAS (*Internal Factor Analysis Summary*) untuk ragam strategi yang ditawarkan.

Hasil dari perhitungan diperoleh skor untuk kekuatan adalah sebesar 3,05; skor untuk kelemahan sebesar 2,96; skor untuk peluang sebesar 3,82 dan untuk ancaman sebesar 3,98. Hasil perhitungan skor tersebut menunjukkan bahwa titik temu antara x dan y berada pada angka ($x=0.09$, $y= -0.17$) yaitu pada kuadran II. Berikut hasil gambaran kondisi lingkungan RSUD Kota Yogyakarta dalam pengembangan RME dalam diagram kartesius:



Posisi di kuadran II menunjukkan sebuah organisasi yang kuat namun menghadapi ancaman yang besar. Rekomendasi strategi yang diberikan adalah **divestikasi atau penjualan** karena sudah semakin mantap namun menghadapi sejumlah tantangan berat sehingga diperkirakan roda perusahaan akan mengalami kesulitan untuk terus berputar bila hanya bertumpu pada strategi sebelumnya. Oleh karena itu organisasi disarankan segera memperbanyak ragam strategi yang taktis (Saragih dan Harisno, 2014). Strategi yang disusun adalah dengan menggunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang jangka panjang (Ayuningtyas, 2013). Hasil analisis strategi menunjukkan bahwa strategi yang ditawarkan adalah **divestikasi atau penjualan**, **aliansi**, **akuisisi** dan IFAS menghasilkan banyak strategi yang dapat dilakukan, namun strategi yang lebih ditawarkan adalah dengan memanfaatkan kekuatan untuk menghadapi ancaman.

Tabel 5. Matriks EFAS (*Eksternal Factor Analysis Summary*) dan IFAS (*Internal Factor Analysis Summary*)

IFAS \ EFAS		Kekuatan	Kekurangan
		<ol style="list-style-type: none"> Dukungan SIMRS dalam pengembangan RME Dukungan Manajemen Dukungan dokter Dukungan Infrastruktur Dukungan Anggaran 	<ol style="list-style-type: none"> Manajemen kurang serius dalam pengembangan Kemampuan dan kemauan staf medis Kinerja perbaikan dalam pengembangan SIMRS Ketersediaan SDM Programing Kinerja SIMRS Kurang Optimal Sosialisasi dan Pelatihan kurang
<p>Kesempatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengembangan resume online Pengembangan RSUD menjadi rujukan regional Peningkatan peran teknologi Informasi 	<ol style="list-style-type: none"> Pembuatan modul program resume online yang sejalan dengan pengembangan RME Pengembangan sistem rujukan yang lebih efektif efisien didukung dengan RME Pemanfaatan teknologi informasi didukung dengan sistem infrastruktur TI yang sudah ada Perencanaan Anggaran untuk pengembangan RME 	<ol style="list-style-type: none"> Proses penguatan staf untuk pengembangan SIMRS dengan teknologi informasi yang mengikuti perkembangan TI Penambahan staf TI terkait pengembangan SIMRS Melakukan analisis terhadap SIMRS terkait perencanaan pengembangan ke depan Memberikan pelatihan terkait teknologi informasi dan sosialisasi pemanfaatan TI yang semakin pesat 	
<p>Ancaman</p> <ol style="list-style-type: none"> Rumah sakit lain telah beralih ke RME Perubahan persepsi pasien dalam pelayanan Dukungan undang-undang Persaingan antar rumah sakit dalam pelayanan kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> Penyusunan rencana strategis SI/ TI Mulai mengembangkan Modul RME Dipilih dokter dengan kemampuan penggunaan TI yang tinggi dalam <i>pilot project</i> pemanfaatan teknologi informasi Menyusun kebijakan terkait pemanfaatan TI sebagai dukungan undang-undang yang sudah ada Sosialisasi penerimaan RME untuk pengguna maupun pasien 	<ol style="list-style-type: none"> Menyusun rencana pengembangan RME Pemberian reward untuk staf berdedikasi tinggi dalam memberikan pelayanan Optimalisasi alur pelayanan dengan RME untuk memberikan pelayanan yang efektif dan efisien 	

- - - : rekomendasi strategi

Strategi penting yang harus segera dilakukan adalah terkait penyusunan perencanaan sistem informasi di RSUD Kota Yogyakarta. Perencanaan sistem informasi merupakan bagian yang penting sebagai petunjuk pengembangan dalam kurun waktu 3 atau 5 tahunan. Proses perencanaan memperhatikan misi, sasaran dan strategi, proses bisnis dan informasi yang dibutuhkan di organisasi dan kemudian dipakai untuk membangun dan disediakan beserta penjadwalan dan kebijakan-kebijakan yang diperlukan. Hasil dari perencanaan tersebut berupa rencana strategi sistem informasi dan teknologi informasi (Kadir, 2014). Rencana Strategis yang disusun harus bersama sama mengikutsertakan profesi-profesi di RSUD Kota Yogyakarta. Fungsi lintas profesi adalah untuk mengetahui kebutuhan-kebutuhan tiap profesi yang terkait dalam pengembangan RME. Dalam hal ini RSUD Kota Yogyakarta harus segera menyusun tim eksekutif perencanaan sistem informasi rumah sakit.

Berdasarkan penilaian dengan elemen penilaian dari *DOQ-IT*, RSUD Kota Yogyakarta cukup siap untuk mengembangkan RME. Untuk itu penyusunan modul untuk RME dapat segera di realisasikan. Untuk efektivitas dalam proses perencanaan akan lebih baik bila proses tersebut dapat berjalan bersamaan dengan proses resep online. Alternatif strategi yang lain adalah dengan melaksanakan terlebih dahulu penerapan resep online dengan sistem *pilot project*. Apabila proses berjalan lancar maka proses pendokumentasian rekam medis secara elektronik dapat dilakukan setelahnya. Untuk mendukung hal tersebut maka perencanaan dan penganggaran untuk penyusunan modul rekam medis elektronik dapat dimasukkan dalam rencana anggaran tahun 2017. Seluruh proses pengembangan resep online dan perencanaan pengembangan RME tersebut harus diawali dengan sosialisasi terlebih dahulu. Sosialisasi ini juga dimaksudkan untuk memberikan motivasi serta persepsi positif dalam pengembangan teknologi informasi rumah sakit.

SIMPULAN

RSUD Kota Yogyakarta masuk dalam kategori cukup siap untuk pengembangan rekam medis elektronik berdasarkan *EHR and Readiness Assessment* oleh

(*DOQ-IT*), (2009). Hasil skor masih berada pada batas bawah kategori cukup siap sehingga masih banyak aspek yang harus dipenuhi sesuai komponen dalam penilaian. Empat parameter penilaian yaitu sumberdaya manusia, budaya kerja, tata kelola kepemimpinan dan infrastruktur dalam kategori cukup siap. Nilai tertinggi berada pada parameter sumberdaya manusia.

DAFTAR PUSTAKA

- Al Azmi, SF, Mohammed AM, Hanafu MI. 2006. Patient Satisfaction with Primary Health Care in Kuwait after Electronic Medical Record Implementation. *Jurnal*. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18706302.pdf> pada 10 April 2016 pukul 19.00 wib
- Bungin, B. 2010. *Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Kencana Prenada Media Grup
- Hasan, R., Kristen V., Michele C. 2014. Progress And Challenges in The Implementation of Electronic Medical Records in Saudi Arabia: A Systematic Review. *Health Informatic An International Journal*. Diunduh dari <http://airccse.org/journal/hij/papers/3214hij01.pdf>
- Hatta, G. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : BP UI
- Jimmy L. Gaol. 2008). *Sistem Informasi Manajemen, Pemahaman dan Aplikasi*. Jakarta: Grasiindo
- Kadir, Abdul. 2014. *Pengenalan Sistem Informasi Edisi Revisi*. Yogyakarta: Penerbit Andi
- Katterhagen, Lori. 2013. Implementation Plan for EMR and Beyond. *Doctor of Nursing Practise (DNP) Project Paper*. Diakses dari <http://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1318&context=dpnp> pada Mei 2016 Pukul 14.00 wib
- Koolae, M H., Atharalsadat Mirkarimi., Nase Behnampoor., Mohammad Javad Kabir. *Readiness Assessment of Laboratory and Imaging Staff to Implement Electronic Health Records*. *Iranian Journal of Medical Informatics*. Diakses dari <http://ijmi.ir/journal/index.php/IJMI/article/download/70/98.pdf> pada 10 Mei 2016 pukul 20.00 wib

- Miller, Robert H; Sim, Ida. 2004. *Physician's Use Of Electronic Medical Records: Barriers And Solutions*. Diakses dari <http://content.healthaffairs.org/content/23/2/116.full.pdf> pada 19 Maret 2016 pukul 20.00 wib
- Oetomo, B.S.D. 2002. *Perencanaan dan Pembangunan Sistem Informasi*, Yogyakarta: Andi Offset
- Permenkes 269/PER/III/Tahun 2008 Tentang Rekam Medis
- Pereira, Rui., Maria Salazar., Antonio Abelha dan Jose Machado. 2011. SWOT Analysis of Portuguese Electronic Health Record. *Jurnal*. Diakses dari <http://dl.ifip.org/db/conf/i3e/i3e2013/PereiraSAM13.pdf>
- Prasetya, Albertus Widyawan Heri. 2009. *Evaluasi Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di RSUD Kota Yogyakarta*. Tesis (tidak dipublikasikan). Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada.
- Prasetya, Albertus Widyawan Heri. 2009. *Evaluasi Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di RSUD Kota Yogyakarta*. Tesis (tidak dipublikasikan). Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada.
- Rahayu, I S. 2015. *Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik di Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr.H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Tesis (Tidak dipublikasikan). Yogyakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada.
- Sabarguna, B.S dan Farlan S. 2008. *Rekam Medis Terkomputerisasi*. Jakarta: UI Press.

Analisis Pelaksanaan Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas Nanggalo Padang

Linda Handayuni

STIKES Dharma Landbouw Padang dan Jalan Jhoni Anwar No. 29 Ulak Karang Kota Padang

Email: lindahandayuni@yahoo.co.id

Abstract

Integrated Puskesmas Recording and Reporting System (SP2TP) is a comprehensive (integrated) Puskesmas recording and reporting activity with the concept of the Puskesmas working area. Based on the initial survey at the Nanggalo Health Center already using the e-Puskesmas application in the recording and reporting section only the officers still use manual reporting because of the lack of facilities in the implementation of recording and reporting and work placement not in accordance with the profession. The purpose of this research is to analyze the implementation integrated puskesmas recording and reporting system at the Nanggalo Padang Health Center in 2018. The study was conducted at the Nanggalo Health Center on 02 to 14 July 2018, the type of research conducted was qualitative with a phenomenological approach. The informants in this study were 4 people, all informants were scrutinized by using in-depth interview guidelines. Data analysis in this study uses the Colaizzi model approach. The sampling technique is purposive sampling. The results obtained are for input components such as human resources are quite good, but for SP2TP officers there is no information technology department, there is no special facility for SP2TP, and no special funds for SP2TP. For the process component, the manual recording and reporting of the SP2TP implementation is not yet available, and there is no monitoring and evaluation at the Nanggalo health center. Based on the above conclusions, the researcher suggested to the Puskesmas that there should be additional human resources for D3 graduates medical records and health information in accordance with Permenpan No. 30 of 2013, providing facilities and funds to support the implementation of SP2TP, in the process of recording and reporting should use the e-Puskesmas application and need the existence of monitoring and evaluation in the implementation of SP2TP.

Keyword: Recording, Reporting, Integrated

Abstrak

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) merupakan kegiatan pencatatan dan pelaporan puskesmas secara menyeluruh (terpadu) dengan konsep wilayah kerja puskesmas. Berdasarkan survey awal di Puskesmas Nanggalo sudah menggunakan aplikasi e-Puskesmas pada bagian pencatatan dan pelaporan hanya saja petugas masih menggunakan pelaporan secara manual di karenakan kurangnya fasilitas dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan dan penempatan kerja tidak sesuai dengan profesi .Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas di Puskesmas Nanggalo Padang tahun 2018.Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Nanggalo pada tanggal 02 s/d 14 Juli tahun 2018, jenis penelitian yang dilakukan adalah *Kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologis*. *Informan* dalam penelitian ini sebanyak 4 orang, seluruh *informan* di teliti dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *model Colaizzi*. Teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling*. Hasil penelitian yang didapatkan yaitu untuk komponen *input* seperti SDM cukup bagus, tetapi untuk petugas SP2TP tidak ada yang jurusan teknologi informasi, fasilitas khusus untuk SP2TP belum ada,dan dana khusus untuk SP2TP tidak ada. Untuk komponen *proses* yaitu pencatatan dan pelaporan masih manual kebijakan tentang pelaksanaan SP2TP belum ada, dan monitoring dan evaluasi di puskesmas Nanggalo belum ada dilaksanakan. Berdasarkan kesimpulan di atas, peneliti menyarankan kepada Puskesmas agar dilakukan penambahan SDM lulusan D3 rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan Permenpan No 30 Tahun 2013, menyediakan fasilitas dan dana untuk menunjang pelaksanaan SP2TP, dalam proses pencatatan dan pelaporan sebaiknya menggunakan aplikasi e-Puskesmas dan perlu adanya monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan SP2TP.

Kata kunci: Pencatatan, pelaporan, terintegrasi

Pendahuluan

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut WHO yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat. Oleh sebab itu, upaya kesehatan upaya kesehatan ini mengandung makna bahwa kesehatan seseorang, kelompok, atau individu harus selalu diupayakan sampai tingkat yang optimal. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan yang disebut sarana kesehatan. Jadi sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Peraturan Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan. Informasi atau laporan haruslah mempunyai kualitas yang relevan, tepat waktu, dan efisien agar dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan sebagai dasar pengambilan keputusan. Sedangkan informasi yang dibuat dengan cara manual mempunyai risiko kebenaran dan keakuratan lebih kecil. Kemungkinan terjadi kesalahan baik yang disengaja maupun yang tidak disengaja, sehingga keakuratan informasinya pun berkurang.

Sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP) merupakan kegiatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan Kesehatan di masyarakat (SK Menkes No 63/Menkes/SK/11/1981). Departemen Kesehatan telah mengembangkan Sistem Informasi Puskesmas (SP2TP), namun sistem tersebut belum terintegrasi dengan baik dan sempurna. Pelaksanaan Sistem Informasi Kesehatan telah mengalami kemunduran secara nasional seperti menurunnya kelengkapan dan ketepatan waktu penyampaian data SP2TP / SIMPUS, karena belum adanya kebijakan tentang standar pelayanan bidang kesehatan termasuk mengenai data dan informasi mengakibatkan persepsi masing-masing pemerintah daerah berbeda-beda hal ini menyebabkan Sistem Informasi Kesehatan yang dibangun tidak standar, baik variabel maupun format input/output yang berbeda, sistem dan aplikasi yang dibangun tidak dapat saling berkomunikasi, akibatnya

data yang dihasilkan dari masing-masing daerah tidak seragam, akurasi dan validitas data diragukan, apalagi ditambah dengan lambatnya pengiriman data baik ke Dinas Kesehatan maupun ke Kementerian Kesehatan, pada akhirnya para pengambil keputusan/pemangku kepentingan mengambil keputusan dan kebijakan kesehatan tidak berdasarkan data yang akurat (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan hasil wawancara peneliti kepada 1 orang petugas SP2TP di puskesmas nanggalo sewaktu praktek kerja lapangan IV pada tanggal 12 Februari-3 Maret tahun 2018, Puskesmas Nanggalo sudah menggunakan aplikasi E-puskesmas pada bagian pencatatan dan pelaporan hanya saja pada bagian pelaporan petugas masih menggunakan sistem pelaporan secara manual. Puskesmas Nanggalo belum memanfaatkan secara maksimal aplikasi E-puskesmas, dimana petugas masih menggunakan sistem pelaporan manual sehingga ini berakibat kepada petugas harus mengerjakan pekerjaan dua kali. Dimana petugas harus mengentrikan data ke aplikasi E-puskesmas dan format yang diberikan oleh dinas kesehatan kota. Dimana format dari dinas kesehatan kota berbeda dengan format yang ada di E-puskesmas. Format yang sudah dientrikan di aplikasi E-puskesmas hanya sebagai arsip. Sedangkan format dari dinas kesehatan kota yang dientrikan oleh petugas digunakan sebagai laporan bulanan yang akan di laporkan ke dinas kesehatan kota.

Metode

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Nanggalo pada tanggal 02 s/d 14 Juli tahun 2018 untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas Nanggalo Padang tahun 2018. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologis dan penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam. Validasi data penelitian ini dilakukan dengan cara menggali kebenaran informasi tertentu melalui dokumen tertulis, rekaman suara, catatan resmi, catatan atau tulisan pribadi dan gambar foto (triangulasi sumber data).

Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil wawancara bahwa SDM dalam pelaksanaan SP2TP di Puskesmas Nanggalo untuk petugas SP2TP tidak ada yang jurusan D3 rekam

medis dan informasi kesehatan karena petugas yang tersebut di letakkan di bagian depan yaitu bagian piker atau ruang rakam medis. Jadi yang mengkoordinir pelaksanaan SP2TP tersebut lulusan dari S2 keperawatan, sejauh ini belum ada di temukan masalah dalam pelaksanaan SP2TP dikarenakan petugas sudah lama dan terbiasa melakukan pekerjaan tersebut dan sudah tau apa yang mau di kerjakan dalam pelaksanaan SP2TP tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa fasilitas untuk pelaksanaan SP2TP belum ada seperti komputer dan printer masih memakai komputer ruangan program dan printer ruangan TU, kalau untuk kendaraan khusus mengantar laporan ke dinas kesehatan kota belum ada tapi bisa menggunakan ambulans kalau tidak di pakai untuk mengantarkan pasien dan untuk ruangan khusus SP2TP belum ada masih digabung dengan ruangan program. Dana khusus untuk pelaksanaan SP2TP tidak ada tetapi sebagai penanggung jawab yang bersangkutan itu diberikan reward berupa poin, artinya ketika akhir bulan mendapat kan poin kinerja atas jasa petugas yang bersangkutan.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa pencatatan dan pelaporan di puskesmas Nanggalo masih banyak yang manual belum menggunakan aplikasi E-puskesmas. Untuk pelaporan di kumpulkan ke koordinator SP2TP setelah di rekap oleh program perpoli-poli dan diperiksa laporan yang sudah lengkap akan di kirim ke dinas kesehatan kota paling lama tanggal 2.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa SOP untuk pelaksanaan SP2TP tidak ada tapi uraian tugas setiap koordinator program ada. Untuk pengumpulan laporan SP2TP ada kebijakan dari kepala puskesmas bahwa siapa yang terlambat mengumpulkan laporan maka sanksinya akan mengantar sendiri ke dinas kesehatan kota. Berdasarkan hasil wawancara bahwa monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan khusus SP2TP belum ada tapi kalau untuk puskesmas sudah ada dilakukan sewaktu puskesmas sedang melaksanakan akreditasi. Saran petugas untuk kegiatan SP2TP sebaiknya dilakukan monitoring dan evaluasi dan perlu penambahan petugas dalam membantu koordinator dalam kegiatan pelaksanaan SP2TP.

Pembahasan

Menurut peneliti sumber daya manusia di Puskesmas cukup bagus tetapi dalam penempatan pekerjaannya

belum sesuai dengan jurusan atau profesi dari petugas yang ada dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan di puskesmas Nanggalo Padang yaitu D3 Rekam medis dan informasi kesehatan, di Puskesmas Nanggalo hanya mempunyai 1 orang tenaga yang jurusan D3 Rekam Medis itupun di letakkan di bagian depan yaitu bagian piker karna keterbatasan sumber daya manusia juga. Sebaiknya perlu penambahan sumber daya manusia yang sebaiknya merupakan tamatan dari D3 rekam medis dan informasi kesehatan sesuai dengan Permenpan No 30 Tahun 2013 dan penempatan pekerjaan harus sesuai dengan profesinya, agar pelaksanaan proses pencatatan dan pelaporan bisa berjalan sesuai dengan aturan puskesmas dan petugas yang bertanggung jawab sesuai profesi.

Menurut Peneliti walaupun petugas mengetahui dalam kegiatan pelaksanaan SP2TP tersebut dan sudah lama dalam melakukan kegiatan tersebut sebaiknya harus sesuai juga dengan profesinya seperti yang tertuang dalam Kemenkes no 377 tahun 2007 tentang standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan, menyebutkan tentang kompetensi perekam medis yang terdiri dari kompetensi pokok dan pendukung. Kompetensi pokok merupakan kompetensi mutlak yang harus dimiliki oleh profesi perekam medis. Sedangkan kompetensi pendukung merupakan kemampuan yang harus dimiliki sebagai pengembangan pengetahuan dan keterampilan dasar untuk mendukung tugas.

Menurut peneliti dana khusus untuk pelaksanaan SP2TP belum ada, tetapi dana yang ada di Puskesmas Nanggalo yang di gunakan untuk keperluan SP2TP seperti alat tulis, kertas, buku dan lain-lainnya. Seharusnya untuk dapat melaksanakan pencatatan dan pelaporan dengan baik, perlu dipenuhi prasyarat tersebut seperti ketersediaan biaya, adanya biaya khusus untuk pelaksanaan kegiatan baik biaya yang bersifat langsung untuk pelaksanaan kegiatan, biaya tidak langsung yang tetap dan biaya tidak langsung yang sifatnya relatif pelaksanaan SP2TP dapat berjalan dengan lancar, kemudian kendaraan khusus harus di sediakan untuk mengantar kan laporan ke dinas kesehatan kota, dan ruangan khusus untuk kegiatan SP2TP harus di sediakan untuk mempermudah dalam pelaksanaan SP2TP.

Menurut peneliti di Puskesmas Nanggalo dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan masih manual, padahal di Puskesmas tersebut sudah ada aplikasi E-Puskesmas tapi belum di manfaatkan

dengan baik. Sebaiknya dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan ini menggunakan aplikasi E-Puskesmas agar mempermudah dalam proses kegiatan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan di Puskesmas Nanggalo. Menurut peneliti dana khusus untuk pelaksanaan SP2TP belum ada, tetapi dana yang ada di Puskesmas Nanggalo yang di gunakan untuk keperluan SP2TP Seperti alat tulis ,kertas, buku dan lain-lainnya. Seharusnya untuk dapat melaksanakan pencatatan dan pelaporan dengan baik, perlu dipenuhi prasyarat tersebut seperti ketersediaan biaya, adanya biaya khusus untuk pelaksanaan kegiatan baik biaya yang bersifat langsung untuk pelaksana kegiatan, biaya tidak langsung yang tetap dan biaya tidak langsung yang sifatnya relatif.

Menurut peneliti kebijakan atau SOP tentang pelaksanaan pencatatan dan pelaporan di puskesmas Nanggalo belum ada, tapi SK atau uraian tugas dari koordinator SP2TP ada. Untuk kebijakan dari kepala puskesmas ada tetapi tidak tertulis yaitu siapa yang telat mengumpulkan laporan dalam waktu yang sudah di tetapkan akan di beri sanksi dia sendiri yang mengantarkan laporan tersebut ke Dinas Kesehatan Kota. Sebaiknya ada SOP atau kebijakan tertulis yang mengatur tentang pelaksanaan pencatatan dan pelaporan di puskesmas Nanggalo agar proses pelaksanaannya berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada.

Menurut peneliti monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan di Puskesmas Nanggalo belum ada di adakan, tapi untuk puskesmas sudah ada dilakukan sewaktu akreditasi. Sebaiknya monitoring dan evaluasi diadakan dalam pelaksanaan SP2TP agar permasalahan-permasalahan yang ada dalam pelaksanaan SP2TP bisa diatasi, serta perubahan dan hasil yang didapat juga lebih baik guna meningkatkan lagi kualitas puskesmas menjadi lebih baik.

Simpulan

Untuk komponen *input* seperti SDM cukup bagus, tetapi untuk petugas SP2TP tidak ada yang jurusan rekam medis, fasilitas khusus untuk SP2TP belum ada, dan dana khusus untuk SP2TP tidak ada. Untuk komponen *proses* yaitu pencatatan dan pelaporan masih manual kebijakan tentang pelaksanaan SP2TP belum ada, dan monitoring dan evaluasi di puskesmas Nanggalo belum ada dilaksanakan.

Daftar Pustaka

- Ferri, Anton. 2009. *Evaluasi pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas di Kabupaten Karimun*. Skripsi. FKM UGM. Yogyakarta.
- Hartono, Bambang. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hatta, Gemala, 2016. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Mangaro,H.A; Setyowati,M. 2014. *Evaluasi Penerapan Simpus untuk Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas di Puskesmas Pandanaran Semarang Tahun 2014*. Artikel Ilmiah. FKM Universitas Dian Nuswantoro. Semarang.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2012. *Promosi Kesehatan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269, 2008, *Rekam Medis*, Menteri Kesehatan, Jakarta : PerMenkes RI.
- Permenkes RI, 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2014*.
- Putri,A.T.A. 2013. *Analisis Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) dengan Penerapan Simpus Puskesmas Karangmalang Semarang Tahun 2013*. Artikel Ilmiah. FKM Universitas Dian Nuswantoro. Semarang.
- Rustiyanto, Ery, 2012, *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Supraba, A. 2013. *Analisis dan Perancangan Sistem Informasi Pendaftaran Pasien pada Puskesmas Pakem Yogyakarta*. Skripsi. Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen Informasi dan Komputer Amikom Yogyakarta. Yogyakarta.
- Suryani,N.D; Solikhah. 2013. *Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Dompu Provinsi NTB*. Jurnal Kesmas Vol. 7 No. 1. FKM Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Yogyakarta. tahun 2014, tentang *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.

- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Bustami. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya*. Jakarta: Erlangga.
- Djamal, M. 2015. *Paradigma Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Effendy, Nasrul. 1998. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Rajab, Wahyudin. 2009. *Buku Ajaran Epidemiologi Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Gambaran Ketepatan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap di RSUD Sanjiwani Gianyar

I Made Sudarma Adiputra¹, Ni Luh Putu Devhy², Kadek Intan Puspita Sari³

¹Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Program Diploma Tiga

E-mail: dharma_adiputra@yahoo.com

^{2,3}Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Program Diploma Tiga

Abstract

Medical record is a very important aspect to the hospital, where one aspect of the medical record is a diagnostic code. The accuracy of code diagnosis can affect the of health care financing specifically analysis in the smooth process of claiming, national report morbidity and mortality, healthcare data tabulation. The purpose of this study was to determine the accuracy of the ICD-10 first quarter obstetric cases in inpatients at the sanjiwani hospital in gianyar. The research method used this research is quantitative descriptive with a total sample of 87 using simple random sampling method a checklist and using univariate analysis. The results of this study were obtained: Complication of delivery 100% accuracy code, 88.51% accuracy of Method of delivery code, while for Outcome of delivery code was not exactly 56.02%. Conclusion: Most obstetric case diagnosis codes are incorrect, so coding officers should pay attention to punctuation, rules and coding procedures based on ICD-10.

Keywords: Accuracy of the code ICD-10, Obstetric diagnosis

Abstrak

Rekam medis merupakan aspek yang sangat penting bagi rumah sakit, dimana salah satu aspek dari rekam medis adalah kode diagnosis. Ketepatan kode diagnosis dapat berpengaruh terhadap analisis pembiayaan pelayanan kesehatan khususnya dalam kelancaran proses pengklaiman, pelaporan nasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran ketepatan kode ICD-10 kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif dengan jumlah sampel sebanyak 87 dengan menggunakan metode *simple random sampling*, alat pengumpulan data menggunakan ceklist dan menggunakan analisis univariat. Hasil penelitian ini didapatkan: ketepatan kode *Complication of delivery* 100%, ketepatan kode *Metode of delivery* 88,51%, sedangkan untuk kode *Outcome of delivery* sebagian besar tidak tepat 56,02%. Kesimpulan : Sebagian besar kode diagnosis kasus obstetri tidak tepat, maka sebaiknya petugas koding memperhatikan tanda baca, aturan dan tata cara pengkodean berdasarkan ICD-10.

Kata Kunci: Ketepatan Kode ICD-10, Diagnosis Obstetri

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Pelayanan rawat inap merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan secara komprehensif untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien (Nursalam, 2002). Pelayanan obstetri merupakan pelayanan khusus tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan kelahiran bayi, termasuk didalamnya proses sebelum, selama, dan pasca seorang wanita melahirkan (Nursalam, 2002).

Pelayanan obstetri dan neonatal regional merupakan upaya penyediaan pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir secara terpadu dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit (Depkes, 2008) Jenis-jenis pelayanan obstetri yaitu kehamilan ektopik, pre-eklamsia, *hyperemesis gravidarum*, *blighted ovum* dan letak lintang.

Peran perekam medis dalam pelayanan obstetri adalah mampu menetapkan ketepatan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai dengan klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-

10). Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis ke dalam satu group nomor kode penyakit sesuai dengan *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision* (ICD-10) (Kepmenkes, 2007). Pada ICD-10 chapter XV kode obstetri terdiri dari tiga kategori yaitu *Complication of delivery* (O00-O99), *Metode of delivery* (O80.0-O84.9), *Outcome of Delivery* (Z37.0-Z37.9) (WHO, 2012).

BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan akan membayar biaya pelayanan kesehatan pasien kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dengan menggunakan sistem paket INA CBG's. Ketepatan pengodean diagnosa pada rekam medis dan software INA CBG's tergantung pada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut kode untuk pengkodean yang tepat diperlukan rekam medis yang lengkap. Rekam medis harus memuat dokumen yang akan dikode seperti pada formulir depan (ringkasan masuk dan keluar, lembaran operasi dan laporan tindakan, laporan patologi dan resume pasien keluar). Informasi yang terdapat dalam formulir ringkasan riwayat pulang (resume pasien keluar atau *discharge summary*) merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait (Hatta, 2008).

Berdasarkan hasil survei terhadap 15 rumah sakit yang berpartisipasi dalam sistem *case mix/INA CBG's* sebagian rumah sakit di Indonesia (sekitar 65%) belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat pengkodeannya (Depkes, 2010). Ketepatan kode adalah suatu proses pemberian kode pada diagnosa sesuai dengan acuan ICD-10. Apabila diagnosis dan kode yang dicantumkan pada dokumen rekam medis tidak tepat, maka akan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan. Satu di antara kasus yang sering ditangani di rumah sakit adalah kasus obstetri.

Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Rekam medis adalah siapa, apa, di mana, dan

bagaimana perawatan pasien selama di rumah sakit, untuk melengkapi rekam medis harus memiliki data yang cukup tertulis dalam rangkaian kegiatan guna menghasilkan suatu diagnosis, jaminan, pengobatan, dan hasil akhir (Permenkes, 2008).

INA-CBGs atau *Indonesian Case Base Group's* merupakan sistem software yang digunakan dalam pembayaran klaim jamkesmas, skema pembayaran yang digunakan adalah casemix sehingga yang menjadi perhatian utama adalah bauran kasus, diagnosis utama, dan prosedur utama yang menjadi acuan untuk menghitung biaya pelayanan. Aplikasi INA-CBG's merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revisions (ICD-10) adalah Sistem klasifikasi statistik penyakit yang komprehensif dan digunakan serta diakui secara internasional. Penegakkan dan penulisan diagnosis sesuai dengan ICD-10 merupakan tugas dan tanggung jawab dokter yang merawat pasien. Oleh karenanya, diagnosis yang ditulis dalam rekam medis harus lengkap atau tepat dan jelas sesuai dengan terminologi medis dan arahan yang ada pada buku ICD-10 (Hatta, 2009).

Obstetri adalah adalah cabang ilmu kedokteran yang khusus tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan kelahiran bayi, termasuk di dalamnya proses sebelum, selama, dan pasca seorang wanita melahirkan. Pelayanan obstetri dan neonatal regional merupakan upaya penyediaan pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir secara terpadu dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit (Depkes, 2008).

Bagian obstetri merupakan salah satu bagian yang kunjungannya paling banyak di RSUD Sanjiwani Gianyar. Kesalahan dalam pengodean kasus obstetri tentunya akan berdampak besar bagi rumah sakit, untuk itu diperlukan analisis mengenai ketepatan pengkodean kasus obstetri agar dapat dijadikan dasar pembuatan keputusan bagi direktur rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Gamabran ketepatan kode ICD-10 kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar.

METODE

Metode yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah studi deskriptif kuantitatif. Ketepatan kode diagnosis ditetapkan sesuai ICD 10 revisi tahun 2010.

Populasi adalah seluruh kasus obstetri bulan Januari hingga Maret 2019, dan sampel merupakan simple random sampling dengan 87 rekam medis pasien rawat inap obstetri selama Triwulan I tahun 2019 dengan analisis data Univariat. Pengumpulan data ketepatan kode ICD 10 menggunakan ceklist pada dokumen rekam medis pasien

Penelitian ini dilakukan pada bulan April tahun 2020, dan lokasi penelitian di Unit Rekam Medis RSUD Sanjiwani Gianyar.

HASIL

Setelah dilakukan analisis terhadap pengkodean 87 kasus obstetri di RSUD Sanjiwani Gianyar, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Ketepatan kode ICD-10 complication of delivery kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar

No	Ketepatan Kode Diagnosis	Frekuensi	Persentase
1	Tepat	87	100
2	Tidak tepat	0	0
	Total	87	100

Berdasarkan tabel 1. diatas, dapat dilihat bahwa seluruh frekuensi sampel menunjukkan hasil yang tepat sesuai kode ICD-10 *complication of delivery* dengan presentase 100%.

Tabel 2. Ketepatan kode ICD-10 metode of delivery kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar.

No	Ketepatan Kode Diagnosis	Frekuensi	Persentase
1	Tepat	77	88,51
2	Tidak tepat	10	14,59
	Total	87	100

Berdasarkan tabel 2. di atas, dapat dilihat bahwa kode yang tepat sebanyak 77 rekam medis dengan presentase 88,51% sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 10 rekam medis dengan presentase 14,59%.

Tabel 3. Ketepatan kode ICD-10 outcome of delivery kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar.

No	Ketepatan Kode Diagnosis	Frekuensi	Persentase
1	Tepat	40	45,98
2	Tidak tepat	47	54,02
	Total	87	100

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa kode yang tepat sebanyak 40 rekam medis dengan presentase 45,98% sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 47 rekam medis dengan presentase 54,02%.

Tabel 4. Ketepatan kode ICD-10 kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar.

No	Ketepatan Kode Diagnosis	Frekuensi	Persentase
1	Tepat	35	40,23
2	Tidak tepat	52	59,77
	Total	87	100

Sumber: Hasil observasi penelitian bulan April 2020

Berdasarkan tabel 4 memberikan hasil presentase ketepatan kode ICD-10 kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar. Total keseluruhan presentase ketepatan kode diagnosis kasus obstetri triwulan 1 pasien rawat inap adalah yang tepat sebanyak 35 rekam medis dengan presentase 40,23% sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 52 rekam medis dengan presentase 59,77%.

PEMBAHASAN

Ketepatan Kode ICD-10 Obstetri Triwulan I pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa ketepatan kode diagnosis kasus obstetri, dari 87 rekam medis kasus obstetri yang diteliti diketahui bahwa seluruh frekuensi sampel menunjukkan hasil yang tepat sesuai kode ICD-10 *complication of delivery* dengan presentase 100%. Menurut (Anggraini., 2013). Ketepatan yaitu proses pengolahan rekam medis yang benar, lengkap dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Ketepatan kode sangat diperlukan agar informasi yang dihasilkan dari diagnosa dan tindakan medisharus

tepat. Oleh karena itu, petugas koding perlu mengikuti pelatihan terkait tata cara penentuan kode yang tepat.

Ketepatan kode ICD-10 *metode of delivery* kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar, dari 87 rekam medis kasus obstetri yang diteliti diketahui bahwa kode yang tepat sebanyak 77 rekam medis dengan presentase 88,51% sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 10 rekam medis dengan presentase 14,59%. Penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sari Nopita, 2018) tentang Ketepatan Kode Diagnosis Kasus Persalinan Triwulan 1 Pada Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Khusus Ibu Dan Anak Sadewa Yogyakarta, didapatkan dari ketiga kriteria kode yang harus ada pada kode persalinan belum satupun tepat dan lengkap. Dengan hasil lengkap 3 komponen dengan persentase 2,85%, lengkap 2 komponen dengan persentase 77,14%, lengkap metode persalinan saja 11,42% dan lengkap 1 kondisi 8,57%.

Ketepatan kode ICD-10 *outcome of delivery* kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar, dari 87 rekam medis kasus obstetri yang diteliti diketahui bahwa kode yang tepat sebanyak 40 rekam medis dengan presentase 45,98% sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 47 rekam medis dengan presentase 54,02%. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan (Seruni., A. D. F., Sugiarsi., 2015) tentang Problem solving cycle swot keakuratan kode diagnosis kasus obstetri pada lembar masuk dan keluar (RM 1a) pasien rawat inap di RSUD Dr. Sayidiman Magetan, dari 45 rekam medis kasus obstetri pasien rawat inap di RSUD dr. Sayidiman Magetan periode triwulan I tahun 2014 didapatkan diagnosis kasus obstetri yang akurat sebanyak 12 (27%) rekam medis dan yang tidak akurat sebanyak 33 (73%) rekam medis. Penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Oashttamadea., 2015) tentang Analisis Ketepatan Pengodean Diagnosis Obstetri di Rumah Sakit Naili DBS Padang, dari 60 rekam medis kasus obstetri, dilihat bahwa terdapat kode yang tepat sebanyak 35 rekam medis dengan persentase 58% sedangkan kode yang tidak tepat sebanyak 25 rekam medis dengan persentase 42%. Penelitian sejalan yang dilakukan oleh (Damayanti., 2013) tentang Correlation of Completeness Diagnostic with Accuration Obstetrics Patients Diagnostic Codes in RSU Kaliwates Jember, yang didapatkan

Kelengkapan diagnosis pasien kasus obstetri di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember sebesar 65,33%. Ketepatan kode ICD-10 kasus obstetri triwulan 1 pada pasien rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar, dari 87 rekam medis kasus obstetri yang diteliti diketahui bahwa kode yang tepat sebanyak 35 rekam medis dengan presentase 40,23% sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebanyak 52 rekam medis dengan presentase 59,77%. Ketidaktepatan kode ICD-10 kasus obstetri sebagian besar disebabkan oleh belum di inputkan kode ICD-10 *outcome of delivery* pada rekam medis. Ketepatan kode diagnosa adalah kesesuaian kode diagnosa yang ditetapkan petugas koding dengan diagnosa pada rekam medis pasien sesuai aturan ICD-10 dan ICD 9 CM.

Ketepatan kode diagnosis dan tindakan medis dipengaruhi oleh koder yang menentukan kode tersebut berdasarkan data yang ada dalam rekam medis. Koder rawat inap memiliki kualifikasi pendidikan dokter umum dan sudah pernah mengikuti pelatihan koding baik yang bersifat internal rumah sakit maupun berskala nasional tetapi belum memiliki satupun staf rekam medis. Ketidaktepatan pengkodean diakibatkan oleh koder yang kurang pengalaman mengenai pengkodean maupun salah persepsi. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Farzandipour, M., Sheiktaheri, A., Sadoughi, 2010) yang menyatakan bahwa kurangnya pengalaman dalam pengkodean pribadi dapat meningkatkan ketidaktepatan kode diagnosis ($p < 0.001$). Adanya pelatihan koding yang cukup akan memberikan pengaruh terhadap kemampuannya untuk mensintesis sejumlah informasi dan menetapkan kode yang tepat.

Faktor lain yang menyebabkan ketidaktepatan koding adalah ke tidaklengkapan dokumen rekam medis. Kelengkapan formulir rekam medis sangat dibutuhkan koder karena sebelu melakukan pengkodean diagnosis penyakit, koder diharuskan mengkaji data pasien dalam lembar - lembar rekam medis untuk memastikan rincian diagnosis yang dimaksud, sehingga penentuan kode penyakit dapat mewakili sebutan diagnosis tersebut secara utuh dan lengkap, sebagaimana aturan yang digariskan dalam ICD-10 dan ICD-9CM. Penelitian sejalan yang dilakukan oleh (Windari., A, Kristijono., 2016) dari hasil penelitian didapatkan masih ditemukan formulir rekam medis yang belum lengkap pengisianya, terutama pada formulir pemeriksaan fisik sebesar 37,5%, ringkasan keluar

sebesar 6,73%, dan ringkasan masuk keluar sebesar 2,88%.

Ketepatan pengkodean pada rekam medis sangatlah dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Koding merupakan fungsi yang cukup penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan, dalam pelaksanaan *casemix* INA-CBG's peran koder sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA-CBG's ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam menuliskan koding akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Untuk mendapatkan reimbursement yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dibutuhkan ketepatan koding. Jika penentuan kode diagnosis tidak tepat akan berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan, ini dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena pembayaran klaim yang berbasis INA-CBG's dilihat dari hasil pengkodean yang ditetapkan petugas koding. Oleh karena itu, ketepatan terhadap kode diagnosis yang ditetapkan petugas koding di RSUD Sanjiwani Gianyar perlu diperhatikan untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Tingkat ketepatan berguna untuk pelaporan nasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan medis bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis menentukan untuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, dan untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Hatta, 2008). Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Mainum., N, Natassa., J, Trisna., V., Wen, Supriatin., 2018) mengungkapkan ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien jamkesmas, jamkesda, jampersal, askes PNS yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS). Apabila petugas kodefikasi (coder) salah dalam menetapkan kode diagnosis, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda. Tarif pelayanan kesehatan yang rendah tentunya akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya tarif pelayanan kesehatan yang tinggi terkesan rumah sakit diuntungkan dari perbedaan tarif tersebut sehingga merugikan pihak penyelenggara jamkesmas maupun pasien (Suyitno, 2007).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Widjaya., L & Alik., I., N., T., 2016) menjelaskan diketahui dari 44 rekam medis, kode diagnosis obstetric yang tidak tepat terhadap klaim BPJS

yang tidak lancar sebanyak 18 (66,7%) dan kode diagnosis obstetric yang tidak tepat terhadap klaim BPJS yang lancar sebanyak 9.(33,3%). Namun ditemukan juga kode diagnosis obstetric yang tepat terhadap klaim BPJS yang tidak lancar sebanyak 3 (17,6%) dan kode diagnosis obstetric yang tepat terhadap klaim BPJS yang lancar 14 (82,4%).

SIMPULAN

Gambaran Ketepatan kode *Complication of delivery* ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap didapatkan 100% tepat. Gambaran Ketepatan kode *Metode of delivery* ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap sebagian besar yang tepat sebanyak 77 (88,51%) rekam medis. Gambaran Ketepatan kode *Outcome of delivery* ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap sebagian besar tidak tepat sebanyak 47 (54,02%) rekam medis. Gambaran Ketepatan kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan 1 pada Pasien Rawat Inap di RSUD Sanjiwani Gianyar Sebagian besar tidak tepat 52 rekam medis (59,77%.)

Sehingga penulis memberikan saran kepada RSUD Sanjiwani Gianyar, Sebaiknya petugas koding memperhatikan tanda baca, aturan dan tata cara pengkodean diagnosis berdasarkan ICD-10, Sebaiknya petugas mengkonfirmasi kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP) terkait kelengkapan pengisian rekam medis untuk menunjang ketepatan kodefikasi diagnosis, Sebaiknya pihak rumah sakit untuk menambah kualifikasi SDM Rekam medis.

DAFTAR PUSTKA

- Anggraini., dr. M. (2013). *Audit coding diagnosis*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Damayanti., D. (2013). Correlation Of Completeness Diagnostic Withac't'ration Obstetrics Patients Diagnostic Codes In Rsu Kaliwates Jember. *Jurnal Kesehatan Vol. 1, No. 1, Hal 72-81*.
- Depkes, R. (2008). *Pedoman rumah sakit Pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK) 24 Jam*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Depkes, R. (2010). *Penggunaan Sistem Casemix untuk Tekan Biaya Kesehatan*. Jakarta.

- Farzandipour, M., Sheiktaheri, A., Sadoughi, F. (2010). Effective factors on accuracy or principal diagnosis coding based on international classification of disease, the 10th revision (ICD-10). *International Journal of Information Management*. 30-78-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2009.07.002>.
- Hatta, G. (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Hatta, G. (2009). *Pedoman Manajemen Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Kepmenkes, R. (2007). Standar Profesi Perakam Medis dan Informasi Kesehatan. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/MENKES/SK/III/2007*, p. 7.
- Mainum., N, Natassa., J, Trisna., V., Wen, Supriatin., Y. (2018). Pengaruh Kompetensi Coder terhadap keakuratan dan ketepatan pengkodean menggunakan ICD-10 di Rumah sakit X pekan baru tahun 2016. *File:///C:/Users/User/Downloads/256299-Pengaruh-Kompetensi-Coder-Terhadap-Keakuratan-D7a7389e%20(1).Pdf, Volume 1 N*.
- Nursalam. (2002). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oashttamadea., R. (2015). *Analisis Ketepatan Pengodean Diagnosis Obstetri Di Rumah Sakit Naili DBS Padang*. (23), 83–86.
- Permenkes, R. (2008). *Rekam medis*. Jakarta.
- Sari Nopita, S. (2018). *Ketepatan kode diagnosis kasus persalinan triwulan 1 pada pasien rawat inap di rumah sakit khusus ibu dan anak sadewa yogyakarta*. Yogyakarta.
- Seruni., A. D. F., Sugiarsi., S. (2015). Problem solving cycle swot keakuratan kode diagnosis kasus obstetri pada lembar masuk dan keluar (RM 1a) pasien rawat inap di RSUD dr. Sayidiman Magetan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol. 3 No.2 Oktober 2015 ISSN: 2337-6007 (Online); 2337-585X (Printed)*.
- Suyitno. (2007). *Membangun Sistem Casemix Tingkat Rumah Sakit (Experience Sharing)*.
- WHO. (2012). ICD-10 to Deaths During Pregnancy, Childbirth and the Puerperium: ICD-MM. *WHO Library*, 129(1), 30–33. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2004.07.025>
- Widjaya., L & Alik., I., N., T., A. (2016). *Hubungan ketepatan kode diagnosis obstetric terhadap kelancaran klaim BPJS di RSUD Sawerigading kota palopa sulawesi selatan*.
- Windari., A, Kristijono., A. (2016). Analisis Ketepatan Koding yang dihasilkan Koder RSUD Unggaran. *File:///C:/Users/User/Downloads/130920-ID-Analisis-Ketepatan-Koding-yang-Dihasilkan (1).Pdf*.

ANALISIS DESAIN FORMULIR RESUME MEDIS DI RSUD KOTA SALATIGA

Siti Masrochah¹, Subinarto², Lina Umboro Setyowati³

^{1,2,3}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang

E-mail : rmik@poltekkes-smg.ac.id

Abstract

Medical records aimed at the orderly administration in an effort to improve health services in the hospital. One of the forms used in the inpatient medical record service is a medical resume. The medical resume form in hospitals Salatiga still did not agree with the theory, from the aspect of anatomy, physical and contents. This study aimed to analyze the design of medical resume form in Salatiga City Hospital from the aspect of anatomy, physical and contents. And also provide design solutions design medical resume form accordingly. This type of research is descriptive qualitative research. This research was conducted in Salatiga City Hospital on May 19 to May 26 in 2016. The method used in this research is observation, interview, documentation and FGD (Focus Group Discussion). The results of the research based design medical resume form in Salatiga City Hospital that aspect has not been included heading anatomy and physical form of the content has not been effective because it has provided to record the necessary information. While aspects of the content has been effective because it has provided to record the necessary information.

Keywords: Desain Formulir Resume Medis, RSUD Kota Salatiga

Abstrak

Rekam medis bertujuan untuk tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Salah satu formulir yang digunakan dalam pelayanan rekam medis rawat inap adalah Formulir Resume Medis. Desain formulir Resume Medis di RSUD Kota Salatiga belum sesuai dengan teori. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis desain Resume Medis di RSUD Kota Salatiga ditinjau dari aspek anatomi, fisik dan isi. Dan juga memberikan solusi desain formulir Resume Medis yang sesuai. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Kota Salatiga pada tanggal 19 Mei sampai tanggal 26 Mei tahun 2016, dengan menggunakan metode observasi, wawancara, studi dokumentasi dan juga FGD (Focus Group Discussion). Pengolahan data pada penelitian ini dilakukan dengan metode observasi, wawancara, dokumentasi dan FGD. Hasil penelitian berdasarkan desain Resume Medis di RSUD Kota Salatiga bahwa aspek anatomi belum mencantumkan heading formulir yang lengkap dan belum adanya instruction pada aspek fisik formulir belum efektif karena masih buram dengan berat 60 gram. Sedangkan dari aspek isi sudah efektif karena sudah disediakan untuk mencatat data yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan.

Kata Kunci: Desain Formulir Resume medis, RSUD Kota Salatiga

PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang, dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit dan pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. (Hatta, 2010) Pengelolaan rekam medis yang baik dan benar akan mendukung tertib administrasi sehingga sesuai yang diharapkan.

Fungsi rekam medis meliputi aspek administrasi, medis, hukum, keuangan penelitian, pendidikan dan dokumentasi juga menjadi alasan yang kuat mengapa rekam medis harus dibuat. Untuk mencapai tujuan tersebut rekam medis di tunjang oleh beberapa sub sistem, yang meliputi Filling, Coding, Assembling, Indexing. Data-data medis yang terdapat pada berkas rekam medis pasien selanjutnya akan diolah untuk menghasilkan informasi yang berguna bagi

pihak manajemen rumah sakit dalam menetapkan kebijakan dan pengambilan keputusan dalam tahap perencanaan, pelaksanaan dan pengelolaan serta evaluasi terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Salah satu formulir rekam medis yang digunakan dalam penyelenggaraan pelayanan rekam medis di rawat inap adalah Resume Medis. Dan juga Resume Medis adalah formulir yang diabadikan. Resume Medis adalah formulir yang berisi informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui cara masuk dikirim oleh, serta berisi ringkasan data pada saat pasien keluar, lihat lembaran ini merupakan sumber informasi untuk mengindeks rekam medis, serta menyiapkan laporan rumah sakit. Ada beberapa formulir di RSUD kota Salatiga antara lain formulir resume medis, resume, formulir asuhan keperawatan, laboratorium, formulir operasi. Data yang tercatat dalam Resume Medis meliputi data identitas dan data klinis. Yang berhak mengisi identitas adalah petugas pendaftaran serta data klinis adalah dokter. Berdasarkan hasil pengamatan yang peneliti lakukan, Resume Medis di RSUD kota Salatiga untuk formulir yang sudah disimpan lebih dari lima tahun tulisan pada formulir sudah tidak terbaca lagi. Para pengguna formulir kesulitan untuk memilih atau mengisi formulir. Ada formulir yang terlubangi saat proses penyimpanan dalam dokumen. Petugas rekam medis menuliskan nomor rekam medis pasien pada kolom nomor register pasien. Petugas rekam medis harus membuat formulir sebab kematian pada kertas yang berbeda untuk pasien yang meninggal. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis berkeinginan untuk menganalisis desain Resume Medis di RSUD Kota Salatiga. Oleh karena itu, pada penelitian ini penulis memilih judul "Analisis Desain Formulir Resume Kesehatan di RSUD Kota Salatiga".

METODE

Jenis Penelitian ini peneliti adalah deskriptif kualitatif. Metode penelitian yang digunakan: Observasi, wawancara, studi dokumentasi. Teknik Pengolahan Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah reduksi, penyajian data, penarikan kesimpulan. Reduksi data merupakan proses merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal yang penting untuk memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan. Setelah data direduksi, maka selanjutnya data disajikan dalam bentuk teks yang bersifat

naratif. Langkah selanjutnya adalah penarikan kesimpulan dan interpretasi data. Interpretasi data dilakukan dengan menghubungkan hasil analisis dari penelitian dengan teori yang relevan tentang standar pengelolaan waktu pengembalian dokumen rekam medis rawat inap, sehingga dapat menjawab pertanyaan dari permasalahan-permasalahan penelitian yang ada dan dapat memberikan masukan bagi perbaikan tentang desain Resume Medis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Aspek anatomi Resume Medis di RSUD Kota Salatiga.

