

KEEFEKTIFAN SISTEM PENDAFTARAN ONLINE PASIEN RAWAT JALAN RSUD dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

Ana Amirotn Solihah¹, Savitri Citra Budi²

^{1,2}Program Studi Diploma III Rekam Medis Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

E-mail: anasolihah@gmail.com¹, savitri@ugm.ac.id²

Abstract

The development of various technologies makes easiness in the health field, one of which is the online indirect registration to unravel the patient's buildup due to the length of registration time. Online registration of outpatients applied in RSUD dr. Soeradji Tirtonegoro which is divided into 3 types. However, in the implementation of this system has not been matched by a wise attitude by users, that is the online registration cancellation without confirmation. Therefore, this study aims to determine the implementation and effectiveness of online outpatients registration dr. Soeradji Tirtonegoro. The type of this research is quantitative descriptive with data collection by observation. Implementation procedures online registration RSUD dr. Soeradji Tirtonegoro is described in SPO Outpatient Registration through Short Message Service (SMS) / WhatsApp (WA). From the results of the observation of 1594 sample online registrants, there are positive patients list of 416 applicants via WhatsApp and 1049 registrants via SMS. However, from the sample there are 9 cancellations of registration via WhatsApp and 120 cancellation of registration via SMS. It can be concluded that online registration via SMS has a higher number, both registration and cancellation of registration compared with online registration via WhatsApp.

Keywords: Online registration, cancellation, WhatsApp, SMS

Abstrak

Perkembangan berbagai teknologi membuat kemudahan di bidang kesehatan, salah satunya adalah pendaftaran tidak langsung secara *online* yang bertujuan untuk mengurai penumpukan pasien akibat lamanya waktu pendaftaran. Pendaftaran *online* pasien rawat jalan diterapkan di RSUD dr. Soeradji Tirtonegoro yang terbagi menjadi 3 jenis. Akan tetapi, dalam pelaksanaan sistem ini belum diimbangi dengan sikap yang bijak oleh penggunanya, yaitu pembatalan pendaftaran *online* tanpa konfirmasi. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan dan keefektifan pendaftaran *online* pasien rawat jalan RSUD dr. Soeradji Tirtonegoro. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan pengumpulan data secara observasi. Prosedur pelaksanaan pendaftaran *online* RSUD dr. Soeradji Tirtonegoro dijelaskan di dalam SPO Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Melalui *Short Message Service* (SMS)/*WhatsApp* (WA). Dari hasil pengamatan terhadap 1594 sampel pendaftar *online*, terdapat pasien positif daftar sejumlah 416 pendaftar via *WhatsApp* dan 1049 pendaftar via SMS. Akan tetapi, dari jumlah tersebut terdapat 9 pembatalan pendaftaran via *WhatsApp* dan 120 pembatalan pendaftaran via SMS. Dapat ditarik kesimpulan bahwa pendaftaran *online* via SMS memiliki jumlah lebih tinggi, baik pendaftaran maupun pembatalan pendaftarannya dibandingkan dengan pendaftaran *online* via *WhatsApp*.

Kata Kunci: Pendaftaran *online*, pembatalan, *WhatsApp*, SMS

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah organisasi yang melalui tenaga rekam medis profesional yang terorganisir, serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (Azwar, 1996).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis pada pasal 15, menyebutkan salah satu bentuk pelayanan rekam medis dan informasi kesehatan yang dilakukan oleh perekam medis adalah pelayanan rekam medis manual dan registrasi komputerisasi.

Penerapan teknologi diharapkan mampu membuat pekerjaan perekam medis semakin mudah, cepat, tepat, dan tentu dapat meminimalisir masalah yang ada. Salah satu masalah yang sering terjadi di unit rekam medis adalah lamanya waktu pendaftaran, sehingga menyebabkan penumpukan pasien. Penerapan sistem pendaftaran online dilakukan oleh Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Jawa Tengah sebagai solusi masalah penumpukan pasien di tempat penerimaan pasien.

Sistem pendaftaran online yang diterapkan Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Jawa Tengah terbagi menjadi 3 jenis, yaitu pendaftaran via *Short Message Service* (SMS), via *WhatsApp*, dan paket pelayanan.

Manurut Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor HK.02.04/II.1/9316/2016 tentang Pendaftaran melalui *Short Message Service* pendaftaran melalui *WhatsApp* dan SMS adalah tata cara pendaftaran pasien yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan di poliklinik melalui SMS (*Short Message Service*) / WA (*WhatsApp*). Pendaftaran paket pelayanan adalah tatacara pendaftaran pasien yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan di poliklinik sesuai jumlah kunjungan yang sudah ditentukan oleh klinik yang bersangkutan dalam satu periode.

Tujuan sistem pendaftaran melalui SMS (*Short Message Service*), *WhatsApp*, dan paket pelayanan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah meningkatkan mutu pelayanan pendaftaran, meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, serta efektifitas dan efisiensi pelayanan pasien rawat jalan/poliklinik. Akan tetapi, sistem pendaftaran online yang diterapkan masih terjadi permasalahan dari hasil pengamatan kepada petugas rekam medis bagian pendaftaran pasien.

Permasalahan yang terjadi adalah ketidakefektifan sistem pendaftaran pasien rawat jalan *online* yang mengakibatkan pemborosan kertas hasil cetak lembar SEP (Surat Eligibilitas Peserta) dan formulir verifikasi INA CBG'S, bertambahnya beban kerja petugas untuk menghapus riwayat pendaftaran dan riwayat entri SEP (Surat Eligibilitas Peserta), dan waktu kerja petugas menjadi tidak efisien. Berdasarkan latar belakang di atas maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan dan keefektifan pendaftaran *online* pasien rawat jalan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

METODE

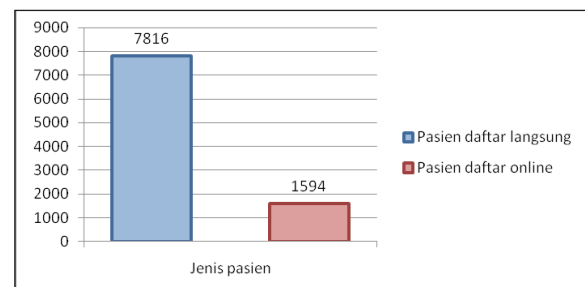
Jenis penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Cara pengumpulan datanya menggunakan observasi yang dilakukan pada tanggal 3-31 Agustus 2017 dan diambil data selama 10 hari. Hasil observasi dianalisis secara kuantitatif yang disajikan dalam bentuk statistik deskriptif dengan program *Microsoft Excel* 2010.

Jumlah populasi dalam penelitian ini sebesar 4329 pendaftaran *online* yang terdiri dari 814 pendaftaran *online* via *WhatsApp* dan 3515 pendaftaran *online* via SMS (*Short Message Service*). Sedangkan jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 1594 pendaftaran *onlinerawat* jalan yang terdiri dari 425 pendaftaran *online* via *WhatsApp* dan 1169 pendaftaran *online* via SMS (*Short Message Service*).

Analisis data yang digunakan adalah dengan cara analisis univariat yang hanya meneliti satu variabel saja dengan melihat fluktuasi frekuensi sistem pendaftaran *online* pasien rawat jalan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan pendaftaran *online*



Gambar 1. Grafik Batang Jumlah Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Jenis Pendaftaran Pasien di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Pendaftaran secara langsung adalah pasien atau keluarga pasien datang langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan, sedangkan pendaftaran tidak langsung adalah pasien atau keluarga pasien melakukan pendaftaran untuk mendapatkan pemeriksaan dari fasilitas pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan fasilitas teknologi jarak jauh, misalnya pasien mendaftar dengan memanfaatkan fasilitas *telephone*, SMS (*Short Message Service*), fasilitas *WhatsApp*, fasilitas web, dan lain-lain (Budi, 2011).

Berdasarkan **Gambar 1**, dapat dilihat persentase pasien yang mendaftar langsung rawat jalan di RSUP

dr. Soeradji Tirtonegoro sebesar 16,9% dari total pasien pendaftar rawat jalan. Persentase pasien yang mendaftar tidak langsung atau secara *online* sebesar 83,1% dari total pasien pendaftar rawat jalan.

Menurut SPO (Standar Prosedur Operasional), prosedur pendaftaran *online* dimulai dari petugas menerima SMS (*Short Message Service*) atau *WhatsApp* yang sudah dikirim oleh pasien atau wali di nomor ponsel rumah sakit. Lalu petugas melakukan verifikasi kelengkapan kebutuhan pendaftaran dan mencatat di buku register yang dipisahkan per klinik dan memberikan nomor urut antrian sesuai klinik. Petugas membalas SMS atau *WhatsApp* bahwa pendaftaran sukses dan menginformasikan nomor urut pemeriksaan di klinik yang dituju.

Rekapitulasi pendaftaran pasien *onlinedilakukan* petugas sesaat setelah jam pendaftaran tutup. Lalu petugas menghubungi bagian *filin* untuk meminta berkas rekam medis pasien hasil rekapitulasi dan menginformasikannya kepada klinik yang dituju untuk ditindak lanjuti. Pada saat hari pemeriksaan, pasien menuju loket 1 (khusus SMS/WA) dan menyerahkan berkas pendaftaran, berupa surat rujukan, kartu BPJS dan/atau surat keterangan kronologi kejadian bagi pasien jatuh dan surat keterangan polisi atau surat keterangan dari PT. Jasa Raharja untuk pasien kasus kecelakaan lalu lintas dan nomor urut pemeriksaan sesuai klinik yang dituju, lalu dipersilakan menuju klinik yang dituju.

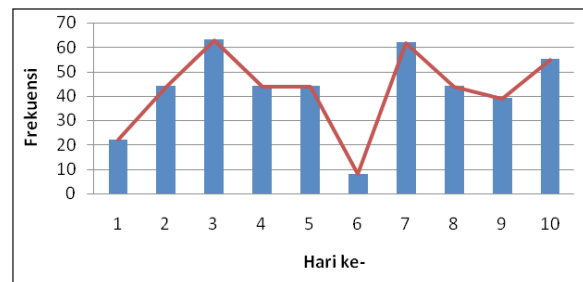
Keefektifan Pendaftaran Online Berdasarkan observasi terhadap 16,9% atau 1594 pendaftaran *online* selama satu bulan diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Ringkasan Numerik Pendaftaran Online

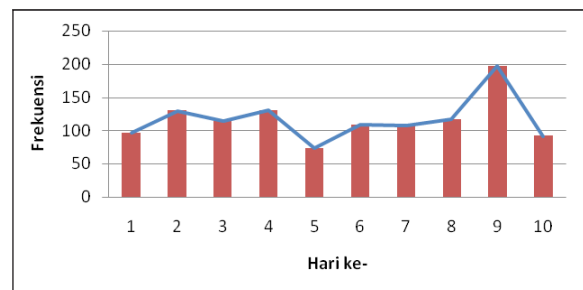
	<i>WhatsApp</i>	SMS
Mean	42,5	116,2
Standar deviasi	17	33,6
Interquartile range	12	27
Nilai minimum	8	74
Kuartil bawah	40,3	99,8
Median	44	111,5
Kuartil atas	52,3	126,8
Nilai maksimum	63	197

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa rata-rata jumlah pasien yang mendaftar *online* rawat jalan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebanyak 43 pendaftaran *online* via *WhatsApp* dan 116 pendaftaran *online* via SMS (*Short Message Service*).

Standar deviasi pendaftaran *online* rawat jalan via *WhatsApp* sebesar 17, sedangkan pada pendaftaran *online* via SMS (*Short Message Service*) sebesar 33,6. Nilai median atau nilai tengah pendaftaran *online* via *WhatsApp* adalah 44, sedangkan via SMS (*Short Message Service*) sebesar 111,5pendaftar. Nilai minimum pendaftaran *online* via *WhatsApp* sebesar 8 pendaftaran, sedangkan nilai maksimumnya sebesar 63 pendaftaran. Nilai minimum pendaftaran *online* via SMS (*Short Message Service*) sebesar 74, sedangkan nilai maksimumnya sebesar 197 pendaftaran. Bila digambarkan dengan grafik batang pasien pendaftar *online* rawat jalan via *WhatsApp* dan SMS (*Short Message Service*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah sebagai berikut:



Gambar 2. Grafik Batang Pendaftaran Online Via *WhatsApp* Pasien Rawat Jalan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro



Gambar 3. Grafik Batang Pendaftaran Online Via SMS (*Short Message Service*) Pasien Rawat Jalan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Keterangan hari di sumbu x pada kedua grafik batang di atas disusun secara urut mulai dari hari Senin pada minggu pertama hingga Jumat dan kembali lagi pada hari Senin pada minggu kedua dan berakhir pula di hari Jumat. Berdasarkan **Gambar 2.** di atas menunjukkan bahwa pada hari ke-1 dan hari ke-6 yang keduanya merupakan hari Senin memiliki jumlah pendaftaran *online* via *WhatsApp* pasien rawat jalan di bawah rata-rata, yaitu masing-masing 22 dan 8 pendaftar *online* via *WhatsApp*. Hal ini

dapat disebabkan karena di Indonesia, hari Senin merupakan awal hari kerja setelah libur pada hari Minggu. Selain itu, grafik selalu menggambarkan kenaikan dari hari Senin ke hari Selasa, seperti yang terlihat pada grafik hari ke-1 menuju hari ke-2 dan hari ke-6 menuju hari ke-7. Akan tetapi, selalu mengalami penurunan dari hari Rabu ke hari Kamis yang tergambar pada grafik hari ke-3 menuju hari ke-4 dan hari ke-8 menuju hari ke-9.

Berdasarkan **Gambar 3.** di atas menunjukkan bahwa hari Kamis memiliki jumlah pendaftar *online* via SMS (*Short Message Service*) paling banyak selama satu minggu, baik di minggu pertama maupun minggu kedua obeservasi yang digambarkan pada hari ke-4 di minggu pertama dan hari ke-9 di minggu kedua. Selain itu, grafik selalu menggambarkan kenaikan dari hari Rabu ke hari Kamis, seperti yang terlihat pada grafik hari ke-3 menuju hari ke-4 dan hari ke-8 menuju hari-9. Akan tetapi, selalu mengalami penurunan dari hari Kamis ke hari Jumat yang tergambar pada grafik hari ke-4 menuju hari ke-5 dan hari ke-9 menuju hari ke-10. Penurunan di hari Jumat ini disebabkan karena jam pelayanan pendaftaran hari Jumat berakhir lebih cepat, yaitu pukul 13.00 WIB dibandingkan dengan hari Senin hingga Kamis yang berakhir pukul 14.00 WIB.

Perbedaan signifikan 2 sistem pendaftar *online* ini disebabkan karena pasien atau wali pasien yang mendaftar layanan rawat jalan belum memiliki *smartphone* yang menyediakan program *WhatsApp* di dalamnya. Selain itu, terdapat perbedaan tatacara pendaftaran *online* rawat jalan via *WhatsApp* dan SMS (*Short Message Service*), yaitu pada pendaftaran via *WhatsApp* harus melampirkan (*upload*) foto kartu berobat, surat rujukan/surat perintah kontrol, kartu BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), dan KTP (Kartu Tanda Penduduk).

Tabel 2. Ringkasan Numerik Pembatalan Pendaftaran Online

	<i>WhatsApp</i>	SMS
Mean	0,9	12
Standar deviasi	1,1	3,1
Interquartile range	1,8	4,3
Nilai minimum	0	7
Kuartil bawah	0	9,5
Median	0,5	12,5
Kuartil atas	1,8	13,8
Nilai maksimum	3	17

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa rata-rata jumlah pasien yang membatalkan pendaftaran *online* rawat jalan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebesar 1 pendaftar via *WhatsApp* dan 12 pembatalan pendaftaran via SMS (*Short Message Service*). Standar deviasi pembatalan pendaftaran *online* rawat jalan via *WhatsApp* sebesar 1,1, sedangkan via SMS (*Short Message Service*) sebesar 3,1. Nilai median atau nilai tengah pembatalan pendaftaran *online* via *WhatsApp* adalah 0,5 sedangkan via SMS (*Short Message Service*) sebesar 12,5 pembatalan. Nilai minimum pembatalan pendaftaran *online* via *WhatsApp* adalah 0, sedangkan nilai maksimumnya adalah 3 pembatalan. Nilai minimum pembatalan pendaftaran *online* via SMS (*Short Message Service*) adalah 7, sedangkan nilai maksimumnya adalah 17 pendaftaran. Berikut adalah tabel perbandingan jumlah pasien pendaftar *online*, baik *WhatsApp* maupun SMS (*Short Message Service*) dengan pasien yang membatalkan pendaftaran rawat jalannya, baik yang mendaftar melalui *WhatsApp* maupun SMS (*Short Message Service*).

Tabel 3. Perbandingan Pendaftaran dan Pembatalan Pendaftaran Online via WhatsApp

Hari ke-	Jumlah Pendaftar	Positif Daftar	Batal Daftar	
			Jumlah	Persentase
1	22	21	1	4,5%
2	44	41	3	6,8%
3	63	62	1	1,6%
4	44	44	0	0%
5	44	42	2	4,6%
6	8	8	0	0%
7	62	60	2	3,2%
8	44	44	0	0%
9	39	39	0	0%
10	55	55	0	0%
Σ	425	416	9	2,1%

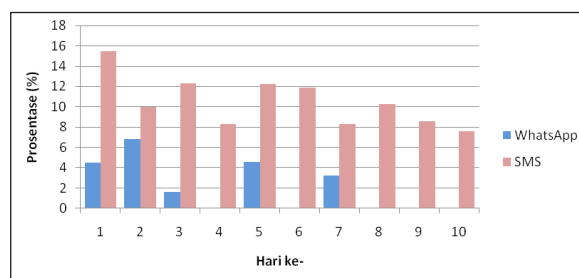
Berdasarkan **Tabel 3.** di atas menunjukkan bahwa pada hari ke-2 dan hari ke-7 yang keduanya merupakan hari Selasa memiliki jumlah pembatalan pendaftaran *online* via *WhatsApp* terbanyak dalam kurun waktu seminggu. Selain itu, berdasarkan tabel tersebut kenaikan jumlah pembatalan pendaftaran *online* via *WhatsApp* selalu terjadi di hari Selasa lalu mengalami penurunan di hari Rabu, seperti yang terlihat pada tabel hari ke-2 menuju hari ke-3 mengalami kenaikan lalu menuju hari ke-4 mengalami penurunan. Hal ini juga terjadi pada hari

ke-7 menuju hari ke-8 mengalami kenaikan lalu menuju hari ke-9 mengalami penurunan.

Tabel 4. Perbandingan Pendaftaran dan Pembatalan Pendaftaran Online via SMS (Short Message Service)

Hari ke-	Jumlah Pendaftar	Positif Daftar	Batal Daftar	
			Jumlah	Persentase
1	97	82	15	15,5%
2	130	117	13	10%
3	114	100	14	12,3%
4	132	120	11	8,3%
5	74	65	9	12,2%
6	109	96	13	11,9%
7	108	99	9	8,3%
8	117	105	12	10,3%
9	197	180	17	8,6%
10	92	85	7	7,6%
Σ	1169	1049	120	10,3%

Berdasarkan **Tabel 4.** di atas menunjukkan bahwa pada hari ke-1 dan hari ke-6 yang keduanya merupakan hari Senin memiliki jumlah pembatalan pendaftaran online via SMS (Short Message Service) terbanyak dalam kurun waktu seminggu.. Selain itu, terdapat perbedaan pada pengamatan minggu pertama dan kedua, yaitu hari Jumat minggu pertama mengalami kenaikan, sedangkan pada Jumat minggu kedua mengalami penurunan yang terlihat pada hari ke-5 dan hari ke-10 pada tabel. Bila digambarkan dengan grafik batang pembatalan pasien pendaftar online rawat jalan via *WhatsApp* dan SMS (Short Message Service) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah sebagai berikut:



Gambar 4. Grafik Batang Pembatalan Pendaftaran Online

Berdasarkan **Gambar 4.** di atas, dapat disimpulkan bahwa pembatalan pendaftaran online via SMS (Short Message Service) memiliki persentase lebih tinggi daripada pembatalan pendaftaran online via *WhatsApp* rawat jalan RSUP dr. Soeradji

Tirtonegoro. Tingginya persentasi pembatalan SMS ini seiring dengan jumlah pendaftaran online via SMS yang juga lebih tinggi daripada pendaftaran online via *WhatsApp*.

Pembatalan pendaftaran online ini tentu mengakibatkan kerugian, diantaranya adalah pemborosan kertas hasil cetak lembar SEP (Surat Eligibilitas Peserta) dan formulir verifikasi INA CBG'S, bertambahnya beban kerja petugas untuk menghapus riwayat pendaftaran dan riwayat entri SEP, dan waktu kerja petugas menjadi tidak efisien. SEP (Surat Eligibilitas Peserta) adalah suatu dokumen sebagai bukti bahwa pasien akan mendapatkan pelayanan dengan biaya yang ditanggung oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

Kertas SEP dicetak sebanyak 3 lembar dan 1 lembar formulir verifikasi INA CBG'S pada masing-masing pasien yang mendaftar. Apabila dalam pengambilan data 10 hari terdapat 129 pasien yang membatalkan pendaftaran online berarti terdapat 4 lembar kertas yang terbuang sia-sia sebanyak 129 kali, yaitu 516 kertas hasil cetak. Ketidakefisienan ini perlu diperbaiki karena kertas merupakan salah satu sarana penting dalam pelaksanaan pelayanan pendaftaran. Hal ini sejalan dengan penelitian Yuli Uswatun Khasanah, dengan judul *Perencanaan Sistem Rekam Medis Berdasarkan Input dan Proses di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Banguntapan II Kab. Bantul Tahun 2011* yang menyatakan sarana merupakan pendukung dalam kegiatan pelayanan perencanaan pelayanan kesehatan.

Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk mendaftar seorang pasien lama adalah 3 menit. Jika terdapat 129 pasien pendaftar online yang membatalkan kunjungan, maka dengan kata lain terdapat 6 jam 45 menit yang terbuang sia-sia dimana sebenarnya dapat dialokasikan untuk melakukan kegiatan-kegiatan pokok lainnya pada beban kerja yang lebih efisien.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ini dapat ditarik kesimpulan:

1. Pelaksanaan pendaftaran online di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dimulai dari petugas menerima SMS (Short Message Service) atau *WhatsApp* yang sudah dikirim oleh pasien atau wali di nomor ponsel rumah sakit 1 hari sebelum hari pemeriksaan. Lalu petugas melakukan verifikasi kelengkapan kebutuhan pendaftaran

dan mencatat di buku register yang dipisahkan per-klinik dan memberikan nomor urut antrian sesuai klinik. Petugas membalas SMS atau *WhatsApp* bahwa pendaftaran sukses dan menginformasikan nomor urut pemeriksaan di klinik yang dituju dan syarat yang harus dapat ditunjukkan untuk konfirmasi berkas rekam medis.

2. Hasil penelitian kuantitatif membuktikan bahwa jumlah pendaftaran *online* via SMS (*Short Message Service*) lebih tinggi dibandingkan dengan via *WhatsApp*.
3. Hasil penelitian kuantitatif membuktikan bahwa jumlah pembatalan pendaftaran *online* via SMS (*Short Message Service*) lebih tinggi dibandingkan dengan via *WhatsApp*.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Budi, Savitri Citra. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta : Quantum Sinergis Media.
- Fether B., Barsasella D. 2014. Analisis Sistem Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Jakarta Timur 2014. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*.
- Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor: HK.02.04/II.1/9398/2016 tentang Pemberlakuan Standar Prosedur Operasional (SPO) Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Melalui *Short Message Service* (SMS)/*WhatsApp* (WA) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
- Khasanah, Rosyidah. 2011. Perencanaan Sistem Rekam Medis Berdasarkan Input dan Proses di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Banguntapan II Kabupaten Bantul. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UAD*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.
- Taryo. 2016. *SEP BPJS Kesehatan itu apa dan bagaimana bentuk atau isinya?*. <http://bpjs.taryo.net/2016/12/bentuk-sep-bpjs-rsk-dharmais.html> [23 Oktober 2017]

ANALISIS FAKTOR MOTIVASI, *OPPORTUNITY*, *ABILITY* DAN KINERJA PETUGAS PROGRAM KESEHATAN IBU DI PUSKESMAS (*ANALYSIS OF MOTIVATION, OPPORTUNITY, ABILITY AND PERFORMANCE MATERNAL HEALTH PROGRAMS IN PUSKESMAS*)

Rossalina Adi Wijayanti¹, Novita Nuraini²

^{1,2}Jurusan Kesehatan, Program Studi DIV Rekam Medik, Politeknik Negeri Jember

E-mail: rossa@polije.ac.id¹, novita_nuraini@polije.ac.id²

Abstract

Maternal Mortality Rate (MMR) turns out to be a problem that has not been solved in the world. Jember regency ranked second highest in east java in 2016. Puskesmas Karang Duren in Jember regency has MMR in 2011, 2012, 2013. Promotive and preventive effort through the continuing approach has been implemented to make the MMR stable. For example by developing the maternal healthcare program with the use of mother card as their pregnancy medical record. This research intends to analyze motivation, opportunity, ability, and performance maternal healthcare program in Puskesmas. It uses analytic observational cross sectional design as the research method. There were 10 midwives as the research sample obtained by simple random sampling technique. It was analyzed by applying the data tabulation software. This result found out that most of the midwives were average in their motivation (60%), they were sufficient in the opportunity (60%), they were good in the ability (80%), and they were performance maternal healthcare program belongs to good category (80%). It shows that there were significant relationship between opportunity, ability, and the performance maternal healthcare program. Hence, the recommendation was formed by brainstorming activity involving the entire midwives and the head of the Community Health Center. It can be conducted by giving motivation (praising during meeting, warning, and guidance from the chiefs). It surely needs the uniformity of this medical recording format to make the supervision activity, monitoring, and evaluation goes easier later on. All of the sides are expected to be involved in maintaining the MMR.

Keywords: *Ability, Motivation, Opportunity, Performance Maternal Healthcare Program*

Abstrak

Angka kematian Ibu (AKI) menjadi pemasalahan yang belum tuntas di dunia. Kabupaten Jember peringkat 2 AKI tertinggi di Jawa Timur Tahun 2016. Puskesmas Karang Duren Kabupaten Jember memiliki AKI pada Tahun 2011, 2012, 2013. Upaya *promotif* dan *preventif*, melalui *pendekatan continuum of care* dilakukan untuk menekan AKI, salah satunya dikembangkan program kesehatan ibu melalui penggunaan Kartu Ibu sebagai pencatatan rekam medis ibu hamil. Penelitian bertujuan menganalisis faktor motivasi, *opportunity*, *ability* dan kinerja petugas program kesehatan ibu di puskesmas. Metode penelitian menggunakan *observasional* analitik desain *cross sectional*. Sampel penelitian sebagian bidan, berjumlah 10 petugas dengan teknik *simple random sampling*. Pengambilan data bulan Agustus – Oktober 2017. Analisis dengan *software* pengolahan data. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar motivasi bidan kategori sedang (60%), *opportunity* kategori cukup (60%), *ability* kategori baik (80%), kinerja program kesehatan ibu dalam kategori baik (80%). Hasil analisis menunjukkan ada hubungan signifikan antara motivasi, *opportunity*, *ability* dan kinerja program kesehatan ibu. Rekomendasi dirumuskan dengan kegiatan *brainstorming* melibatkan seluruh bidan dan kepala puskesmas. Upaya yang dapat dilakukan dengan memberikan motivasi (pujian ketika rapat, teguran agar merasa diingatkan, bimbingan atasan). Perlu keseragaman format pencatatan untuk mempermudah kegiatan supervisi, *monitoring* dan evaluasi. Perlu keterlibatan seluruh pihak dalam mempertahankan pencapaian AKI.

Keywords: *Ability, Motivasi, Opportunity, Kinerja Program Kesehatan Ibu*

PENDAHULUAN

Angka kematian Ibu (AKI) merupakan permasalahan yang belum tuntas di dunia. Oleh karenanya penurunan angka kematian ibu (AKI) masih masuk dalam target SDG's di sektor kesehatan (Bappenas, 2017). AKI di Indonesia masih cukup tinggi sedangkan di Provinsi Jawa Timur sendiri pada Tahun 2013 sebanyak 642 kematian, hal tersebut disebabkan oleh pelayanan kesehatan yang dirasa masih rendah dan pengambilan keputusan yang masih sering terlambat diantaranya terlambat mendeteksi (51%), terlambat merujuk (35%), terlambat di tempat rujukan (10%), dan terlambat mendapatkan pertolongan (4%) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2014).

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang terdapat di Propinsi Jawa Timur. Pada tahun 2016, Kabupaten Jember menduduki peringkat 2 (dua) untuk angka kematian ibu tertinggi di Jawa Timur (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2016).

Pembangunan sektor kesehatan untuk SDG's sangat tergantung kepada peran aktif seluruh pemangku kepentingan. Salah satu program yang dikembangkan di Indonesia adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan dan diarahkan untuk peningkatan Akses dan mutu pelayanan. Dalam hal pelayanan kesehatan primer diarahkan untuk upaya pelayanan *promotif* dan *preventif*, melalui *pendekatan continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan baik dalam tatanan tata kelola klinis, tata kelola manajemen dan tata kelola program (Bappenas, 2017).

Chalid (2015) menyebutkan penyebab kematian ibu masih berputar pada masalah utama (perdarahan, preklampsia-eklampsia dan infeksi), sehingga pencegahan dan penanggulangan masalah ini seharusnya difokuskan melalui intervensi pada ketiga masalah tersebut, melalui peran petugas kesehatan. Petugas kesehatan dapat berupa dokter dan bidan yang memang secara profesional mempunyai peran menurunkan angka kematian ibu. Dokter dan bidan adalah garda terdepan dalam mendeteksi kemungkinan risiko, mendorong program Keluarga Berencana (KB), melakukan asuhan antenatal terfokus, pencegahan abortus tidak aman, pertolongan persalinan oleh tenaga terampil, rujukan dini tepat waktu kasus gawat darurat obstetri dan pertolongan segera – adekuat kasus gawat darurat obstetri di rumah sakit rujukan. Penolong yang terampil pada saat sebelum, selama dan sesudah

persalinan telah terbukti mempunyai peran dalam menurunkan kematian ibu (Chalid, 2015).

Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan primer memiliki peranan utama dan sangat vital dalam upaya penurunan AKI di Indonesia. Program kesehatan di Puskesmas difokuskan pada kegiatan *preventif* dan *promotif* dalam program Kesehatan Ibu dan Anak. Berhasil tidaknya sebuah program besar kemungkinan dipengaruhi oleh pengelolaan dalam program tersebut. Program kesehatan ibu yang melibatkan peran bidan sebagai petugas kesehatan dengan menggunakan pengelolaan yang baik memungkinkan dapat menurunkan kejadian kematian yang berakibat menurunkan AKI.

Puskesmas Karang Duren merupakan salah satu puskesmas di Kabupaten Jember yang berlokasi di Kecamatan Balung. Hasil laporan terakhir menunjukkan Tahun 2011, 2012, 2013 memiliki Angka Kematian Ibu. Oleh karena itu diperlukan manajemen yang baik dalam pelaksanaan kegiatan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

Salah satu kegiatan yang dapat dilakukan dengan upaya evaluasi kepatuhan petugas terhadap pencatatan rekam medis ibu hamil melalui penggunaan kartu ibu, karena pencatatan sebelumnya dilakukan di kohort Ibu tidak mencakup keseluruhan data ibu hamil, dan pencatatan di Buku KIA yang dibawa pulang oleh ibu Hamil. Sehingga dapat dirumuskan kepatuhan petugas yang merupakan bentuk perilaku kerja mungkin berpengaruh terhadap Angka Kematian Ibu (AKI).

Kepatuhan petugas dalam pengisian yang merupakan bentuk dari kinerja. Moehariono (2009) menyebutkan kedisiplinan atau kepatuhan merupakan kesediaan untuk teratur dan tertib dalam bekerja agar tidak menghambat pelaksanaan tugas, sehingga berdasarkan pengertian tersebut. Besar kemungkinan kepatuhan petugas dapat menurunkan AKI.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kinerja seseorang, Robbins & Timothy (2008) menjelaskan bahwa kinerja seseorang dipengaruhi oleh kemampuan individu (kecerdasan dan keterampilan), motivasi dan *opportunity* (peluang untuk bekerja berupa berupa alat, peralatan, material, peraturan dan prosedur kerja yang mendukung serta persediaan yang mencukupi). Studi pendahuluan menunjukkan tertib pengisian Kartu Ibu karena adanya konsep pemikiran petugas menganggap pentingnya pencatatan Rekam Medis sebagai arsip lengkap, yang sewaktu-waktu

dapat dilihat dan dilakukan penatalaksanaan lebih lanjut. Hal ini menunjukkan motivasi merupakan salah satu faktor dalam kinerja petugas.

Pentingnya kepatuhan petugas dalam pengisian Kartu Ibu dalam upaya menurunkan AKI di Kabupaten Jember terutama wilayah kerja Puskesmas Karang Duren, maka diperlukannya analisis faktor petugas dalam pengisian Kartu Ibu. Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti tertarik untuk menganalisis faktor motivasi, *opportunity*, *ability* dan kinerja petugas program kesehatan ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional analitik* dengan desain *cross sectional*. Penelitian bertujuan menganalisis pengaruh pengaruh motivasi, *opportunity*, *ability* terhadap kinerja petugas program kesehatan ibu di Puskesmas. Sampel penelitian adalah sebagian bidan di wilayah Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember berjumlah 10 petugas dengan *teknik simple random sampling*. Pengambilan data bulan Agustus – Oktober 2017. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner dan observasi dengan bantuan *checklist*. Data dianalisis dengan *software* pengolahan data.

HASIL

Motivasi Petugas Program Kesehatan Ibu

Motivasi petugas program kesehatan Ibu dilihat dalam kegiatan pengisian Kartu Ibu, diidentifikasi melalui adanya penghargaan Pujian/ ucapan selamat ketika rapat/ bingkisan dan adanya hukuman atau teguran. Hasil identifikasi motivasi bidan dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Motivasi Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

No	Motivasi	Jumlah	Persentase
1	Rendah	0	0
2	Sedang	6	60
3	Tinggi	4	40
	Jumlah	10	100

Berdasarkan Tabel 1. menunjukkan bahwa sebagian besar petugas memiliki motivasi dalam kategori sedang, yaitu sebanyak 60%.

Opportunity Petugas Program Kesehatan Ibu

Opportunity (kesempatan) petugas Program Kesehatan Ibu ditinjau dalam pengisian kartu ibu, yaitu melalui kejelasan uraian pekerjaan bidan, ketersediaan petunjuk pengisian kartu ibu, ketersediaan kartu ibu dan alur rujukan ibu hamil risti dan ketersediaan waktu dalam pengisian serta adanya pelatihan tentang cara pengisian kartu ibu. Hasil identifikasi *opportunity* bidan disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Kesempatan Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

No	<i>Opportunity</i>	Jumlah	Persentase
1	Kurang	0	0
2	Cukup	6	60
3	Banyak	4	40
	Jumlah	10	100

Tabel 2. menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kesempatan yang cukup dalam melakukan pengisian kartu ibu, yaitu sebesar 60%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebetulnya telah tersedia kesempatan yang cukup dalam program kesehatan ibu.

Ability Petugas Program Kesehatan Ibu

Ability (kemampuan) petugas Program Kesehatan Ibu terutama dalam pengisian kartu ibu dan alur rujukan ibu hamil risti diidentifikasi melalui pengalaman dan pengetahuan bidan. Hasil identifikasi *ability* dalam program kesehatan ibu dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi *Ability* Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

No	<i>Ability</i>	Jumlah	Persentase
1	Rendah	0	0
2	Cukup	2	20
3	Baik	8	80
	Jumlah	10	100

Berdasarkan Tabel 3. dapat diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki kemampuan yang baik dalam melakukan pengisian kartu ibu, yaitu sebesar 80%.

Kinerja Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

Kinerja petugas Program kesehatan ibu diidentifikasi dalam kegiatan pengisian kartu ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember dan dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Distribusi Kinerja Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

No	Kinerja	Jumlah	Persentase
1	Baik	8	80
2	Kurang baik	2	20
	Jumlah	10	100

Hasil penelitian kinerja petugas adalah gambaran kepatuhan petugas dalam pengisian kartu ibu. Dimana kartu ibu berisi hasil pemeriksaan faktor risiko tinggi ibu hamil. Hasil observasi menunjukkan bahwa sebagian besar petugas melengkapi pengisian formulir sebesar 80%. Kelengkapan pengisian formulir pencatatan pemeriksaan faktor risiko tinggi ibu hamil meliputi beberapa komponen: Identitas ibu, Riwayat obstetrik, Pemeriksaan Bidan, Rencana persalinan, Asuhan persalinan, Pemeriksaan PNC, Kunjungan Nifas dan Register Ibu. Setiap komponen masih terbagi menjadi beberapa informasi. Sehingga jika semua komponen terpenuhi maka faktor risiko ibu hamil terdeteksi dini.

Analisis Faktor Motivasi, Opportunity, Ability Terhadap Kinerja Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

Analisis faktor motivasi, *opportunity*, *ability* terhadap Kinerja Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember dilakukan dengan melakukan uji hubungan antara faktor motivasi, *opportunity* dan *ability* terhadap kinerja petugas. Hasil analisis disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Hasil Analisis Faktor Motivasi, Opportunity, Ability dan Kinerja Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember.

No	Varibel	Sign Hasil Uji	Kesimpulan (alfa = 0,05)
1	Motivasi	0,030	Ada hubungan
2	Opportunity	0,038	Ada hubungan
3	Ability	0,024	Ada hubungan

Berdasarkan Tabel 5 dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi, *opportunity*, *ability* terhadap Kinerja Petugas Program Kesehatan Ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember. Hal ini ditunjukkan dengan hasil uji yang semuanya lebih besar dari alfa (0,05). Sehingga besar kemungkinan tidak ditemukannya AKI disebabkan karena faktor petugas yang telah memiliki motivasi, *opportunity* dan *ability* yang baik.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki motivasi kategori sedang yaitu sebesar 60%. Kemungkinan penyebab motivasi kategori sedang karena sebagian besar bidan masih membutuhkan adanya pujian ataupun teguran jika tidak mencapai kinerja yang baik, salah satunya dalam pengisian kartu ibu. Hal ini disampaikan ketika kegiatan *brainstorming* dan pemamparan hasil dimana bidan koordinator menyampaikan perlu adanya motivasi tersebut meskipun setiap bidan pada dasarnya sudah menjalankan pekerjaan dengan baik, karena adanya anggapan bahwa pengisian Kartu Ibu adalah sebuah kewajiban. Fadilla (2009) menyatakan bahwa sistem penghargaan memberikan dorongan bagi karyawan untuk bekerja secara lebih baik guna mendapatkan penghargaan dari atasan maupun dari perusahaan. Dampak yang timbul dengan adanya penghargaan yang diberikan oleh Kepala Puskesmas Karang Duren dapat meningkatkan motivasi kerja bidan. Hal ini dibuktikan dengan melakukan pengisian Kartu Ibu. Akhirnya dapat mempertahankan kinerja Puskesmas dengan tidak ditemukannya kejadian kematian ibu.

Sebagian besar responden memiliki kesempatan yang cukup dalam melakukan pengisian kartu ibu, yaitu sebesar 60%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebetulnya telah tersedia kesempatan yang cukup dalam hal pengisian kartu ibu. Kondisi tersebut dapat merupakan faktor pendukung berhasilnya Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung mempertahankan tidak terjadinya kematian ibu dengan melakukan pengisian kartu ibu. *Opportunity* petugas

Program Kesehatan Ibu ditinjau dalam pengisian kartu ibu, yaitu melalui kejelasan uraian pekerjaan bidan, ketersediaan petunjuk pengisian kartu ibu, ketersediaan kartu ibu dan alur rujukan ibu hamil risti dan ketersediaan waktu dalam pengisian serta adanya pelatihan tentang cara pengisian kartu ibu. Notoatmodjo (2010) menjelaskan pelatihan dan pengembangan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus bagi seseorang atau sekelompok orang. Selanjutnya, Ainy (2015) menyatakan bahwa pelatihan dan pengembangan berhubungan dengan kinerja namun hubungan tersebut bersifat negatif.