Heading (Kepala)

Menurut Indradi S (2013), bagian kepala (*heading*) meliputi judul (nama) formulir, subjudul, nama institusi (rumah sakit, puskesmas dan sebagainya), logo, nomor kode dan revisi, nomor halaman dan informasi lengkap lainnya. Heading ini bisa ditempatkan di bagian atas atau sisi kanan formulir. Semua formulir dalam suatu institusi hendaknya memiliki posisi dan komposisi heading yang sama. Posisi heading mempertimbangkan aspek penjilidan, penyimpanan, palipatan, dan penataan formulir.

Hasil observasi judul Resume Medis di RSUD Kota Salatiga terletak disebelah tengah atas, namun untuk identitas rumah sakit hanya tertera nama rumah sakit tanpa identitas lainnya seperti alamat, nomor telepon, dan juga logo rumah sakit. Dan juga informasi lain belum ada seperti tanggal penerbitan. Penulis mengusulkan untuk menambahkan item pada heading formulir yang meliputi, identitas rumah sakit seperti nama, alamat, nomor telepon, faks, website, email dan logo RSUD Kota Salatiga. Dan juga terdapat judul formulir, nomor halaman dan tahun revisi formulir.

Introduction (Pendahuluan)

Menurut Indradi S (2013), bagian pendahuluan (*introduction*) berisi keterangan tambahan mengenai formulir. Jika memang bagian *heading* sudah cukup menggambarkan fungsi dan tujuan formulir tersebut maka tidak perlu lagi ditambahkan *introduction* ini. Bagian *Introduction* (pendahuluan) pada Resume Medis di RSUD Kota Salatiga ditunjukkan pada identitas pasien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, nomor register, pendidikan, pekerjaan, status, dan tanggal masuk dan keluar. Berdasarkan hasil diskusi perlu item tambahan berupa bahasa primer atau bahasa keseharian yang

digunakan oleh pasien, karena di RSUD Kota Salatiga dekat dengan universitas dan juga sekolah internasional.

Instruction (Perintah)

Instruction pada Resume Medisdi RSUD Kota Salatiga belum ada. Menurut Indradi (2013), Bagian perintah (*instruction*) berisi penjelasan singkat tentang jumlah lembar, cara pengisian, cara pengiriman. Bagian ini biasanya diatur penempatannya agar jelas, singkat, dan tidak mengganggu alur pembacaan dan pengisian formulir. Maka penulis mengusulkan *instruction* ditambahkan dan diletakkan pada bagian kiri bawah dari formulir resume medis.

Body (Badan)

Menurut Indradi S (2013), Bagian isi (*body*) merupakan inti dari suatu formulir. Di bagian inilah data dicatat. Penggunaan metode pengelompokan (*grouping*), urutan (*sequence*), bentuk dan ukuran huruf (*font*), warna area (*color*), batas tepi (*margin*), spasi (*space*), garis (*lines*) dan cara pengisian sangat berperan terhadap hasil pengisian formulir.

Metode pengelompokan (*grouping*) dalam Resume Medis RSUD Kota Salatiga di kelompokkan menjadi 4 yaitu : identitas pribadi, identitas sosial, tindakan medis, dan pemeriksaan. Hal ini sesuai dengan teori. Urutan (*sequence*) dimulai dari identitas pribadi, identitas sosial, kegiatan medis kemudian pemeriksaan. Jenis huruf yang digunakan pada Resume Medisdi RSUD Kota Salatiga ini adalah *Times New Roman* dengan ukuran *font* 12. Ukuran tersebut sudah sesuai dengan teori. Warna area (*color*) berwarna putih. Hal ini sudah membuat tulisan yang berwarna gelap terlihat jelas.

Berdasarkan hasil observasi sisi-sisi pada formulir atau margins formulir pada batas tepi kiri Resume Medisdi RSUD Kota Salatiga berukuran 1 cm. Namun Resume Medisdi RSUD Kota Salatiga perlu dilubangi pada sisi kiri karena untuk penyimpanan formulir pada map rekam medis pasien. Maka perlu ditambah lagi ruang untuk pembolong agar tidak mengenai garis terluar dari desain formulir resume medis.

Spasi yang digunakan pada formulir ini adalah satu spasi. Hal ini sudah efektif karena sudah disesuaikan dengan ukuran item-itemnya sehingga tulisan dapat dibaca dengan jelas. Garis yang digunakan dalam Resume Medisdi RSUD Kota Salatiga ini adalah *solid* (langsung). Hal ini sudah sesuai dengan teori.

Pencatatan data pada Resume Medisdi RSUD Kota Salatiga adalah dengan cara menulis langsung dan juga pilihan. Namun cara menentukan pilihan belum seragam, karena ada pilihan yang dicoret yang tidak perlu, dilingkari yang penting dan juga pilihan *cek list*.

Close (penutup)

Menurut Indradi S (2013), Bagian penutup (*close*) merupakan bagian akhir dari suatu formulir namun memiliki arti yang sama pentingnya dengan bagian-bagian sebelumnya. Pada bagian ini tercantum tanda tangan, nama terang, keterangan tempat, tanggal dan jam bila diperlukan. *Close* pada formulir ini ditunjukkan pada bagian bawah yaitu pada bagian bawah terdapat nama dokter dan tanda tangan dokter. Namun perlu ditambahkan tempat dan tanggal pengisian. Karena menurut hasil diskusi perlu ditambahkan tempat, waktu pengisian dan catatan tambahan.

Aspek fisik formulir meliputi material dan bahan, bentuk, ukuran, warna.

Menurut Indradi S (2013), Jika berupa formulir kertas, hendaknya menggunakan kertas dengan kualitas yang baik dan tahan lama. Formulir rekam medis tidak boleh menggunakan kertas buram (baik yang berwarna coklat maupun putih). Di RSUD Kota Salatiga untuk formulir resume medis, menggunakan kertas buram seberat 60 gr. Resume Medis berbahan tipis dan mudah rusak mengingat formulir tersebut bersifat abadi, sebaiknya diganti dengan kertas HVS 80 gram agar lebih tahan lama untuk disimpan. Namun pada hasil diskusi menyatakan bahwa sebaiknya menggunakan kertas HVS 70 gram karena mengingat anggaran yang masih kurang.

Menurut Indradi S (2013), jika berupa formulir kertas, hendaknya semua formulir memiliki ukuran yang sama dan standar, biasanya A4. Resume Medisdi RSUD Kota Salatiga memiliki ukuran yang sama dengan formulir yang lain yaitu ukuran kertas folio. Setiap lembar formulir harus mencantumkan identitas pasien, minimal berupa item "nama pasien" dan "nomor rekam medis". Jika formulir tersebut bolak balik, maka item identitas pasien ini harus dicantumkan pada kedua sisi formulir tersebut. Resume Medisdi RSUD Kota Salatiga terdapat nama pasien pada bagian depan saja. Untuk bagian depan dan belakang tidak terdapat nomor rekam medis. Menurut Indradi S (2013), warna dasar formulir hendaknya putih atau warna muda lainnya untuk

menjaga nilai kontras antara warna dasar formulir dengan warnanya. Resume Medis di RSUD Kota Salatiga menggunakan warna dasar putih tulang. Namun pada hasil usulan desain penulis, penulis menggunakan kertas putih bersih agar tulisan terlihat lebih jelas.

Aspek pengisian formulir

Menurut Indradi S (2013), upayakan sedikit mungkin pengisian formulir dengan cara menulis langsung, upayakan pengisian dengan cara memilih, memberi tanda, dan sebagainya. Pada Resume Medis di RSUD Kota Salatiga ada item yang mengisi dengan menulis langsung dan memilih dengan memberi tanda. Hal ini sudah sesuai dengan teori, mengingat pengisian dengan cara tulis langsung hanya pada item nama, alamat, tanggal lahir, diagnosa penyakit dan tindakan, selebihnya dengan cara pilihan.

Menurut Indradi S (2013), upayakan menggunakan metode *upper left caption (ULC)* untuk menandai dan memberi keterangan pada setiap item yang harus diisi. Penggunaan ULC biasanya bisa memperjelas dan menambah luas area pengisian. Pada Resume Medis di RSUD Kota Salatiga sudah menggunakan metode *upper left caption (ULC)* untuk menandai dan memberi keterangan pada setiap item yang harus diisi. Dapat dilihat pada lampiran Resume Medis sudah menggunakan metode *upper left caption (ULC)*.

Menurut Indradi S (2013), sediakan area (spasi) yang cukup untuk setiap item isian dan sesuai dengan cara pengisiannya (ditulis atau diketik). Berdasarkan hasil observasi spasi yang ada pada Resume Medis di RSUD Kota Salatiga adalah 1 spasi. Berdasarkan hasil wawancara dengan ketiga responden menyatakan bahwa spasi pada kolom item sudah mencukupi. Berdasarkan pembahasan tersebut, penulis menggunakan 1 spasi untuk re-desain Resume Medis di RSUD Kota Salatiga. cantumkan keterangan cara pengisian yang jelas. Keterangan ini umumnya ditempatkan sebelum item yang akan diisi. Pada Resume Medis di RSUD Kota Salatiga tidak terdapat keterangan cara pengisian yang jelas. berdasarkan hasil wawancara terhadap responden menyatakan bahwa keterangan cara pengisian diletakkan pada bagian kiri bawah formulir resume medis.

SIMPULAN

Aspek anatomi dari Resume; identitas formulir hanya tertera nama rumah sakit. Identitas formulir terletak di sebelah kanan atas. Bagian *instruction* yang semula tidak ada, pada re-desain formulir diletakkan pada bagian kiri bawah formulir. Untuk bagian *body* formulir pada sisi sebelah kiri di tambah ruang untuk pembolong guna penyimpanan formulir kedalam map. Bagian *close* ditambah dengan tempat dan ~~yang digunakan untuk~~ *upper left caption* Medis; Bahan kertas formulir kertas HVS 70 gram. Untuk bentuk dan ukuran menyesuaikan dengan formulir yang lain seperti resume medis, laporan operasi, persetujuan rawat inap, *informed consent* dan formulir yang lainnya. Aspek pengisian formulir : ada item yang mengisi dengan menulis langsung dan memilih dengan memberi tanda. Untuk menandai dan memberi keterangan pada setiap item yang harus diisi sudah menggunakan metode *upper left caption (ULC)*. Menggunakan 1 spasi pada semua teks.

DAFTAR PUSTAKA

- Harjiyanti, Sri. 2010. *Ringkasan Masuk dan Keluar pasien rawat inap ditinjau*. Yogyakarta : Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi UGM Yogyakarta.
- Hatta, G.R. 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Sudra RI. 2013. *Rekam Medis*. Tangerang: UTP Press
- Notoatmojo, Soekidjo. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Rustiyo, Ery. 2009. *Etika Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Situmorang, Kurnia. 2008. *Analisa Desain Formulir Anamnesa Dan Pemeriksaan Fisik Untuk Pencatatan Pasien Dengue Haemorrhagic*. Yogyakarta: Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi UGM Yogyakarta.

pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Salah satu cara atau kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya dengan penyelenggaraan rekam medis (Undang-Undang No. 44 tahun 2009 pasal 1).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis pasal 1 ayat 1, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Salah satu kegiatan pengolahan berkas rekam medis yaitu penyimpanan berkas rekam medis. Bagian ini bertujuan untuk menyediakan DRM untuk berbagai keperluan, mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali berkas rekam medis yang disimpan di dalam rak, mudah mengambil dari tempat penyimpanan, mudah pengembaliannya, melindungi berkas rekam medis dan hal-hal lainnya yang berkaitan dengan rekam medis (Budi, 2011).

Rekam medis digunakan oleh dokter, perawat dan profesi kesehatan lainnya terkait sebagai pengingat mengenai tindakan dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien, sehingga informasinya dapat digunakan secara berulang jika pasien datang kembali ke tempat pelayanan kesehatan yang bersangkutan (Hatta, 2013). Berdasarkan petunjuk teknis yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan rekam medis oleh asuransi erat kaitannya dengan keuangan rumah sakit, karena dari dokumen rekam medis akan dianalisis isinya yang nantinya dapat mempengaruhi biaya yang diajukan (BPJS Kesehatan, 2014). Selain untuk proses asuransi, rekam medis juga dapat diminta sewaktu-waktu oleh pihak pengadilan jika terdapat gugatan dari pasien yang merasa dirugikan terhadap pelayanan yang telah diterimanya. Oleh karena itu ketersediaan rekam medis sangat penting dalam hal hukum, karena dapat memegang peran sebagai bukti hukum yang dapat melindungi pasien serta berbagai profesi tenaga kesehatan dari jeratan hukum (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit NHS Inggris menyatakan bahwa dari 1161 pasien rawat jalan terdapat 18 pasien (1,5%) yang seluruh berkas rekam medisnya hilang dan 175 pasien (15%) yang sebagian berkas rekam medisnya hilang, yaitu satu

atau lebih formulir di dalam rekam medisnya tidak ada. Dampak dari kejadian ini yaitu sebesar 32% dari pasien yang rekam medisnya hilang mengalami keterlambatan atau gangguan terhadap perawatan mereka dan 20% memiliki resiko bahaya seperti efek samping yang serius karena hasil tes diagnostik, radiologi dan catatan tindakan yang hilang. Lebih dari setengah kasus yang rekam medisnya hilang, dokter hanya mengandalkan informasi klinis dari hasil wawancara kepada pasien untuk melakukan keputusan klinis saat ini (Burnett, 2011).

Pada kejadian tidak ditemukannya dokumen rekam medis, pasien yang bersangkutan akan merugi, dalam arti informasi tentang riwayat kesehatan pasien yang sangat penting untuk perawatan kesehatannya tidak tersedia. Jika hal tersebut terjadi, maka informasi untuk mengambil tindakan yang diperlukan akan berkurang nilai kelengkapannya. Oleh karena itu, jika rekam medis tidak ada saat diperlukan untuk merawat pasien, maka sistem rekam medis tidak dapat berjalan lancar (Depkes RI, 2006). Hal ini sesuai dengan Huffman (1994) yang menyatakan bahwa rekam medis yang baik adalah memiliki data yang *continue* (berkesinambungan) sejak awal hingga akhir perawatan diberikan, maupun sejak pasien mendaftar pertama kali hingga pasien menjadi pasien inaktif (Huffman, 1994).

Selain itu terdapat penelitian terhadap hari dalam seminggu oleh seorang psikolog dari Universitas Lincoln, York, dan Hertfordshire di Amerika Serikat untuk menguji bagaimana representasi mental dari hari dalam seminggu. Para responden ternyata memberikan identitas yang sangat kuat pada awal dan akhir minggu. Senin diberi label kata-kata negatif, seperti membosankan, sibuk, dan lelah. Sebaliknya, Jumat justru di labeli dengan kata-kata positif seperti berpesta dan kebebasan (Wahyuni, 2015).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan mengenai ketidakterersediaan dokumen rekam medis pasien lama rawat jalan di filing RSUD Dr. Soekardjo yang dilakukan dengan melakukan observasi secara langsung selama tiga hari berturut-turut pada hari Jumat hingga Senin tanggal 12-15 Februari 2016, didapatkan hasil bahwa dari 911 dokumen rekam medis terdapat delapan dokumen rekam medis yang tidak dapat ditemukan baik di ruang rawat jalan maupun di poliklinik sehingga dokumen rekam medis pasien tersebut dibarukan oleh petugas dengan terlebih dahulu meminta persetujuan dari poliklinik. Dari delapan dokumen rekam medis tersebut dapat diketahui bahwa terdapat empat

pasien yang kunjungan sebelumnya ke poli jiwa, enam pasien yang menggunakan jenis pembayaran menggunakan BPJS dan terdapat empat pasien yang kunjungan sebelumnya pada hari Selasa (RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya).

Angka mengenai ketidakterediaan dokumen rekam medis tersebut memang kecil namun jika hal ini terus terjadi setiap harinya dan diakumulasikan selama setahun maka jumlahnya akan cukup besar dan akan merugikan bagi keuangan rumah sakit, dalam artian jika pasien pemilik dokumen rekam medis tersebut merupakan pasien BPJS maka akan mengganggu proses pengklaimannya, karena untuk beberapa kasus terkadang pihak BPJS mengembalikan klaim pasien untuk dicek kembali antara berkas klaim dan dokumen rekam medisnya (Malonda, 2015).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait ketidakterediaan dokumen rekam medis pasien lama pelayanan rawat jalan di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya.

METODE

Jenis penelitian ini menggunakan jenis penelitian *Mix methods sequential explanatory* yaitu menggabungkan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif dilakukan terhadap dokumen rekam medis pasien lama pelayanan rawat jalan. Sedangkan penelitian kualitatif dilakukan terhadap informan-informan yang berkaitan dalam pelaksanaan penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medis kunjungan pasien lama pelayanan rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soekardjo Tasikmalaya pada saat penelitian tanggal 11 – 16 April 2016 dilanjutkan 23 – 28 Mei 2016 sebanyak 4611 dokumen rekam medis. Sampel dari penelitian ini adalah populasi dengan teknik Sampling Jenuh yaitu teknik penentuan sampel semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Variabel dalam penelitian ini yaitu ketidakterediaan DRM pasien lama pelayanan rawat jalan. Teknik pengumpulan data yaitu observasi dan wawancara mendalam. Analisis data kuantitatif dengan univariat dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, sedangkan data kualitatif dimulai dari pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dan penarikan simpulan.

HASIL

Ketidakterediaan dokumen rekam medis pasien rawat di RSUD Dr. Soekardjo selama dua minggu

dimulai pada tanggal 11 – 16 April kemudian dilanjutkan 23 – 27 Mei 2016 didapatkan hasil bahwa masih ada dokumen rekam medis yang tidak dapat ditemukan sejumlah 22 dokumen rekam medis dari 4611 dokumen. Setelah dilakukan penelitian dapat diperoleh simpulan sebagai berikut :

1. Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Jenis Pembayaran

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Jenis Pembayaran

No	Jenis Pembayaran	Jumlah	
		n	%
1	Umum	2	9 %
2	BPJS	20	91%
3	Jamkesmas	0	0 %
4	Jamkeskinda	0	0 %
5	Kontrak RS	0	0 %
Jumlah		22	100 %

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa ketidakterediaan dokumen rekam medis rawat jalan tertinggi berdasarkan jenis pembayaran, yaitu pasien dengan jenis pembayaran BPJS dengan presentase sebesar 91%. Sedangkan untuk jenis pembayaran lainnya ketidakterediaan dokumen rekam medis sendiri tidak terlalu tinggi bahkan tidak terjadi, seperti pada jenis pembayaran umum dengan presentase ketidakterediaan dokumen rekam medis sebesar 9%, dan untuk jenis pembayaran lainnya dengan presentase yang sama sebesar 0%.

2. Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Poliklinik

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Poliklinik

No	Poliklinik	Jumlah	
		n	%
1	Anak	1	4,6%
2	Bedah mulut	0	0 %
3	Bedah saraf	0	0 %

No	Poliklinik	Jumlah	
		n	%
4	Bedah umum	2	9 %
5	DOT	1	4,6 %
6	Dalam	6	27,3 %
7	Gigi	1	4,6 %
8	Jantung	0	0 %
9	Jiwa	2	9 %
10	Konservasi gigi	0	0 %
11	Obgyn	2	9 %
12	Gizi	0	0 %
13	Kulit kelamin	1	4,6 %
14	Mata	2	9 %
15	Ortodonti	0	0 %
16	Prostodonti	0	0 %
17	PKBRS	0	0 %
18	THT	1	4,6 %
19	Saraf	3	13,7 %
Jumlah		22	100 %

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa ketidakterediaan dokumen rekam medis rawat jalan tertinggi berdasarkan poliklinik, yaitu pasien dengan kunjungan sebelumnya menuju ke poliklinik penyakit dalam dengan presentase sebesar 27,3%. Sedangkan untuk ketidakterediaan dokumen rekam medis terendah terdapat pada beberapa poliklinik, yaitu pasien dengan kunjungan sebelumnya menuju ke poliklinik bedah mulut, bedah saraf, jantung, gizi, ortodonti, prostodonti dan PKBRS dengan presentase yang sama sebesar 0%.

3. Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Hari Kunjungan

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Hari Kunjungan

No	Hari Kunjungan	Sebelumnya		Saat Kehilangan	
		F	%	f	%
1	Senin	2	9 %	3	13,5 %
2	Selasa	5	22,7 %	4	18,3 %
3	Rabu	4	18,3 %	3	13,5 %
4	Kamis	5	22,7 %	8	36,4 %

No	Hari Kunjungan	Sebelumnya		Saat Kehilangan	
		F	%	f	%
5	Jumat	5	22,7 %	4	18,3 %
6	Sabtu	1	4,6 %	0	0 %
Jumlah		22	100 %	22	100 %

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa ketidakterediaan dokumen rekam medis rawat jalan tertinggi merupakan pasien yang sebelumnya berkunjung pada hari selasa, kamis dan jumat dengan presentase masing-masing sebesar 22,7%. Sedangkan untuk ketidakterediaan dokumen rekam medis rawat jalan tertinggi berdasarkan hari kunjungan saat terjadi kehilangan, yaitu pasien yang berkunjung pada hari kamis dengan presentase sebesar 36,4%. Presentase ketidakterediaan dokumen rekam medis terendah berdasarkan hari kunjungan pasien sebelumnya dan saat terjadi kehilangan, terdapat pada hari sabtu dengan presentase masing-masing sebesar 4,6% dan 0%.

4. Sistem Penyimpanan dan Penjajaran Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Berdasarkan hasil kegiatan yang telah dilaksanakan di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya ditemukan dua tema yang berhubungan dengan sistem penyimpanan dan penjajaran, yaitu: 1) Sistem penyimpanan desentralisasi, 2) Sistem penjajaran *middle digit*.

Sistem Penyimpanan Desentralisasi

Sistem penyimpanan yang digunakan di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya merupakan sistem penyimpanan secara desentralisasi, dimana terjadi pemisahan antara penyimpanan rekam medis rawat jalan dengan rekam medis rawat inap. Letak penyimpanan dokumen rekam medis sendiri berada di dekat tempat pendaftaran rawat jalan, sedangkan untuk penyimpanan dokumen rekam medis rawat inap berada di sebelah ruang pengelolaan rekam medis. Berikut ungkapan informan:

“Rawat inap mah ga ada disini neng, adanya rawat jalan aja jadi pisah-pisahan” (Informan 1).

“Rawat jalan sama rawat inap itu beda dipisah, disini mah cuma rawat jalan” (Informan 2).

Sistem Penjajaran Middle Digit Filing dengan

Kegiatan penjajaran dokumen rekam medis di filing rawat jalan sendiri menggunakan sistem penjajaran dengan nomor rak, dan nomor terakhir sebagai petunjuk keberadaan dokumen rekam medis dalam rak, apakah berada dalam kelompok angka ganjil atau genap. Berikut ungkapan informan:

"Ini diambil dari tahun ya, dicari dari tiga angka terakhir terus liat tahunnya, iyaaa liat tahunnya" (Informan 1).

"Yaa menurut nomer itu menurut nomer, kan ini menurut nomer ini tahun nomernya. Berarti ini kunjungan pertama tahun 2011. Kita lihat tiga angka terakhir dulu buat nyari ke raknya, lalu lihat angka terakhirnya posisinya digenap atau ganjil" (Informan 2).

5. Penyebab dan Dampak Ketidakterseediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan

Pada bagian ini akan diuraikan keseluruhan tema yang telah didapatkan mengenai penyebab dan dampak dari ketidakterseediaan dokumen rekam medis pasien lama pelayanan rawat jalan. Tema-tema yang berkaitan dengan penyebabnya, yaitu: 1) Terbatasnya sumber daya manusia di bagian rawat jalan, 2) Kesalahan penyimpanan dokumen rekam medis, 3) Dokumen rekam medis yang dibawa oleh pasien, 4) Terbatasnya sarana dan prasarana di ruang filing rawat jalan, 5) Kesalahan penulisan nomor rekam medis. Selain itu ditemukan beberapa tema yang berkaitan dengan dampaknya, yaitu: 1) Pembiayaan klaim kurang sesuai, 2) Hangusnya klaim untuk dokumen rekam medis yang tidak dapat ditemukan untuk proses klaim, 3) Tidak terdapatnya laporan klaim yang gagal atau tertunda, 4) Terganggunya pengobatan pasien, 5) Pasien menunggu lama untuk melakukan pelayanan di poliklinik

Terbatasnya Sumber Daya Manusia di Bagian Filing Rawat Jalan

Rawat jalan RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya dikelola oleh tiga petugas tetap dan tiga petugas magang, namun jumlah petugas tersebut dirasa belum mencukupi. Berikut ungkapan informan:

"Belum cukup, itu kan tetapnya cuma ada tiga. Gini ya anu dameel di OPD teh sadayana aya lima orang, yang itu bantu-bantu mah tiga orang magang, belum cukup lah kalau lima orang mah" (Informan 1).

Salah satu alasan belum mencukupinya jumlah petugas tersebut dikarenakan banyaknya jumlah kunjungan pasien rawat jalan setiap harinya, sehingga kegiatan distribusi ke poliklinik pun dilakukan oleh pasien. Berikut ungkapan informan:

"Ahhh belum neng, belum mencukupi. Kan sekarang mah pasiennya banyaaak, yaa seharusnya mah sama pegawai, diantar sama pegawai seharusnya. Dulu juga pernah begituu, tapi da kendalanya itu kan karyawannya kuraang" (Informan 2).

"Kita butuh lagiii itu untuk distribusi eeee. Kalau petugas yang ada untuk distribusi, nanti kegiatan pencarian akan terbengkalai, jadi kasian ke pasiennya" (Informan 3).