Sebagian besar responden memiliki kemampuan yang baik dalam melakukan pengisian kartu ibu, yaitu sebesar 80%. Hal tersebut besar kemungkinan disebabkan karena semua responden adalah lulusan D3 Kebidanan sehingga memiliki kompetensi yang memadai serta sebagian besar telah menjalani profesi bidan antara kurun waktu 3-5 tahun. Widjayanti (2012) menyebutkan dengan pendidikan yang lebih tinggi, maka seseorang akan meningkatkan kinerjanya yang akan menghasilkan suatu hasil yang lebih baik karena dia memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas serta sikap yang lebih baik dibandingkan dengan yang berpendidikan lebih rendah. Hal tersebut dapat diasumsikan bahwa semakin tinggi pendidikan petugas program kesehatan ibu di puskesmas kemungkinan akan semakin paham tentang pentingnya pengisian kartu ibu. Selain pendidikan, pengetahuan juga dapat timbul dari pengalaman yang sama untuk melaksanakan tugas yang sama di tempat yang berbeda. Pengalaman kerja juga dapat meningkatkan kinerja seorang petugas agar sesuai dengan prosedur yang ada. Marfungah (2013) menyebutkan ada hubungan yang signifikan antara lama kerja dengan kinerja bidan di wilayah Surakarta. Hal ini menunjukkan bahwa pengalaman yang didapatkan dari lamanya bekerja dapat berhubungan dengan kinerja bidan pengisian kartu ibu.

Kinerja petugas program kesehatan ibu diidentifikasi melalui kepatuhan petugas yang tinggi dalam pencatatan pemeriksaan faktor risiko tinggi ibu hamil. Hasil observasi menunjukkan bahwa sebagian besar petugas melengkapi pengisian formulir sebesar 80%, sehingga kategori kinerja menunjukkan baik. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, semua persalinan harus ditolong oleh tenaga

keehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani serta diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah apabila mendapat penanganan yang adekuat difasilitas pelayanan kesehatan serta faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi. Deteksi faktor risiko pada ibu hamil baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah kematian dan kesakitan ibu (Ristrin dan Oktarina, 2014). Hasil penelitian tentang kepatuhan pengisian kartu ibu ditunjukkan dengan kelengkapan pengisian formulir. Hal ini merupakan kemungkinan terbesar tidak ditemukannya lagi kematian ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung. Karena dengan telah dilakukannya pencacatan yang lengkap kejadian AKI dapat ditekan. Didukung dengan pernyataan yang disampaikan oleh kepala Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung. Serta adanya *monitoring* dan evaluasi yang rutin oleh kepala Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung juga besar kemungkinan menekan AKI. Hasil ini sesuai dengan anjuran WHO untuk mendapatkan AKI yang paling baik adalah menindak lanjuti kohor ibu hamil (Senewe dan Wiryawan, 2011).

Adanya hubungan antara faktor motivasi dan kinerja petugas program kesehatan ibu sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusmayati (2012), dimana terdapat hubungan antara kinerja bidan dengan motivasi bidan. Kegiatan penelitian ini menunjukkan motivasi sebagian besar petugas dalam kategori sedang sehingga berhubungan dengan kinerja bidan berupa kepatuhan pengisian kartu ibu akibatnya, dapat menekan AKI. Namun masih diperlukannya motivasi oleh pimpinan pada setiap kegiatan di puskesmas.

Hubungan antara faktor *opportunity* dan kinerja petugas program kesehatan ibu mendukung penelitian yang dilakukan oleh Syaifei & Hari (2006) menyebutkan bahwa faktor kesempatan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kinerja petugas dalam program penanggulangan TB. Hasil penelitian menunjukkan telah tersedia kesempatan yang cukup dalam hal pengisian kartu ibu. Kondisi tersebut dapat merupakan faktor pendukung berhasilnya Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung mempertahankan tidak terjadinya kematian ibu dengan melakukan pengisian kartu ibu.

Hubungan antara faktor *ability* dan kinerja petugas program kesehatan ibu sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Hardjono (2013) menyatakan bahwa kemampuan kerja berpengaruh signifikan terhadap kinerja pegawai. Semakin tinggi kemampuan kerja akan meningkatkan kinerja pegawai. Demikian pula sebaliknya semakin rendah kemampuan kerja akan menurunkan kinerja pegawai, artinya kemampuan kerja berpengaruh positif signifikan terhadap kinerja pegawai Kecamatan Mijen Kota Semarang. Berdasarkan hasil identifikasi faktor *ability* yang terdiri dari pengalaman dan pendidikan maka, besar kemungkinan 2 komponen tersebut melatar belakangi bidan melakukan pengisian kartu ibu yang baik sehingga berkinerja baik. Akibatnya deteksi dini risiko ibu hamil dapat dilakukan. Hasil ini mendukung penelitian oleh Ainy, dkk (2015) menyatakan bahwa pengetahuan berhubungan positif dengan terhadap kinerja bidan dalam pelayanan antenatal care di wilayah puskesmas Kabupaten Jember.

SIMPULAN

Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor motivasi, *opportunity*, *ability* dan kinerja petugas program kesehatan ibu di Puskesmas Karang Duren Kecamatan Balung Kabupaten Jember

DAFTAR PUSTAKA

- Ainy, Q, Khoiri, A & Herawati, YT 2015, Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan dalam Pelayanan Antenatal Care di Wilayah Puskesmas Kabupaten Jember Tahun 2015. diakses 29 Oktober 2017 [13:42], <<http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/77246/Qurotul%20Ainy.pdf?sequence=1>>
- Bappenas, 2017, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan, Kementerian PPN/ Bappenas, diakses 29 Oktober 2017 [17:23], <http://sdgs.bappenas.go.id/>
- Chalid, MT 2015. Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan. Departemen Obstetri dan Ginekologi. Fakultas Kedokteran. Unhas. PT. Gakken. diakses 29 Oktober 2017 [19:59] <<https://gakken-idn.id/topics/files/upaya-menurunkan-kematian-ibu-peran-petugas-kesehatan-summary-full-text.pdf> >
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2016. Profil Kesehatan Kabupaten Jember 2016. Jember.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2014. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014. Surabaya.
- Fadilla, R. 2009. Pengaruh Sistem Penghargaan terhadap Kinerja Karyawan Bank Danamon Cabang Utama Medan. Skripsi. Medan: Universitas Sumatera Utara. diakses 29 Oktober 2017 [14:03], <<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/11016/09E02703.pdf;jsessionid=942BB09D81B665C8BF8C57776097484C?sequence=1>>
- Hardjono 2013, Analisis Pengaruh Motivasi, Disiplin Kerja dan Kemampuan Kerja terhadap Kinerja Pegawai Negeri Sipil, diakses 29 Oktober 2017 [18:21], <http://eprints.dinus.ac.id/15066/1/JURNAL_TESIS.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. 2014a. InfoDatin. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Situasi Kesehatan Ibu. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. Jakarta.
- Kusmayati, L 2012 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan dalam Kunjungan K4 pada Ibu Hamil di Puskesmas Syamtalira Bayu Kabupaten Aceh Utara Tahun 2012, Jurnal Kesehatan Masyarakat, diakses 29 Oktober 2017 [13:48], <http://www.ejournal.uui.ac.id/jurnal/LAILA_KUSMAYATI-les-jurnal_lela.pdf>
- Marfungah 2013, Hubungan antara Lama Kerja dengan Kinerja Bidan dalam Pelayanan Antenatal Care (ANC) di Wilayah Surakarta, Skripsi, diakses 29 Oktober 2017 [13:46], <<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20318305-S-Yuli%20Andriani.pdf>>
- Moeheriono 2009, Pengukuran Kinerja Berbasis Kompetensi, Penerbit Ghalia Indonesia, Bogor.
- Notoatmodjo, S 2010. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Ristrin & Oktarina 2014, Upaya Peningkatkan Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan Melalui Kelengkapan Pengisian Buku KIA Oleh Bidan di Kabupaten Bangkalan Jatim Tahun 2013. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 17 No. 3 Juli 2014: 215–225. diakses 29 Oktober 2017 [19:36], <https://media.neliti.com/media/>

- [publications/20899-ID-upaya-peningkatkan-deteksi-dini-risiko-tinggi-kehamilan-melalui-kelengkapan-peng.pdf](#)
- Robbins, SP & Timothy, AJ 2008, *Perilaku Organisasi*, Buku 1, Ed. 12, Salemba Empat, Jakarta.
- Senewe, FP & Wiryawan, Y, 2011. Pencatatan dan Pelaporan Sistem Pemantauan Wilayah Setempat – Kesehatan Ibu dan Anak Oleh Bidan di Desa di Puskesmas Sepatan Kabupaten Tangerang 2008. *Jurnal Ekologi Kesehatan*. Vol.10. No.3. diakses 29 Oktober 2017 [19.34], <<https://media.neliti.com/media/publications/79312-ID-pencatatan-dan-pelaporan-sistem-pemantau.pdf>>
- Syafei & Hari, K 2006, *Kinerja Petugas P2 TB-Paru Puskesmas Studi Analisis Faktor Kinerja Petugas di Kota Jambi*. Working Paper Series No.19 Juli 2006. diakses 29 Oktober 2017 [19.20], <http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/_working/No.19_syafei_07_06.pdf>
- Widjayanti, TB 2012. Hubungan antara Karakteristik Individu, Psikologis dan Organisasi dengan Perilaku Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Unit Rawat Inap RS. MH. Thamrin Purwakarta. Tesis. Universitas Indonesia. diakses 29 Oktober 2017 [18.32], <<http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20298079-T30039-Hubungan%20antara.pdf>>
- Yanuardi, Rino. 2013. Pengaruh Keterampilan Kerja Dan Pengetahuan Administrasi Terhadap Kinerja Pegawai Administrasi Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Padang. Skripsi. Sumatera Utara: Universitas Negeri Padang. diakses 29 Oktober 2017 [18.43], http://repository.unp.ac.id/5625/1/1_A_RINO_YANUARDI_84678_2830_2013.pdf
- Yasmeen, R., Umar, F., & Fahad, A. 2013. Impact of Rewards on Organizational Performance: Empirical Evidence from Telecom Sector of Pakistan. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 3(5), 938-946. diakses 29 Oktober 2017 [19.32], [http://www.textroad.com/pdf/JBASR/J.%20Basic.%20Appl.%20Sci.%20Res.,%203\(5\)938-946,%202013.pdf](http://www.textroad.com/pdf/JBASR/J.%20Basic.%20Appl.%20Sci.%20Res.,%203(5)938-946,%202013.pdf)
- Yunita, H, Kuntjoro, T & Purnami, CT 2013, Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Desa dalam Deteksi Dini Resiko Tinggi Ibu Hamil pada Pelayanan Antenatal di Kabupaten Bengkulu Selatan, *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, Vol. 01, No.02, Agustus 2013, diakses 29 Oktober 2017 [13:40], <<https://media.neliti.com/media/publications/111736-ID-none.pdf>>

Analisis Statistik Asuhan Kesehatan Pasien Rawat Inap di Semen Padang *Hospital*

Rahmi Septia Sari¹⁾

¹⁾Prodi Ilmu Rekam Medis Apikes Iris Padang

E-mail: rahmiseptiasari88@gmail.com

Abstract

Medical records are a compilation of a collection of facts about the patient's health history, including the current and old illnesses and their treatment written by health professionals who helped care for these patients. Data collection was conducted at Semen Padang Hospital by recording data on inpatients returning from February 1 to February 14, 2017, so that data was obtained from 397 patients. Then the data is processed using a computer with the Microsoft Excel application program. Most diagnoses are newborns with the code Z38.0 as many as 28 patients. Grouping diagnosis of patients based on CHAPTER ICD-10, obtained the most diagnosis found in CHAPTER II, namely Neoplasm with a percentage of 14.61% as many as 58 patients. The most common procedure was Sectio Caesar with a code of 74.99 with 14 patients. Based on the DTD code and its definition, the most diagnoses were DTD 298, which were supporting health facilities for other reasons as many as 30 patients. Based on age group, the majority of patients were 25-44 years old as many as 129 patients. Based on regional distribution, the majority of patients came from Padang city as many as 303 patients. After data processing, the total length of stay (TLOS) was 1258 days and the average length of stay (ALOS) was 3.17 or 3 days with the ALOS efficiency rate of 6-9 days. The percentage of bed usage (BOR) is 48.08% with an efficiency rate of 60-85%. Bed exchange rate (BTR) of 2.74 or 3 times, BTR number efficiency cannot be determined because the period needed to know the efficient BTR is one year. The bedtime usage (TI) range is 2.65 or 3 days with the efficiency rate is 1-3 days. Based on the above parameters it was concluded that the obtained ALOS, BOR and BOR were not efficient while the IT obtained was efficient.

Keywords: *Medical Record, Inpatient Health Care Statistics*

Abstrak

Rekam medis adalah kompilasi kumpulan fakta-fakta sejarah kesehatan pasien, termasuk penyakit lama dan sekarang serta pengobatannya yang ditulis oleh profesional kesehatan yang ikut mengasuh pasien tersebut. Pengumpulan data dilakukan di Semen Padang *Hospital* dengan mencatat data pasien rawat inap yang pulang sejak 01 Februari-14 Februari 2017, sehingga didapatkan data sejumlah 397 pasien. Kemudian dilakukan pengolahan data menggunakan komputer dengan program aplikasi *Microsoft Excel*. Diagnosis terbanyak adalah Bayi Baru Lahir dengan kode Z38.0 sebanyak 28 pasien. Pengelompokan diagnosis pasien berdasarkan BAB ICD-10, didapatkan diagnosis terbanyak terdapat pada BAB II yaitu *Neoplasm* dengan persentase 14,61 % sebanyak 58 pasien. Prosedur terbanyak yaitu *Sectio Caesar* dengan kode 74.99 sebanyak 14 pasien. Berdasarkan kode DTD dan definisinya, diagnosis terbanyak adalah DTD 298 yaitu Penunjang sarana kesehatan untuk alasan lain sebanyak 30 pasien. Berdasarkan kelompok umur, pasien terbanyak berusia 25-44 tahun sebanyak 129 pasien. Berdasarkan distribusi daerah, pasien terbanyak berasal dari kota Padang sebanyak 303 pasien. Setelah dilakukan pengolahan data diperoleh total lama rawat (TLOS) sebanyak 1258 hari dan rata-rata lama rawat (ALOS) sebanyak 3,17 atau 3 hari dengan angka efisiensi ALOS adalah 6-9 hari. Persentase pemakaian tempat tidur (BOR) sebanyak 48,08 % dengan angka efisiensinya adalah 60-85 %. Angka pertukaran tempat tidur (BTR) sebanyak 2,74 atau 3 kali, Keefisienan angka BTR tidak dapat ditentukan karena periode yang dibutuhkan untuk mengetahui BTR yang efisien adalah satu tahun. Rentang waktu pemakaian tempat tidur (TI) sebanyak 2,65 atau 3 hari dengan angka efisiensinya adalah 1-3 hari. Berdasarkan parameter diatas disimpulkan bahwa ALOS, BOR dan BOR yang didapatkan tidak efisien sedangkan TI yang didapatkan efisien.

Kata Kunci: Rekam Medis, Statistik Asuhan Kesehatan Rawat Inap

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Berbagai asuhan kesehatan tersebut dibutuhkan pelayanan yang baik dan bermutu dengan mengutamakan kepentingan pasien. Mutu asuhan pasien juga dinilai dari kelengkapan informasi yang terdapat dalam rekam medis (Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009)

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan terhadap pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Rekam medis merupakan salah satu sumber dalam menentukan mutu rumah sakit. Rekam medis harus dibuat secara lengkap dan akurat untuk semua pasien. Rekam medis harus berisi data yang cukup untuk mengidentifikasi pasien karna rekam medis merupakan sumber data yang digunakan dalam mengolah data statistik asuhan rumah sakit (Permenkes 749a, 1989)

Statistik merupakan fakta yang dijadikan gambar, untuk mencapai tujuan, gambar tersebut harus relevan dan bisa diandalkan kalau seseorang akan mengevaluasinya secara tepat dan menggunakannya dalam pengambilan keputusan. Persiapan statistik melibatkan pengumpulan, analisis, interpretasi, dan presentasi fakta sebagai angka-angka. Statistik hanya memiliki ketepatan yang sama dengan dokumen tempat asalnya. Praktisi informasi kesehatan memerlukan pengetahuan luas mengenai metode penalaran statistik dan harus dapat memahami tentang apa yang bisa dilakukan oleh komputer terhadap data mentah (Huffman, 1994)

Data statistik asuhan kesehatan di suatu rumah sakit sering kali mendapat kendala dalam pengolahannya, salah satunya dalam mengolah data secara manual. Pengolahan data secara manual membutuhkan banyak waktu dan memungkinkan terjadinya kesalahan lebih banyak dalam perhitungan statistik sehingga data yang dihasilkan kurang akurat dan kurang efisien. Hal ini akan mempengaruhi mutu asuhan kesehatan rumah sakit. Sedangkan, pengolahan data secara komputerisasi pengolahan data akan lebih cepat diolah sehingga data yang dihasilkan lebih akurat dan kesalahan yang terjadi dapat diminimalisir (Notoatmojo S, 2013)

Persiapan statistik melibatkan pengumpulan, analisis dan interpretasi data sebagai angka-angka. Praktisi informasi kesehatan memerlukan pengetahuan luas mengenai metode penalaran statistik dan harus dapat memahami tentang apa yang biasa dilakukan oleh komputer terhadap data mentah.

Pengolahan dan analisis data dalam statistik asuhan kesehatan meliputi: Sensus Pasien Rawat Inap, Hari layanan pasien rawat inap.

METODE

Jenis penelitian adalah deskriptif. Obyek penelitian ini adalah buku register pasien pulang di ruang penyimpanan periode 1 sampai dengan 14 Februari 2017. Pengumpulan data dilakukan melalui prosedur statistik. Data penelitian dianalisis secara deskriptif.

HASIL

Abstraksi Rekam Medis

Pengumpulan data dilakukan di Semen Padang *Hospital*. Proses statistik diawali dengan pengumpulan data, analisis, interpretasi data dan presentasi data. Pengolahan data pasien rawat inap yang diambil adalah pasien keluar pada periode 01 Februari – 14 Februari 2017. Data pasien tersebut dapat dicatat dari buku register pasien pulang pada ruang penyimpanan.

Pencatatan dilakukan dengan meringkaskan data pasien kedalam abstraksi berdasarkan buku register pulang pasien rawat inap. Nomor rekam yang telah diabstraksi berguna untuk mencari rekam medis pasien tersebut. Setelah rekam medis pasien ditemukan, maka proses berikutnya adalah peringkasan data (abstraksi). Peringkasan ini menggunakan UHDDS (*Uniform Health Discharge Data Set*) sebagai set data yang sederhana untuk pedoman pengumpulan data.

Untuk memenuhi kebutuhan data dalam pengolahan statistik, maka item-item abstraksi yang dikumpulkan adalah:

- a. Nomor rekam medis
- b. Jenis kelamin
- c. Umur (tahun, bulan, hari, jam)
- d. Tanggal lahir
- e. Tanggal masuk
- f. Tanggal keluar

- g. Alamat lengkap
- h. Suku bangsa
- i. Diagnosis utama
- j. Kode diagnosis
- k. Dokter yang merawat
- l. Prosedur utama
- m. Dokter Prosedur
- n. Disposisi (cara keluar).

Setelah peringkasan selesai, maka dilakukan pengodean terhadap diagnosis penyakit pasien. Kelengkapan rekam medis pasien harus dilakukan sebelum dilakukan pengodean.

Pengodean Diagnosis Utama dan Prosedur

Diagnosis utama adalah kondisi yang menyebabkan pasien datang ke fasilitas asuhan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan.

Pengodean diagnosis utama dilakukan dengan cara menggunakan ICD-10 volume 3 untuk mencari kode penyakit, kemudian dapat dirujuk menggunakan volume 1 untuk memastikan kebenaran dari kode tersebut. Hal ini dilakukan supaya dapat menghindari kesalahan dalam melakukan pengodean. Kode primer untuk penyakit dasar ditandai oleh dagger (†) sebagai kode utama, dan kode untuk penyakit dasar tersebut pada organ ditandai dengan asterisk (*) sebagai kode tambahan. Untuk pengodean, asterisk tidak boleh digunakan terpisah. Pengodean prosedur dari penyakit pasien menggunakan ICD-9 CM. Cara penggunaan ICD-9 CM adalah setelah prosedur dari penyakit pasien diketahui, kemudian cari kode prosedur pada volume 3. Untuk memastikan kebenaran kode, gunakan ICD-9 CM volume 1 agar didapatkan kode prosedur yang benar.

Pembuatan RL.4a

RL4a dibuat untuk melaporkan data dan keadaan mortalitas dan morbiditas pasien di rumah sakit. Laporan RL4a dikerjakan melalui data rawat inap yang dilakukan di rumah sakit dapat diliputi seperti No, jenis kelamin, umur, tanggal keluar dan tanggal masuk, disposisi, diagnosa utama, ICD- 10, DTD, LOS, Kelompok umur. Data dimasukkan melalui copy master dan masukan ke RL4a.

Analisis Statistik Asuhan Kesehatan

Setelah dilakukan pengodean diagnosis dan prosedur, pengolahan statistik harus diperhatikan. Hasil pengolahan data yang bersumber pada data yang akurat dapat menggambarkan statistik asuhan

kesehatan pada suatu rumah sakit. Ketelitian dalam pengolahan data juga diperlukan untuk memberikan hasil pengolahan data yang baik.

Analisis statistik asuhan kesehatan melibatkan sensus harian dan hari layanan pasien rawat inap disajikan dalam bentuk laporan RL 4a sedangkan (*Length of Stay*) LOS, (*Average Length of Stay*) ALOS, (*Bed Occupancy Rate*) BOR, (*Bed Turnoval Rate*) BTR dan (*Turnoval Interval*) TI ditampilkan dalam bentuk tabel dan *Grafik Berber Johnson*.

Penyajian Data Statistik Asuhan Kesehatan

Praktisi asuhan kesehatan harus memastikan rekam medis telah memenuhi standar kebutuhan statistik. Dari rekam medis yang lengkap pengolahan statistik asuhan kesehatan dapat dilakukan. Hasil dari sensus harian, hari layanan, BOR, BTR, LOS, TI, bentuk tabel atau grafik *Barber Johnson*. Grafik ini dapat mengukur tingkat efisiensi pengolahan statistik rumah sakit pada setiap periode.

Penghitungan Statistik Asuhan Kesehatan Pasien Rawat Inap

Sensus Harian dan Hari Layanan Pasien Rawat Inap

Jumlah pasien awal Semen Padang *Hospital* sebanyak 89 pasien. Pada tanggal 01 Februari 2017 rumah sakit menerima 31 pasien, pasien keluar (termasuk meninggal) berjumlah 27 pasien, pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama berjumlah 0 pasien.

Maka sensus harian dan hari layanan pasien rawat inap pada tanggal tersebut adalah

$$\begin{aligned}\text{Sensus} &= \text{Pasien awal} + \text{Pasien masuk} \\ &\quad - \text{Pasien keluar} \\ &= 89 + 31 - 27 \\ &= 93 \text{ pasien}\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}\text{Hari layanan} &= \text{Sensus} + \text{Pasien masuk dan keluar} \\ &\quad \text{pada hari yang sama} \\ &= 93 + 0 \\ &= 93 \text{ pasien}\end{aligned}$$

Jadi hari layanan pasien inap Semen Padang *Hospital* pada tanggal 01 Februari 2017 sebanyak 93 pasien.

Length of Stay (LOS)

Seorang pasien datang ke Semen Padang *Hospital* pada tanggal 6 Februari 2017, dan keluar pada tanggal 14 Februari 2017. Maka Lama Rawat (LOS) pasien tersebut adalah

LOS = tanggal keluar – tanggal masuk
 = 6 – 14
 = 8 hari

Average Length of Stay (ALOS)

Selama 01 Februari - 14 Februari 2017, Semen Padang Hospital memulangkan 397 pasien (termasuk meninggal). Total lama tinggalnya 1258 hari. Rata-rata lama tinggal adalah

$$ALOS = \frac{\text{Jumlah hari tinggal (discharge day)}}{\text{Jumlah pasien pulang}}$$

$$= \frac{1258}{397}$$

$$= 3,17 \text{ atau dibulatkan menjadi } 3 \text{ hari}$$

Bed Occupancy Rate (BOR)

Semen Padang Hospital memiliki tempat tidur 145 unit. Selama 01 Februari - 14 Februari 2017, rumah sakit memiliki hari layanan sebanyak 976 pasien. Maka nilai BOR adalah

$$BOR = \frac{\text{Jumlah Hari Layanan pasien rawat inap pada suatu periode}}{\text{Jumlah Bed Count days pasien rawat inap periode tersebut}} \times 100\%$$

$$= \frac{976 \times 100}{145 \times 14}$$

$$= 48,08 \text{ atau dibulatkan menjadi } 48 \%$$

Jadi, persentase pemakaian tempat tidur rawat inap pada 01 Februari - 14 Februari 2017 di Semen Padang Hospital adalah 48 %.

Bed Tunover Rate (BTR)

Semen Padang Hospital memiliki 145 unit tempat tidur memulangkan 397 pasien selama 01 Februari - 14 Februari 2017. Nilai BTR adalah

$$BTR = \frac{\text{Jumlah discharge (termasuk meninggal) pada suatu periode}}{\text{Jumlah bed count selama periode tersebut}}$$

$$= \frac{397}{145}$$

$$= 2,74 \text{ atau dibulatkan menjadi } 3 \text{ kali}$$

Jadi, BTR pasien rawat inap pada 01 Februari – 14 Februari 2017 di Semen Padang Hospital sebanyak 3 kali.

Turnover Interval (TI)

Semen Padang Hospital memiliki tempat tidur sebanyak 145 unit dan memulangkan 397 pasien pada 01 Februari - 14 Februari 2017. Rata-rata hari layanannya sebanyak 69,71 pasien. Tentukan TI rawat inap tersebut?

Jawab:

$$TI = \frac{\text{Jumlah tempat tidur (rata-rata hari layanan)}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati)}} \times \text{periode}$$

$$= \frac{(145 - 69,71) \times 14}{397}$$

$$= 2,65 \text{ atau dibulatkan menjadi } 3 \text{ hari}$$

Jadi, TI pasien rawat inap pada 01 Februari – 14 Februari 2017 di Semen Padang Hospital adalah 3 hari.

Hasil Analisis Statistik Asuhan Kesehatan

Periode	JH	JK	SENSUS		HARI LAYANAN		BOR	BTR	TI	TL OS	AL OS
			T	R	T	R					
I	7	200	609	87	613	87,57	60,39	1,38	2,01	666	3,33
II	7	197	360	51,43	363	51,86	35,76	1,36	3,31	592	3,01
Grand Total	14	397	969	69,21	976	69,71	48,08	2,74	2,65	1258	3,17

Keterangan:

- JH = Jumlah Hari
- T = Total
- JK = Jumlah Keluar
- R = Rata-rata

PEMBAHASAN

Jumlah hari pada periode I bulan Februari 2017 adalah 7 hari dan pada periode II bulan Februari 2017 adalah 7 hari, dengan total jumlah hari yaitu 14 hari. Jumlah pasien keluar pada periode I bulan Februari 2017 sebanyak 200 pasien dan pada periode II bulan Februari 2017 sebanyak 197 pasien dengan total jumlah keluar sebanyak 397 pasien. Hasil tersebut akan digunakan sebagai dasar penghitungan SHRI.

Total sensus harian pasien rawat inap pada periode I bulan Februari sebanyak 609 pasien dan pada

periode II bulan Februari 2017 sebanyak 360 pasien, dengan total sensus sebanyak 969 pasien, sedangkan rata-rata sensus pada periode I bulan Februari 2017 adalah 87 pasien dan pada periode II bulan Februari 2017 sebanyak 51,43 pasien dengan total rata-rata sensus sebanyak 69,21 dibulatkan menjadi 69 pasien.

Total hari layanan pasien rawat inap pada periode I bulan Februari 2017 adalah 613 pasien dan pada periode II bulan Februari 2017 sebanyak 363 pasien, dengan total hari layanan sebanyak 976 pasien, sedangkan rata-rata hari layanan pasien rawat inap pada periode I bulan Februari 2017 adalah 87,57 pasien dan pada periode II bulan Februari 2017 sebanyak 51,86 pasien dengan total rata-rata hari layanan sebanyak 69,71 dirawat dibulatkan menjadi 70 pasien.

Total lama rawat (TLOS) pada periode I bulan Februari 2017 adalah 666 hari dan pada periode II bulan Februari 2017 adalah 592 hari dengan total TLOS 1258 hari.

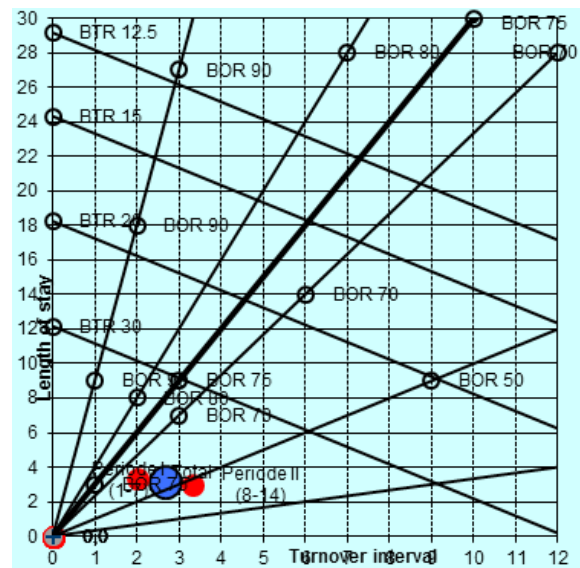
Rata-rata lama rawat (ALOS) pada periode I bulan Februari 2017 adalah 3,33 hari dan pada periode II bulan Februari 2017 adalah 3,01 hari dengan total ALOS 3,17 hari dibulatkan menjadi 3 hari. ALOS tidak efisien karna angka efisiensinya ALOS 6 – 9 hari.

Nilai *Bed Occupancy Rate* (BOR) pada periode I bulan Februari 2017 adalah 60,39% dan pada periode II bulan Februari 2017 adalah 35,76% dengan total BOR 48,08% dibulatkan menjadi 48%. Hal ini berarti, persentase pemakaian tempat tidur pada Semen Padang *Hospital* tidak efisien karena angka efisiensi BOR adalah 60%-85%.

Nilai *Bed Turnover Rate* (BTR) pada periode I bulan Februari 2017 adalah 1,38 kali dan pada periode II bulan Februari 2017 adalah 1,36 kali dengan total BTR 2,74 kali dibulatkan menjadi 3 kali. Hal ini berarti masing – masing tempat tidur digunakan sebanyak 3 kali. Keefisienan angka BTR tidak dapat ditentukan karena periode yang dibutuhkan untuk mengetahui BTR yang efisien adalah satu tahun. Efisiensi BTR adalah 40 – 50 kali per tahun.

Nilai *Turnover Interval* (TI) pada periode I bulan Februari 2017 adalah 2,01 hari dan pada periode II bulan Februari 2017 adalah 3,31 hari dengan total TI 2,65 hari dibulatkan menjadi 3 hari. Berdasarkan hasil TI tersebut menyatakan bahwa waktu luang atau interval pemakaian tempat tidur antara dua

pasien yang berbeda adalah 3 hari, angka yang didapatkan efisien karena angka efisiensi TI berkisar 1-3 hari.



Gambar 1. Grafik Barber Johnson Semen Padang *Hospital* Priode 01 Februari – 14 Februari 2017 .

Pada gambar 1, grafik *Barber Johnson* dapat dilihat rata-rata lama rawat (ALOS) pasien pada periode I sebesar 3,33 dan turun pada periode II sebesar 3,01, dengan total 3,17 dibulatkan menjadi 3 hari. Angka ALOS yang didapat tidak efisien, karena efisiensi ALOS yaitu 6 - 9 hari. Rentang waktu pemakaian tempat tidur (TI) pada periode I sebesar 2,01 dan naik pada periode II sebesar 3,31 dengan total 2,65 dibulatkan menjadi 3 hari. Angka TI yang didapat efisien, karena efisiensi TI yaitu 1 - 3 hari.

SIMPULAN

Efisiensi penggunaan tempat tidur di Semen Padang *Hospital* belum efisien.

DAFTAR PUSTAKA

Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia dan Presiden Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor : 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 1989. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Huffman. 1994. Health Information Management. Diadaptasi oleh Erkadius dalam diktat yang berjudul *Manajemen Informasi Kesehatan III*. [2011]. Apikes Iris. Padang.

Huffman. 1994. Health Information Management. Diadaptasi oleh Erkadius dalam diktat yang berjudul *Manajemen Informasi Kesehatan I Bagian I*. [2011]. Apikes Iris. Padang.

WHO. 2004. International Statistikal Of Disease And Related Health Problem. Diadaptasi oleh Erkadius dalam diktat yang berjudul *Klasifikasi Klinis I Penggunaan ICD-10*. [2015]. Apikes Iris. Padang.

Dwiato dan Lestari, Tri. 2013. *Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Grafik Barber Johnson pada Bangsal Kelas III di RSUD Boyolali Priode Triwulan 2012*. Jakarta: Jurnal Rekam Medis. Vol.VII, No. 1.

Kamal, Syamsul. 2012. *Diktat Penuntun Perkuliahan Pedoman Praktis Komputerisasi Data Rekam Medis*. Apikes Iris: Padang.

Tasri, Yanti Desnita. 2010. *Diktat Penuntun Perkuliahan Spreadsheet*. Apikes iris: Padang.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No 76 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Group (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Departemen Kesehatan

Notoatmodjo, S. 2013. *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.

KESIAPAN TATA KELOLA PUSKESMAS MENJADI BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)

Endah Widaningtyas

Dosen STIKES HAKLI Semarang, Jl. dr. Ismangil No 27 Semarang

Email :endahwidaningtyas@yahoo.co.id

Abstract

This study aims to determine the readiness of Public Health Centers in Semarang regency to become Public Service Board. This research is qualitative research which is presented through descriptive exploratory. Key informants of this study were the Head of Public Health Center and the Head of Administration from four Public Health Centers in Semarang regency. The data were collected through in-depth interviews and observational research. The data were analyzed by using content analysis. The results showed that the requirements of administrative preparation for Public Health Center becoming Public Service Board has been arranged as follows: statement letter of readiness, governance patterns, and minimum service standards. Outpatient and Inpatient of Public Health Centers in Semarang regency have differences in the funding aspect. All of Public Health Centers wish to have best quality services, by the existence of Public Service Board people hope for better finances management so it can improve the quality of health service at the Public Health Centers. Therefore, the commitments of internal staff of Public Health Centers need to be raised/enhanced to create an atmosphere that supports the readiness of implementing the policy of Public Health Center as Public Service Board in Semarang regency.

Keyword: *Public Service Board, Public Health Center*

Abstrak

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kesiapan Puskesmas di Kabupaten Semarang menuju Badan Layanan Umum Daerah. Metode penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif. Informan penelitian ini yaitu Kepala Puskesmas dan Kepala TU dari 4 Puskesmas di Kabupaten Semarang. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. Pengolahan dan analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode *content analysis* (analisis isi). Hasil penelitian menunjukkan bahwa persyaratan administratif persiapan Puskesmas menuju BLUD yang telah tersusun yaitu : surat pernyataan kesanggupan, pola tata kelola, dan standar pelayanan minimal. Puskesmas Rawat Jalan dan Rawat Inap di Kabupaten Semarang memiliki perbedaan di aspek pendanaan. Keseluruhan Puskesmas ingin memiliki pelayanan yang bermutu, dengan adanya BLUD mereka mempunyai harapan dapat mengelola keuangannya dengan baik sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas. Kesimpulan penelitian ini Puskesmas belum sepenuhnya siap dalam proses perubahan Puskesmas menjadi BLUD. Komitmen di internal Puskesmas perlu digalang/ditingkatkan untuk membuat suasana yang mendukung kesiapan penerapan kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Semarang.

Kata kunci: Badan Layanan Umum Daerah, Puskesmas

PENDAHULUAN

Puskesmas merupakan ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Puskesmas memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional khususnya subsistem upaya kesehatan. Salah satu upaya kesehatan yang saat ini sedang

dilaksanakan di Indonesia adalah program Jaminan Kesehatan Nasional (UU No.40, 2004)

Sejak program JKN dilaksanakan pada tahun 2013, muncul wacana mengubah Puskesmas menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). BLUD merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD)

atau Unit Kerja pada SKPD di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas (Permenkes No.9, 2014)

Perubahan Puskesmas menjadi BLUD didasarkan pada Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) yang memberikan fleksibilitas. Penerapan PPK-BLU pada Puskesmas memungkinkan Puskesmas untuk mengelola sumber daya manusia (SDM) sendiri sehingga Puskesmas mempunyai kewenangan untuk mempekerjakan tenaga profesional nonPNS dan memberikan imbalan jasa sesuai dengan kontribusinya terhadap pelayanan Puskesmas (PP No.85, 2013).

Pelaksanaan kegiatan Puskesmas sebagai BLUD harus mengutamakan efektivitas dan efisiensi serta kualitas pelayanan umum kepada masyarakat tanpa mengutamakan pencarian keuntungan (Permenkes No.9, 2014). BLUD dikelola dengan memperhitungkan efisiensi biaya dalam setiap kegiatan operasionalnya. Artinya BLUD wajib melakukan perhitungan akuntansi biaya atas setiap unit produk yang dihasilkan. BLUD dikelola untuk meningkatkan layanan yang bermutu sebagai sumber pendapatan operasional (PP No.85, 2013)

Saat ini Kabupaten Semarang sedang mengkaji perubahan Puskesmas menjadi BLUD, untuk itu diadakan pertemuan antara Bupati, Sekda, Asisten III Bidang Administrasi Umum, Staf Ahli Bagian Hukum, Bappeda, DPPKAD, organisasi-organisasi kesehatan di Kabupaten Semarang, dan Dinas Kesehatan. Tanggal 11 Mei 2016 pada acara sosialisasi Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Bupati Semarang dalam sambutannya menghimbau semua Puskesmas untuk mempersiapkan statusnya menuju Badan Layanan Umum Daerah dan mulai awal 2017 harus terwujud. Puskesmas di Kabupaten Semarang berjumlah 26 Puskesmas, terdiri dari 14 Puskesmas Rawat Inap, 12 Puskesmas Rawat Jalan dan seluruh Puskesmas belum terakreditasi. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang segera mempersiapkan beberapa Puskesmas untuk memenuhi penilaian akreditasi dan menjadi BLUD pada tahun 2016. Diharapkan pada tahun 2017 semua Puskesmas di Kabupaten Semarang dapat menerapkan BLUD Puskesmas.

Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang telah melakukan studi banding ke Kabupaten Pekalongan dan Kabupaten Sragen untuk melihat persiapan yang telah dilakukan menuju Puskesmas BLUD. Hasil studi banding diputuskan bahwa Kabupaten Semarang akan mengacu Kabupaten Sragen dalam mempersiapkan Puskesmas BLUD karena karakteristik geografis dan jumlah Puskesmas Kabupaten Sragen hampir sama dengan Kabupaten Semarang.

Ada beberapa rencana yang telah disusun Dinas Kesehatan untuk merealisasikan Puskesmas BLUD antara lain membentuk tim yang mengkaji BLUD di Dinas Kesehatan, rencana pelatihan tentang BLUD, serta rencana kepengurusan BLUD yang dibuat perwilayah karena wilayah Dinas Kesehatan Semarang sangat luas. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang sejauh mana kesiapan Puskesmas di Kabupaten Semarang menjadi Badan Layanan Umum Daerah dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Perumusan masalah dalam penelitian ini adalah adanya beberapa kendala dalam persiapan menjadi BLUD Puskesmas diantaranya adalah rumitnya persyaratan administratif yang harus dipenuhi Puskesmas dan minimnya sumber daya manusia di Puskesmas untuk menyiapkan persyaratan administratif tersebut. Persyaratan administratif yang perlu dilengkapi dalam penerapan PPK-BLUD di Puskesmas yaitu membuat dan menyampaikan dokumen yang meliputi surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat; pola tata kelola; rencana strategis bisnis; standar pelayanan minimal; laporan keuangan pokok; serta laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk di audit secara independen.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti ingin melakukan penelitian mengenai sejauh mana kesiapan Puskesmas di Kabupaten Semarang menuju Badan Layanan Umum Daerah.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif untuk menggali lebih mendalam informasi tentang kesiapan Puskesmas di Kabupaten Semarang menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Penelitian dilaksanakan di empat (4) Puskesmas di Kabupaten Semarang yang disiapkan untuk menjadi BLUD.

Informan utama penelitian ini yaitu Kepala Puskesmas dan Kepala TU dari 4 Puskesmas di Kabupaten Semarang. 1 Puskesmas Rawat Jalan yaitu Puskesmas Ungaran dan 3 Puskesmas Rawat Inap yaitu: Puskesmas Bergas, Puskesmas Leerep, dan Puskesmas Tenganan. Informan triangulasi dalam penelitian ini adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, Kabag Perencanaan Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang, dan Asisten III Bidang Administrasi Umum Pemerintah Daerah Kabupaten Semarang.

Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer melalui wawancara mendalam dan data sekunder melalui telaah dokumen. Setelah pengumpulan data selesai dilaksanakan maka data dianalisis menggunakan metode analisis isi (*content analysis*), yaitu pengumpulan data, reduksi data, dan penyajian data dan menarik kesimpulan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Input Kesiapan Puskesmas Dalam Perubahan Status Menjadi BLUD

Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia mempunyai peran penting dalam menentukan keberhasilan suatu organisasi. Semua potensi sumber daya manusia sangat berpengaruh terhadap upaya organisasi dalam mencapai tujuannya. Untuk melakukan perubahan dalam suatu organisasi dibutuhkan SDM yang memiliki kinerja yang baik. Kinerja merupakan perilaku nyata yang ditampilkan setiap orang sebagai prestasi kerja yang dihasilkan oleh karyawan sesuai dengan perannya dalam perusahaan (kantor).

Jumlah tenaga kerja di seluruh Puskesmas Kabupaten Semarang sudah disesuaikan berdasarkan analisis beban kerja. Bidan yang ada di Puskesmas jumlahnya disesuaikan dengan jumlah wilayah kerja yang ada di Puskesmas. Oleh sebab itu, Puskesmas yang mempunyai wilayah kerja yang banyak, maka mempunyai jumlah bidan yang banyak pula. Selain tenaga bidan, dalam pelaksanaan kegiatan kerja masih belum sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi, misalnya ada *double job* sehingga mereka dalam bekerja tidak sesuai dengan kompetensi dan bagian tugas masing-masing. Misalnya, tenaga bagian keuangan yang dilaksanakan oleh tenaga umum, bukan khusus dari tenaga yang berlatar belakang pendidikan ekonomi/akuntansi membuat Puskesmas masih merasa kesulitan dalam hal pengelolaan pendanaan proses persiapan Puskesmas

menjadi BLUD. Jika tugas tersebut dilakukan dengan baik oleh seluruh karyawan atau tenaga kerja sesuai dengan bidangnya tersebut, kemungkinan akan memberikan kontribusi yang baik terhadap peningkatan kinerja Puskesmas.

Pendanaan

Tabel 1. Gambaran Pendanaan Puskesmas

No	Informasi Pendanaan	Lerep	Ungaran	Bergas	Tenganan
1	Rencana Anggaran Dana Tahun 2015 (dalam juta)	1.536,9	759,1	1.264,9	2.003
2	Realisasi Pendanaan (%)	95.47%	91.29%	97.70%	97.74%
3	Rencana Anggaran Dana Tahun 2016 (dalam juta)	1.701	864,1	1.350	2.165

Jumlah dana tersebut terdiri dari 70% dana yang berasal dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 15% dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), dan 15% dana APBD. Dana tersebut berbeda jumlah kapasitasnya tiap Puskesmas. Hal ini dipengaruhi oleh jenis pelayanan yang diberikan oleh masing-masing Puskesmas dan juga jumlah anggaran yang diajukan oleh masing-masing Puskesmas sesuai dengan kebutuhannya.

Dana pemerintah pusat terdiri dari bantuan operasional kesehatan (dana operasional Puskesmas), dan dana pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan (Jamkesmas dan Jampersal. Dana pemerintah provinsi terdiri dari dana APBD provinsi, bantuan Gubernur dan Jamkesda, serta dana pelayanan kesehatan masyarakat diluar Jampersal. Dana pemerintah kabupaten terdiri dari dana APBD kabupaten/kota (pendanaan kegiatan rutin dan operasional) serta dana perimbangan (DAU; operasional kesehatan, DAK; fisik dan infrastruktur, serta dana bagi hasil; dana operasional khusus dan bencana).

Sarana dan Prasarana

Badan Layanan Umum Daerah pada dasarnya akan membuat Puskesmas menjadi mandiri terutama pengelolaan keuangan dan penyediaan sarana dan prasarana serta SDM untuk peningkatan pelayanan dikelola oleh BLUD, sehingga pemerintah tidak akan terbebani lagi. Puskesmas Kabupaten Semarang sudah memiliki sarana dan prasarana telah mencukupi. Hal ini didukung sepenuhnya oleh Dinkes dan Pemda Kabupaten Semarang. Sesuai Permekes 82 Tahun 2015, bahwa pemerintah menyediakan dukungan dana operasional bagi Puskesmas di bidang sarana dan prasarana kesehatan.

Proses Kesiapan Akreditasi

Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan upaya, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi.

Penilaian keberhasilan Puskesmas dapat dilakukan oleh internal organisasi Puskesmas itu sendiri, yaitu dengan "Penilaian Kinerja Puskesmas," yang mencakup manajemen sumberdaya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem pencatatan dan pelaporan. Standar akreditasi Puskesmas disusun dalam sembilan (9) bab, meliputi : 1) Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas (PPP); 2) Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas (KMP); 3) Peningkatan Mutu Puskesmas (PMP); 4) Upaya Puskesmas yang Berorientasi Sasaran (UPBS); 5) Kepemimpinan dan Upaya Manajemen Puskesmas (KUMP); 6) Sasaran Kinerja dan MDG's (SKM); 7) Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP); 8) Manajemen Penunjang Layanan Klinis (MPLK); dan 9) Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien (PMKP).

Upaya perubahan terkendala pada beberapa hal yang menjadi standar pelayanan yaitu: pertama komitmen kepala Puskesmas terhadap perubahan itu sendiri. Sebagaimana diketahui sebagian masyarakat di Indonesia masih menganut filosofi pemimpin sebagai panutan, dimana ketergantungan terhadap pemimpin sangat tinggi. Apabila pemimpin mempunyai komitmen untuk berubah kemungkinan bawahan berubah sangat besar.

Kedua, ketersediaan sumber daya manusia. Sebagian puskesmas mempunyai kendala dalam jumlah tenaga yang kompeten terhadap program kesehatan. Kendala tenaga ini sangat kecil bisa diatasi oleh puskesmas, dimana peraturan tidak memungkinkan puskesmas untuk menambah tenaga sendiri. Ketersediaan tenaga sangat tergantung dari tingkat yang lebih tinggi baik pemerintah kabupaten maupun pemerintah pusat.

Ketiga, beban kerja petugas puskesmas. Keterbatasan tenaga di puskesmas menyebabkan satu tenaga bisa memegang beberapa program. Apabila mengacu pada standar akreditasi dimana satu program mempunyai SOP dan pertanggungjawaban tersendiri, maka bisa dibayangkan satu orang petugas harus membuat SOP dan pertanggungjawaban beberapa program.

Keempat, status hukum lahan yang digunakan puskesmas. Kendala yang dihadapi terhadap status lahan puskesmas adalah kepemilikan lahan yang masih diakui oleh beberapa pihak. Kendala tersebut menjadi sulit apabila mengacu pada sebagai dasar penilaian akreditasi puskesmas. Kasus lahan juga sangat terkait dengan status hukum lahan sehingga memerlukan waktu yang lama dalam penyelesaiannya.

Kelima, sarana dan prasarana puskesmas. Kelengkapan sarana dan prasarana sebagai dasar untuk melakukan pelayanan yang terstandar belum sepenuhnya tersedia. Penilaian akreditasi akan mendasarkan pada sarana yang tersedia dalam melakukan pelayanan.

Keenam, perubahan pola pikir dari standar pelayanan sebagai ajang penilaian kepada standar pelayanan sebagai sistem yang harus dipenuhi dalam melaksanakan pelayanan yang terstandar. Pola pikir lama yang akan melengkapi indikator pelayanan maksimal ketika ada penilaian puskesmas atau supervisi menjadikan puskesmas hanya akan memenuhi standar tersebut ketika akan ada kegiatan tersebut. Perbedaan akan terjadi apabila pelayanan terstandar merupakan sistem pelayanan yang harus terpenuhi, sehingga ada atau tidak ada penilaian, pelayanan terstandar tetap dilaksanakan

Direncanakan dan diharapkan untuk kegiatan akreditasi selesai pada tahun 2019, sedangkan Puskesmas menjadi BLUD ditargetkan akhir tahun 2017 sudah tercapai minimal tiga (3) Puskesmas di Kabupaten Semarang.

Puskesmas Dalam Proses Persiapan Perubahan Status Menjadi BLUD

Kesiapan Persyaratan Administratif

Tabel 2. Jumlah Bobot Persyaratan Administratif Puskesmas

No	Dokumen Persyaratan Administratif	Lerep	Ungaran	Bergas	Tengaran
1	PKMK	✓	✓	✓	
2	PTK	✓	✓	✓	
3	RSB	-	✓	✓	✓
4	Laporan Keuangan Pokok	-	-	-	-
5	SPM	✓	✓	✓	✓
6	Laporan Audit Terakhir	-	-	-	-

Berdasarkan tabel 2 di atas, terlihat bahwa dokumen persyaratan administratif yang telah terpenuhi oleh keempat Puskesmas dari jumlah target yaitu Surat Pernyataan Kesanggupan Meningkatkan Kinerja, Pola Tata Kelola dan Standar Pelayanan Minimal. Untuk persyaratan lainnya yaitu Rencana Strategi Bisnis masih dalam proses penyusunan. Laporan Keuangan Pokok dan Laporan Audit Terakhir belum ada ketentuan dari Pemda, sehingga Puskesmas belum mulai menyusun dokumen-dokumen tersebut. Selain itu, tidak ada tenaga keuangan yang kompeten membuat Puskesmas kesulitan dalam proses penyusunannya, karena Puskesmas BLUD nantinya menerapkan pola pengelolaan keuangan yang berbeda dengan Puskesmas biasa.

Aspek Surat Pernyataan Kesanggupan

Pada aspek surat pernyataan kesanggupan dapat digambarkan dalam hasil penelitian sebagai berikut, sosialisasi yang dikembangkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang telah berhasil diterima dengan baik oleh Puskesmas di Kabupaten Semarang. Hal ini terbukti di empat (4) Puskesmas tempat penelitian sudah tersusun surat pernyataan kesanggupan tersebut.

Surat pernyataan kesanggupan meningkatkan kinerja merupakan salah satu syarat dan dasar hukum dalam pembentukan BLUD. Berbagai perubahan yang terjadi di lingkungan eksternal makro maupun mikro dan lingkungan internal, mendorong Puskesmas untuk melakukan perubahan dalam tata cara pengelolaannya. Saat ini berbagai lembaga pelayanan publik mendapat tekanan untuk lebih meningkatkan kinerja dan mutu pelayanannya, namun tetap dalam koridor efisiensi anggaran pemerintah. Tuntutan ini dapat dipenuhi dengan memotong alur birokrasi yang bersifat *non value added activities* pada sistem manajemen Puskesmas sebagai UPTD pada Dinas Kesehatan, sehingga mencegah terjadinya *delay* pelayanan atau pemborosan sumber daya yang tidak perlu.

Sebagai lembaga yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan, sudah selayaknya Puskesmas fokus pada upaya penanggulangan masalah kesehatan di masyarakat. Segala aktivitas yang tidak berkaitan langsung dengan aktivitas tersebut, atau disebut dengan aktivitas pendukung sebaiknya tidak mengkonsumsi sumber daya dan waktu yang terlalu besar, apalagi sampai lebih besar dari aktivitas inti. Efisiensi pelayanan dapat dilakukan dengan

mengurangi berbagai prosedur pada aktivitas pendukung yang tidak menambah nilai bagi aktivitas pelayanan pada pasien. Oleh sebab itu, Puskesmas yang akan berubah menjadi lembaga PPK BLUD haruslah menyusun surat pernyataan kesanggupan tersebut.

Aspek Pola Tata Kelola

Pola tata kelola yang diterapkan pada BLUD Puskesmas bertujuan untuk memaksimalkan nilai Puskesmas dengan cara menerapkan prinsip keterbukaan, akuntabilitas, dapat dipercaya dan bertanggung jawab. Tujuan lain yaitu mendorong agar Puskesmas dalam membuat keputusan dan menjalankan kegiatan senantiasa dilandasi dengan nilai moral yang tinggi dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku, serta kesadaran atas adanya tanggung jawab sosial Puskesmas terhadap *stakeholder*.

Pola tata kelola BLUD Puskesmas juga diharapkan dapat meningkatkan kontribusi Puskesmas dalam mendukung kesejahteraan umum masyarakat melalui pelayanan kesehatan di dalam dan di luar gedung. Pelayanan kesehatan dapat terselenggara dengan baik berdasarkan standar pelayanan. Hambatan yang dirasakan oleh Puskesmas dalam aspek pola tata kelola yaitu masih kurangnya tenaga SDM, antara lain : tenaga sanitarian, promkes, dan rekam medik. Diharapkan, setelah Puskesmas menjadi BLUD, Puskesmas dapat secara mandiri melakukan pengelolaan tenaga kerja, termasuk perekrutan tenaga kerja. Sehingga, dengan adanya tenaga kerja yang kompeten sesuai dengan bidangnya, pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dapat lebih maksimal (Baltussen, 2014).

Aspek Standar Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional tahunan, cara perhitungan, rumus, pembilangan, penyebut, standar, satuan pencapaian kinerja, dan sumber data. Isi SPM mencakup 18 indikator yang terdiri dari 4 cakupan jenis pelayanan.

Puskesmas dengan status BLUD seperti yang tertuang dalam Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. Melalui konsep

pola pengelolaan keuangan BLUD, Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan profesionalisme, mendorong entrepreneurship, transparansi, dan akuntabilitas dalam rangka pelayanan publik, sesuai dengan tiga pilar yang diharapkan dari pelaksanaan Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) BLUD ini, yaitu mempromosikan peningkatan kinerja pelayanan publik, fleksibilitas pengelolaan keuangan dan tata kelola yang baik Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan langkah awal untuk melaksanakan janji dalam memperbaiki kualitas dan kinerja pelayanan publik yang diamanatkan oleh PPK-BLUD.

Puskesmas yang telah menjadi BLU/BLUD menggunakan standar pelayanan untuk mencapai standar yang telah ditetapkan, minimum yang ditetapkan oleh menteri/pimpinan lembaga/gubernur/bupati/walikota sesuai dengan kewenangannya, harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan, biaya serta kemudahan untuk mendapatkan layanan, maka standar pelayanan minimal ditetapkan oleh kepala daerah dengan peraturan kepala daerah (Peraturan Gubernur Jateng No.42, 2008)

Analisis Perbedaan Kelengkapan Persyaratan Administratif Puskesmas Rawat Jalan dan Puskesmas Rawat Inap.

Hasil analisis di empat Puskesmas, yang meliputi Puskesmas Rawat Jalan dan Rawat Inap di Kabupaten Semarang, memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan di aspek pendanaan. Untuk pengaturan pendanaannya, dilihat berdasarkan situasi dan kondisi Puskesmas, sehingga Puskesmas tidak sama dalam mendapat alokasi dananya.

Dana yang digunakan bagi persiapan Puskesmas menjadi BLUD diambilkan dari dana kapitasi Jamkesmas. Selain itu, kesulitan lain yang dihadapi baik oleh Puskesmas Rawat Jalan dan Puskesmas Rawat Inap yaitu masih kurangnya SDM yang sesuai dengan tupoksi. Tenaga kerja yang ada di Puskesmas kebanyakan sudah berusia lanjut, dan latar belakang pendidikan tidak sesuai dengan *job description* yang diberikan. Dengan adanya perubahan Puskesmas menjadi BLUD, diharapkan kedua aspek ini, baik pendanaan maupun ketenagakerjaan dapat teratasi dengan baik. Puskesmas yang menjadi BLUD, akan mempunyai kewenangan dalam mengelola pendanaan dan pengelolaan SDM secara mandiri.

Dukungan Pemerintah Kabupaten

Alasan Pemerintah Kabupaten Semarang merubah Puskesmas menjadi BLUD ialah karena berdasarkan Permendagri No 61 Tahun 2007 dalam menyelenggarakan dan meningkatkan layanan kepada masyarakat khususnya bidang kesehatan bisa berjalan optimal, agar fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan dapat menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD). Perubahan Puskesmas menjadi BLUD diharapkan bisa dilakukan kepada semua Puskesmas di wilayah Kabupaten Semarang, ditargetkan pada akhir tahun 2017 minimal ada 3 Puskesmas yang sudah menjadi BLUD. Kebijakan dan peraturan pemerintah guna mendukung perubahan Puskesmas menjadi BLUD sudah tercantum dalam RPJ Kabupaten Semarang tahun 2016 – 2021.

Dukungan Dinas Kesehatan

Alasan yang mendasari perubahan Puskesmas menjadi BLUD ialah Permendagri No 61 Tahun 2007. Dalam menjalankan fungsi dan kedudukannya, puskesmas dituntut untuk bisa menjaga atau meningkatkan mutu layanan dan menjalankan tertib administrasi pengelolaan keuangan. Kedua hal tersebut seringkali tidak bisa berjalan secara harmonis, karena di bidang layanan kesehatan seringkali diperlukan tindakan yang cepat dan tepat. Hal itu memerlukan dukungan sistem keuangan yang fleksibel. Dalam menyelenggarakan dan meningkatkan layanan kepada masyarakat khususnya bidang kesehatan bisa berjalan optimal, agar fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan dapat menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD).

Dinas Kesehatan sebagai lini pemerintah yang membawahi Puskesmas bertanggungjawab dalam proses persiapan perubahan Puskesmas menjadi BLUD. Bentuk dukungan yang diberikan antara lain memberikan pelatihan, bimbingan teknis, studi banding tentang Puskesmas BLUD dan juga anggaran pendanaan dalam proses persiapan perubahan Puskesmas menjadi BLUD. Dinkes juga telah menyusun draft kebijakan dan peraturan yang selanjutnya akan diusulkan ke Pemda dengan Peraturan Bupati.

SIMPULAN

Dari hasil dan pembahasan penelitian dapat disimpulkan bahwa kesiapan penerapan kebijakan BLUD Puskesmas di Kabupaten Semarang belum sepenuhnya dilaksanakan oleh Puskesmas. Puskesmas merasa belum siap untuk penerapan kebijakan BLUD Puskesmas, padahal pihak Pemda Kabupaten Semarang mengharapkan pada tahun 2017, Puskesmas BLUD dapat terealisasi di Kabupaten Semarang. Keempat Puskesmas tempat penelitian dipersiapkan sebagai cikal bakal Puskesmas BLUD di Kabupaten Semarang karena BLUD adalah program yang positif bagi peningkatan kualitas pelayanan di Puskesmas, karena Puskesmas dapat melakukan pengelolaan keuangan secara fleksibel. Persyaratan administratif yang telah terpenuhi yaitu : surat pernyataan kesanggupan, pola tata kelola, dan standar pelayanan minimal. Keempat Puskesmas penelitian rata-rata telah mencapai 50% proses persiapan Puskesmas menjadi BLUD dari 100% bobot persyaratan administratif berdasarkan Permendagri No 61 tahun 2007 Pasal 11

DAFTAR PUSTAKA

Pemerintah RI. *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta. 2004. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Propinsi Jawa Tengah Tahun 2011*. Semarang. 2011

Pemerintah RI. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. 2009.

Pemerintah RI. *Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial nasional*. 2009.

Menkes RI. *Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. 2014.

Menkes RI. *Permenkes RI No.9 Tahun 2014 Tentang Klinik*. In: *Kemenkes R, ed. Jakarta*. 2014.

Menkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. 2013.

Presiden RI. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.85 Tahun 2013 tentang Tata Cara Hubungan Antar Lembaga Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial*. 2013.

Gubernur Jateng. *Peraturan Gubernur Jawa Tengah No.42 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Semarang*. 2008.

Baltussen RM, etall. *Perceived Quality of Care of Primary Health Care Services in Burkina Faso Health*. *Journal of Health Policy Planning*. 2012; vol. 17; 42 - 8.

PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PUSKESMAS BERBASIS ELEKTRONIK DI PUSKESMAS AMBAL II KABUPATEN KEBUMEN

Dian Budi Santoso¹, Dwi Setya Pambudi²

¹Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, ²Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen
E-mail: dianbudisantoso@ugm.ac.id, setyapam2budi@gmail.com

Abstract

Ambal II Public Health Center previously used the electronic-based management information system that has been provided by Kebumen District Health Office through online system, but the system has many weaknesses, especially related to the length of time in processing the data, the patient's age items are still input manually, and can't print the patient registration sheet containing social identity data, prescription data and patient diagnosis. In addition, there are obstacles related to ip public that can't be accessed so the system no longer used. Medical recorders want a more responsive system so patients can be served more quickly. The purpose of this study was to develop new electronic based information system on Ambal II Community Health Center and know the user's acceptance of the system. This study was research and development with prototyping approach. The subjects were medical records officers, doctors, midwives, and nurses of Kebumen Community Health Center. In this research, the identification of user requirements, development and testing of an electronic-based management information systems prototype have been done. Users accepted the prototype even though there are still some shortcomings that need to be fixed.