Kesalahan Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

Ketidakterseediaan dokumen rekam medis pasien lama rawat jalan salah satunya disebabkan oleh terjadinya salah simpan, sehingga hal tersebut akan mengakibatkan tidak ditemukannya dokumen rekam medis pada saat diperlukan. Berikut ungkapan informan :

"Cara nyelipinnya salah gitu, bukan sengaja sih. Kendala mah banyak sih susah juga nyelipin kan" (Informan 1).

Kesalahan penyimpanan ini terjadi dikarenakan penulisan nomor pada sampul rekam medis yang kurang jelas dan juga sudah terobek. Berikut ungkapan informan :

"Kalau sudah dikesinikan paling salah nyimpan kitaaa. Kalau disini nyimpan di rak 3 ke rak 4, kan kadang-kadang ini bukunya rusak satu nomornya, otomatis rak 0 jadi rak 8, gitu kan" (Informan 2).

Dokumen Rekam Medis yang Dibawa oleh Pasien

Penyebab lain tidak ditemukannya dokumen rekam medis yaitu dikarenakan dokumen rekam medis yang dibawa oleh pasien, bahkan hingga sampai terbawa ke rumah. Berikut ungkapan informan :

“Aada yang dibawa pasien yah neng yah bukunyaa. Iya kayanya ga tau, pasien haah suka naku ada dirumah kerumah” (Informan 1).

“Pernah ga ketemu, kadang-kadang si bukunyaa dibawa sama pasieen. Misalkan hari ini udah tutup terus mau dirujuk dari poliii bedah ke polii dalam, nah poli dalamnya udah tutup, berarti otomatis bukunya dibawa pasien, di bawa kerumah, kadang-kadang ga dibawa lagi” (Informan 2).

Terbatasnya Sarana dan Prasarana di Ruang Filing Rawat Jalan

Sarana dan prasarana dalam proses kerja sangat menunjang agar tercapainya hasil kerja. Salah satu faktor yang berkaitan dengan pelaksanaan pengambilan dokumen rekam medis rawat jalan. Namun kondisi sarana dan prasarana masih belum memadai seperti jumlah rak, penggunaan *tracer* dan buku register peminjaman rekam medis. Berikut ungkapkan informan:

“Traceer itu softwarenya beluum diii ... belum dibuat, belum maksimal yah. Sehingga belum bisa dioperasikan, terus perangkatnya juga belum ada, harusnya ada printer yah disitu yaaang bisa ngeprint tracer satu-satu..... tapiii ya untuk pengeluarannya belum ada.” (Informan 3).

“Kalau menurut pribadiiii saya mah belum neng, belum mendukung, ngaruh juga sih ke masalah ga adanya rekam medis, inih kan udah deket-deket yah jadi kadang nyelip. Jadii kalau ga hati-hati yaah ga ketemu kalau ga teliti nyarinya, yang robek robek jugaa ya karena sarana terlaluuu ieu terlalu padat, kan diambil gini karena kadedet kieu sreek soeh wee” (Informan 1).

Kekurangan jumlah rak ini juga berakibat pada dilakukannya retensi tiap dua atau tiga tahun sekali. Berikut ungkapkan informan :

“Iya ehh ruangan sama raknya, prasarannya kuraang. Ini kan sudah sobek. Kalau kendalanyaa, cuma tempat ini ruangannya kecil. Tempatnya misalkan kan harusnya disimpan 5 tahun sekali, kadang-kadang ini cuma dua tahun udah dikebawahkan, udah penuh” (Informan 2).

Permintaan terkait saran ini, selalu diusulkan oleh rekam medis setiap tahunnya, hanya saja belum terealisasi. Berikut ungkapkan informan:

“Eeeh kita tiap tahun ke perencanaan mengusulkan lokasi yah, lokasi yang bisa menampung dokumen aktif dulu aja yah sesuai dengan yang seharusnya, tiap tahun kita selalu minta, tapii yaa belum direalisasikan” (Informan 3).

Kesalahan Penulisan Nomor Rekam Medis

Kesalahan penulisan nomor rekam medis dalam sampul dokumen rekam medis yang masih manual dilakukan oleh petugas pendaftaran juga merupakan salah satu penyebab tidak tersedianya dokumen rekam medis, sehingga nantinya jika pasien datang kembali untuk melakukan pelayanan, nomor pada kartu identitas berobat dan sampul dokumen rekam medisnya akan berbeda sehingga akan sulit untuk penemuan kembali dokumen rekam medis. berikut ungkapkan informan :

“Paling juga neng pendaftaranana nu salah nulis nyaa beneeer, salah sahiji ge ieuuu ieuu kana 0 tapi katingal 6 kan otomatis kasimpna kana rak 6 ieu teh, jadiiii hayoh we urang-urang mah ningali dina 0 padahal aya di rak 6” (Informan 1).

Pembiayaan Klaim Kurang Sesuai

Salah satu dampak dari ketidakterediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan bagi proses klaim yaitu, penggantian biaya yang kurang sesuai. Hal tersebut dikarenakan penetapan kode yang kurang sesuai. Berikut ungkapkan informan :

“Bedaa, kodenya juga beda. Misalnya kunjungan pertama dia DM kode E11.9, kan kalau misalkan kontrol kodenya jadi Z09.8” (Informan 4).

“Jadi kalau untuk kunjungan kedua kalinya dengan kasus yang sama baru menggunakan kode Z, tapi kalau untuk kedua kalinya kasusnya berbeda, tetep kode diagnosa kasus tersebut” (Informan 5).

Kurang sesuai nya penentuan kode ini, nantinya akan berpengaruh pada tarif yang dibayarkan pada rumah sakit. Berikut ungkapkan informan :

“Eeemh mempengaruhi, ketarifnya, untuk pure kasus murninya dengan kasus kontrol akan berbeda tarifnya” (Informan 5).

Hangusnya Klaim untuk Dokumen Rekam Medis yang Tidak Dapat Ditemukan untuk Proses Klaim

Salah satu alasan pihak BPJS mengembalikan berkas klaim pasien adalah terkait dengan kesalahan dalam administrasi rekam medis yang merawat pasien, dan juga pengecekan kembali dengan dokumen rekam medisnya. Berikut ungkapkan informan :

“Kalau ada yang klaimnya dikembalikan karena kesalahan administrasi, kalau dirawat jalan ituuu biasanya yang dilihat lagi statusnya itu kasus-kasus dengan tindakan, eeeee yang dilakukan di poli, di poli bedah terutama yang banyak tindakan” (Informan 5).

“Yaa itu ,mencocokkan berkas klaim sareng catetan medisnaaa, kode, diagnosa, sagalaa we pokona” (Informan 6).

Jika dokumen rekam medis tersebut tidak tersedia atau tidak dapat ditemukan untuk proses klaim terkait dengan pembuktian pelayanan yang telah diterima pasien, maka klaim pasien tersebut akan terhambat atau bahkan tidak dapat diklaimkan. Berikut ungkapan informan :

“Yaa bisanya mah nu tos lamaa ete taeh, nya te tiasa di klaimkeun, hanguus. Biasanya banyak sedikitnya tergantung sh. Kalau yang udah rada lama mah yaa lama milarianan ge, sok rada susaah. Tinggal kebijaksanaan dari BPJSna kumaha, bisa di acc atau henteu. Biasana mah nunggu heula dugi ka aya. Intina mah mun te aya teh ditolak we” (Informan 6).

Tidak Terdapatnya Laporan Klaim yang Gagal atau Tertunda

Salah satu dampak dari ketidakterediaan dokumen rekam medis yaitu akan terjadinya gagal klaim atau tertundanya klaim dari pasien yang bersangkutan. Kegiatan pelaporan untuk berkas klaim yang tertunda ataupun gagal sendiri tidak dilakukan secara berkala. Berikut ungkapan informan :

“.....Yaa lamun aya pemeriksaan we di laporkeun, mun te aya mah nyaaa diarsipkeun we heula

kitu. Upami te aya nu kaajukeun mah nyaaa engke belakangan kitu, henteu tiap bulan di ceeeek. Yaaa atasan tau yang ga ke klaimin dari sistem, udah pasti atasan tau, tapi daa ga bisa ditelusuri naon teh kesalahanan, terlalu kompleks, yang ngegantung mah biasanya dikasih waktu dua tahun” (Informan 6).

Terganggunya Pengobatan Pasien

Dokumen rekam medis yang baik merupakan dokumen rekam medis yang memiliki data yang berkesinambungan demi pelayanan yang sebaik-baiknya untuk kesembuhan pasien. Namun saat ini ketidakterediaan dokumen rekam medis masih terjadi, dan salah satu contohnya yang terjadi di poliklinik. Berikut ungkapan informan:

“Banyaaaak, ada. Ya memaaang merugikan pasien atuh, udah ada riwayat buku baru lagi, jadiii ya merugikan pasien itu maaah... banyaaak ada lah ada yang lagi butuh banget, rekam medisnya ga ada...” (Informan 7).

Karena tidak ditemukannya dokumen rekam medis, maka dari itu pengobatan pasien di poliklinik hanya mengandalkan wawancara kepada pasien mengenai riwayat penyakitnya. Berikut ungkapan informan :

“Eeee... ya ditanya aja sama dokter riwayaaat riwayatnya gimana, dokter yang nanyanya, jadi dokter tau riwayatnya” (Informan 7).

Pasien Menunggu Lama untuk Melakukan Pelayanan di Poliklinik

Dokumen rekam medis yang tidak dapat ditemukan biasanya memakan waktu yang lama dalam pencariannya, karena akan melewati beberapa proses pencarian terlebih dahulu. Berikut ungkapan informan :

“Paling pertama kieu neng nyaaa, pertama teeh ditingali na komputer kaping sabaraha terakhirna sareng ka poli naon....terus tingali na ekspedisina...Upami ekspedisina tos kapoli, piwarang kapoliii tingali, atos dikadieuken teu acan.... Milariana eta mahh te aya prosedur eta mah kumaha kita-kita kitu nyarinaa. Abi mah kieu tingali heula dina kolom, contohna 15 teu aya, paling deketna sareng 25, atau 05, terus we dicari sadayana atau cari di tiap kolom bilih teu acan dilebetkeun, dipapay hiji-hiji kitu maksimalna” (Informan 1).

Kegiatan penyisiran dokumen rekam medis yang tidak ditemukan tersebut akan mengakibatkan

lamanya waktu tunggu pasien sehingga terjadi komplain. Berikut ungkapan informan :

“ Yaa mengulur waktu pasien, jadi pasien teh ambek-ambekan” (Informan 1).

“ Banyaaak komplain mah, biasanya OPD yang ini maah, yang susah nyariiii atuda banyaak, waaah bukan satu dua orang pasienya” (Informan 7).

PEMBAHASAN

Berdasarkan komite keselamatan rumah sakit (2008), insiden yang berhubungan dengan keselamatan pasien di rumah sakit terkait dengan dokumentasi adalah tidak tersedianya/ hilangnya dokumen. Hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya menyatakan bahwa masih terdapat dokumen rekam medis yang tidak ditemukan atau tersedia, sehingga dokumen rekam medis pasien tersebut dibarukan. Berikut ini merupakan pemaparan dari hasil penelitian mengenai ketidakterediaan dokumen rekam medis pasien lama pelayanan rawat jalan:

1. Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Jenis Pembayaran

Berdasarkan hasil kegiatan dan observasi yang dilakukan mengenai ketidakterediaan dokumen rekam medis berdasarkan jenis pembayaran yang tertinggi yaitu pasien dengan jenis pembayaran BPJS. Jenis pembayaran BPJS sendiri termasuk ke dalam sistem pembayaran prospektif, dimana besaran biaya dan jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien atau pihak pembayar ditetapkan sebelum pelayanan diberikan (Hatta, 2013).

Jenis pembayaran BPJS ini dapat dikategorikan dalam jenis pembayaran INA CBG's, dimana pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan pelayanan apa saja yang telah diberikan kepada seorang pasien, akan tetapi rumah sakit hanya menyampaikan diagnosis pasien waktu pulang dan memasukkan kode INA CBG's untuk diagnosis tersebut (Hatta, 2013). Keberadaan dokumen rekam medis untuk proses penggantian biaya tersebut sangat penting dikarenakan terkadang pihak BPJS mengembalikan berkas klaim dengan alasan belum lengkapnya berkas klaim.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Malonda (2015) mengenai analisis pengajuan klaim BPJS di RSUD Dr. Sam Ratulangi

Tondano, yang menyatakan bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam koordinasi dan kerja tim serta keterlambatan penyerahan dan tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya *billing system* menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS Kesehatan.

Dengan dikembalikannya berkas klaim, maka petugas akan memerlukan dokumen rekam medis pasien untuk mengetahui diagnosis pasien secara terperinci, sehingga nantinya akan mendapatkan kode yang paling tepat, agar tarif yang digantikan ke rumah sakit pun sesuai. Jika dokumen rekam medis yang klaimnya dikembalikan tidak tersedia, maka tarif klaim pasien tersebut tidak akan sesuai atau klaim pasien tersebut tidak akan diproses.

Berbeda halnya dengan jenis pembayaran yang digunakan di puskesmas yaitu kapitasi, dimana pihak pelayanan kesehatan akan menerima pembayaran atas dasar jumlah jiwa yang ditanggung, sehingga keberadaan dokumen rekam medis tidak akan berpengaruh pada tarif yang dibayarkan (Hatta, 2013). Ketidaktengkapan dokumen rekam medis saja dapat mengganggu proses klaim, apalagi bila dokumen rekam medis pasien tersebut sampai hilang.

2. Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Poliklinik

Berdasarkan hasil kegiatan dan observasi yang dilakukan mengenai ketidakterediaan dokumen rekam medis berdasarkan poliklinik, dapat diketahui bahwa ketidakterediaan dokumen rekam medis tertinggi adalah pasien yang sebelumnya berkunjung ke poliklinik penyakit dalam. Penyakit dalam sendiri merupakan penyakit yang berhubungan dengan gangguan organ di dalam tubuh manusia yang merupakan penyakit kronik dan membutuhkan perawatan khusus (Kamus Kesehatan, 2016). Dikarenakan sifat dari berbagai penyakit yang masuk ke poliklinik dalam merupakan penyakit yang kronik atau menahun, oleh karena itu pasien akan sering datang melakukan pengecekan kondisinya ke rumah sakit, dan membutuhkan dokumen rekam medisnya yang berkesinambungan.

Ketidakterediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan, mengakibatkan di barukannya

dokumen rekam medis pasien tersebut, dan dengan dibarukannya dokumen rekam medis pasien, maka riwayat penyakit pasien tidak akan berkesinambungan, menurut Huffman (1994) rekam medis yang baik adalah memiliki data yang *continue* (berkesinambungan) sejak awal hingga akhir perawatan diberikan, maupun sejak pasien mendaftar pertama kali hingga pasien menjadi pasien inaktif (Huffman, 2004). Akibat dari tidak berkesinambungannya riwayat penyakit pasien, maka pengobatan pasien saat ini akan terganggu, bahkan pasien tidak akan mendapatkan pelayanan maksimal untuk penyembuhan penyakitnya.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Burnett (2011) mengenai hilangnya dokumen rekam medis rawat jalan, bahwa efek dari kejadian tidak ditemukannya dokumen rekam medis rawat jalan yaitu 32% pasien mengalami keterlambatan atau gangguan terhadap perawatan mereka dan 20% memiliki resiko bahaya seperti efek samping yang serius karena hasil tes diagnostik, radiologi dan catatan tindakan yang hilang.

Selain itu juga dengan tidak tersedianya dokumen rekam medis rawat jalan, maka mutu pelayanan yang didapatkan oleh pasien juga akan berkurang nilainya. Berdasarkan Nurmawati (2010), beberapa dimensi mutu yang berkaitan dengan tidak tersedianya dokumen rekam medis rawat jalan adalah: "kesinambungan pelayanan" yang berarti menghindari memberikan pelayanan yang tidak perlu dan pengulangan yang tidak berarti, "kesinambungan pelayanan" yang dapat terjadi karena adanya catatan medik yang lengkap dan akurat, "keamanan" yang artinya meminimalkan resiko-resiko trauma, infeksi dan efek yang membahayakan lainnya sehubungan dengan pelayanan yang diberikan, serta "informasi" yang artinya pelayanan kesehatan yang bermutu harus mampu menjelaskan segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, harus dapat menjelaskan apa, siapa, kapan, di mana, bagaimana dan resiko pelayanan kesehatan tersebut (Nurmawati, 2010).

3. Ketidakterersediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan berdasarkan Hari Kunjungan

Berdasarkan hasil kegiatan dan observasi yang dilakukan mengenai ketidakterersediaan dokumen

rekam medis berdasarkan hari kunjungan, dapat diketahui bahwa ketidakterersediaan dokumen rekam medis tertinggi adalah pasien yang sebelumnya berkunjung pada hari selasa, kamis dan jumat. Sedangkan ketidakterersediaan dokumen rekam medis tertinggi untuk kunjungan pasien saat terjadi kehilangan adalah pasien yang berkunjung pada hari kamis. Terdapat persamaan hari untuk dokumen rekam medis yang tidak dapat ditemukan tertinggi berdasarkan hari kunjungan sebelumnya dan saat terjadi kehilangan, yaitu pada hari kamis. Tingginya ketidakterersediaan dokumen pada hari kamis disebabkan oleh tingginya kunjungan pasien pada hari tersebut dan akumulasi kelelahan dari hari sebelumnya yang kunjungannya tinggi pula, sehingga beban kerja petugas pun semakin berat, dengan beban kerja yang berat maka akan mempengaruhi kinerja petugas dalam melakukan kegiatan pencarian dokumen rekam medis sehingga dokumen rekam medis tersebut tidak dapat ditemukan.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Astianto (2014) mengenai pengaruh stres kerja dan beban kerja terhadap kinerja, yang menyatakan bahwa variabel beban kerja sangat berpengaruh terhadap kinerja petugas. Selain itu juga diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari (2016) mengenai sistem informasi rekam medis di bagian rawat jalan RSUD Dr. Moewardi, yang menyatakan bahwa dalam kegiatan penyimpanan di RSUD Dr. Moewardi masih terdapat kendala terkait dengan kelelahan dan faktor usia.

Selain itu terdapat penelitian mengenai hari yang dilakukan oleh seorang psikolog dari Universitas Lincoln, York, dan Hertfordshire di Amerika Serikat untuk menguji bagaimana representasi mental dari hari dalam seminggu. Hasilnya menyatakan bahwa hampir 40% peserta melakukan banyak kesalahan selama pertengahan minggu (Indra, 2015).

4. Sistem Penyimpanan dan Penjajaran Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Berdasarkan hasil kegiatan di bagian rawat jalan dapat diketahui bahwa sistem penyimpanan yang digunakan yaitu desentralisasi. Sistem

penyimpanan desentralisasi sendiri merupakan penyimpanan dimana terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Sistem penyimpanan desentralisasi untuk pelayanan rawat jalan sendiri sudah baik, dikarenakan pelayanan rawat jalan merupakan salah satu pelayanan tersibuk yang membutuhkan kecepatan dalam kegiatan pelayanannya, sehingga dibutuhkan ruang penyimpanan yang dekat dengan pelayanan rawat jalan agar penyediaan dokumen rekam medis menjadi lebih cepat.

Hal tersebut sesuai dengan Depkes RI (2010) yang menyatakan bahwa kelebihan dari sistem penyimpanan desentralisasi adalah efisiensi waktu, sehingga pasien mendapat pelayanan lebih cepat serta beban kerja yang dilaksanakan petugas lebih ringan.

Selain itu juga dapat diketahui bahwa sistem penjajaran yang digunakan yaitu *middle digit filing*, yang merupakan sistem penjajaran berkas rekam medis berdasarkan numerik dengan urutan sistem angka tengah. Sistem ini menyimpan berkas rekam medis dengan mensejajarkan berkas rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok tengah.

Sistem penjajaran *middle digit filing* ini sudah baik jika digunakan untuk pelayanan rawat jalan, dikarenakan dengan penggunaan sistem penjajaran ini, maka penambahan jumlah dokumen rekam medis selalu tersebar secara merata ke 100 kelompok (*section*) di dalam rak penyimpanan sehingga dalam kegiatan pencariannya pun petugas penyimpanan tidak akan berdesakan pada rak yang sama (Budi, 2011). Hal ini akan menguntungkan untuk kegiatan di pelayanan rawat jalan yang membutuhkan kecepatan dalam penyediaan dokumen rekam medis, sehingga dengan tidak berdesakannya petugas pada rak yang sama, maka tidak akan menghambat lamanya pencarian.

Kegiatan penyimpanan dan penjajaran di pelayanan rawat jalan sendiri sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang berlaku di RSUD Dr. Soekardjo Tasi kmalaya mengenai penyimpanan berkas rekam medis nomor 015/CM/2010.

5. Penyebab Dan Dampak Ketidakterediaan Dokumen Rekam Medis Pasien Lama Pelayanan Rawat Jalan

Terbatasnya Sumber Daya Manusia di Bagian Filing Rawat Jalan

Sumber daya manusia di bagian pelayanan rawat jalan saat ini masih mengalami kekurangan, yang disebabkan oleh semakin meningkatnya jumlah kunjungan rawat jalan. Semakin tingginya kunjungan rawat jalan, maka akan semakin besar pula beban kerja petugas pelayanan rawat jalan yang akan mempengaruhi produktivitas.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Aini (2010) mengenai analisis kebutuhan tenaga kerja berdasarkan beban kerja yang menyatakan bahwa beban kerja petugas pendaftaran dan pelayanan yang mengalami peningkatan seiring dengan bertambahnya jumlah kunjungan pasien rawat jalan akan mempengaruhi produktivitas kerja petugas dalam kualitas pelayanan. Sebagaimana menurut Kepmenkes No. 81 tahun 2014 bahwa beban kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan.

Kesalahan Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

Kesalahan penyimpanan dokumen rekam medis dapat disebabkan oleh beberapa alasan, yaitu penulisan penomoran yang kurang jelas sehingga dokumen tersebut tersimpan di rak atau tempat yang salah, atau dapat juga disebabkan oleh kurang fokusnya petugas dalam melakukan penyimpanan.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Wati (2011) mengenai pelaksanaan penyimpanan dan penjajaran, yang menyatakan bahwa dalam pelaksanaan penyimpanan dan penjajaran dokumen rekam medis di RSUD Dr. Moewardi masih ditemukan kesalahan letak penyimpanan yang disebabkan kurang telitinya petugas dalam melakukan penelitian.

Salah satu upaya dalam pencegahan kesalahan penyimpanan ini sebaiknya dengan menerapkan kode warna. Kode warna dimaksudkan untuk memberikan warna tertentu pada sampul untuk mencegah keliru simpan dan memudahkan

mencari map yang salah simpan. Garis-garis warna dengan posisi yang berbeda-beda untuk tipe seksi penyimpanan rekam medis. Terputusnya kombinasi warna dalam satu seksi penyimpanan menunjukkan adanya kekeliruan menyimpan. Cara penerapan kode warna ini yaitu, pada "lidah" berkas rekam medis yang digunakan untuk menulis nomor rekam medis, kode warna harus ditempelkan. Ketika folder disimpan, "lidah" tersebut ditonjolkan keluar sehingga akan tampak nomor rekam medis kode warna diantara beberapa berkas rekam medis (Depkes RI, 2006).

Dokumen Rekam Medis di Bawa oleh Pasien

Salah satu akibat dari terbatasnya sumber daya manusia di rumah sakit rawat jalan yaitu, kegiatan pendistribusian ke poliklinik maupun antara poliklinik (jika dirujuk) dilakukan oleh pasien. Distribusi dokumen rekam medis sendiri, seharusnya dilakukan petugas rekam medis yang dilakukan dengan tangan dari satu tempat ketempat lainnya, oleh karena itu bagian rekam medis harus memuat satu jadwal pengiriman dan pengambilan untuk berbagai bagian yang ada di rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Terbatasnya Sarana dan Prasarana di Ruang Filing Rawat Jalan

Jumlah rak di ruang rawat jalan sendiri terdiri dari sepuluh rak yang terdiri dari dua sisi. Jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan rawat jalan setiap harinya, jumlah rak tersebut masih kurang memadai untuk menyimpan seluruh dokumen rekam medis dengan jangka waktu lima tahun sejak kunjungan terakhir. Sehingga saat ini rumah sakit rawat jalan RSUD Dr. Soekardjo melakukan retensi setiap dua atau tiga tahun sekali.

Menurut Budi (2010), kegiatan retensi pasien pelayanan rawat jalan seharusnya dilakukan setelah pasien selama lima tahun tidak berkunjung kembali ke fasilitas kesehatan tersebut. Hal tersebut juga tidak sesuai dengan Standar Operasional Prosedur penyimpanan berkas rekam medis inaktif di RSUD Dr. Soekardjo nomor 055/CM/2010 yang seharusnya di retensi setelah lima tahun kunjungan terakhir.

Terbatasnya jumlah rak tersebut juga mengakibatkan kepadatan dokumen rekam

medis dalam rak, sehingga sulit dalam melakukan pengambilan, yang mengakibatkan sobeknya sampul dokumen rekam medis yang berisi nomor rekam medis pasien. Sarana lainnya yang seharusnya ada di ruang rawat jalan yaitu adanya *tracer*. *Tracer* sendiri merupakan alat yang digunakan sebagai alat petunjuk keluar jika dokumen rekam medis diambil atau dipinjam untuk digunakan pihak pasien atau petugas kesehatan di dalam pelayanan kesehatan (Depkes, 2006). Namun saat ini *tracer* belum digunakan, karena belum adanya SIMRS dan sarana lain seperti printer di ruang rawat jalan. Adanya sarana dan prasarana seperti *tracer* akan mempermudah dalam kegiatan penyimpanan, sehingga akan mencegah terjadinya kesalahan penyimpanan.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Wati (2011) mengenai pelaksanaan penyimpanan dan penjurusan, yang menyatakan bahwa dalam pelaksanaan penyimpanan dan penjurusan dokumen rekam medis di RSUD Dr. Moewardi masih ditemukan kesalahan letak dokumen yang disebabkan tidak digunakannya *tracer* pada saat pengambilan dokumen rekam medis, sehingga pada saat penyimpanan tidak ada alat bantu sebagai pedoman dalam penyimpanan dokumen rekam medis kembali.