Keywords: *community health center, management information system, medical record, electronic*

Abstrak

Puskesmas Ambal II sebelumnya menggunakan sistem informasi manajemen puskesmas berbasis elektronik yang telah disediakan Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen secara *online*, namun sistem tersebut memiliki banyak kelemahan diantaranya terkait lamanya waktu dalam memproses data, item umur pasien masih di-*entry* secara manual, serta belum bisa mencetak lembar registrasi pasien yang berisi data identitas sosial, data resep dan diagnosis pasien. Selain itu terdapat kendala terkait *ip public* yang tidak bisa lagi diakses sehingga sistem tersebut akhirnya tidak lagi digunakan. Petugas rekam medis menginginkan sistem yang lebih responsif sehingga pasien dapat dilayani dengan lebih cepat. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan sistem informasi manajemen berbasis elektronik yang baru di Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen dan mengetahui penerimaan pengguna terhadap sistem tersebut. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian *research and development* dengan pendekatan *prototyping*. Subjek penelitian ini adalah petugas rekam medis, dokter, bidan, dan perawat di Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen. Pada penelitian ini dilakukan identifikasi kebutuhan pengguna, pengembangan dan uji coba prototipe sistem informasi manajemen puskesmas berbasis elektronik. Pengguna menyatakan menerima prototipe yang telah dibuat meskipun masih ada beberapa kekurangan yang perlu diperbaiki.

Kata Kunci: puskesmas, sistem informasi manajemen, rekam medis, elektronik

PENDAHULUAN

Penggunaan teknologi informasi di sarana pelayanan kesehatan seperti rekam medis elektronik dan sistem pendukung keputusan dapat meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan terhadap pasien (Harrison et al, 2007). Lebih spesifik, implementasi sistem informasi berbasis elektronik dapat meningkatkan

performa sarana pelayanan kesehatan, menghemat biaya operasional, dan meningkatkan kepuasan pasien (Goldzweig, et al, 2009).

Meskipun begitu, kesuksesan dalam implementasi sistem informasi di sarana pelayanan kesehatan adalah hal yang sulit didapatkan (Berg, 2001). Terdapat banyak faktor yang berpengaruh terhadap

suksesnya implementasi sistem informasi di sarana pelayanan kesehatan.

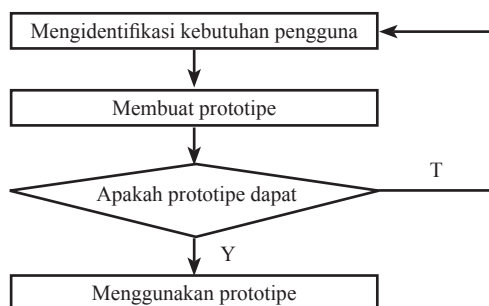
Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen sebelumnya menggunakan sistem informasi manajemen berbasis elektronik yang telah disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen secara *online*. Dalam implementasinya, sistem tersebut memiliki banyak kelemahan diantaranya terkait lamanya waktu dalam memproses data, item umur pasien masih di-entry manual, serta belum bisa mencetak lembar registrasi pasien yang berisi data identitas sosial, data resep dan diagnosis pasien.

Sampai dengan waktu penelitian, sistem informasi puskesmas dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen tidak bisa lagi diakses. Menurut keterangan pihak puskesmas, masa sewa *ip public*-nya sudah habis dan sedang proses pengajuan kembali oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. Hal ini sangat mengganggu kegiatan pelayanan terutama di bagian pendaftaran karena pasien tidak dapat dilayani dengan cepat sehingga akhirnya sistem tersebut tidak lagi digunakan. Petugas rekam medis menginginkan sebuah sistem informasi manajemen puskesmas berbasis elektronik yang lebih responsif dan sesuai dengan kebutuhan puskesmas.

Penelitian ini bertujuan mengembangkan sistem informasi manajemen berbasis elektronik yang baru di Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen dan mengetahui penerimaan pengguna terhadap sistem tersebut.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *research and development* dengan pendekatan *evolutionary prototyping* atau pembuatan prototipe evolusioner. Prototipe merupakan versi awal dari sebuah sistem yang memberikan gambaran bagi pengembang dan calon pengguna tentang bagaimana sistem tersebut akan berfungsi dalam bentuk yang telah selesai (McLeod dan Schell, 2008).



Sumber: McLeod dan Schell (2008)

Gambar 1. Tahapan pengembangan prototipe evolusioner

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen pada bulan November 2016 - Januari 2017. Subjek penelitian ini adalah petugas rekam medis, dokter, bidan, dan perawat di Puskesmas Ambal II.

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan studi dokumentasi. Pemeriksaan keabsahan data pada penelitian ini menggunakan triangulasi sumber dan metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan pernyataan responden satu dengan responden lainnya dan triangulasi metode dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara dengan data hasil studi dokumentasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Identifikasi Kebutuhan Pengguna

Identifikasi kebutuhan pengguna merupakan tahap paling awal dalam pengembangan sistem informasi manajemen. Identifikasi kebutuhan bertujuan untuk mengetahui secara detail dan menyeluruh terkait gambaran sistem yang diinginkan oleh calon pengguna. Analisis kebutuhan dilaksanakan untuk mendokumentasikan aktivitas sistem informasi meliputi *input*, *output*, penyimpanan, dan pengendalian (O'Brien, 2005).

Analisis kebutuhan merupakan bagian dari studi awal sebuah pengembangan sistem informasi yang bertujuan mengidentifikasi masalah-masalah dan kebutuhan spesifik terkait sistem ketika diimplementasikan (Mulyanto, 2009).

Analisis kebutuhan di Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen dilakukan dengan beberapa metode yaitu: (a) Wawancara mendalam terhadap petugas rekam medis, dokter, bidan, dan perawat; (b) Studi dokumentasi pada dokumen berbasis kertas yang disertakan dalam pelayanan baik untuk keperluan input data maupun output laporan.

Dari hasil analisis kebutuhan diketahui bahwa sistem yang diinginkan oleh petugas Puskesmas Ambal II adalah sistem informasi manajemen berbasis elektronik yang mampu:

1. Menyimpan data sosial pasien yang terintegrasi dengan *database* kependudukan di Kabupaten Kebumen dengan tetap mempertahankan konsep *family folder* dalam pengelolaan

rekam medisnya. Fasilitas kesehatan tingkat pertama menerapkan konsep *family folder* dalam pengelolaan rekam medisnya agar dapat diketahui riwayat dan tingkat kesehatan anggota keluarga masing-masing pasien (Khasanah & Rosyidah, 2011).

2. Membantu proses *entry* data secara cepat diantaranya item umur yang bisa muncul secara otomatis, kemudian beberapa item yang bisa langsung terisi yang diambil dari data kependudukan.
3. Mencetak lembar registrasi pasien yang berisi data sosial, data resep dan diagnosis pasien.
4. Menyimpan data kunjungan pasien dan pelayanan di poliklinik.
5. Menghasilkan format laporan berupa LB 1, laporan penyakit tidak menular, laporan kunjungan, dan laporan 10 besar penyakit.

Pembuatan Prototipe

Berdasarkan data yang diperoleh pada tahap analisis kebutuhan, sistem informasi manajemen puskesmas berbasis elektronik kemudian dikembangkan mencakup bagian pendaftaran, poliklinik, dan pelaporan. Sistem yang dikembangkan merupakan sistem informasi berbasis web yang dapat diakses melalui *web browser*. Hal ini dikarenakan kebutuhan terhadap sistem informasi berbasis web semakin tinggi seiring dengan persebaran pengguna internet yang semakin luas di seluruh dunia (Coopee, 2000).

Sistem dibuat dengan bahasa pemrograman PHP dan *database management system* MySQL. Keduanya merupakan kombinasi piranti yang umum digunakan dalam pembangunan sistem berbasis web (Sidik, 2003). Pada tahap ini terlebih dahulu dibuat rancangan *user interface* untuk dipresentasikan dan mendapat masukan dari petugas di Puskesmas Ambal II. Selanjutnya rancangan tersebut diterjemahkan ke dalam bahasa pemrograman sehingga diperoleh prototype sistem yang siap diimplementasikan.

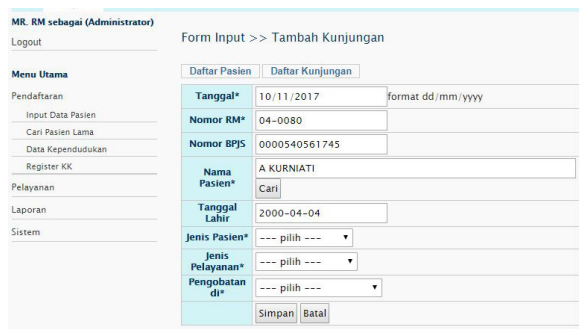
Penerimaan Pengguna Terhadap Prototipe

Prototipe sistem dipresentasikan kepada petugas puskesmas untuk mengetahui penerimaan petugas terhadap prototipe yang sudah dibuat. Evaluasi dilakukan melalui *focus group discussion* (FGD). Berdasarkan hasil FGD diketahui bahwa prototipe sistem informasi puskesmas dapat diterima karena telah sesuai dengan kebutuhan petugas diantaranya mampu menyimpan data sosial pasien yang terintegrasi dengan *database* kependudukan

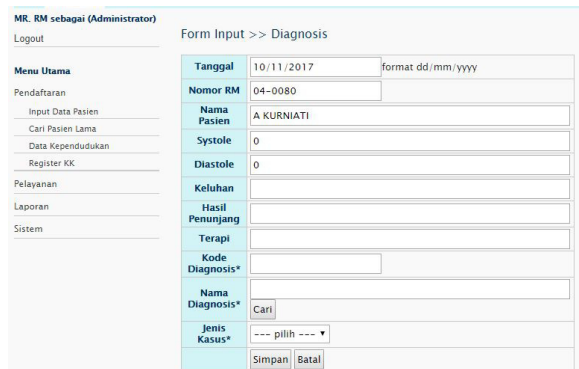
Kabupaten Kebumen, mampu menyimpan data kunjungan dan data pelayanan di klinik serta mampu membuat laporan LB 1, laporan penyakit tidak menular, laporan kunjungan, dan laporan 10 besar penyakit secara otomatis.



Gambar 2. Halaman utama sistem informasi puskesmas



Gambar 3. Pendaftaran pasien



Gambar 4. Input diagnosis



Gambar 5. Laporan LB1

Ketika data dalam sistem diisi dengan lengkap mulai dari bagian pendaftaran hingga poliklinik maka secara otomatis laporan juga dapat langsung dihasilkan oleh sistem. Sistem informasi kesehatan mampu menghasilkan rekap laporan yang akurat secara otomatis (Kuperman et al, 1991).

Uji Coba Prototype

Uji coba sistem bertujuan menemukan kesalahan-kesalahan yang terjadi pada sistem untuk selanjutnya dilakukan perbaikan. Tahap ini sangat penting untuk memastikan bahwa prototipe sistem telah bebas dari *error* atau kesalahan (Mulyanto, 2009).

Prototipe sistem informasi manajemen puskesmas diujicobakan kepada para petugas. Masing-masing petugas mencoba menggunakan prototipe sistem informasi puskesmas dengan arahan dan pendampingan dari peneliti. Berdasarkan hasil wawancara pada saat pendampingan diketahui bahwa secara operasional prototipe ini mudah digunakan dan cukup responsif atau cepat dalam memproses data terutama di bagian pendaftaran pasien yang sangat terbantu dengan adanya sistem ini. Namun prototipe ini masih memiliki beberapa kekurangan yaitu:

Nomor rekam medis pasien baru belum diberikan secara otomatis.

Belum ada peringatan duplikasi data pasien yaitu apabila *entry* data pasien dengan nik, nama dan alamat yang sama belum ada peringatan atau notifikasi dari sistem.

Belum terintegrasi dengan aplikasi BPJS Kesehatan atau pCare.

Beberapa kekurangan di atas akan diperbaiki agar prototype sistem dapat segera diimplementasikan dalam kegiatan pelayanan. Perbaikan memang harus terus dilakukan sampai prototipe berada dalam kondisi siap diimplementasikan (Kushniruk & Patel, 2004).

SIMPULAN

Sistem informasi manajemen puskesmas berbasis elektronik telah dikembangkan sesuai dengan kebutuhan pengguna di Puskesmas Ambal II Kabupaten Kebumen.

DAFTAR PUSTAKA

- Berg, M. (2001). *Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges*. International Journal of Medical Informatics, 62 (2-3), 143-156.
- Coopee, T. (2000). The Internet Today. InfoWorld, 22(39), 52.
- Goldzweig, C., Towfigh, A., Maglione, M., & Shekelle, P. (2009). Costs and Benefits of Health Information Technology: New Trends from the Literature. Health Affairs, 28(2), 282-293.
- Harrison, M. I., Koppel, R., Bar-Lev, S. (2007). *Unintended Consequences of Information Technologies in Health Care—An Interactive Sociotechnical Analysis*. Journal of the American Medical Informatics Association, 5(1), 542-549.
- Khasanah, Y. U., & Rosyidah. (2011). Perencanaan Sistem Rekam Medis Berdasarkan Input dan Proses di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Banguntapan II Kabupaten Bantul. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 5(1), 51-67.
- Kuperman, G. J., Gardner, R. M., Pryor, T. A. (1991). *HELP: A Dynamic Hospital Information System*. New York: Springer-Verlag.
- Kushniruk, A., & Patel, V. (2004). Cognitive and usability engineering methods for the evaluation of clinical information systems. Journal of Biomedical Informatics, 56-76.
- McLeod, Jr., R. dan Schell, G. P. (2008). *Sistem Informasi Manajemen Edisi 10*. Jakarta: Salemba Empat.
- Mulyanto, A. (2009). *Sistem Informasi: Konsep dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- O'Brien, J. A. (2005). *Pengantar Sistem Informasi: Bisnis dan Manajerial* (12 ed.). Jakarta: Salemba Empat.
- Sidik, B. (2003). *MySQL untuk Pengguna, Administrator dan Pengembang Aplikasi Web*. Bandung: Informatika.

OPTIMALISASI WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN DENGAN METODE LEAN HEALTHCARE DI KLINIK PRATAMA

Novita Nuraini¹, Rossalina Adi Wijayanti²

^{1,2}Jurusan Kesehatan, Program Studi DIV Rekam Medik, Politeknik Negeri Jember
E-mail: novita_nuraini@polije.ac.id¹, rossa@polije.ac.id²

Abstract

The length of outpatients' service waiting time reflects how health care facilities manage the service components adjusted to the patient's situation and expectations. Pratama Clinic dr. M. Suherman is a clinic that provides first-rate outpatients services where there are problems found on waiting times that are not yet standardized as stated in Kepmenkes No. 129, 2008 about the minimum service standard that it should be in 60 minutes. Thus, this research intends to make the outpatients waiting time in this clinic be more efficient by sticking to the standard of outpatients care. It implements lean healthcare as the research method with root withdrawal using fishbone and 5M management elements. It is a qualitative research and the data are collected by employing interview, observation, and brainstorming techniques. This research reveals the following results; the outpatients' service waiting time in Pratama Clinic dr. M. Suherman averaged 108 minutes with a ratio of percentage between Value Added and Non Value Added is 20.83%: 79.16%, therefore, it means that the service process to the outpatients is not yet efficient. The unit that sends the most waste comes from general polyclinic. It is caused by several factors such as the speed of the number of outpatients registering in general polyclinic runs over the speed of the polyclinic service and the time of the outpatients' examination at each doctor range too long.

Keywords: *Waiting Time, Lean Healthcare*

Abstrak

Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana fasilitas pelayanan kesehatan mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien. Klinik Pratama dr. M. Suherman merupakan klinik yang menyediakan pelayanan rawat jalan tingkat pertama dimana masih terdapat masalah pada waktu tunggu yang belum sesuai standart yang tercantum dalam Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal yaitu 60 menit. Tujuan dari penelitian ini adalah membuat lama waktu tunggu rawat jalan di Klinik Pratama dr. M. Suherman menjadi lebih efisien dengan tetap memperhatikan standart pelayanan pasien. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode lean healthcare dengan penarikan akar penyebab masalah menggunakan fishbone dan menggunakan unsur manajemen 5M. Jenis dari penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan teknik pengumpulan data menggunakan wawancara, observasi, dan brainstorming. Hasil penelitian: waktu tunggu pelayanan rawat jalan di Klinik Pratama dr. M. Suherman rata-rata mencapai 108 menit dengan perbandingan prosentase antara nilai Value Added dan Non Value Added adalah 20,83% : 79,16%, sehingga kondisi pelayanan rawat jalan di Klinik Pratama dr. M. Suherman belum efisien. Unit yang menyumbangkan waste terbanyak adalah unit poli umum. Kondisi tersebut disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya kecepatan jumlah pasien yang mendaftar jauh di atas kecepatan pelayanan poli dan lama waktu pemeriksaan pasien antar masing-masing dokter memiliki rentang yang jauh.

Kata Kunci: *Waktu Tunggu, Lean healthcare*

PENDAHULUAN

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis

tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (Menkes, 2011). Klinik juga menyediakan beberapa pelayanan seperti pelayanan gawat darurat, rawat inap dan rawat jalan. Setiap instalasi tersebut menyediakan beberapa pelayanan medis. Pelayanan

dapat dikatakan baik jika memiliki mutu yang baik. Salah satu dimensi mutu pelayanan kesehatan adalah akses terhadap pelayanan yang ditandai dengan waktu tunggu pasien (Bustani, et al. 2015).

Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terhitung sejak pasien datang hingga pasien pulang. Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana fasilitas pelayanan kesehatan mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien (Anggita, 2012).

Permenkes No. 129 tahun 2008 tentang standart pelayanan minimal, standart Pelayanan Minimal rawat jalan yang harus dilaksanakan rumah sakit antara lain : Jam buka pelayanan dimulai dari 08.00 sampai dengan 13.00 kecuali hari Jum'at dimulai dari pukul 08.00 sampai dengan 11.00, Lama waktu tunggu di unit rawat jalan ≤ 60 menit.

Klinik dr. M Suherman merupakan klinik pratama yang berlokasi di Jalan Karimata No.49 Kabupaten Jember. Klinik ini disediakan oleh institusi perguruan tinggi yaitu Universitas Muhammadiyah Jember. Klinik dr. M Suherman diselenggarakan untuk memberikan pelayanan kesehatan untuk mahasiswa Universitas Muhammadiyah Jember serta masyarakat umum. Klinik dr. M Suherman menyediakan pelayanan pelayanan gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap. Klinik dr. M. Suherman merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang juga memberikaan pelayanan kepada pasien dengan BPJS Kesehatan. Selama kurun waktu 5 tahun terakhir, klinik pratama dr. M. Suherman mengalami perkembangan yang pesat, hal ini terbukti dari jumlah pasien yang berkunjung ke klinik tersebut setiap bulannya mengalami peningkatan seperti terlihat di Tabel 1.

Tabel 1. Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Tahun	Kunjungan Pasien
2012	1.894
2013	3.088
2014	13.765
2015	15.673
2016	20.847

Sumber: Laporan Tahunan Klinik dr. M. Suherman

Klinik pratama dr. M. Suherman melaksanakan pelayanan rawat jalan dengan membuka dua poli umum dengan waktu pelayanan shift pagi buka mulai jam 08.00 sampai jam 13.00 dan shift sore

buka mulai jam 16.00 sampai jam 21.00. Studi pendahuluan yang dilaksanakan pada Bulan Juli 2017 melalui wawancara didapatkan bahwa masih terdapat keluhan yang disampaikan pasien rawat jalan terkait lamanya waktu tunggu pelayanan poli. Melalui kegiatan observasi lama waktu tunggu pelayanan yang dilaksanakan tiga hari dan melihat dua shif pelayanan yaitu shift pagi dan sore maka didapatkan data seperti yang tergambar pada tabel 2. sebagai berikut

Tabel 2. Rincian Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan Klinik Pratama dr. M. Suherman Tahun 2017

Px Ke-	Pasien Datang (Menit)	Pasien Pulang (Menit)	Shif Poli	Total Lama Waktu Tunggu (Menit)
1	10.15	11.42	Pagi	87 menit
2	07.12	09.30	Pagi	92 menit
3	08.10	10.42	Pagi	92 menit
4	18.40	20.19	Sore	99 menit
5	19.00	20.39	Sore	99 menit
6	19.10	20.39	Sore	89 menit

Sumber: data observasi klinik dr. M. Suherman, 2017

Berdasarkan uraian tabel 2. diketahui bahwa rata – rata lama waktu tunggu di Klinik Pratama dr. M. Suherman adalah 93.8 menit. Lama waktu tunggu tersebut tidak sesuai dengan standart yang telah ditetapkan oleh kemenkes yaitu lama waktu tunggu untuk pelayanan rawat jalan adalah ≤ 60 menit.

Konsep lean merupakan suatu upaya terus menerus untuk menghilangkan pemborosan atau waste dan meningkatkan nilai tambah (value added) produk barang atau jasa agar memberikan nilai kepada pelanggan atau customer value. Penelitian dengan menggunakan metode lean karena lean memiliki beberapa kelebihan diantaranya : dengan menggunakan metode lean proses penarikan akar masalah dapat dilakukan dengan cepat dan sistematis, penggunaan metode lean berfokus pada proses yang memiliki aspek pemborosan (waste) paling besar saja sehingga penyelesaian masalah menjadi lebih tepat dan efektif, penerapan metode lean memberikan banyak manfaat bagi fasilitas pelayanan kesehatan salah satunya adalah meningkatkan mutu pelayanan. Selain memiliki kelebihan, metode lean juga memiliki kekurangan diantaranya, penerapan metode lean terdapat suatu tahapan yang disebut dengan Value Stream Mapping (penggambaran alur proses secara menyeluruh), jika dalam tahapan

tersebut alur tidak digambarkan secara jelas, maka proses penarikan masalah akan menjadi tidak tepat (Pertiwi, NK. 2012).

Pentingnya manajemen lama waktu tunggu pasien rawat jalan yang dapat mencerminkan pengelolaan fasilitas pelayanan kesehatan, maka diperlukan perbaikan lama waktu tunggu di klinik dr. M. Suherman. Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Optimalisasi Waktu Tunggu Poli Rawat Jalan Dengan Metode *Lean Healthcare* Di Klinik Pratama”.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif berupa permasalahan yang berkaitan dengan lama waktu tunggu yang terjadi di Klinik Pratama dr. M. Suherman serta mengajukan solusi untuk penyelesaian permasalahan yang terjadi. Penelitian ini bertujuan untuk mengefisiensi lama waktu tunggu yang terjadi pada pelayanan rawat jalan di Klinik Pratama dr. M. Suherman tahun 2017. Pada penelitian ini untuk optimalisasi lama waktu tunggu pelayanan rawat jalan di Klinik Pratama dr. M. Suherman dilakukan dengan menggunakan metode *lean healthcare*.

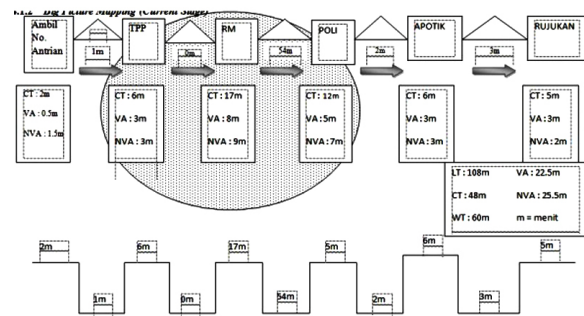
Pengumpulan data untuk mengetahui alur proses pelayanan rawat jalan dengan mengambil data primer dan sekunder. Data primer didapat melalui observasi secara langsung kegiatan-kegiatan di rawat jalan, wawancara terstruktur, dan wawancara mendalam dengan informan terpilih yang mampu memberikan informasi yang di inginkan dan cukup memenuhi kebutuhan Peneliti. Data sekunder diambil dari telaah dokumen berupa SPO, Buku Panduan Pelayanan dan Pengorganisasian rawat jalan, Jadwal dinas dan Laporan Bulanan rawat jalan.

HASIL

Penggambaran *Value Stream Mapping*

Peneliti melakukan observasi langsung ke lapangan untuk memetakan *value stream* (penggambaran alur rawat jalan secara keseluruhan) kegiatan pelayanan di instalasi rawat jalan. Pemetaan dimulai dengan pengumpulan informasi aliran fisik dan aliran informasi pelayanan rawat jalan. Setelah itu dilakukan penggambaran sepanjang proses pelayanan instalasi rawat jalan yang dimulai dari kedatangan pasien sampai pasien pulang.

Big Picture Mapping (Current Stage)



Gambar 2. *Big Picture Mapping (Current Stage)*

Cross Functional Flowchart

Detail dari kegiatan yang sudah terpetakan dalam *Value Stream Mapping* dapat terlihat secara jelas prosesnya dalam *cross functional flowchart*. Dimana *cross functional flowchart* menggambarkan perjalanan proses dan siapa-siapa yang bertanggung jawab atas proses pelayanan rawat jalan, dan dalam flowchart ini terlihat pula keterkaitan antara pihak yang bertanggung jawab atau pelaksana dalam proses kegiatan pelayanan rawat jalan.

Geographical Flowchart

Proses kegiatan pelayanan rawat tergambar jelas secara visual dalam *geographical flowchart* yang merupakan suatu diagram menurut skala yang menunjukkan lokasi dari semua kegiatan yang terjadi dalam peta aliran proses. Kegiatan yang dimaksud adalah pergerakan pasien dan pelaksana dari satu tempat ke tempat berikutnya yang ditunjukkan oleh garis bantu berupa anak panah. Kegiatan dalam proses pelayanan rawat jalan ini hanya dibatasi pada kegiatan pasien datang sampai pasien pulang.

Identifikasi *Waste*

Dari hasil perhitungan *VSM (Value Stream Map)* didapat *non value added* untuk pelayanan rawat jalan sebesar 79.16% yaitu sebesar 25.5 menit. maka apabila rasio antara nilai *value added* dengan total kegiatan belum mencapai 30% maka kondisi tersebut disebut sebagai kondisi tidak efektif, sehingga hasil perhitungan di atas mengidentifikasi adanya *waste* yang berdampak pada kurang optimalnya kinerja unit rawat jalan.

Sesuai dengan konsep *lean* yang menyatakan bahwa kegiatan yang tidak memberikan nilai tambah (*non value added*) harus dihilangkan dan

diminimalisir, sehingga berdasarkan data yang telah dijabarkan maka perlu diadakannya proses efisiensi. Berdasarkan observasi langsung didapatkan *waste* di pelayanan rawat jalan.

Tabel 3. Identifikasi *Waste* pada bagian RM dan Poli

No.	Jenis Waste (What)	Sumber Pemborosan (Where)	Waktu Terjadinya (When)	Alasan Terjadinya (Why)
<i>- Waiting (menunggu)</i>				
1.	Menunggu dokter tiba di klinik	Poli rawat jalan	Proses pelayanan poli rawat jalan	- Pembagian tugas dokter masih belum merata - Dokter masih melakukan visite di rumah sakit
2.	Berkas RM yang sudah ditemukan tidak dapat segera dikirim ke klinik	Ruang rekam medis	Selama proses pencarian RM	- Petugas rekam medik masih membutuhkan waktu untuk mencari dan mengambil RM yang lainnya - Tidak adanya petugas distribusi RM - Distribusi RM juga dilakukan oleh petugas TPP, sehingga pendistribusian RM menunggu
<i>- Motion (pergerakan yang tidak perlu)</i>				
3.	Petugas RM bolak balik mengambil RM	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pelayanan RJ	- Ruang RM terpisah
<i>- Defect (cacat) error transaction</i>				
4.	Berkas RM kurang rapi/ rusak	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	- Bahan map yang terlalu tipis sehingga saat diambil kertasnya mudah robek
5.	Kesalahan pengambilan RM	Ruang penyimpanan rekam medik	Selama proses pencarian RM	- Petugas kurang fokus - Nomor RM yang ada pada sampul berkas tidak terlihat
<i>- Communication</i>				
6.	Pasien menanyakan ruangan dan jadwal dokter	Ruang pendaftaran	Selama proses pendaftaran	- Minimnya penunjuk arah - Minimnya informasi tentang pelayanan yang ada, informasi tentang jadwal dokter
7.	Dokter yang bertugas mendadak tidak bisa datang, terlambat, tidak datang	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran	- Pemberian informasi yang mendadak - Announcement berupa tulisan tangan terlalu kecil
<i>- Overproduction</i>				
8.	Pasien baru kesulitan mengetahui alur proses RJ (akan selalu bertanya untuk langkah selanjutnya)	Loket pendaftaran	Proses pendaftaran	- Banner tentang alur rawat jalan tidak disertai keterangan
<i>- Human potential</i>				
9.	Tidak adanya petugas khusus tenaga RM	Bag. RM Klinik Pratama Nusantara Sebelas Medika	Selama tidak adanya petugas yang berkompeten terhadap RM	- Tidak ada petugas dengan latar belakang rekam medik

Identifikasi Penyebab Masalah Menggunakan Fishbone

Setelah dilakukan pemetaan pada alur dan identifikasi *waste* pada alur rawat jalan klinik, diketahui bahwa *waste* (pemborosan) terbesar terjadi pada bagian poli. Berdasarkan hasil observasi, dokumentasi dan wawancara mendalam kepada responden, dapat diidentifikasi penyebab *waste* (pemborosan) yang terbagi dalam 5 unsur manajemen

PEMBAHASAN

Menentukan Letak *Value Added* dan *Non Value Added*

Nilai – nilai *value added* dan *non value added* dari tabel diatas diperoleh dari perhitungan sebagai berikut,

unit TPP (nilai VA = waktu mendaftar + waktu input data pasien) (NVA = waktu tunggu antara kegiatan tersebut),

Unit RM (VA = waktu pengambilan dokumen rekam medis + waktu pengantar berkas ke poli) (NVA = waktu tunggu distribusi RM sebelum diantar ke poli),

Unit Poli ((VA = waktu pemeriksaan) dan (NVA = waktu tunggu pasien saat menunggu dokter tiba di Poli + waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan di ruangan Poli)).

Efisiensi proses yang bersifat *Non Value Added* dengan menggunakan visual manajemen, 5S dan Kanban

Berdasarkan analisis penarikan akar permasalahan menggunakan *fishbone* yang bertujuan mencari faktor pemborosan (*waste*) pada sistem alur proses rawat jalan, peneliti mencoba untuk mengusulkan penyelesaian dalam menghilangkan *non value added* yang ada, pertimbangan-pertimbangan lain yang disadari oleh peneliti bahwa untuk mengubah dan merencanakan suatu usulan perbaikan melalui proses yang panjang dan rumit karena menyangkut berbagai kebijakan, aturan-aturan yang berlaku saat itu serta unsur-unsur yang berwenang, dan juga perlunya konsultasi dengan pimpinan klinik.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa waktu maksimal yang digunakan dalam pelayanan unit rawat jalan di Klinik pratama nusantara sebelas medika djatiroto adalah 45 menit. Hal tersebut dapat terwujud dengan adanya pemangkasan dan

pengeliminasian waste pada kegiatan-kegiatan pemeriksaan di poli. *Waste* pada kegiatan poli terjadi karena kecepatan dokter dalam memeriksa pasien memiliki rentang yang jauh, kecepatan pemeriksaan poli jauh lebih lambat dari pada kecepatan pendaftaran. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti melakukan *brainstorming* dengan pihak terkait di Klinik dr. M. Suherman untuk menentukan solusi yang tepat dalam melakukan eliminasi terhadap *waste* yang terjadi, berdasarkan hasil *brainstorming* didapatkan beberapa solusi yang akan digunakan untuk melakukan eliminasi pemborosan yang terjadi pada bagian poli diantaranya, menambah tenaga dokter dan mengatur ulang jadwal shift jaga dokter serta standarisasi lama waktu pemeriksaan dokter.

Rekomendasi Solusi

Tabel 5. Rekomendasi Solusi dengan *Brainstorming*

No.	VARIABEL	PENYEBAB	SOLUSI
1.	<i>Man</i>	Tidak ada petugas khusus rekam medis, tugas rekam medis dirangkap oleh petugas TPP	Menambahkan SDM untuk ditempatkan di unit rekam medis dengan berdasarkan pada perhitungan beban kerja
		Latar belakang pendidikan petugas yang sudah ada bukan seorang perekam medis	Mengadakan pelatihan baik dilakukan intern maupun ekstern. Menambah SDM dengan kualifikasi pendidikan minimal DIII perekam medis
		Dokter yang datang terlambat kerja karena jadwal yang tumpang tindih	Meninjau ulang jadwal jaga dokter dan mengajukan saran kepada atasan untuk melakukan pengaturan ulang terhadap jadwal jaga dokter.
2.	<i>Methode</i>	Juknis dan pembagian tugas kerja masih mengikuti aturan rumah sakit	Melakukan diskusi secara periodik antara pihak klinik dengan pihak RS untuk membahas permasalahan-permasalahan yang ada di klinik.
		Pembagian tugas kerja yang masih belum sesuai	Melakukan penempatan ulang terhadap petugas disesuaikan dengan kualifikasi pendidikan yang dimiliki.
3.	<i>Machine</i>	Rak penyimpanan masih terbuka	Memasang tirai sebagai penutup rak Mengganti rak dengan rak roll O' pack
4.	<i>Material</i>	Map berkas rekam medis terlalu tipis dan mudah robek	Mengganti bahan map dengan bahan yang lebih tebal dan kaku
		DRM terselip	Menata kembali berkas rekam medis dengan menerapkan 5 S dan menerapkan penggunaan tracer
5.	<i>Mother nature</i>	Penataan ruangan klinik yang belum strategis	Melakukan desain ulang ruangan klinik
		Letak ruangan rekam medis yang terpisah	Melakukan desain ulang ruangan
		Jalan pada pintu masuk menanjak dan licin	Melakukan renovasi ulang dengan menambahkan anak tangga dan pegangan
		Ruang TPP dengan ruang tunggu masih menjadi satu tanpa sekat	Memberikan batas atau sekat pemisah antara ruang tunggu dengan ruang TPP

SIMPULAN

Hasil penggambaran value stream mapping alur pelayanan rawat jalan di Klinik Pratama dr. M. Suherm

an rata-rata adalah 108 menit. Waste (pemborosan) terbesar yang terjadi pada alur pelayanan rawat jalan terjadi pada unit poli. Akar permasalahan yang menjadi penyebab terjadinya lama waktu tunggu pelayanan poli rawat jalan di klinik pratama dr. M. Suherman adalah kecepatan jumlah pasien yang mendaftar jauh di atas kecepatan pelayanan poli dan lama waktu pemeriksaan pasien antar masing-masing dokter memiliki rentang yang jauh. Nilai non value added pada alur rawat jalan adalah sebesar 25.5 menit dan wasting time terbesar terletak pada unit Poli. Setelah dilakukan eliminasi, waktu yang dihabiskan pasien sejak pasien datang sampai pulang adalah 45-55 menit. Rekomendasi diantaranya penambahan SDM, pelaksanaan pelatihan, standarisasi waktu dokter memeriksa pasien, melakukan diskusi secara berkala, serta penataan ulang ruangan poli

DAFTAR PUSTAKA

- Anggita, Dhita. 2012. Analisis Waktu Tunggu Pemberian Informasi Tagihan Pasien Pulang Rawat Inap di RS GRHA Permata Ibu Tahun 2012. Jakarta: Universitas Indonesia. Diakses 7 Oktober 2017. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20320693-S-PDF-Dhita%20Anggita%20S%20P.pdf>
- Asmoko, Hindri. 2013. Teknik Ilustrasi Masalah – Diagram Fishbone. Retrieved from <http://www.bppk.depkeu.go.id>
- Bustani, et al. 2015. Analisis Lama Waktu Tunggu Pelayanan Pasien Rawat Jalan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Propinsi Sulawesi Utara. Sulawesi Utara: Universitas Sam Ratulangi. Diakses 7 Oktober 2017. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/ebiomedik/article/view/10456>.
- Grabban, Mark. 2009 Lean Hospital. America: CRC Press
- Gaspersz, Vincent. 2007. Lean Six Sigma for Manufacturing and Services Industries. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

- Jimmerson, Cindy. 2007. *A3 Problem Solving for Healthcare: A Practical Methode for Eliminating Waste*. New York, United States of America: Healthcare Performance Press.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Permenkes RI Nomor 028. 2011 tentang Klinik. Jakarta
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Permenkes RI Nomor 129. 2008. tentang Standart Pelayanan Minimal. Jakarta
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Permenkes RI Nomor 9. 2014 tentang Klinik. Jakarta
- Pertiwi, NK. 2012. *Lean Hospital Sebagai Usulan Perbaikan Sistem Rack Addressing Dan Order Picking Gudang Logistic Perbekalan Kesehatan Rumah Sakit Islam Jakarta Cempaka Putih*. Depok: Universitas Indonesia
- Wasetya, Dwiyani. 2012. *Alur Proses Pelayanan Rawat Jalan dengan Mengaplikasikan Lean Hospital di RS Marinir Cilandak*. Depok. Universitas Indonesia. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014*. Surabaya.

PENGARUH KEPUASAN TERHADAP KELENGKAPAN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ADJIDARMO

Lily Widjaja¹, LusianaApriani², Mentari Nur Indah Sari³

^{1,2}Program Studi Diploma III Rekam Medis Universitas Esa Unggul

E-mail: lily.widjaja@esaunggul.ac.id

Abstract

The purpose of the study to analyze the effect of job satisfaction on completeness of filling medical record. The type of research is observational analytic with cross sectional approach. The population of this study is the outpatient physician and specialist doctor who treated the patients as much as 74 people. A sample size of 30 people were taken with accidental sampling technique. This research instrument is a questionnaire. Data analysis using multiple regression analysis. The results showed the value of $F = 12.257 > F_{tabel} = 2.65$ or p value < 0.05 . Individual test is shown at $p < 0.05$ in X_2, X_3, X_5 , p value of each variable; 0.021; 0.019; 0.033. The conclusions in this study are the variables that affect the completeness of medical record that is the satisfaction of compensation, satisfaction toward

Keywords: *Waiting Time, Lean Healthcare*

Abstrak

Tujuan penelitian untuk menganalisis pengaruh kepuasan kerja terhadap kelengkapan pengisian rekam medis. Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah dokter ruang rawat dan dokter spesialis yang merawat pasien sebanyak 74 orang. Besar sampel sebanyak 30 orang yang diambil dengan teknik *accidental sampling*. Instrumen penelitian ini adalah kuesioner. Analisis data dengan menggunakan analisis regresi ganda. Hasil penelitian menunjukkan nilai $F_{hitung} = 12,257 > F_{tabel} = 2,65$ atau nilai $p < 0,05$. Uji secara individual ditunjukkan pada nilai $p < 0,05$ terdapat pada X_2, X_3, X_5 , p value masing – masing variabel; 0,021; 0,019; 0,033. Simpulan dalam penelitian ini adalah variabel yang berpengaruh terhadap kelengkapan rekam medis yaitu kepuasan terhadap kompensasi, kepuasan terhadap kepemimpinan, kepuasan terhadap promosi.

Kata Kunci: kepuasan, kelengkapan

PENDAHULUAN

Rekam Medis (RM) merupakan sumber data yang diolah dan disajikan menjadi informasi medis di institusi pelayanan kesehatan. Rekam Medis harus mengandung data administrasi dan medis yang menggambarkan dengan rinci semua aspek dari asuhan pasien yang terjadi baik yang dibuat dalam bentuk manual pada formulir atau lembaran kertas maupun elektronik dengan menggunakan komputer. Rekam Medis yang lengkap dan akurat merupakan cerminan dari mutu pelayanan yang diberikan.

Rekam Medis berguna untuk kesinambungan pengobatan, sebagai bukti hukum, *reimbursement* biaya pelayanan, penelitian, pendidikan, kepentingan administratif, kesehatan masyarakat serta perencanaan dan pengambilan keputusan. Oleh karena itu Rekam

Medis yang lengkap dan akurat merupakan bukti tertulis yang dapat dipertanggungjawabkan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

Dalam UU Praktek Kedokteran pasal 46 ayat 1 menyatakan bahwa “ Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis . Pada Pasal 79 ayat 2 menyatakan “Bila dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja tidak membuat Rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah),

Selain itu pentingnya ketersediaan Rekam Medis dapat dilihat pada standar akreditasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) baik untuk standar akreditasi yang

lama untuk lima, tujuh dan dua belas pelayanan maupun Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit 2012 selalu memasukkan Rekam Medis sebagai satu diantara indikator penilaian akreditasi. Monitoring dan Analisis Kelengkapan Rekam Medis menjadi suatu yang wajib dilakukan.