Sarana lainnya yang belum terdapat di rumah sakit rawat jalan yaitu buku register peminjaman rekam medis. Buku register peminjaman rekam medis sendiri digunakan untuk mencatat dokumen rekam medis rawat jalan maupun rawat inap yang keluar atau yang dipinjam dari unit rawat jalan ke tempat lain (Rustiyanto, 2011), dengan adanya buku register peminjaman ini, maka pengeluaran dokumen rekam medis akan lebih terkontrol, dan dapat diketahui antara dokumen rekam medis yang telah dikeluarkan dengan yang dikembalikan ke bagian filing rawat jalan.

Kesalahan Penulisan Nomor Rekam Medis

Ketidakterdapatnya dokumen rekam medis rawat jalan salah satunya dapat disebabkan oleh kesalahan penulisan nomor rekam medis oleh petugas pendaftaran, yang mengakibatkan terjadinya kesalahan penyimpanan dokumen rekam medis karena nomor rekam medis yang tertera pada kartu identitas berobat dan dokumen rekam medis yang berbeda.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Anggara (2015) mengenai pelaksanaan sistem penjajaran dokumen rekam medis, yang menyatakan bahwa saat melakukan penyimpanan dan pengambilan kembali dokumen rekam medis masih ditemukan dokumen rekam medis yang salah letak (*misplaced*), yang disebabkan oleh petugas yang kurang fokus dalam melakukan penyimpanan dokumen rekam medis karena adanya tugas tambahan dan kesalahan penulisan nomor rekam medis oleh petugas pendaftaran.

Pembiayaan Klaim Kurang Sesuai

Salah satu dampak dari ketidakterediaan dokumen rekam medis rawat jalan yaitu pembiayaan klaim yang kurang sesuai. Hal tersebut dikarenakan dalam proses klaim diperlukan kelengkapan informasi mengenai diagnosis dan tindakan pasien, sehingga nantinya akan menghasilkan kode yang tepat, agar tarif yang dikeluarkan pun sesuai dengan pembiayaan di rumah sakit. Jika dokumen rekam medis tidak tersedia, maka informasi mengenai pelayanan pasien tidak dapat diketahui dan akan berpengaruh pada keakuratan kode dan tindakan.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Puji Hastuti (2014) mengenai hubungan kelengkapan informasi dengan keakuratan kode diagnosis dan tindakan, yang menyatakan bahwa kelengkapan informasi dalam dokumen rekam medis dengan keakuratan kode diagnosis penyakit.

Hangusnya Klaim untuk Dokumen Rekam Medis yang Tidak Tersedia untuk Proses Klaim

Pengaruh atau dampak dari ketidakterediaan dokumen rekam medis pada proses klaim yang lainnya adalah klaim dari pasien tersebut akan hangus atau tidak dapat diklaimkan, karena berkas klaim pasien terkadang dikembalikan oleh pihak BPJS untuk beberapa alasan seperti kurang lengkapnya berkas dan pemastian kembali terhadap informasi klinis pasien seperti diagnosis dan tindakannya. Sehingga jika dokumen rekam medis tidak tersedia untuk proses klaim, maka klaim dari pasien tersebut akan hangus atau gagal.

Hal tersebut sesuai dengan penelitian Ardhitya (2015) mengenai faktor-faktor penolakan

klaim yang menyatakan bahwa salah satu faktor penolakan klaim diakibatkan oleh ketidaklengkapan dokumen yang akan diajukan kepada verifikator dan juga diagnosa yang perlu konfirmasi kembali seperti diagnosa ketergantungan zat yang informasinya dapat diperoleh dari dokumen rekam medis pasien.

Tidak terdapatnya laporan klaim yang gagal atau tertunda

Kegiatan pelaporan mengenai gagal atau tertundanya klaim di RSUD Dr. Soekardjo sampai saat ini belum dilaksanakan. Padahal dari laporan ini dapat diketahui jumlah klaim yang gagal beserta penyebabnya, sehingga dapat dijadikan dasar untuk kegiatan monitoring dan evaluasi dari kegiatan klaim yang selama ini telah berjalan agar pada periode berikutnya penyebab dari gagal atau tertundanya klaim tersebut dapat diminimalisasi. Turunnya angka gagal atau tertundanya klaim pasien sendiri akan menguntungkan bagi pihak rumah sakit, karena biaya dari pengobatan pasien akan dibayarkan kepada pihak rumah sakit.

Terganggunya Pelayanan Pengobatan Pasien

Selain dampak pada proses penggantian biaya, dampak ketidakterediaan ini juga terkait dengan terganggunya pengobatan pasien karena pengobatan dan pelayanan pasien yang tidak berkesinambungan. Menurut Huffman (1994), rekam medis yang baik adalah memiliki data yang *continue* (berkesinambungan) sejak awal hingga akhir perawatan diberikan, maupun sejak pasien mendaftar pertama kali hingga pasien menjadi pasien inaktif. Tidak berkesinambungan riwayat kesehatan pasien, maka akan merugikan bagi kesehatan pasien karena dokter atau petugas kesehatan harus melakukan pengecekan ulang terhadap kondisi pasien.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian oleh Schilling (2010) mengenai hilangnya dokumen rekam medis di Rumah Sakit Anak Colorado Amerika Serikat, yang menyatakan bahwa dampak dari hilangnya rekam medis yaitu terdapat kerugian yang mempengaruhi kunjungan (64%), kepercayaan dokter dalam perawatan (33%), kepuasan pasien/keluarga (17%), dan keputusan disposisi (8%). Akibat lainnya dari pasien yang rekam medisnya

hilang yaitu pasien direkomendasikan untuk melakukan pengobatan tambahan (38%), studi ulang laboratorium (16%), dan pencitraan ulang (12%). Menurut dokter sebanyak 57% pasien yang rekam medisnya hilang, memberikan efek yang buruk pada keseluruhan perawatan.

Pasien Menunggu Lama untuk Melakukan Pelayanan di Poliklinik

Dampak lainnya dari ketidakterediaan dokumen rekam medis rawat jalan adalah pasien menunggu lama untuk melakukan pelayanan di poliklinik. Jika dokumen rekam medis pasien tidak terdapat pada raknya, maka petugas akan melakukan penelusuran terlebih dahulu mengenai riwayat kunjungan pasien sebelumnya, dan bahkan hingga melakukan penyisiran pada beberapa rak jika dicurigai dokumen tersebut mengalami salah simpan. Kegiatan penelusuran tersebut akan memakan waktu yang cukup lama, sehingga pasien juga harus bersabar menunggu demi membawa dokumen rekam medisnya yang terkadang menimbulkan keluhan dari pasien atau keluarga pasien.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Sulistia (2015) mengenai perkiraan kebutuhan tenaga kerja, yang menyatakan bahwa terdapat antrian di pelayanan pendaftaran rawat jalan yang diakibatkan oleh dokumen rekam medis yang dicari tidak ditemukan di rak.

SIMPULAN

1. Ketidakterediaan dokumen rekam medis berdasarkan jenis pembayaran, dapat diketahui bahwa jenis pembayaran tertinggi yang dokumen rekam medisnya tidak tersedia yaitu pasien dengan jenis pembayaran BPJS, sebesar 91%. Kejadian ini akan berpengaruh pada proses klaim meliputi penentuan kode dan tarif yang dibayarkan.
2. Ketidakterediaan dokumen rekam medis berdasarkan poliklinik, dapat diketahui bahwa ketidakterediaan dokumen rekam medis tertinggi adalah pasien yang sebelumnya berkunjung ke poliklinik penyakit dalam sebesar 27,3%. Dibalukannya dokumen rekam medis tersebut akan berpengaruh terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien sehingga mempengaruhi mutu pelayanan kepada pasien.

3. Ketidakterediaan dokumen rekam medis berdasarkan hari kunjungan, dapat diketahui bahwa ketidakterediaan dokumen rekam medis tertinggi adalah pasien yang sebelumnya berkunjung pada hari selasa, kamis dan jumat, masing-masing sebesar 22,7%. Sedangkan ketidakterediaan dokumen rekam medis tertinggi untuk kunjungan pasien saat ini adalah pasien yang berkunjung pada hari kamis sebesar 36,4%. Persamaan kehilangan pada hari kamis tersebut diakibatkan tingginya beban kerja dan akumulasi kelelahan dari hari-hari sebelumnya.
4. Sistem penyimpanan yang digunakan yaitu desentralisasi dan sistem penjenjagannya adalah desentralisasi. Untuk meningkatkan kualitas penyimpanan dan penjenjagan yang dilaksanakan sudah sesuai dengan prosedur yang berlaku di RSUD dr. Soekardjo.
5. Penyebab dan dampak dari ketidakterediaan dokumen rekam medis rawat jalan meliputi terbatasnya sumber daya manusia di bagian rawat jalan, kesalahan penyimpanan dokumen rekam medis, dokumen rekam medis yang dibawa oleh pasien, terbatasnya sarana dan prasarana di ruang rawat jalan, kesalahan penulisan nomor rekam medis, selain itu dampaknya adalah pembiayaan klaim kurang sesuai, hangusnya klaim untuk dokumen rekam medis yang tidak dapat ditemukan untuk proses klaim, tidak terdapatnya laporan klaim yang gagal atau tertunda, terganggunya pengobatan pasien, dan pasien menunggu lama untuk melakukan pelayanan di poliklinik. Sebagian besar penyebab tersebut diakibatkan belum terealisasinya permintaan terkait dengan sumber daya manusia dan sarana, sedangkan untuk dampaknya akan berimbas pada keuangan rumah sakit dan pengobatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, Nuni Nur, et al (2010). *Analisis Kebutuhan Tenaga Kerja Berdasarkan Beban Kerja Work Load Indicator Staff Need atau WISN Bagian TPPRJ RSUD Kabupaten Sragen*. Dalam Open Kournal System [Online]. Vol 5 No 1. Tersedia : <http://ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/rm/article/view/55> [2 Juni 2016].
- Anggara, Daru Cahyo, et al (2015). *Tinjauan Pelaksanaan Sistem Penjenjagan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di RSUD dr. Soekardjo Ken Saras Unggaran*. Dalam urnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia

- [Online]. Vol 3 No 1 halaman 103-108. Tersedia : <http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/76> [2 Juni 2016].
- Ardhitya, Tyas, et al (2015). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Melatarbelakangi penolakan klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSUD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. [Online]. Tersedia : http://eprints.dinus.ac.id/17385/1/jurnal_15985.pdf [11 Juni 2016].
- Astianto, Anggit, et al. (2014). *Pengaruh Stres Kerja dan Beban Kerja Terhadap Kinerja Karyawan PDAM Surabaya*. Dalam Jurnal Ilmu dan Riset Manajemen. Vol 3 No 7 halaman 1-17.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Prosedur Pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan*. [Online]. Tersedia: <http://www.bpjs-kesehatan.go.id> [14 Februari 2016].
- Budi, Savitri Citra. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergi Media.
- Burnett, Susan, et al. (2011). *Missing Clinical Information in NHS Hospital Outpatient Clinics: Prevalence, Cause and Effects on Patient Care*. Dalam BMC Health Services Research [Online]. Vol 11 halaman 1-7. Tersedia: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118108/>. [4 Februari 2016].
- Hatta, Gemala. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Huffman Edna K. (1994). *Health Information Management, Tenth Edition, Physicians' Record Company, Berwyn Illinois, AHIMA*.
- Indra (2015). *Mengapa Orang Paling Ingat Hari Senin dan Jumat*. [Online]. Tersedia: <http://www.feed.id/article/mengapa-orang-paling-ingat-hari-senin-dan-jumat-150918j.html> [2 Juni 2016].
- Keputusan menteri kesehatan No. 81 tahun 2014 tentang Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2008). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Jakarta: Persi
- Malonda, Taliana, et al. (2015). *Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano*. Dalam JIKMU. Vol 5 No 2b halaman 436-447.
- Nurmawati. (2010). *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 25 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG'S).
- Pujihastuti, Antik, et al (2014). *Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap*. Dalam Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia [Online]. Vol 3 No 1 halaman 60-64. Tersedia : <http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/viewFile/25/11> [2 Juni 2016].
- Ratnasari, Amik Novia, et al (2016). *Sistem Informasi Kesehatan Wilayah Kerja Puskesmas Umum Daerah Dr. Moewardi*. Dalam Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia [Online]. Vol 4 No 1. Tersedia : <http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/100> [2 Juni 2016].
- Saryono, Ari Setiawan. (2011). *Metodologi Penelitian Kebidanan DIII, DIV, S1 dan S2*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Schilling, Lisa, et al. (2010). *Prevalence and Impact of Missing Information at Pediatric Emergency and General Ambulatory Encounter*. Dalam *Applied Clinical Informatics*. [Online]. Vol 1 No 3 halaman 318-330. Tersedia : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631895/> [7 Maret 2016].
- Sulistya, Indra Ayu (2015). *Analisis Perkiraan Kebutuhan Tenaga Kerja Rekam Medis di TPPRJ dengan Metode WISN di Puskesmas Mojolabab Tahun 2013*. Dalam Indonesian Journal on Medical Science. Vol 2 No 1 halaman 1-6.
- Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Wahyuni, Tri. (2015). *Alasan Ilmiah Senin dan Jumat Lebih Populer dari Hari Lainnya*. [Online]. Tersedia: <http://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20150904073437-277-76576/alasan-ilmiah-senin-dan-jumat-lebih-populer-dari-hari-lainnya> [18 Februari 2016].

ANALISIS KETEPATAN KODE NEOPLASMA DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Edy Susanto¹, Sugiharto², Irmawati³

^{1,2,3}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang

Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang

E-mail: rmik@poltekkes-smg.ac.id

Abstract

The type of study is quantitative descriptive with cross sectional study. The population of this study are neoplasm patients in September-Desember 2015 about 429 patients, with the sample are 81 documents. The sample collected by Simple Random Sampling technique. In this study, data collected by observation and noted with check list. The accuracy of neoplasm code at Sultan Agung Hospital of Semarang is 0% accurate and 100 % inaccurate for morphological code. Then the neoplasm code is 48% accurate and 52 % inaccurate.

Keywords: Accuracy, Neoplasm Code, ICD 10

Abstrak

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah kasus neoplasma pasien rawat inap pada bulan September-Desember tahun 2015 sebanyak 429 kasus, dengan sampel yang didapat sejumlah 81 dokumen. Pengambilan sampel menggunakan Teknik *Simple Random Sampling*. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode observasi dan dicatat menggunakan *check list*. Data dianalisis secara deskriptif dan disajikan menggunakan tabel. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah kasus neoplasma di RSI Sultan Agung Semarang pada bulan Februari dan Maret Tahun 2016 adalah sebanyak 414 pasien. Tingkat Ketepatan kode neoplasma di RSI Sultan Agung Semarang 0% kode akurat dan 100% kode tidak akurat untuk kode morfologi. Kemudian untuk kode site sebesar 48% kode akurat dan 52% kode tidak akurat.

Kata Kunci: Ketepatan, Kode Neoplasma, ICD 10

PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam mendukung penyelenggaraan kesehatan yang baik dan bermutu, rumah sakit perlu menyelenggarakan rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Salah satu isi dari berkas rekam medis yaitu diagnosis. Diagnosis adalah identifikasi sifat-sifat penyakit atau kondisi atau membedakan satu penyakit atau kondisi dari yang lainnya. Diagnosis ditegakkan oleh dokter atau dokter

gigi yang memberikan pelayanan melalui pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lain yang dapat diklasifikasikan ke dalam satu atau beberapa kode penyakit sesuai dengan klasifikasi yang digunakan. Neoplasma adalah setiap pertumbuhan baru dan abnormal, khususnya ketika terjadi multiplikasi sel yang tidak terkontrol dan progresif (Dorland, 2015). Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada di dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset bidang kesehatan. Pemberian kode ini mengacu pada *International Classification of Disease and Related Health Problem, 10th Revision* (ICD 10) untuk diagnosis dan *International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification* (ICD 9 CM) untuk

- [Online]. Vol 3 No 1 halaman 103-108. Tersedia : <http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/76> [2 Juni 2016].
- Ardhitya, Tyas, et al (2015). *Hubungan Antara Kelengkapan Informasi dan Akurasi Informasi melatarbelakangi penolakan klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSUD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. [Online]. Tersedia : http://eprints.dinus.ac.id/17385/1/jurnal_15985.pdf [11 Juni 2016].
- Astianto, Anggit, et al. (2014). *Pengaruh Stres Kerja dan Beban Kerja Terhadap Kinerja Karyawan PDAM Surabaya*. Dalam Jurnal Ilmu dan Riset Manajemen. Vol 3 No 7 halaman 1-17.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Hubungan Antara Kelengkapan Informasi dan Akurasi Informasi Klaim BPJS Kesehatan*. [Online]. Tersedia: <http://www.bpjs-kesehatan.go.id> [14 Februari 2016].
- Budi, Savitri Citra. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergi Media.
- Burnett, Susan, et al. (2011). *Missing Clinical Information in NHS Hospital Outpatient Clinics: Prevalence, Cause and Effects on Patient Care*. Dalam BMC Health Services Research [Online]. Vol 11 halaman 1-7. Tersedia: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118108/>. [4 Februari 2016].
- Hatta, Gemala. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Huffman Edna K. (1994). *Health Information Management, Tenth Edition, Physicians' Record Company, Berwyn Illinois, AHIMA*.
- Indra (2015). *Mengapa Orang Paling Ingat Hari Senin dan Jumat*. [Online]. Tersedia: <http://www.feed.id/article/mengapa-orang-paling-ingat-hari-senin-dan-jumat-150918j.html> [2 Juni 2016].
- Keputusan menteri kesehatan No. 81 tahun 2014 tentang Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2008). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Jakarta: Persi
- Malonda, Taliana, et al. (2015). *Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano*. Dalam JIKMU. Vol 5 No 2b halaman 436-447.
- Nurmawati. (2010). *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 25 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG'S).
- Pujihastuti, Antik, et al (2014). *Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap*. Dalam Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia [Online]. Vol 3 No 1 halaman 60-64. Tersedia : <http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/viewFile/25/11> [2 Juni 2016].
- Ratnasari, Amik Novia, et al (2016). *Sistem Informasi Kesehatan Berbasis Geospasial di Puskesmas Umum Daerah Dr. Moewardi*. Dalam Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia [Online]. Vol 4 No 1. Tersedia : <http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/100> [2 Juni 2016].
- Saryono, Ari Setiawan. (2011). *Metodologi Penelitian Kebidanan DIII, DIV, S1 dan S2*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Schilling, Lisa, et al. (2010). *Prevalence and Impact of Missing Information at Pediatric Emergency and General Ambulatory Encounter*. Dalam *Applied Clinical Informatics*. [Online]. Vol 1 No 3 halaman 318-330. Tersedia : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631895/> [7 Maret 2016].
- Sulistya, Indra Ayu (2015). *Analisis Perkiraan Kebutuhan Tenaga Kerja Rekam Medis di TPPRJ dengan Metode WISN di Puskesmas Mojolabab Tahun 2013*. Dalam Indonesian Journal on Medical Science. Vol 2 No 1 halaman 1-6.
- Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Wahyuni, Tri. (2015). *Alasan Ilmiah Senin dan Jumat Lebih Populer dari Hari Lainnya*. [Online]. Tersedia: <http://www.cnnindonesia.com/gaya-hidup/20150904073437-277-76576/alasan-ilmiah-senin-dan-jumat-lebih-populer-dari-hari-lainnya/> [18 Februari 2016].

ANALISIS KEBUTUHAN PETUGAS PENDAFTARAN PASIEN BERDASARKAN METODE *WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED (WISN)* DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Warijan¹, Anton Kristijono², Sugiharto³

^{1,2,3}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang

J. Tirto Agung Pedalangan, Banyumanik, Semarang

Email : rmik@poltekkes-smg.ac.id

Abstract

RSI Sultan Agung Semarang memiliki 12 petugas pendaftaran pasien dengan rata-rata pasien rawat jalan per hari sejumlah 513 pasien rawat jalan, pasien rawat inap per hari sejumlah 53 pasien. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui kebutuhan petugas pendaftaran pasien berdasarkan metode WISN di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2016. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu teknik *accidental sampling*. Metode pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu observasi dan wawancara. Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa untuk melakukan kegiatan registrasi pasien baru rawat jalan membutuhkan waktu 7 menit, registrasi pasien lama rawat jalan membutuhkan waktu 3 menit, registrasi pasien dengan menggunakan asuransi membutuhkan waktu 4 menit, registrasi pasien per telepon membutuhkan waktu 3 menit dan admisi pasien membutuhkan waktu 12 menit. Hasil perhitungan dengan rumus WISN diketahui bahwa perlu adanya penambahan 1 orang petugas pendaftaran agar pelayanan dapat lebih efektif dan efisien.

Keyword: Labor needs analysis, WISN Method, outpatients dan inpatients registration

Abstrak

RSI Sultan Agung Semarang memiliki 12 petugas pendaftaran pasien dengan rata-rata pasien rawat jalan per hari sejumlah 513 pasien rawat jalan, pasien rawat inap per hari sejumlah 53 pasien. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui kebutuhan petugas pendaftaran pasien berdasarkan metode WISN di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2016. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu teknik *accidental sampling*. Metode pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu observasi dan wawancara. Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa untuk melakukan kegiatan registrasi pasien baru rawat jalan membutuhkan waktu 7 menit, registrasi pasien lama rawat jalan membutuhkan waktu 3 menit, registrasi pasien dengan menggunakan asuransi membutuhkan waktu 4 menit, registrasi pasien per telepon membutuhkan waktu 3 menit dan admisi pasien membutuhkan waktu 12 menit. Hasil perhitungan dengan rumus WISN diketahui bahwa perlu adanya penambahan 1 orang petugas pendaftaran agar pelayanan dapat lebih efektif dan efisien.

Kata kunci: Kebutuhan Tenaga Kerja, Metode WISN, Pendaftaran Pasien

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi yang menyelenggarakan pelayanan secara paripurna baik pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Fungsi utama rumah sakit yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif secara serasi dan terpadu dengan pelayanan preventif dan promotif. Untuk dapat menjalankan fungsinya dengan baik maka dibutuhkan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan pendidikan di bidang kesehatan. Tenaga kerja diperoleh melalui dua cara, yaitu

dan akuntabilitas pelaksanaan kegiatan atau pelayanan di setiap unit kerja rumah sakit.

Perekam medis dan informasi kesehatan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisan medis dimana tugas dari perekam medis dan informasi kesehatan yaitu mengelola data pasien menjadi informasi kesehatan yang berguna bagi pengambilan keputusan. Pengelolaan rekam medis yang baik membutuhkan tenaga kerja yang kompeten dalam bidang rekam medis dilihat dari segi kualitas maupun kuantitas. Kualitas tenaga kerja meliputi pengetahuan, keterampilan dan tingkat

pendidikan, sedangkan kuantitas adalah jumlah tenaga kerja yang ada harus sesuai dengan beban kerja. Beban kerja yang ada harus sesuai dengan beban kerja. Beban kerja yang ada harus sesuai dengan beban kerja. Beban kerja yang ada harus sesuai dengan beban kerja. Kesesuaian antara jumlah tenaga kerja dan beban kerja di suatu unit pelayanan. Salah satu metode untuk mengetahui kebutuhan tenaga kerja yaitu dengan menggunakan metode WISN dimana metode tersebut dapat menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga pada sarana kesehatan berdasarkan beban kerja, sehingga lokasi/relokasi akan lebih mudah dan rasional. RSI Sultan Agung Semarang memiliki 2 (dua) tempat pendaftaran pasien rawat jalan (TPPRJ) dan tempat pendaftaran pasien rawat inap (TPPRI) yang berada di gedung D dan gedung MCEB (*Multi Centre Excellences of Building*) dengan jumlah petugas yaitu 12 (dua belas) petugas pendaftaran pasien. Rata-rata jumlah pasien rawat jalan di RSI Sultan Agung Semarang setiap harinya mencapai 513 pasien dan rata-rata jumlah pasien rawat inap sebanyak 54 pasien. Selain itu terdapat petugas pelaporan yang turut membantu untuk melayani pendaftaran pasien rawat jalan selama satu hari penuh. Serta petugas pendaftaran pasien memiliki tugas untuk melakukan pemberian informasi kepada pasien. Tujuan penelitian ini adalah melakukan analisis kebutuhan petugas pendaftaran pasien berdasarkan metode Workload Indicator Staff Need (WISN) di RSI Sultan Agung Semarang.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu *accidental sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 108 pasien. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu metode observasi dan wawancara. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu checklist observasi, pedoman wawancara dan alat mekanik seperti stopwatch dan kalkulator. Analisis data yang digunakan yaitu analisis deskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Waktu kerja tersedia

Tabel 1 Waktu kerja tersedia petugas pendaftaran pasien di RSI Sultan Agung Semarang.

Faktor	Jumlah hari
Hari kerja efektif	312
Cuti tahunan	12

Pendidikan	3
Libur nasional	19
Kehadiran	0
Waktu kerja	6,7 jam/hari
WKT (waktu kerja tersedia)	111.765 menit/tahun

Waktu kerja petugas pendaftaran pasien selama 1 tahun yaitu 312 hari. Petugas mendapatkan waktu cuti tahunan yaitu 12 hari dalam satu tahun, hal ini sudah sesuai dengan UU Nomor 13 tahun 2003 pasal 79 ayat (2) yang menyatakan bahwa cuti tahunan sekurang-kurangnya 12 hari kerja setelah buruh atau pekerja yang bersangkutan bekerja selama 12 bulan berturut-turut. Hari libur dan cuti bersama di RSI Sultan Agung disesuaikan dengan keputusan bersama Menteri Agama, Menteri Ketenagakerjaan dan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 150 tahun 2015 yaitu selama 19 hari. Waktu kerja tersedia di RSI Sultan Agung Semarang berdasarkan prosedur tetap yang ada yaitu 40 jam/minggu hal ini sudah sesuai dengan Undang-undang Nomor 13 tahun 2003 pasal 77 ayat (2) yang menyebutkan bahwa karyawan bekerja 7 jam 1 hari dan 40 jam 1 minggu untuk 6 hari kerja dalam 1 minggu.

Uraian tugas dan kegiatan petugas pendaftaran pasien di RSI Sultan Agung Semarang

Uraian tugas petugas pendaftaran pasien rawat jalan yaitu melakukan wawancara, menginputkan data pasien, mencetakkan SEP, mencetakkan KIB, memberikan informasi pelayanan medis di rumah sakit, menyediakan formulir data pribadi pasien. Uraian tugas petugas pendaftaran pasien rawat inap yaitu melakukan wawancara, memasukkan data pasien ke dalam komputer, mencari kamar kosong, melakukan pencatatan di buku antrian, membuat laporan pasien rawat inap per hari, memberikan informasi biaya dan ruangan. Kegiatan yang dilakukan oleh petugas pendaftaran pasien rawat jalan yaitu menyiapkan formulir pasien baru, melakukan wawancara kepada pasien, menginputkan data pasien ke dalam komputer, mencetakkan KIB, mengarahkan pasien menuju poliklinik, mencetakkan SEP, memberikan informasi terkait pelayanan medis di rumah sakit. Kegiatan petugas pendaftaran pasien rawat inap yaitu menyiapkan formulir persetujuan rawat inap, wawancara pasien, mencari kamar kosong, menginputkan data ke dalam komputer, menerangkan informasi fasilitas,

biaya, tata tertib, mengarahkan pasien. Uraian tugas petugas pendaftaran pasien belum sesuai dengan uraian tugas yang ada di RSI Sultan Agung Semarang. Kegiatan yang dilakukan oleh petugas pendaftaran pasien untuk melakukan registrasi dan admisi pasien sudah sesuai dengan SPO.

Beban kerja petugas

Tabel 2 Distribusi waktu kegiatan petugas pendaftaran pasien di RSI Sultan Agung Semarang

No	Kegiatan	Waktu
1	Wawancara pasien.	1,6
2	Pengisian identitas pasien baru.	2,5
3	Input data pasien ke komputer.	1,6
4	Cetak KIB (pasien baru)	0,5
5	Cetak SEP (pasien asuransi)	0,5
6	Pengisian identitas pasien rawat inap di formulir persetujuan pasien rawat inap.	2
7	Mencarikan kamar kosong (pasien rawat inap)	2,5
8	Pemberian informasi tata tertib, harga dan fasilitas kamar.	3
9	Mengarahkan pasien menuju poli	0,5
10	Pemberian informasi kepada pasien.	1

Tabel 3 Beban kerja petugas pendaftaran pasien di RSI Sultan Agung Semarang

No	Kegiatan	Beban kerja
1	Registrasi pasien baru	15.965,1
2	Registrasi pasien lama	37.252
3	Registrasi pasien asuransi	27.939
4	Registrasi pasien telepon	37.252
5	Admisi pasien	9.313
6	Pemberian informasi	111.756

Kegiatan yang dilakukan oleh petugas pendaftaran pasien sudah sesuai dengan Standar Prosedur Operasional di RSI Sultan Agung. Kegiatan yang dilakukan yaitu registrasi pasien baru rawat jalan, registrasi pasien lama rawat jalan, registrasi pasien dengan asuransi, registrasi pasien per telepon dan admisi pasien serta pemberian informasi kepada pasien. Terdapat beberapa kegiatan registrasi maupun admisi yang memerlukan waktu lama di antaranya yaitu pengisian identitas pasien baru dan pemberian informasi tata tertib, harga dan fasilitas kamar dengan

masing-masing kegiatan memerlukan waktu 2,5 menit dan 3 menit.

Kelonggaran petugas

Tabel 4 Standar kelonggaran petugas pendaftaran pasien di RSI Sultan Agung Semarang

No	Faktor	Kelonggaran
1	Rapat	0,01
2	Lainnya	0,15
Total		0,16

Standar kelonggaran di RSI Sultan Agung sebesar 0,16526 dengan faktor kelonggaran di RSI Sultan Agung Semarang yaitu rapat dan lain-lain yang meliputi istirahat, makan, ibadah. Kegiatan rapat memerlukan waktu 2,5 jam sudah sesuai dengan Petunjuk Teknis Penyusunan Kebutuhan SDM di Lingkungan Kementerian Kesehatan, kegiatan ibadah sudah sesuai dengan UU Nomor 13 tahun 2003.

Kebutuhan petugas

Tabel 5 Perhitungan kebutuhan petugas pendaftaran pasien di RSI Sultan Agung Semarang

No	Kegiatan	Kebutuhan
1	Registrasi pasien baru	1,8
2	Registrasi pasien lama	3,5
3	Registrasi pasien asuransi	3,8
4	Registrasi pasien telepon	0,3
5	Admisi pasien	2,0
6	Pemberian informasi	1,4
Kebutuhan		13,1
Kelonggaran		0,16
Total Kebutuhan		13

Diketahui perhitungan kebutuhan petugas pendaftaran pasien dengan menggunakan metode *Workload Indicators Staff Need (WISN)* didapatkan total kebutuhan petugas sejumlah 13 orang. Di RSI Sultan Agung jumlah petugas pendaftaran pasien sebanyak 12 orang dengan prosentase sebesar 92,3%. Jumlah petugas pendaftaran pasien di RSI Sultan Agung hampir sesuai dengan hasil perhitungan kebutuhan petugas pendaftaran pasien berdasarkan metode WISN. Dibutuhkan penambahan petugas pendaftaran pasien rawat jalan sebanyak 1 orang sehingga pekerjaan dapat dikerjakan secara efektif

KESIMPULAN

Hasil perhitungan kebutuhan petugas pendaftaran pasien rawat jalan di RSI Sultan Agung Semarang berdasarkan metode WISN sebanyak 13 petugas, sedangkan di RSI Sultan Agung Semarang memiliki 12 petugas. Jumlah tersebut hampir sesuai dengan hasil perhitungan dengan metode WISN, sehingga rumah sakit perlu menambahkan 1 petugas

DOI: <https://doi.org/10.24127/jmik.v5i1.11111>

DAFTAR PUSTAKA

Budi, S.C. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta : Quantum Sinergis Medis

DepKes RI. 2010. *Petunjuk Teknis Penyusunan Kebutuhan SDM Kesehatan di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta : DepKes RI.

DepKes RI. 2012. *WISN Toolkit* (online). <http://www.gizi.kia.depkes.go.id/sekretariat/wisn-toolkit/> diakses tanggal 5 Maret 2016

Nazir, M. (2005). *Metode Penelitian*. Ciawi-Bogor: Ghalia Indonesia.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Republik Indonesia. 2004. KepMenKes No. 81/MENKES/SK/1/2004 *tentang Pedoman Penyusunan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit*. Jakarta : Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. 2008. PerMenKes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 *tentang Rekam Medis*. Jakarta : Sekretariat Negara.

Republik Indonesia. 2013. PerMenPan No. 30 tahun 2013 *tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun 2013*. Jakarta : Sekretariat Negara.

Platform Informatika Kesehatan Masyarakat dalam Kasus COVID-19 di Bali

I Nyoman Mahayasa Adiputra¹, Viktorinus Alfred Saptono Mulana², Putu Ika Farmani³

^{1,2,3}Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, FIIK, Universitas Bali Internasional

E-mail: ¹mahayasaadiputra@iikmpbali.ac.id, ²alfredsaptiono@iikmpbali.ac.id,

³ikafarmani@iikmpbali.ac.id

Abstract

The COVID-19 pandemic has become a global problem. Bali as a world tourism destination is extremely cautious about the COVID-19's transmission rapidity. The synergy between public health studies and information technology in public health informatics field can be trusted to be effective and efficient in increasing the speed of transmission of COVID-19. Our research aims providing integrated information about COVID-19 from all districts in Bali to the general public with the aim of increasing citizenship and making reading data easier. The software development method in this research is the development of a platform consisting of web sites, using the rapid development method, which is developing a digital platform rapidly, with brief time, limited team members but clear project's scope i.e. integrating COVID-19's data. The results of this study are platforms that form websites that can be accessed online at www.balisiagacorona.com. The Website consists of Dashboard Pages, Analytic Pages and Contact Pages. Public health informatics can contribute to the increased rate of transmission of COVID-19. One form of development is a digital platform using website technology. This research takes the case of COVID-19 in Bali, data is taken from the most reliable sources, namely the official website of the government in the province of Bali in the management of COVID-19.

Keywords: COVID-19's Information; Health Information Management; Public Health Informatics

Abstrak

Pandemi COVID-19 telah menjadi masalah global dunia. Bali sebagai destinasi wisata dunia pun terkena dampak yang cukup memprihatinkan oleh karena laju penularan yang demikian cepat. Sinergi antara kajian kesehatan masyarakat dan teknologi informasi dalam informatika kesehatan masyarakat niscaya dapat berperan efektif dan efisien dalam mengerem laju penularan COVID-19. Penelitian kami bertujuan untuk memberikan informasi terkait COVID-19 yang terintegrasi dari seluruh kabupaten di Bali kepada masyarakat umum dengan tujuan untuk peningkatan kewaspadaan serta kemudahan dalam membaca data. Metode pengembangan perangkat lunak dalam penelitian ini adalah pengembangan *platform* berupa *website*, menggunakan metode *rapid development* dimana metode ini merupakan pengembangan yang dapat menyelesaikan *platform* dalam waktu singkat dengan tim yang sedikit, dengan *project scope* yang sudah jelas yaitu menggabungkan data – data COVID-19. Hasil penelitian ini adalah *platform* berbentuk situs *web* yang dapat diakses online di www.balisiagacorona.com. Situs *Web* terdiri dari Halaman *Dashboard*, Halaman Analitik dan Halaman Kontak. Informatika kesehatan masyarakat dapat berkontribusi memperlambat laju penularan COVID-19. Salah satu bentuk pengembangannya adalah *platform* digital dengan menggunakan teknologi *website*. Penelitian ini mengambil kasus COVID-19 di Bali, data diambil dari sumber - sumber terpercaya yaitu *website* resmi pemerintah di lingkungan Provinsi Bali dalam penanganan COVID-19.

Kata Kunci: Informasi COVID-19; Informatika Kesehatan Masyarakat; Manajemen Informasi Kesehatan

PENDAHULUAN

Pandemi COVID-19 telah menjadi masalah global darurat. Semua orang di dunia, berjuang mengatasi penyebaran COVID-19 yang terus berkembang

secara eksponensial (The Jakarta Post, 2020). Berdasarkan data dari Johns Hopkins CSSE dan WHO, hingga artikel ini ditulis, ada lebih dari 200 negara terkena COVID-19, dan lebih dari 724.000 orang terinfeksi, dengan 34.026 korban meninggal

(Johns Hopkins University, 2020; World Health Organization, 2020). Seperti wabah lainnya, aspek kesehatan masyarakat dari pandemi COVID-19 penting untuk dicatat. Menurut Friede et al, intervensi kesehatan masyarakat terhadap wabah penyakit meliputi pencegahan, rantai sebab akibat, dan intervensi populasi juga tingkat lingkungan (Friede et al., 1995). Seiring kemajuan teknologi informasi yang pesat, sektor kesehatan publik telah memasuki fase baru dalam praktiknya. Sinergi antara penggunaan teknologi informasi dan bidang kesehatan masyarakat melahirkan bidang baru yaitu informatika kesehatan masyarakat. Informatika kesehatan masyarakat dapat memainkan peran utama dalam menanggapi pandemi COVID-19. Binti Hamzah et al. melakukan penelitian untuk melacak pasien korona dengan aplikasi online bernama CoronaTracker. Aplikasi ini dapat memberikan informasi yang dapat dipercaya terkait dengan COVID-19 dan fitur statistik untuk kebutuhan analisis data. Aplikasi ini dikembangkan dengan tujuan utama memprediksi dan memperkirakan tingkat kejadian COVID-19, tingkat kematian rata-rata dan tingkat pemulihan berdasarkan pemodelan prediktif (Binti Hamzah et al., 2020).

Bentuk lain dari kontribusi informatika kesehatan masyarakat dalam penanganan pandemi COVID-19 adalah platform *telemedicine* dan *telecare*. Cakupan *telemedicine* dan *telecare* sangat luas, yakni mampu melayani OTG COVID-19 melalui perawatan rumah (*homecare*) dan layanan rujukan (*follow-up health services*), kemudian mampu menjangkau ODP COVID-19 dengan pelayanan kesehatan spesialistik dan rujukannya serta mampu pula menjangkau PDP karantina mandiri yang memiliki keterbatasan akses ke fasilitas pelayanan Kesehatan. Negara-negara terdampak COVID-19, juga telah menggunakan beragam *platform telemedicine* sebagai bagian dari strategi penanggulangan COVID-19. Seperti Korea Selatan, memanfaatkan data media sosial untuk mengumpulkan indikator/data *Telemedical* yang berguna untuk riwayat profil pasien dan menghasilkan petunjuk otomatis untuk masyarakat (Okerefor et al., n.d.; Dailystar, 2020). Dengan data ini, sekiranya bisa dilakukan *surveillance* dan pelacakan terhadap PDP COVID-19 beserta kontakannya dalam media sosial sehingga bisa dilakukan intervensi seperti karantina mandiri maupun karantina wilayah. Inggris, Amerika dan Cina memakai moda *video conferencing* dan *robotic home care* untuk menanggulangi PDP COVID-19 (Okerefor et al., n.d.).

Platform mHealth, juga menjadi pilihan negara-negara terdampak COVID-19 dalam proses mitigasi wabahnya. Bersama *telemedicine*, *mHealth berperan to manage healthcare operations, share medical data, analyse health-related information and improve overall patient experience* (Wu et al., 2018). Selain itu, *platform mHealth* juga bisa bermanfaat untuk menjaga kesehatan mental masyarakat pada masa pandemi COVID-19. Seperti diketahui, kesehatan mental berpengaruh besar terhadap kekuatan sistem kekebalan tubuh kita saat menghadapi serangan patogen, di mana kesehatan mental yang baik berpengaruh positif terhadap kekebalan tubuh kita (Sherwood, 2015). Salah satu contoh layanan kesehatan mental yang bisa diintegrasikan dalam mitigasi wabah COVID-19 adalah konsultasi daring (Ruzek & Yeager, 2017), kemudian layanan manajemen emosi mandiri *self-care* (Kuhn et al., 2018). Pemanfaatan platform informatika kesehatan masyarakat akan sangat membantu mitigasi pandemic COVID-19 secara komprehensif mulai dari sisi medis-biologis hingga kesehatan jiwa (Jarynowski et al., 2020).

Bali sebagai tujuan wisata dunia sangat berhati-hati dengan kecepatan transmisi COVID-19. Oleh karena itu, Bali sangat membutuhkan platform informatika kesehatan masyarakat terpadu yang dapat mengerem laju transmisi COVID-19 secara efektif dan efisien sehingga dampaknya tidak menghancurkan aspek kehidupan masyarakat Bali terutama bidang pariwisata dan ekonomi.

Balisiagacorona.com merupakan platform informatika kesehatan masyarakat berbasis online yang penulis rancang sebagai bentuk partisipasi dalam penanggulangan COVID-19 di pulau Bali. Purwarupa *platform* ini, telah penulis rintis tanggal 24 maret 2020 Adapun fitur pada purwarupa kami adalah kemampuan menampilkan berita COVID-19 terkini dari media-media kredibel dan juga dashboard penderita COVID-19 yang positif, yang meninggal dan yang berhasil sembuh. Selain itu, platform ini juga mampu menampilkan visualisasi data statistik CFR (*Case Fatality Rate*) dan *Recovery Rate patient covid-19* per kabupaten di pulau Bali.

Penelitian kami bertujuan untuk memberikan informasi terkait data covid-19 yang terintegrasi dari seluruh kabupaten di Bali kepada masyarakat umum dengan tujuan untuk peningkatan kewapadaan serta kemudahan dalam membaca data. *Platform* Balisiagacorona.com juga dapat

dimanfaatkan sebagai rujukan pengambilan keputusan dalam intervensi COVID-19 berbasis kesehatan masyarakat yakni terkait intervensi rantai penyebab (*causal chains*) dan intervensi terkait pencegahan.

METODE

Desain penelitian ini adalah deskriptif *longitudinal* menggunakan data sekunder tentang COVID 19 kasus yang dilaporkan di Provinsi Bali seperti yang ditunjukkan pada tabel 1 di bawah ini.

Tabel 1. Sumber Data Sekunder Kasus Covid-19 di Bali

Kabupaten/ Kota	Sumber Data
Denpasar	https://safecity.denpasarkota.go.id/id/covid19
Gianyar	https://covid19.gianyarkab.go.id/peta
Badung	https://covid19.badungkab.go.id/pemantauan-covid
Karangasem	http://infocorona.karangasembk.go.id/
Klungkung	https://covid19.klungkungkab.go.id/
Tabanan	https://infocorona.tabanankab.go.id/
Jembrana	https://covid19.jembranakab.go.id/
Bangli	https://covid19.banglikab.go.id/
Buleleng	http://infocovid19.bulelengkab.go.id/

Data kasus COVID yang dikumpulkan terdiri dari kasus konfirmasi positif, pasien sembuh, dan meninggal dari setiap kabupaten di Provinsi Bali. Definisi operasional kasus COVID-19 dalam penelitian ini didasarkan pada Pedoman Pencegahan dan Kontrol untuk Penyakit Virus Corona (COVID-19) di Indonesia (Kementerian kesehatan Republik Indonesia, 2020), ditunjukkan pada tabel 2 di bawah ini.

Tabel 2. Definisi Operasional Kasus Covid-19 di Indonesia

Kasus	Definisi Operasional
Orang Tanpa Gejala (OTG)	<ul style="list-style-type: none"> Seseorang yang tidak bergejala dan memiliki risiko tertular dari orang konfirmasi COVID-19. Orang tanpa gejala (OTG) merupakan kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19.

Kasus	Definisi Operasional
	<ul style="list-style-type: none"> Kontak Erat adalah seseorang yang melakukan kontak fisik atau berada dalam ruangan atau berkunjung (dalam radius 1 meter dengan kasus pasien dalam pengawasan atau konfirmasi) dalam 2 hari sebelum kasus timbul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus timbul gejala.
Orang Dalam Pemantauan (ODP)	<ul style="list-style-type: none"> Orang yang mengalami demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; atau gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal. Orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.
Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	<ul style="list-style-type: none"> Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yaitu demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/sesak nafas/sakit tenggorokan/pilek/pneumonia ringan hingga berat DAN tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal. Orang dengan demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam atau ISPA dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.

Kasus	Definisi Operasional
	<ul style="list-style-type: none"> Orang dengan ISPA berat/ pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.
Kasus konfirmasi positif	Pasien yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil pemeriksaan tes positif melalui pemeriksaan PCR.
Meninggal	Sejumlah kasus yang dikonfirmasi COVID-19 yang dilaporkan meninggal.

Pengumpulan data dilakukan dengan merekapitulasi kasus COVID-19 harian dari halaman web terkait setiap hari pada pukul 18:00 WITA. Data yang dikumpulkan diproses dan kemudian dianalisis untuk menghitung angka kesembuhan dan angka kematian. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel (data kasus per kecamatan di setiap kabupaten/kota), grafik garis (kasus yang dikonfirmasi setiap hari, meninggal, dan kasus sembuh per kecamatan di setiap kabupaten/kota), dan grafik batang (laporan kasus baru per hari di setiap kecamatan dan kabupaten/kota).

Pengembangan perangkat lunak dalam penelitian menggunakan metode rapid development dimana metode ini merupakan metode pengembangan yang dapat menyelesaikan platform dalam waktu singkat dengan tim yang sedikit, dengan project scope yang sudah jelas yaitu menggabungkan data – data covid-19 pada setiap kabupaten dan memberikan halaman analisis untuk memperkuat informasi yang disajikan. Dalam penelitian ini pengembangan website menggunakan 1 orang engineer, 4 orang dalam pengumpulan data covid-19 dan 2 orang pengumpulan data berita.

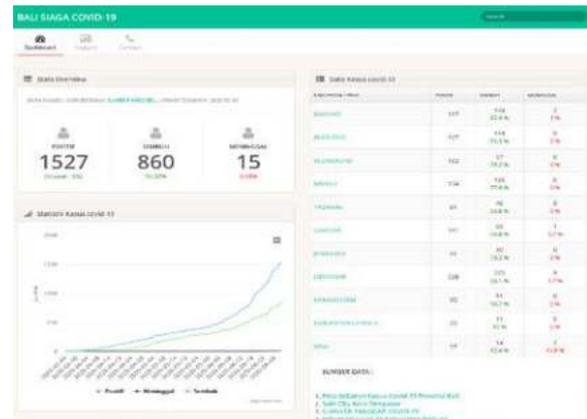
HASIL

Hasil dari penelitian ini adalah sebuah platform berupa website yang dapat diakses secara online dengan alamat www.balisiagacorona.com. Platform ini dapat digunakan sebagai salah satu sarana informasi terkait data kasus covid-19 di Bali. Informasi ditampilkan dalam bentuk angka, grafik, video dan berita, publik dapat memanfaatkan informasi yang ditampilkan untuk meningkatkan kewaspadaan juga sebagai rujukan data yang dapat dipercaya. Platform ini terbagi menjadi 3 halaman

yang masing – masing akan dijabarkan sebagai berikut

Halaman Dashboard

Halaman dashboard merupakan halaman utama yang terdapat informasi umum terkait data covid-19 di seluruh Bali, dimulai dari kasus positif, sembuh dan meninggal disertai dengan recovery rate dan fatality rate pada setiap harinya yang dapat dilihat pada gambar dibawah ini



Gambar 1. Halaman Dashboard (1)

Dalam Gambar 1 disebelah kanan website menampilkan informasi keseluruhan data kasus covid-19 untuk semua kabupaten termasuk WNA atau Warga Negara Asing. Data yang ditampilkan adalah kasus Positif, sembuh, meninggal. Pada setiap kabupaten terdapat link yang menuju ke halaman analytic untuk kabupaten yang dipilih.

Pada Gambar 1 juga menampilkan grafik dari perkembangan kasus covid-19 dengan status positif, sembuh dan meninggal pada setiap harinya. Grafik tersebut dapat memberikan informasi bagaimana perkembangan situasi kasus covid-19 di Bali secara menyeluruh.



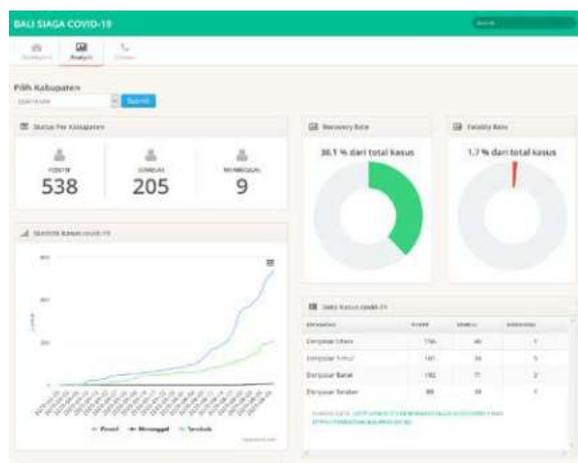
Gambar 2. Halaman Dashboard (2)

Gambar 2 menunjukkan fitur lain dalam halaman dashboard, pertama pada sebelah kiri terdapat grafik batang dengan data kasus covid-19 pada status positif dengan perbandingan pada setiap kabupaten. Dengan informasi tersebut *public* dapat melihat bagaimana persebaran kasus covid-19 dalam status positif di setiap kabupatennya.

Pada gambar 2 di bagian sebelah kanan menampilkan informasi berupa video dari kanal youtube resmi Pemerintah Provinsi Bali dan berita – berita terkait covid-19 di Bali dengan berbagai sumber.

Halaman *Analytic*

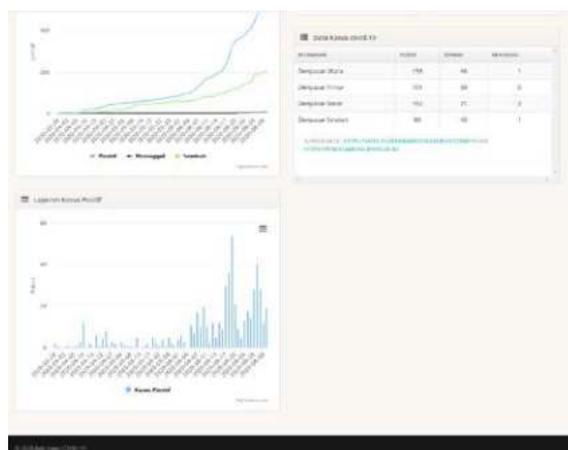
Halaman *analytic* merupakan rincian dari data covid-19 per kabupaten yang dipilih jika tidak memilih kabupaten/kota, halaman *analytic* akan menampilkan *analytic* Kota Denpasar secara *default* dan pengguna dapat memilih kabupaten lain jika ingin melihat informasi pada kabupaten lainnya.



Gambar 3. Halaman *Analytic* (1)

Gambar 3 menunjukkan fitur dari halaman *analytic* yaitu dari sisi sebelah kiri data dari status positif, sembuh, meninggal pada masing – masing kabupaten/kota di sebelah kanan terdapat persentase dari *recovery rate* dan *fatality rate* dengan melihat angka sembuh, angka meninggal dan total kasus dari kabupaten/kota.

Pada bagian kiri bawah terdapat grafik yang menunjukkan *statistic* kasus covid-19 dalam status positif, sembuh dan meninggal pada kabupaten yang dipilih.



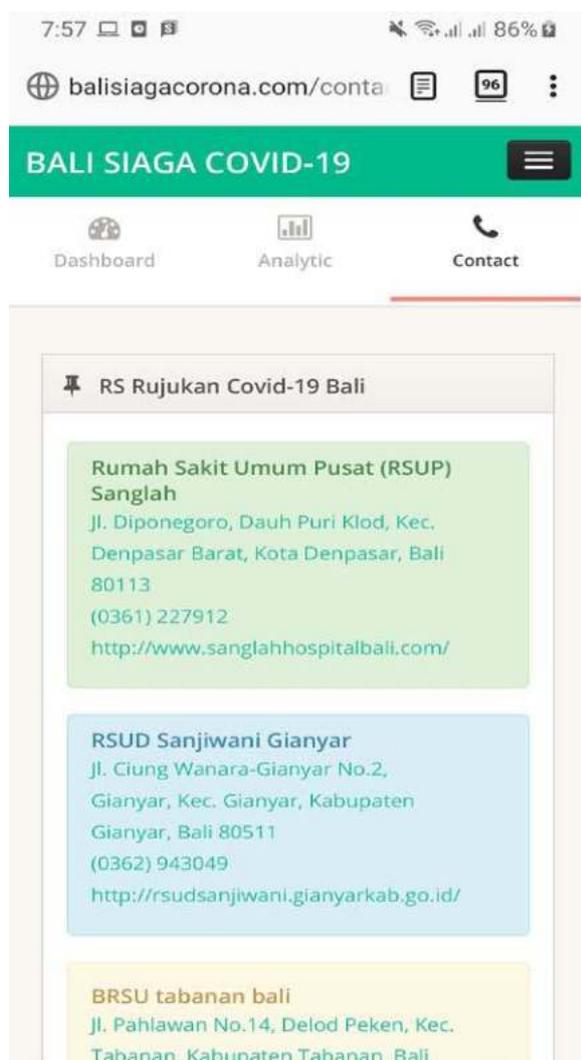
Gambar 4. Halaman *Analytic* (2)

Pada Gambar 4 di sebelah kanan terdapat laporan penambahan kasus positif harian dalam bentuk grafik, pada grafik ini *public* dapat melihat bagaimana angka penambahan dari kasus positif pada setiap kabupaten dalam setiap harinya.

Halaman Kontak

Halaman kontak memiliki fitur informasi kontak – kontak dari Rumah Sakit Rujukan covid-19 di Bali, dengan fitur pengguna dapat langsung mengarah ke google maps pada rumah yang tuju, menelpon rumah sakit dan melihat website rumah sakit

Fitur lain yaitu *hotline* dari provinsi bali dan masing – masing kabupaten yang dapat langsung mengarah ke handphone untuk melakukan *call action*.



Gambar 5. Halaman Kontak

Dari hasil implementasi pengembangan *website* sebagai *platform* informatika kesehatan untuk kasus covid-19 di Bali pada penelitian ini, masyarakat dapat melihat data secara langsung, mudah dan cepat. Informasi yang ditampilkan memiliki fitur untuk melihat detail kasus di setiap kabupaten. Dari sisi lain untuk kebutuhan pemerintah, informasi pada *platform* ini dapat digunakan sebagai acuan dalam pengambilan keputusan karena memiliki halaman analitik yang dapat menampilkan data kasus covid-19 dari berbagai sisi. Dari sisi kebutuhan penelitian banyak pengembangan yang dapat dilakukan pada *platform* ini antara lain sentiment analisis pada berita untuk mengetahui bagaimana analisis berita terkait kasus covid-19 di Bali dan realita di lapangan. Pengembangan model sistem informasi geografis pada kasus covid-19 untuk seluruh kecamatan di kabupaten yang ada di Bali.

Analisis dalam data *science* seperti *cluster* data, dan prediksi kasus yang sangat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas dan kesadaran terhadap permasalahan kesehatan masyarakat.

PEMBAHASAN

Seperti yang kita semua tahu, penetrasi infrastruktur teknologi informasi dan akses internet telah meningkat pesat dalam dekade terakhir (ITU (*International Telecommunications Union*), 2018; Hernández-García & Giménez-Júlvez, 2020). 53,1% orang dewasa mencatat informasi kesehatan melalui internet (Din *et al.*, 2019). Dengan kondisi ini, *platform* situs *web* memiliki potensi yang baik dalam membantu meningkatkan perilaku hidup sehat dan pengambilan keputusan terkait kesehatan. Dalam konteks pandemi COVID-19, orang ingin tahu apa yang bisa dilakukan untuk mencegah dan mengobati penyakit ini karena tidak ada vaksin atau pengobatan antivirus khusus, penerapan langkah-langkah pencegahan sangat penting (Gesser-Edelsburg *et al.*, 2018). Selain itu, *platform* situs *web* juga lebih akrab dengan pengguna.

Tantangan nyata dalam proses pengembangan *platform* informatika kesehatan masyarakat berbasis situs *web* adalah kemampuan pengembang untuk menjamin kredibilitas informasi yang disajikan. Situs *web* yang kredibel akan sangat membantu meningkatkan keakuratan proses pengambilan keputusan, sehingga pengguna dapat bertindak secara konstruktif dalam merespons pandemi COVID-19. Konstruktif terkait dengan peningkatan pengetahuan yang mengarah pada peningkatan tingkat kewaspadaan. Meningkatkan tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat, akan sangat berguna dalam menekan laju transmisi COVID-19 dan kurva kurva (LIANG, 2020). Penulis menjamin kredibilitas informasi dalam *platform* balisiagacorona.com ini dengan memasukkan sumber data asli yang diambil, yaitu dari sumber data pemerintah daerah masing-masing kabupaten di Bali.

Kepercayaan pengguna situs *web* terutama dibangun dari hal-hal yang subjektif seperti desain situs *web* (pilihan warna, grafik, kemudahan penggunaan) daripada hal-hal yang obyektif dan logis seperti kerajinan tangan yang baik (akses yang lancar dan tautan langsung) dan pencantuman referensi (Robertson-Lang *et al.*, 2011). Jadi, ke depan, fokus penulis adalah untuk meningkatkan tampilan

platform kami sehingga kepercayaan pengguna dapat meningkat. Tantangan lain dalam menyajikan data melalui platform situs *web* adalah dalam hal literasi informasi dan kesehatan yang dimiliki oleh masyarakat. Rendahnya literasi informasi, akan mempengaruhi proses pencarian, mempertanyakan dan menganalisis data dan informasi yang disajikan (Coiera, 2015).

Hambatan dalam proses pencarian dan tanya jawab, seringkali karena pengguna tidak tahu persis kata atau terminologi pencarian. Terminologi pencarian yang tidak tepat akan menghasilkan informasi yang kurang dimanfaatkan sehingga data tidak dapat dibaca dan ditafsirkan dengan benar (Tu & Cohen, 2008) Penafsiran data yang buruk akan mengurangi tingkat pengetahuan, tingkat kesadaran, dan efektivitas proses pengambilan keputusan dari pengguna terkait (Wetter, 2016) dan pada akhirnya akan mempengaruhi literasi kesehatan pengguna COVID-19 (Jensen *et al.*, 2010). Coiera membahas efektivitas dan efisiensi proses komunikasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu agen pengirim, struktur pesan yang disampaikan, media/saluran pesan, dan penerima pesan (Coiera, 2015). Sebagai salah satu media komunikasi, *platform* balisiagacorona.com berusaha memenuhi kriteria ini agar tujuan peningkatan kesadaran dan kesadaran masyarakat Bali terhadap COVID-19 dapat tercapai.

Penulis sebagai penyedia layanan data dan informasi COVID-19, berusaha membuat struktur penyampaian pesan yang mudah ditangkap oleh masyarakat umum. Halaman *Dashboard* berisi informasi umum COVID-19 dari seluruh Bali merangkumnya menjadi satu unit yang lengkap, akurat, mudah dibaca dan ditafsirkan oleh masyarakat umum. Kemudahan membaca dan menafsirkan data dan informasi ini diharapkan dapat meningkatkan tingkat kesadaran publik dan kesadaran COVID-19. Peningkatan kewaspadaan diharapkan untuk merangsang perilaku konstruktif orang Bali untuk secara aktif berpartisipasi dalam manajemen penyakit (Genz *et al.*, 2012) (dalam kaitannya dengan COVID-19). Namun, studi evaluasi lebih lanjut perlu dilakukan, apakah keberadaan *platform* balisiagacorona.com benar-benar dapat meningkatkan tingkat pengetahuan COVID-19, kemudian meningkatkan proses pemikiran dan tingkat kesadaran masyarakat Bali (Wetter, 2016).

Balisiagacorona.com menyediakan halaman analitik yang terdiri dari rincian data covid-19 per kabupaten terpilih jika Anda tidak memilih kabupaten/kota, halaman analitik akan menampilkan analitik Kota Denpasar secara *default* dan pengguna dapat memilih kabupaten lain jika mereka ingin melihat informasi tentang kabupaten lain. Selain itu, diagram *pie* dari CFR dan Tingkat Pemulihan COVID-19 per kabupaten di Bali juga disajikan. Visualisasi data menggunakan diagram lingkaran didasarkan pada sifat data yang diberikan, yaitu statis dan bukan waktu nyata (Chen *et al.*, 2008). Keberadaan halaman analitik ini sendiri dapat digunakan oleh masyarakat umum dan pihak lain untuk menentukan kebijakan konstruktif yang mengarah pada menghindari risiko penularan COVID-19.

Angka CFR dan Tingkat Pemulihan COVID-19 dapat digunakan sebagai dasar untuk mengevaluasi apakah tindakan pencegahan yang telah dilakukan efektif dan efisien, perlu ditingkatkan atau bahkan sia-sia. Oleh karena itu, berdasarkan CFR dan COVID-19, pengambilan keputusan akan konstruktif dan lebih efektif (Friedman, 2009).

Halaman kontak di *platform* kami, sebagai media informasi tambahan, jika pengguna memutuskan untuk hanya berkonsultasi jarak jauh (*telemedicine*) untuk mencari bantuan darurat. Halaman ini dibuat se informatif mungkin, membuatnya mudah bagi masyarakat umum untuk membaca. Kami telah merancang halaman kontak ini untuk dikembangkan menjadi layanan *telemedicine* lengkap sehingga *platform* balisiagacorona.com menjadi layanan informatika kesehatan masyarakat yang komprehensif. Layanan *telemedicine* memainkan peran penting dalam penanggulangan COVID-19 di beberapa negara yang terpajan COVID-19. Peran utama *telemedis* dalam pencegahan COVID-19 adalah meminimalkan kontak langsung antara pusat kesehatan dan pasien. Selain itu, *telemedicine* juga dapat diterapkan di hampir semua pengaturan perawatan kesehatan seperti layanan akut, situasi pasca-akut dan darurat, di samping metode pemberian layanan konvensional (Smith *et al.*, 2020).

SIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah informatika kesehatan masyarakat dapat dikembangkan dalam *platform* digital, salah satunya dengan

menggunakan teknologi situs *web*. Dalam penelitian ini mengambil kasus covid-19 di Bali, data diambil dari sumber yang paling dapat diandalkan, yaitu situs web resmi pemerintah di provinsi Bali dalam menangani covid-19.

Terdapat 3 halaman utama dengan berbagai fitur dalam penelitian ini, yang pertama adalah halaman *dashboard*, di mana data - data covid-19 dirangkum dalam satu unit dan menjadi informasi yang lengkap dan akurat untuk masyarakat. Halaman kedua adalah halaman analisis di mana publik dapat melihat detail dari setiap data di distrik dalam bentuk grafik dan angka untuk membuatnya lebih mudah untuk membaca data. Halaman ketiga adalah halaman kontak, pada halaman ini publik dapat melihat rumah sakit rujukan covid-19 di Bali dan memanfaatkan peta google dan fitur telepon yang disediakan untuk menghubungi atau pergi ke rumah sakit yang dituju.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian kesehatan Republik Indonesia (2020) *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19) Revisi ke-4*Jakarta
- Data Sebaran Kasus Covid-19 di Bali (2020) *Pemerintah Provinsi Bali*. Available at: <http://www.pendataan.baliprov.go.id> (Accessed: 27 April 2020).
- Gianyar Tanggap Covid-19 (2020) *Pemerintah kabupaten Gianyar*. Available at: <https://covid19.gianyarkab.go.id/peta> (Accessed: 27 April 2020).
- Informasi Covid-19 kabupaten Badung (2020) *Pemerintah Kabupaten Badung*. Available at: <https://covid19.badungkab.go.id/pemantauan-covid> (Accessed: 27 April 2020).
- Karangasem Tanggap Covid-19 (2020) *Pemerintah Kabupaten Karangasem*. Available at: <http://infocorona.karangasemkab.go.id/> (Accessed: 27 April 2020).
- Informasi & Siaga Covid-19 Klungkung (2020) *Pemerintah Kabupaten Klungkung*. Available at: <https://covid19.klungkungkab.go.id/> (Accessed: 27 April 2020).
- Info Corona Kabupaten Tabanan (2020) *Pemerintah Kabupaten Tabanan*. Available at: <https://infocorona.tabanankab.go.id> (Accessed: 27 April 2020).
- Jembrana Tanggap Covid-19 (2020) *Pemerintah kabupaten Jembrana*. Available at: <https://covid19.jembranakab.go.id/> (Accessed: 27 April 2020).
- Pusat informasi Covid-19 kabupaten Bangli (2020) *Pemerintah Kabupaten bangli*. Available at: <https://covid19.banglikab.go.id/> (Accessed: 27 April 2020).
- Pemerintah Kabupaten Buleleng Tanggap Covid-19 (2020) *Pemerintah Kabupaten Buleleng*. Available at: <http://infocovid19.bulelengkab.go.id/> (Accessed: 27 April 2020).
- Binti Hamzah, F., Lau, C., Nazri, H., Ligot, D., Lee, G., & Tan, C. (2020) CoronaTracker: World-wide COVID-19 Outbreak Data Analysis and Prediction. *Bull World Health Organ*. E-pub, 19.
- Dailystar (2020) South Korea winning the fight against coronavirus using big-data and AI [WWW Document]. *Daily Star*,. URL <https://www.thedailystar.net/online/news/south-korea-winning-the-fight-against-coronavirus-using-big-data-and-ai-1880737>
- Friede, A., Blum, H.L., & McDonald, M. (1995) Public health informatics: how information-age technology can strengthen public health. *Annual review of public health*, 16, 239–252.
- Jarynowski, A., Wójta-Kempa, M., Płatek, D., & Czopek, K. (2020) Attempt to understand public health relevant social dimensions of COVID-19 outbreak in Poland. Available at SSRN 3570609,.
- Johns Hopkins University (2020) COVID-19 Global Cases Map [WWW Document]. COVID-19 Global Cases by Johns Hopkins University,. URL <https://101kfe.id/coronavirus-covid-19-global-cases-by-johns-hopkins-csse-mobile-version/>

- Kuhn, E., van der Meer, C., Owen, J.E., Hoffman, J.E., Cash, R., Carrese, P., Olf, M., Bakker, A., Schellong, J., Lorenz, P., Schopp, M., Rau, H., Weidner, K., Arnberg, F.K., Cernvall, M., & Iversen, T. (2018) PTSD Coach around the world. *mHealth*, 4, 15–15.
- Okereafor, K., Adebola, O., & Djehaiche, R. (n.d.) Exploring The Potentials Of Telemedicine And Other Non-Contact Electronic Health Technologies In Controlling The Spread Of The Novel Coronavirus Disease (Covid-19).
- Ruzek, J.I. & Yeager, C.M. (2017) Internet and mobile technologies: addressing the mental health of trauma survivors in less resourced communities. *Global Mental Health*, 4, e16.
- Sherwood, L. (2015) *Human Physiology: From Cells to Systems*. Cengage learning.
- The Jakarta Post (2020) Explainer: Will Indonesia be Southeast Asia's Italy? A review of how the nation is battling COVID-19 [WWW Document]. Explainer: Will Indonesia be Southeast Asia's Italy? A review of how the nation is battling COVID-19. URL <https://www.thejakartapost.com/news/2020/03/25/explainer-will-indonesia-be-southeast-asias-italy-a-review-of-how-the-nation-is-battling-covid-19.html>
- World Health Organization (2020) COVID-19 Pandemic [WWW Document]. COVID-19 Global Cases Map. URL <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Wu, C.Q., Wang, Z., Chen, G., & Ferebee, D. (2018) Recent Advances and Developments in Mobile Health. *Journal of healthcare engineering*, 2018.
- Chen, C., Härdle, W., & Unwin, A. (2008) *Handbook of Data Visualization*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Coiera, E. (2015) *Guide to Health Informatics*. CRC press.
- Din, H.N., McDaniels-Davidson, C., Nodora, J., & Madanat, H. (2019) Profiles of a Health Information–Seeking Population and the Current Digital Divide: Cross-Sectional Analysis of the 2015-2016 California Health Interview Survey. *J Med Internet Res*, 21, e11931.
- Friedman, C.P. (2009) A “Fundamental Theorem” of Biomedical Informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16, 169–170.
- Genz, J., Haastert, B., Müller, H., Verheyen, F., Cole, D., Rathmann, W., Nowotny, B., Roden, M., Giani, G., & Mielck, A. (2012) Blood glucose testing and primary prevention of Type 2 diabetes—evaluation of the effect of evidence-based patient information: a randomized controlled trial. *Diabetic medicine*, 29, 1011–1020.
- Gesser-Edelsburg, A., Diamant, A., Hijazi, R., & Mesch, G.S. (2018) Correcting misinformation by health organizations during measles outbreaks: A controlled experiment. *PLOS ONE*, 13, e0209505.
- Hernández-García, I. & Giménez-Júlvez, T. (2020) Assessment of Health Information About COVID-19 Prevention on the Internet: Infodemiological Study. *JMIR Public Health Surveill*, 6, e18717.
- ITU (International Telecommunications Unions) (2018) Key 2005-2017 ICT Indicators for Developed and Developing Countries and the World.
- Jensen, J.D., King, A.J., Davis, L.A., & Guntzville, L.M. (2010) Utilization of Internet Technology by Low-Income Adults. *Journal of Aging and Health*, 22, 804–826.
- LIANG, T. (Editor-in C. (2020) *Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment*, 1st edn. Jack Ma Foundation, Zhejiang University School of Medicine.
- Robertson-Lang, L., Major, S., & Hemming, H. (2011) An exploration of search patterns and credibility issues among older adults seeking online health information. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 30, 631–645.

Smith, A.C., Thomas, E., Snoswell, C.L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L.J. (2020) Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*, 1357633X20916567.

Wetter, T. (2016) *Consumer Health Informatics, Health Informatics*. Springer International Publishing, Cham.

Tu, H.T. & Cohen, G.R. (2008) *Striking Jump in Consumers Seeking Health Care Information*. Center for Studying Health System Change Washington, DC.

HUBUNGAN BEBAN KERJA CODER DENGAN KEAKURATAN KODE DIAGNOSA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT SYAFIRA PEKANBARU

Haryani Octaria
STIKes hang Tuah Pekanbaru

Abstrack

The study aims to know the relationship between coder workload and diagnosis code accuracy of patient hospital in pekanbaru 2016. The kind of this research is quantitative descriptive research. The sample was 114 persons which is random by using univariat and bivariat analysis with Chi Square. There is different of result in this research. Where can be seen from the accurate diagnosis; 84(73,7%), while there was bad accuracy 30(26,3%). The high workload 26 (22,8%) and the low workload; 88(72,2%). There was relationship the workload and code accurate P Value 0,00 < 0,05.

Keyword: the coder workload, diagnosis, code accuracy

Abstrak

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan beban kerja coder dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap di rumah sakit Syafira Pekanbaru. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan sampel penelitian 114 yang diambil secara acak dengan menggunakan analisa univariat dan bivariat dengan chi square. Hasil penelitian; kode diagnosis yang akurat 84 (73,7%), tidak akurat 30 (26,3)%, beban tinggi; 26 (22,8%), beban kerja tidak tinggi ;88 (77,2%). Simpulan penelitian ini adalah Ada hubungan beban kerja dengan keakuratan kode p value 0,00 < 0,05.

Kata Kunci: Beban Kerja Koder, Keakuratan Kode

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah insitusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-undang Dasar RI Nomor 44 Tahun 2009). Rumah Sakit memerlukan petugas yang profesional, untuk dapat meningkatkan kinerja petugas. Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personel yang memangku jabatan fungsional maupun struktural tetapi juga

kepada keseluruhan jajaran personal didalam organisasi (Yaslis, 2002).

Salah satu parameter untuk menentukan mutu pelayanan di rumah sakit adalah data atau informasi dari rekam medis yang baik dan lengkap. Indikator mutu rekam medis yang baik adalah kelengkapan isi, akurat, dan tepat waktu, serta pemenuhan persyaratan aspek pelayanan rekam medis. Menurut (Menpan,1997) beban Kerja adalah sekumpulan atau sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu. Pengukuran beban kerja dapat diartikan sebagai suatu teknik untuk mendapatkan informasi tentang efisiensi dan efektivitas kerja suatu unit organisasi, pemegang jabatan yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan teknik analisis jabatan, teknik analisis beban kerja atau teknik manajemen lainnya.

Pengukuran beban kerja merupakan salah satu teknik manajemen untuk mendapatkan informasi jabatan melalui proses penelitian dan pengkajian yang dilakukan secara analisis. Informasi jabatan tersebut dimaksudkan agar dapat digunakan sebagai alat untuk menyempurnakan aparatur baik di bidang kelembagaan, ketatalaksanaan, dan sumber daya manusia (Kurnia, 2010).

Standar Beban Kerja adalah volume atau kuantitas beban kerja selama satu tahun per kategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori SDM. Salah satu aspek yang berperan penting adalah petugas rekam medis, di haruskan mampu melakukan tugas dalam memberikan pelayanan rekam medis informasi kesehatan, yang bermutu dengan memperhatikan beberapa kompetensi petugas menurut Kepmenkes Ri No 377/Menkes/III/2007 tentang standar profesi perekam informatika dan kesehatan, seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia yaitu menggunakan ICD-10 (*International Classification Of Disease And Related Health Problem Tenth Revisions*) berdasarkan jenis penyakit standar medis yang diberikan selama proses pelayanan kesehatan.

Keakuratan Kode diagnosis merupakan penulisan kode diagnosis yang akurat dan klasifikasi yang ada dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien. Dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Seringkali bila kategori dibagi kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu dash pada posisi -4 (mis.O.03-). Mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan karakter ke -4 yang dapat ditemukan dengan merujuk ke daftar tabular. Sistem dagger yang akan diberikan 2 kode (WHO, 2014).

Petugas Rekam medis seorang pemberi kode sesuai dengan kompetensi bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosa penyakit yang ditetapkan oleh dokter. Keakuratan kode diagnosis berpengaruh terhadap pelaporan keakuratan kode dan ketepatan tarif INA DRG¹ S. Menurut Sudra (2008) salah satu yang dapat mempengaruhi keakuratan pengkodean adalah beban kerja, beban kerja tersebut terlihat dari jumlah berkas rekam medis pasien yang

telah mendapatkan pelayanan.

Menurut Mulyani (2011), bahwa jam kerja efektif selama 6 jam, seorang coder dapat mengkode berkas sebanyak 45 berkas, maka dapat ditentukan, standar kemampuan rata-rata per menit yaitu 8 menit per berkas, beban kerja coder dilihat dari jumlah berkas rawat inap rata-rata sebanyak 100 berkas perhari, sedangkan keakuratan kode yaitu jumlah kode yang benar sebanyak 42%, dimana dari hasil penelitian didapat $p=0,479$ yang artinya ada hubungannya beban kerja dengan keakuratan kode. Rumah Sakit Syafira Pekanbaru. Saat ini rumah sakit ini telah berganti nama menjadi Klinik Syafira Pekanbaru pada tahun 2009 Klinik Syafira Pekanbaru berganti menjadi Rumah Sakit Khusus Bedah dan Kebidanan Syafira Pekanbaru. Klinik ini memiliki 125 tempat tidur sebanyak 125 tempat tidur (TT). Tepat bulan Juli 2015 Rumah Sakit Syafira Pekanbaru berhasil mendapatkan predikat " Lulus Tanpa Syarat" dari KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Nasional yang telah memenuhi lima (5) standar pelayanan Rumah Sakit yang meliputi: Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Rekam Medis.

Jenis pelayanan di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru diantaranya yaitu Pelayanan Rawat Inap yang meliputi Pelayanan kebidanan dan kandungan, pelayanan anak, pelayanan bedah (Umum, anak, urologi, orthopedi, onkologi, digestif, saraf), Pelayanan penyakit dalam (Endoscopy), pelayanan THT, pelayanan mata, pelayanan kulit dan kelamin, pelayanan jantung dan pembuluh darah, pelayanan saraf, pelayanan paru, pelayanan gigi, pelayanan rehabilitasi medik. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan beban kerja coder dengan keakuratan kode diagnosis pasien rawat inap berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru Provinsi Riau.

METODE

Jenis Penelitian ini adalah kuantitatif. Besar sampel penelitian; 114 dokumen rekam medis yang diambil dengan teknik *simple random sampling*. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru pada bulan April 2016. Variabel bebas ; beban kerja coder dan sebagai variabel terikat; keakuratan kode diagnosis. Instrumen penelitian adalah pedoman observasi. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan uji chi square.

HASIL

Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10

Tabel 1. Keakuratan kode Di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru

Variabel	Akurat	Tidak akurat	Total
Keakuratan kode	n (%)	n (%)	n (%)
	84 (73,7%)	30(26,3%)	114(100)

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar kode diagnosis akurat sebanyak; 84(73,7%).

Beban Kerja *coder* di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru

Tabel 2 Beban Kerja *coder* di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru

Variabel	Tinggi	Tidak tinggi	Total
Beban Kerja	n (%)	n (%)	n (%)
	26 (22,8%)	88 (77,2%)	114(100)

Tabel 2 menunjukkan bahwa beban kerja kode sebagian besar pada katagori tidak tinggi sebanyak 88 (77,2%).

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* diperoleh nilai P Value $0,00 < \text{Alfa } 0,05$ sehingga H_0 ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara beban kerja *coder* dengan keakuratan petugas *coder* dengan ODDS Rasio (OR) 0,38.

PEMBAHASAN

Keakuratan Kode Diagnosis pasien rawat inap berdasarkan ICD-10

Berdasarkan hasil penelitian Di Rumah Sakit Syafira terdapat keakuratan kode yang akurat sebanyak 84 (73,7%), sedangkan kode diagnosa yang tidak akurat sebanyak 30 (26,3%) dari 114 kode diagnosa. Kimberly et al (2005) menyebutkan bahwa dalam catatan manual atau elektronik, dokter sering menggunakan sinonim dan singkatan untuk menggambarkan kondisi yang sama. Hal ini bermasalah karena setiap kode diagnostik harus mewakili satu dan hanya satu entitas penyakit. Dari catatan diagnosis yang ditulis oleh dokter, petugas *coder* harus memilih kode ICD yang tepat dan cocok dengan terminologi medis. Penggunaan sinonim dan

singkatan menyebabkan ketidaktepatan. Dengan demikian, maka sebaiknya ada komunikasi antara *coder* dan dokter agar persepsi antara keduanya sama dan menghasilkan kode yang akurat. Selain dengan adanya komunikasi, untuk lebih memperlancar pengkodean maka perlu juga dibuat mengenai aturan tertulis tentang penulisan diagnosis pada rekam medis.

Berdasarkan teori dan fakta dilapangan peneliti berasumsi bahwa keakuratan kode diagnosis penyakit di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru keakuratan persentasi kesalahan hanya sedikit. Keakuratan diagnosa sangat penting untuk dapat menciptakan keakuratan kode karena dengan akuratnya diagnosis akan mempermudah petugas *coder* dalam menentukan kode diagnosis suatu penyakit.

Beban Kerja *coder* Di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru terhadap beban kerja *coder*, di mana dapat diketahui beban kerja *coding* dari 114 kode diagnosis, ditemukan 26 (22,8%) yang tinggi, sedangkan beban kerja yang tidak tinggi 88 (77,2%), hal ini terlihat dari jumlah waktu yang diperlukan dalam mengkode 114 kode diagnosis memerlukan 2 orang petugas dengan waktu 554 menit.

Beban kerja personel ada 3 cara yang dapat digunakan yaitu: work sampling, time and motion study, dan daily log. Berdasarkan Teori dan fakta dilapangan maka peneliti berasumsi bahwa beban kerja yang tinggi dapat mempengaruhi kualitas kerja dan sebaliknya. Untuk Rumah Sakit Syafira Pekanbaru sumber daya manusia memiliki kemampuan terbatas dalam melaksanakan kerja dengan baik apabila memiliki beban kerja yang tinggi.

Hubungan Beban Kerja *Coder* Dengan Keakuratan Kode Berdasarkan ICD-10 Di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai P Value $0,00 > \text{alfa } 0,05$ sehingga H_0 ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan antara keakuratan kode dengan beban kerja *coder* di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru dengan ODDS Rasio (OR) 0,38. Menurut Komaruddin (1996) analisa beban kerja proses untuk menetapkan jumlah jam kerja orang yang digunakan atau dibutuhkan untuk merampungkan suatu pekerjaan dalam waktu tertentu, atau dengan kata lain analisis beban kerja bertujuan untuk menentukan berapa jumlah personalia dan berapa jumlah tanggung jawab atau beban kerja yang

tepat dilimpahkan kepada seorang petugas. Menurut Sudra (2008), Keakuratan pengkodean (dalam hal ini dianggap pengkodean diagnosis dengan ICD-10) dipengaruhi oleh beberapa hal misalnya kelengkapan diagnosis, kemampuan petugas *coding* untuk membaca diagnosis, kemampuan petugas *coding* untuk memahami terminologi medis, beban kerja, dan kemampuan petugas *coding* untuk berkomunikasi.

Dengan adanya pengaruh beban kerja *coder* dengan keakuratan kode *diagnosis*, peneliti berasumsi bahwa beban kerja *coder* sangat berpengaruh dengan keakuratan kode, dan dengan adanya pembagian uraian kerja petugas koding akan meningkatkan beban kerja petugas *coding*, sehingga semakin memudahkan petugas dalam berkonsentrasi untuk menentukan ketidaktepatan kode berdasarkan ICD-10.

SIMPULAN

Sebagian besar kode akurat dan beban kerja kode pada kategori rendah. Ada hubungan antara beban kerja petugas koding dengan keakuratan kode diagnosis penyakit dengan P Value $0,00 < 0,05$.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimuddin, Djalil, dan Abdul Wahid. 2015. *Pilar dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Ilyas, Yaslis. 2002. *Kinerja, Teori, dan Pelatihan*. Jakarta. BPFKUM UI.
- 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Ditjen Bina Pelayanan Medik: Jakarta.
- Muninjaya, Gde AA, 2011 *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta. EGC.
- Notoadmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Octaria, Haryani (2015), *Peningkatan Kualitas Pengkodean pada Ketepatan dan Kecepatan Pengkodean Penyakit Untuk Penagihan Klaim BPJS di RSUD PETALA BUMI Pekanbaru Tahun 2015*, Tidak diterbitkan, S1 IKM, Pekanbaru.
- Hasibuan, M.S.P (2013). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.

TATA KELOLA DOKUMEN REKAM MEDIS SEBAGAI UPAYA MENJAGA RAHASIA MEDIS DI PELAYANAN KESEHATAN

Judi
STIKESHAKLI SEMARANG
yudi_hakli@yahoo.co.id

Abstract

The purposes of this study are To know the barriers and solutions in the management of medical record documents as an effort to keep the medical secrets in health care unit. Research method used in this study is empiricalnormativejuridical, by using secondary data consists of primary legal materials, secondary legal materials, tertiary legal materials, and primary data as supporting data. This research uses descriptive analytical. The results of this study are; 1) Medical secrets are the patient's right which much be protected and upheld by all health care providers. 2) Violation of the rights of these patients is a crime that can be sued by the law. The barrier found in this research is in reality, many hospitals are lack of medical records staffs to manage the medical documents. The solution to this problem is to build health care partnership that puts the health providers and the health receivers in a partnership. The suggestion is the health care providers should hire professional medical record staffs for keeping the medical secrets.

Keywords: Medical Secrets, Documents, Health

Abstrak

Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan tata kelola dokumen rekam medis sebagai upaya menjaga rahasia medis di pelayanan kesehatan. Jenis penelitian adalah *Yuridis Normatif Empiris*, dengan menggunakan data sekunder yang terdiri dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, bahan hukum tersier, dan data primer. Metode penelitian adalah *Deskriptif*. Hasil penelitian yang ditemukan; rahasia medis merupakan hak pasien yang harus dilindungi dan dijunjung tinggi oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan. Pelanggaran terhadap hak pasien ini merupakan sebuah kejahatan yang dapat dimintai pertanggung jawaban hukum. Hambatan : kenyataan sekarang yang dihadapi adalah masih banyak rumah sakit kekurangan tenaga rekam medis untuk mengelola dokumen medis. Solusi dari permasalahan ini adalah melakukan pelayanan kesehatan partnership yang menempatkan *health provider* dan *health receiver* dalam suatu pola kemitraan (*partnership*). Saran, pelayanan kesehatan supaya mendayagunakan tenaga rekam medis yang profesional untuk menyimpan rahasia medis

Kata Kunci: Rahasia medis, dokumen, kesehatan

PENDAHULUAN

Asas legalitas merupakan salah satu prinsip utama yang dijadikan dasar dalam setiap penyelenggaraan pemerintahan dan kenegaraan pada setiap negara hukum. Undang-undang dijadikan sebagai sendi utama penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintah. Menyikapi hal ini dalam bidang kesehatan perlu diatur hukum. Sasaran pengaturan tenaga kesehatan menekankan pada aspek syarat keahlian dan syarat kewenangan. Pemerintah mengakui secara faktual

bahwa rangkaian tindakan petugas kesehatan tidak sepenuhnya dapat ditangani sendiri, melainkan harus melibatkan tim kesehatan lain. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan di mana semua profesi mempunyai peran dan tugas masing-masing. Setiap tindakan medik yang dilakukan merupakan suatu keputusan etik karena tindakan tersebut akan diberikan kepada manusia lain, yang umumnya memerlukan pertolongan. Keputusan etik harus memenuhi tiga syarat yaitu bahwa

keputusan tersebut harus benar sesuai ketentuan yang berlaku, juga harus baik tujuan dan akibatnya dan keputusan tersebut harus tepat sesuai dengan konteks serta situasi dan kondisi saat itu, sehingga dapat dipertanggungjawabkan. Pelimpahan wewenang dari aspek perdata adalah pemberian kuasa untuk atas namanya melakukan perbuatan sesuai batas kewenangan profesi yang dilakukan secara profesional dan menurut hukum administrasi negara dilakukan berdasarkan kewenangan atributif, mandat dan delegatif.

Penyelenggaraan upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh health provider mempunyai peluang besar untuk terjadinya berbagai konflik kepentingan dengan masyarakat. Konflik yang terjadi meliputi perbedaan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan kesehatan, oleh tenaga kesehatan untuk kepentingan diagnosa, pengobatan dan penyembuhan penyakit pasien. Penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran tersebut tidak semua berjalan dengan mulus sesuai dengan apa yang diharapkan tetapi terkadang berdampak pada masalah etika profesi dan hukum. Untuk mengantisipasi permasalahan yang dialami oleh health provider tersebut maka harus dilakukan pembenahan dari berbagai aspek pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, memberikan perlindungan hukum bagi pasien dan masyarakat dan memberikan kepuasan atas jasa upaya kesehatan yang diterima oleh pasien. Hal yang pertama yang harus dibenahi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan adalah pembenahan konsep atau paradigma pelayanan kesehatan dari para health provider. Dalam hal tersebut, perubahan paradigma pelayanan kesehatan haruslah kearah yang lebih sesuai dengan dinamika perkembangan sosial masyarakat dan hukum yang berlaku. Setiap instansi baik instansi pemerintah maupun swasta memiliki dokumen-dokumen penting yang harus tetap disimpan dan dijaga dengan baik, karena berkaitan langsung dengan jalannya instansi tersebut, baik dalam hal kinerja secara internal maupun secara eksternal. Dokumen-dokumen tersebut juga sering digunakan dalam hal litigasi yang ada. Dalam dunia kesehatan, istilah rekam medis yang disebut dengan istilah rekam medis. Rekam medis ini merupakan file-file yang ada pada komputer yang keberadaannya beserta data-data yang dimilikinya termasuk jenis penyakitnya, tercatat atau terekam dalam bentuk file-file.

Rekam medis ini merupakan suatu sistem pelayanan yang lebih efisien dan efektif. Hal ini dapat memanfaatkan pelayanan yang diberikan dengan lebih efektif. Rumah sakit sebagai salah satu instansi yang berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat sudah sepatutnya memberikan layanan tersebut. Dokumen-dokumen penting atau arsip atau rekam medis harus disimpan dengan sebaik-baik mungkin, agar jika arsip atau rekam medis tersebut dibutuhkan kembali dapat ditemukan dengan mudah dan cepat sehingga pelayanan yang diberikan menjadi lebih efektif. Tujuan penelitian ini adalah melakukan analisis tata kelola dokumen rekam medis sebagai upaya menjaga rahasia medis di pelayanan kesehatan.

METODE

Metode penelitian ini adalah *Yuridis Normatif Empiris*, dengan menggunakan data sekunder yang terdiri dari bahan hukum primer, bahan hukum sekunder, bahan hukum tersier, dan data primer. Metode ini adalah penelitian yang bersifat *Deskriptif analitis*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem Penamaan Pasien

Sistem penamaan rekam medis pada dasarnya adalah untuk memberikan identitas kepada seorang pasien serta untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien lainnya, sehingga mempermudah dalam memberikan pelayanan rekam medis kepada pasien yang datang berobat ke rumah sakit. Penulisan nama pasien pada rekam medis; Nama pasien harus lengkap, minimal terdiri dari dua suku kata. Dengan demikian, ada beberapa kemungkinan dalam penulisan nama pasiennya itu: Nama pasien sendiri apabila sudah terdiri dari dua suku kata; Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama suami, bila seorang perempuan bersuami; Nama pasien sendiri dilengkapi dengan nama orangtua, biasanya nama ayah; Bagi pasien yang mempunyai nama keluarga/marga didahulukan dan kemudian diikuti dengan nama sendiri; Nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan; Bagi pasien perempuan diakhir nama lengkap ditambah Ny. Atau Nn. sesuai dengan statusnya; Pencantuman titel selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien; Perkataan tuan, saudara, bapak, tidak dicantumkan (Depkes RI, 2006).

Sistem Penomoran Rekam Medis

Rekam medis pada hampir semua lembaga pelayanan kesehatan disimpan menurut nomor, yaitu berdasarkan nomor pasien masuk (*admission number*). Menurut Depkes RI (2008) sistem pemberian nomor pasien masuk (*admission numbering system*) yang umum dipakai yaitu: Pemberian nomor cara seri (*serial numbering system*). Dengan sistem ini setiap pasien mendapat nomor baru setiap kunjungan ke rumah sakit. Jika pasien berkunjung lima kali, mendapat lima nomor yang berbeda. Semua nomor yang diberikan kepada pasien tersebut harus dicatat pada Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) pasien yang bersangkutan.

Rekam medisnya disimpan diberbagai tempat sesuai nomor yang telah diperoleh. Pemberian nomor cara unit (*unit numbering system*). Sistem ini memberikan hanya satu unit rekam medis kepada pasien baik pasien tersebut berobat jalan maupun rawat inap. Pada saat seorang pasien berkunjung pertama kali ke rumah sakit apakah sebagai pasien berobat jalan ataupun untuk dirawat, kepadanya diberikan satu nomor (*admitting number*) yang akan dipakai selamanya setiap kunjungan berikutnya, sehingga pasien tersebut hanya mempunyai satu rekam medis yang tersimpan dibawah satu nomor.

Pemberian nomor cara seri unit (*serial unit numbering system*). Sistem ini merupakan gabungan antara sistem seri dan sistem unit. Setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit diberikan satu nomor baru tetapi rekam medisnya yang terdahulu digabungkan dan disimpan di bawah nomor yang paling baru sehingga terciptalah satu unit rekam medis. Apabila satu rekam medis lama diambil dan dipindahkan tempatnya ke nomor yang baru, di tempat yang lama diberi tanda petunjuk yang menunjukkan kemana rekam medis tersebut dipindahkan. Tanda petunjuk tersebut diletakkan menggantikan tempat rekam medis yang lama. Dari ketiga macam sistem penomoran berdasarkan nomor pasien masuk tersebut, pemberian nomor cara unitlah yang lebih baik digunakan, karena dengan cara ini seorang pasien hanya memiliki satu nomor setiap kunjungan ke rumah sakit, dan rekam medisnya baik rawat jalan maupun rawat inap terkumpul dalam satu map (folder) sehingga dengan cepat memberikan gambaran yang lengkap mengenai riwayat penyakit dan pengobatan seorang pasien kepada rumah sakit maupun staf medis lainnya. Selain itu juga menghilangkan

kerepotan mencari/mengumpulkan rekam medis pasien yang terpisah-pisah seperti pada sistem seri, menghilangkan kerepotan mengambil rekam medis lama untuk disimpan ke nomor baru seperti dalam sistem seri unit.

Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis menyatakan bahwa dokumen rekam medis harus disimpan dengan tata cara tertentu, sehingga dokumen rekam medis harus dikelola dan dilindungi agar aman dan terjaga kerahasiannya. Dilihat dari pemusatan atau penyatuan dokumen dapat dibedakan menjadi 2 cara, yaitu: Sistem penyimpanan *sentralisasi* merupakan penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan baik catatan-catatan kunjungan poliklinik maupun catatan-catatan selama seorang pasien dirawat dalam satu ruangan yang sama. Penggunaan sistem sentralisasi memiliki kebaikan dan juga kekurangannya. Dengan cara *desentralisasi* terjadi pemisahan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat. Berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap disimpan tempat penyimpanan yang terpisah

Upaya Menjaga Rahasia Medis di Pelayanan Kesehatan

Rahasia Medis adalah segala sesuatu yang dianggap rahasia oleh pasien yang terungkap dalam hubungan medis dokter-pasien baik yang diungkapkan secara langsung oleh pasien (subjektif) maupun yang diketahui oleh dokter ketika melakukan pemeriksaan. **‘sikap orang-orang dijak’** **Kuldesnasia** para sering disebut sebagai rahasia jabatan dokter yang timbul karena menjalankan tugas profesionalnya sebagai dokter. Rahasia medis merupakan hak pasien yang harus dilindungi dan dijunjung tinggi oleh setiap penyelenggara pelayanan kesehatan.

Pelanggaran terhadap hak pasien ini merupakan sebuah kejahatan yang dapat dimintai pertanggung jawaban hukum. Perlindungan terhadap hak rahasia medis ini dapat dilihat dalam peraturan perundang-undangan antara lain: Pasal 57 Undang – Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan mengatakan bahwa setiap orang berhak atas kondisi kesehatan pribadinya yang telah dikemukakan kepada penyelenggara pelayanan kesehatan. Pasal

48 Undang – Undang Nomor. 29 tahun 2004 tentang Praktek kedokteran mengatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktek kedokterannya wajib menyimpan rahasia kedokteran. Pasal 32 (i) Undang – Undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit mengatakan bahwa hak pasien untuk mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.

Sesuai dengan ketentuan pasal 48 Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran ditetapkan sebagai berikut:

1. Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan rahasia kedokteran.
2. Rahasia kedokteran dapat dibuka hanya untuk kepentingan kesehatan pasien, memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, permintaan pasien sendiri, atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan.
3. Dan pasal 51 huruf c Undang Undang Nomor 29 Tahun 2004 adanya kewajiban merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia. Berkaitan dengan pengungkapan rahasia kedokteran tersebut diatur dalam pasal 10 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III /2008 Tentang Rekam Medis sebagai berikut: Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :
 - a. untuk kepentingan kesehatan pasien;
 - b. memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
 - c. permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri;.
 - d. permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan;
 - e. dan untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

Mengenai rahasia kedokteran dikenal adanya trilogi rahasia kedokteran yang meliputi persetujuan tindakan kedokteran, rekam medis dan rahasia kedokteran karena keterkaitan satu sama lain. Jika menyangkut pengungkapan rahasia kedokteran maka

harus ada izin pasien (consent) dan bahan rahasia kedokteran terdapat dalam berkas rekam medis.

Pelanggaran terhadap ketentuan perundang-undangan tersebut diancam pidana kurungan badan sebagai mana yang diatur dalam pasal 322 KUHP yang mengatakan : “ barang siapa yang dengan sengaja membuka rahasia yang wajib ia simpan karena jabatannya atau karena pekerjaannya, baik yang sekarang maupun yang dahulu, dihukum dengan hukuman penjara selama-lamanya sembilan bulan atau denda sebanyak-banyaknya sembilan ribu rupiah. Rahasia medis ini hanya dapat dibuka oleh rumah sakit, dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam hal telah mendapatkan persetujuan dari pasien yang bersangkutan, demi untuk kepentingan orang banyak atau untuk kepentingan penegakan hukum.

Sehubungan dengan kepentingan hukum, maka semua rahasia medis yang tertuang dalam rekam medik adalah menjadi hak sepenuhnya dari pasien yang bersangkutan dan oleh sebab itu maka berkas rekam medik perlu di jaga kerahasiaannya agar tidak dengan mudah di baca oleh pihak-pihak yang tidak berkompeten untuk mengetahui rahasia medis pasien tersebut. Beberapa negara yang menganut kebebasan mutlak melaksanakan perlindungan rahasia medik dengan sangat ketat, sehingga rekam medik menjadi ~~tidak~~ mudah mendapatkan isi rekam medik istrinya ataupun sebaliknya jika oleh suami atau istri tersebut menyatakan bahwa hal tersebut konfidens bagi pasangannya. Sebegitu ketatnya perlindungan rahasia medis tersebut, terkadang sampai meninggal pun rahasia tersebut tetap tersimpan rapi.

Kendala dan Solusi Tata Kelola Dokumen Rekam Medis Sebagai Upaya Menjaga Rahasia Medis di Pelayanan Kesehatan

Kendala Tata Kelola Dokumen Rekam Medis Sebagai Upaya Menjaga Rahasia Medis di Pelayanan Kesehatan

Hasil wawancara peneliti dengan kepala bagian rekam medis di rumah sakit RAA Soewondo Pati di dapatkan bahwa ada seorang pasien lama yang sudah 10 tahun tidak berkunjung ke rumah sakit karena pindah domisili ke luar kota, pasien tersebut datang dan bermaksud meminta salinan/foto copy dokumen rekam medisnya untuk keperluan pengobatan di tempat tinggal yang

baru. Seiring dengan tuntutan terhadap sistem pelayanan di rumah sakit, maka sudah seharusnya setiap rumah sakit memiliki arsip atau rekam medis harus disimpan dengan sistem yang baik dalam upaya memperlancar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Keberadaan tenaga rekam medis sangat membantu dalam melayani pasien ataupun pengunjung. Tetapi kenyataan sekarang yang dihadapi adalah kurangnya tenaga rekam medis. Hal ini dapat mengganggu sistem pelayanan di rumah sakit.

Penggunaan alat-alat berteknologi tinggi seperti komputer sangat membantu tenaga rekam medis dalam menjalankan tugasnya. selain mempermudah tugas seorang rekam medis alat-alat elektronik (komputer) yang mendukung akan memudahkan pengumpulan dan pencarian data-data pasien jika dibutuhkan oleh seorang dokter secara cepat dapat ditemukan. Setiap instansi baik instansi pemerintah maupun swasta memiliki dokumen-dokumen penting yang harus tetap disimpan dan dijaga dengan baik, karena berkaitan langsung dengan jalannya instansi tersebut, baik dalam hal kinerja secara internal maupun secara eksternal. Dokumen-dokumen tersebut juga sering dinamakan dengan istilah arsip atau rekam. Dalam dunia kedokteran istilah rekam medis atau rekam medis adalah suatu catatan tertulis mengenai keadaan kesehatan keberadaan pasien beserta data-data yang dimilikinya termasuk jenis penyakitnya, tercatat atau tidak dalam file file tersebut. Rekam medis ini memungkinkan user sistem pelayanan yang lebih efektif dan memungkinkan pengguna dapat memanfaatkan pelayanan yang diberikan dengan lebih efektif. Rumah sakit sebagai salah satu instansi yang berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat sudah sepatutnya memberikan layanan tersebut. Dokumen-dokumen penting atau arsip atau rekam medis harus disimpan dengan sebaik-baik mungkin, agar jika arsip atau rekam medis tersebut di butuhkan kembali dapat ditemukan dengan mudah dan cepat sehingga pelayanan yang diberikan menjadi lebih efektif.

Solusi Tata Kelola Dokumen Rekam Medis Sebagai Upaya Menjaga di Pelayanan Kesehatan.

Solusi dari permasalahan ini adalah melakukan pelayanan kesehatan partnership yang menempatkan *health provider* dan *health receiver* dalam suatu pola kemitraan (partnership). Pola kemitraan ini akan menempatkan *health provider* dan *health receiver* dalam suatu hubungan kontraktual (kontrak terapeutik) yang masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban

untuk saling dihargai dan di hormati.. Hubungan kontraktual ini tidak lain adalah sebuah hubungan hukum yang dampak hukum . Pelayanan partnership ini akan menempatkan masing-masing pihak berada dalam kesetaraan dalam pengambilan keputusan terhadap suatu tindakan medik atau pengobatan dan perawatan yang akan dilakukan oleh *health provider* terhadap *health receiver*. Pengingkaran terhadap pola pelayanan partnership ini akan merusak keharmonisan hubungan kontrak terapeutik yang tentunya dapat berimplikasi hukum.

Pengembangan pola partnership ini adalah dalam bentuk pelaksanaan *informed consent* yang merupakan penghargaan akan hak-hak asasi pasien . Health provider berkewajiban untuk mendapatkan persetujuan (izin) dari pasien terhadap apa saja yang akan dilakukannya dalam memberikan pelayanan medik. Tindakan tanpa ijin adalah perbuatan melanggar hukum yang dapat di gugat atau di tuntutan secara perdata atau pidana akibat kerugian yang dialami pasien. Penyebab ketidakpuasan yang dialami oleh pasien atas pelayanan kesehatan yang diterimanya dari *health provider*. Ketidakpuasan tersebut terjadi akibat rendahnya mutu pelayanan kesehatan rumah sakit yang cenderung menelantarkan pasien, tidak memberikan informasi medis yang jelas, bertindak arogan dengan tidak menghargai hak-hak pasien , tingginya biaya tindakan dan perawatan medis yang di tanggung pasien dan lamanya hari perawatan yang harus dilalui oleh pasien dalam suatu waktu perawatan. Untuk meminimalisasi konflik yang ada, maka sangat di perlukan bahwa pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh *health provider* telah mengalami sebuah babak baru , yaitu pelayanan kesehatan yang tidak hanya berupa sebuah hubungan moral dan hubungan medis , tetapi telah bergeser kearah hubungan hukum yang dapat berakibat hukum Perubahan paradigma pelayanan kesehatan sebagai sebuah langkah awal untuk meningkatkan kinerja klinik dapat terjadi

SIMPULAN

Pada dasarnya jika arsip atau rekam medis tidak tersimpan dalam satu tempat atau tidak ada sistem yang mengatur penyimpanannya maka akan berdampak terhadap pelayanan yang diberikan, seperti akan memperlambat pelayanan dan tenaga yang dibutuhkan dalam akan bertambah untuk mencari arsip atau berkas tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Hardijan Rusli, 2006. *Metode Penelitian Normatif: Bagaimana ?* "Law Review, Fakultas Hukum Universitas Pelita Harapan
- Soerjono, Soekanto dan Sri mamudji, 2009, *Penelitian Hukum Normatif Suatu Tinjauan Singkat Cetakan Kesembilan*, PT Raja Grafindo Persada Jakarta
- Basuki, Sulisty, 2003. *Manajemen Arsip Dinamis*. Gramedia Pustaka Utama: Jakarta
- Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, (1997), *Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta
- Hatta. G R., (2009), *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Jakarta: Universitas Indonesia (UI Press)
- KEPMENKES RI No.129/MENKES/SK/II/2008 tentang *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*
- Pratiwi. Yulia Dirgantari, FKM UI, 2009, *Analisis Kelengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Inap Rumah Sakit Budi Kemuliaan Tahun 2008-2009*.
- Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembar Negara RI Nomor. 144 tahun 2009, Tambahan Lembaran Berita Negara Nomor 5063)
- Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang *Rekam Medis*
- Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang *Praktik Kedokteran*
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang *Rekam Medis*