Limas (2012) dalam menyampaikn bahwa kesibukan dokter merupakan satu diantara faktor yang mempengaruhi kelengkapan Rekam Medis. Sayono (2011) dalam hasil penelitiannya terkait kelengkapan Rekam Medis di RSUD Pasar Rebo disimpulkan indentifikasi pasien 100% lengkap , 96%) terisi kelengkapan laporan yang diperlukan, autentikasi penulis hanya 50% dan membuat catatan yang baik sebesar 27.3%

Rosalina (2013) dalam penelitiannya pada 3 rumah sakit membuktikan bahwa kepuasan pada pekerjaan , gaji , pimpinan, rekan kerja dan promosi terbukti berpengaruh signifikan terhadap kinerja dokter dalam pengisian rekam medis pasien rawat. Hasil penelitian Hari Purwanto (2015) diperoleh bahwa Faktor – faktor kepuasan kerja yang terdiri dari pekerjaan, gaji, promosi, supervisi, rekan kerja dan kondisi kerja mempunyai pengaruh terhadap kinerja pegawai pada SMP Negeri 1 Kota Madiun

Berdasarkan observasi awal di RSUD Adjidarmo kelengkapan rekam medis rawat inap terutama pada lembaran catatan dokter berawal di IGD atau poliklinik, Kajian awal terkait anamnese pada pemeriksaan fisik pasien , catatan perkembangan dan ringkasan keluar (resume) masih belum lengkap. Fenomena ini menunjukkan bahwa kinerja dokter dalam pengisian rekam medis masih rendah. Belum optimalnya kinerja pengisian rekam medis rawat inap oleh dokter diduga disebabkan oleh faktor kepuasan kerja. Tujuan penelitian adalah menganalisis faktor-faktor kepuasan kerja yang mempengaruhi kinerja pengisian rekam medis Di RSUD Adjidarmo.

METODE

Jenis penelitian ini adalah obesrvasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah dokter ruang rawat dan dokter spesialis yang merawat pasien sebanyak 74 orang. Besar sampel sebanyak 30 orang yang diambil dengan teknik *accidental sampling*. Instrumen peneliti ini adalah kuesioner. Analisis data dengan menggunakan analisis regresi ganda.

HASIL

Karakteristik Responden

Responden (dokter) laki –laki lebih banyak dari perempuan, kelompok umur terbanyak pada berada pada kelompok umur 31 – 40 tahun dan lama bekerja terbanyak pada kelompok 2 – 5 tahun. Untuk lebih rinci terlihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1	Jenis Kelamin		
	Laki – laki	20	55,6
	Perempuan	16	44,4
2	Umur		
	24-30 tahun	7	19,4
	31-40 tahun	19	52,8
	≥ 40 tahun	20	32,8
		10	27,8
3	Lama Bekerja		
	< 2 tahun	4	11,1
	2 - 5 tahun	22	61,1
	6 – 10tahun	8	22,2
	>10 tahun	2	5,6
4	Tingkat Pendidikan		
	Dokter spesialis	15	40
	Dokter umum	21	60

Deskripsi Statistik Responden

Skor kepuasan dengan rata – rata tertinggi dan SD terendah terdapat pada kepuasan terhadap promosi (X4) sebesar (22,14+1,887). Dan sebaliknya skor kepuasan dengan rata – rata terendah dan SD tertinggi terdapat pada kepuasa nterhadap rekan kerja; (19,42+2,802). Skor kelengkapan rekam medis; (20,44+2,446). Hal ini terlihat pada Tabel

Tabel 2. Deskripsi Statistik Kepuasan dan Kelengkapan

Variabel	N	Minimal	Maksimal	Mean	SD
X1(Kepuasan_ pekerjaan)	36	17	25	21,67	2,056
X2(Kepuasan_ kompensasi)	36	14	25	19,78	2,727
X3(Kepuasan_ kepemimpinan)	36	15	24	19,42	2,802
X4(Kepuasan_ rekan)	36	18	25	22,14	1,885
X5(Kepuasan_ promosi)	36	15	25	20,44	2,466
Y (Kelengkapan RM)	36	13	24	20,42	2,260

Hasil Analisis Regresi Ganda

Berdasarkan Tabel 3 dapat diketahui bahwa nilai $F_{hitung} = 12,257 > F_{tabel} = 2,65$ atau nilai $p < 0,05$ sehingga H_0 ditolak. Hal ini berarti koefisien regresi ganda signifikan. Jadi variabel X_1, X_2, X_3, X_4, X_5 berpengaruh secara simultan atau bersama – sama dan signifikan terhadap kelengkapan rekam medis. Uji secara individual ditunjukkan pada nilai $p < 0,05$ terdapat pada X_2, X_3, X_5 , sehingga H_0 pada variabel X_2, X_3, X_5 ditolak yang berarti variabel kepuasan terhadap kompensasi, kepuasan terhadap promosi, serta kepuasan terhadap kepemimpinan secara individual dan signifikan berpengaruh terhadap kelengkapan rekam medis. R Square = 67,7% kelengkapan rekam medis dapat dijelaskan oleh variabel X_1, X_2, X_3, X_4, X_5 , sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain.

Tabel 3 Hasil Analisis Regresi Ganda

Variabel	B	Beta	Nilai P	Nilai F	Nilai P	Hasil pengujian	R Square
X_1	0,070	0,064	0,642			Ho diterima	
X_2	0,261	0,315	0,021			Ho ditolak	
X_3	0,282	0,349	0,019	12,257	0,000	Ho ditolak	0,677
X_4	-0,003	-0,003	0,942			Ho diterima	
X_5	0,336	0,367	0,033			H0 ditolak	
Konstanta 4,5			0,180				

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan nilai $F_{hitung} (12,257) > F_{tabel} (2,65)$ atau nilai $p < 0,05$. Hal ini berarti koefisien regresi signifikan atau variabel kepuasan benar – benar berpengaruh secara simultan terhadap kelengkapan rekam medis. Hasil penelitian tersebut didukung teori dua faktor yang mengungkapkan aspek pekerjaan. Teori dua faktor (*two factor theory*) pertama kali dikemukakan oleh Herzberg yang menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi sikap seseorang terhadap pekerjaannya dibagi dua kelompok yaitu kelompok *satisfiers*/ motivator (prestasi, pengakuan, kompensasi, penghargaan, pekerjaan itu sendiri, tanggung jawab, promosi/ kenaikan pangkat), dimana hadirnya faktor ini akan menimbulkan kepuasan, tetapi tidak hadirnya faktor ini tidak selalu mengakibatkan ketidakpuasan dan kelompok *dissatisfiers* / *hygiene factor* (kebijaksanaan, pengawasan, teknis, gaji, hubungan

antara pribadi serta kondisi kerja), dimana perbaikan terhadap kondisi atau situasi ini akan mengurangi atau menghilangkan ketidakpuasan, tetapi tidak akan menimbulkan kepuasan.

Pendidikan yang dicapai seseorang diharapkan menjadi faktor determinan produktifitas antara lain *knowledge, skills, abilities, attitude* dan *behavior*, yang cukup dalam menjalankan aktifitas pekerjaannya

Kepuasan terhadap kompensasi berpengaruh secara partial terhadap kelengkapan rekam medis pada nilai $p = 0,021$. Kompensasi menjadikan motivasi seseorang untuk bekerja menjadi lebih baik. Individu yang mempunyai motivasi tinggi cenderung memiliki prestasi kerja tinggi dan sebaliknya; bisa diartikan kompensasi berbanding lurus dengan motivasi seseorang; semakin tinggi kompensasi yang diberikan maka motivasi bekerja juga akan lebih tinggi. Dalam penelitian ini rekam medis akan selalu lengkap. Nilai koefisien kepuasan terhadap kompensasi sebesar 0,261 yang menyatakan bahwa setiap penambahan satu skor akan memberikan kenaikan skor kelengkapan rekam medis sebesar 0,290.

Kepuasan terhadap kepemimpinan berpengaruh secara partial terhadap kelengkapan rekam medis pada nilai $p = 0,019$. Jika variabel kepuasan terhadap kepemimpinan mengalami kenaikan 1%, sedang variabel lain diasumsikan tetap, maka akan menyebabkan peningkatan sebesar 0,282. Nilai koefisien tersebut menunjukkan bahwa kepuasan terhadap kepemimpinan berpengaruh positif terhadap kelengkapan rekam medis. Hal ini menggambarkan ketika kepemimpinan baik, maka pegawai/dokter akan puas, dan berdampak terhadap kelengkapan rekam medis. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Armstrong (2003) menyatakan kepemimpinan adalah proses memberi inspirasi kepada semua karyawan agar bekerja sebaik-baiknya untuk mencapai hasil yang diharapkan. Kepemimpinan adalah cara mengajak karyawan agar bertindak benar, mencapai komitmen dan memotivasi mereka untuk mencapai tujuan bersama.

Kepuasan kerja terhadap promosi berpengaruh secara partial terhadap kelengkapan rekam medis pada nilai $p = 0,033$. Hasil penelitian ini sejalan dengan Munadiah (2015) bahwa promosi jabatan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja pegawai. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa jika promosi jabatan direalisasikan kepada dokter atau pegawai yang berprestasi tinggi, maka akan

ada pendorong bagi dokter atau pegawai lainnya untuk mempertinggi kinerjanya dalam melaksanakan tugas; dalam hal ini adalah mengisi rekam medis secara lengkap.

SIMPULAN

Simpulan dalam penelitian ini adalah variabel yang berpengaruh terhadap kelengkapan rekam medis yaitu kepuasan terhadap kompensasi, kepuasan terhadap kepemimpinan, kepuasan terhadap promosi.

DAFTAR PUSTAKA

Dessler, Gary. 2009. *Manajemen SDM buku 1*. Jakarta : Indeks

Hasibuan, Melayu S.P. 2010. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Bumi Aksara

Hatta, G, R. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.

Herzberg, F Mausner dan BB Snyderman. 2004. *The Motivation to Work*, New York: John Wiley & Sons.

Kemkes RI, 2008, Permenkesno.269/MENKES/PER/III/ 2008, Tentang Rekam Medis, (Menkes, Jakarta)

Kemkes RI, 2011, *Standar Akreditasi Rumah Sakit, Edisi 1*, (Menkes, Jakarta)

KELENGKAPAN PENDOKUMENTASIAN SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN DAN AKURASI PENYEBAB DASAR KEMATIAN

Titin Wahyuni¹, Dyah Rachmadhani²

^{1,2}STIKes Yayasan RS. Dr. Soetomo

E-mail: wtitin.2012@gmail.com

Abstract

Medical certification of cause of death (MCCD) is being issued on every death incident in every hospital of Indonesia. MCCD consists of two part; part 1 would record with those conditions in the causal link that leading to death and part 2 would fill with other condition that significant in contributing to death. Leading cause of death are defined as Underlying Cause of Death (UCoD). The quality of it may varies considering to a medically qualified doctor who record it. This study aims to determine the completeness of MCCD and the accuracy of UCoD. The research design used was non experimental with retrospective approach. The sample in this study is Medical certification of cause of death in January to April 2017; 106. Large MCCD classified as incomplete that is equal to 45,28% and from 55,17% categorized not accurate. The conclusion of this research is that the incomplete SMPK will not apply.

Keywords: *completeness; MCCD; accuracy; UCoD*

Abstrak

Sertifikasi Medis Penyebab Kematian (SMPK) dikeluarkan pada setiap kejadian kematian di setiap rumah sakit di Indonesia. SMPK terdiri dari dua bagian; bagian pertama berisi kondisi-kondisi yang menyebabkan kematian dan bagian kedua akan berisi kondisi lain yang memberikan kontribusi terhadap kematian. Keakuratan penyebab dasar kematian tergantung pada kualitas pengetahuan dokter dalam melakukan pendokumentasian SMPK. Penelitian ini bertujuan mengetahui kelengkapan SMPK dan keakuratan penyebab dasar kematian. Rancangan penelitian yang digunakan adalah non-eksperimental dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Analisis data dilakukan secara deskriptif. Sampel dalam penelitian ini adalah sertifikat medis penyebab kematian pada bulan Januari sampai dengan April 2017 sebanyak 106 SMPK. Sebagian besar SMPK dikategorikan tidak lengkap yaitu sebesar 45,28% dan sebesar 55,17% dikategorikan tidak akurat. Simpulan penelitian ini adalah SMPK yang tidak lengkap cenderung akan berakibat akurasi kode tidak akurat.

Kata Kunci: kelengkapan, keakuratan, SMPK

PENDAHULUAN

Registrasi vital Indonesia bertumpu pada data registrasi kematian, yang didapatkan dari data penyebab kematian. Sedangkan data penyebab kematian didapatkan dari sertifikat kematian. Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) terdiri dari dua bagian yaitu bagian I dan bagian II. Bagian I yang dicatat atau direkam adalah diagnosa dan kondisi yang berkaitan dengan urutan dari utama sampai dengan penyebab kematian langsung. Sedangkan pada bagian II yang dicatat atau direkam adalah diagnosa yang tidak berkaitan dengan bagian I tetapi secara alamiah berkontribusi

dalam memperparah keadaan pada bagian I sehingga mengakibatkan kematian (World Health Organization, 2010). Setiap ada kejadian kematian di rumah sakit, dokter wajib mendokumentasikan penyebab kematian ke dalam SMPK. Sehingga dengan kata lain keakuratan penyebab dasar kematian tergantung pada kualitas pengetahuan dokter dalam melakukan pendokumentasian SMPK (Hernández et al., 2011).

Pada tahun 2006 Indonesia melakukan upaya peningkatan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian melalui kegiatan Indonesia Mortality Registration Strengthening System Project (IMRSSP)

yang dimulai dari 4 propinsi yaitu Propinsi Lampung, Gorontalo, Jayapura dan Kalimantan Barat. Pada tahun 2010 dan 2011 diperluas pada 15 kabupaten/kota (Langkat, Banjar, Bekasi, Gresik, Gianyar, Gowa, Manado, Kupang, Yogyakarta, Padang pariaman, Ambon, Sorong, Balikpapan, Palembang, dan Mataram). Berdasarkan evaluasi yang dilakukan untuk kegiatan tersebut khususnya pada kegiatan akurasi penyebab kematian: pelaksanaan kualitas coding ICD-10, kualifikasi dan pelatihan petugas pengode serta kualitas kode penyebab kematian, pada kota Surakarta, Kota Yogyakarta, Kota Metro, Kota Balikpapan dan Gowa masih dibawah 60%, sedangkan Kabupaten Gresik sudah di atas 60% (Sulistiyowati, Irianto, & Usman, 2017). Dengan demikian hanya Gresik yang kualitas penyebab kematiannya yang baik diantara kota-kota tersebut. Kota Surabaya merupakan kota yang bukan termasuk program penguatan registrasi kematian dalam kegiatan IMRSP dan belum pernah dilakukan evaluasi terhadap kualitas penyebab kematian.

Pada penelitian ini dipilih salah satu rumah sakit umum di Surabaya untuk dievaluasi keakurasian penyebab dasar kematian. Berdasarkan studi pendahuluan diketahui pada Rumah sakit penelitian, SMPK hanya dikeluarkan pada kejadian kematian di rawat inap, sedangkan pada kejadian di instalasi gawat darurat hanya dikeluarkan surat keterangan kematian dan surat pemeriksaan kematian (form A). lebih lanjut, juga diketahui bahwa SMPK belum dikode dengan ICD-10. Dokter tidak pernah mendapat pelatihan dan tidak ada kegiatan audit keakurasian penyebab dasar kematian karena tidak diatur kewenangan dalam hal tersebut. Pada penelitian di Kota Ahmedabad kelengkapan sertifikat medis penyebab kematian (penyebab langsung, antara dan dasar) dapat dikatakan sangat baik dengan dibuktikan masing-masing penyebab kematian frekuensinya adalah 99,8%; 97,7%; dan 98,4%. Sedangkan keakurasian penyebab kematian langsung adalah 44%, penyebab antara adalah 55% dan penyebab dasar kematian 69,9%. Dan hanya 1,2% yang keakurasian penyebab kematiannya yang akurat secara penuh (Shah & Bala, 2012). Berdasarkan data hasil penelitian tersebut, keakurasian data penyebab dasar kematian tergolong tinggi yaitu di atas 60 persen (Mikkelsen, 2010; Sulistiyowati, Irianto and Usman, 2017). Oleh karena itu penelitian berfokus untuk menganalisis pengaruh antara kelengkapan sertifikat media penyebab kematian terhadap keakurasian penyebab dasar kematian.

METODE

Rancangan penelitian ini adalah non-eksperimental dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Penelitian dilakukan di rumah sakit Surabaya. Sampel penelitian ini adalah sertifikat medis penyebab kematian(SMPK) pada bulan Januari sampai dengan April 2017 berjumlah 106 SMPK. Penelitian dilakukan dengan cara observasi dengan menggunakan checklist. Analisis data dengan menggunakan analisis deskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik SMPK

Tabel 1 Jumlah SMPK di Rawat Inap RS Tempat Penelitian Bulan Januari-April 2017

Uraian	Bulan				Jumlah
	Januari	Februari	Maret	April	
SMPK tidak dapat ditemukan	4	2	2	6	14
SMPK kosong	3	12	7	10	32
Tulisan dokter pada SMPK tidak jelas	1	1	6	5	13
Jumlah SMPK yang bisa dianalisa	27	24	22	33	106
Jumlah SMPK Januari-April	35	39	37	54	165

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa jumlah seluruh SMPK pada bulan Januari-April 2017 adalah 165, setelah diinklusion maka data yang dapat dianalisa sebanyak 106 SMPK. Bulan April merupakan kejadian kematian tertinggi di rawat inap dan juga jumlah tertinggi SMPK tidak ditemukan.

Pada Tabel1 terlihat tulisan dokter tidak terbaca dengan jelas terjadi tertinggi di Bulan Maret yang berdampingan dengan Bulan April, masing-masing sebesar 6 dan 5 SMPK. Tulisan dokter yang terbaca jelas merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam proses reseleksi penyebab kematian dan pengodean penyebab kematian. Hal ini menjadi hambatan dan juga tantangan dalam menginterpretasikan tulisan dokter, terlebih manakala sebagian besar berupa singkatan. Meskipun rumah sakit tempat penelitian telah menerbitkan singkatan diagnosa yang disepakati, namun bisa saja sebuah singkatan yang sama mengandung arti yang berbeda.

Cara terbaik untuk mengatasi masalah ini adalah dengan membandingkan tulisan dokter pada rekam medis pasien yang bersangkutan, apakah ada catatan diagnosa yang sama namun lebih baik dan bisa dimengerti. Jika tidak kunjung terpecahkan sampai akhir proses pengambilan data, maka SMPK tersebut kami nyatakan sebagai tulisan dokter tidak jelas. SMPK tidak hanya digunakan oleh dokter yang bersangkutan tetapi juga digunakan pengguna lain baik internal maupun eksternal rumah sakit (medis maupun non medis). Internal rumah sakit yang berhubungan dengan rekam medis adalah perekam medis. Tulisan dokter yang jelas memudahkan perekam medis saat mengode dan menghindari mis-intepretasi yang tidak perlu (Hazard et al., 2017).

Adalah kewajiban setiap dokter untuk menuliskan diagnosa penyebab kematian pada SMPK. Namun pada penelitian ini ditemukan 32 SMPK tidak terisi. Pada penelitian juga terdapat 14 SMPK yang tidak ditemukan, hal ini disebabkan SMPK diletakkan di dalam rekam medis pasien, sehingga saat tidak ditemukan rekam medis tersebut maka begitupun juga dengan SMPKnya juga tidak diketemukan. Menurut keterangan petugas hal ini disebabkan pada tahun 2016 terjadi perpindahan staff bagian penyimpanan dari lantai dua ke lantai satu. Sedangkan ruang penyimpanan tetap berada di lantai dua. Hal ini menyebabkan kurangnya pengawasan sehingga mengakibatkan rekam medis dengan discharge status sembuh atau pulang paksa bercampur dengan pasien dengan discharge status meninggal dunia.

Kelengkapan SMPK

Kelengkapan SMPK dinyatakan dengan kelengkapan catatan diagnosa pada bagian I dan II. Tabel 2 Distribusi kelengkapan SMPK di Rawat Inap RS Tempat Penelitian Bulan Januari-April 2017

Kategori kelengkapan	Jumlah	%
Tidak lengkap	49	45,28
Cukup lengkap	24	22,64
Sangat lengkap	34	32,08
Jumlah	106	100,00

Pada tabel 2 dapat kita terlihat bahwa hanya 32,08% yang dinyatakan sangat lengkap dan 22,64% dinyatakan cukup lengkap, sedangkan sebagian besar 45,28% tidak lengkap. Berdasarkan keterangan kepala rekam medis, dokter di rumah sakit penelitian tidak pernah mendapatkan pelatihan tentang mendokumentasikan SMPK dengan kualitas

yang baik, sehingga kemungkinan tidak tahu betapa pentingnya catatan diagnosa pada SMPK sehingga dijumpai adanya SMPK yang masih kosong sebanyak 32 (lihat tabel 1), dan SMPK yang tidak ditulis dengan lengkap termasuk dalam hal ini urutan penyebab kematian yang benar sehingga berpotensi menjadi urutan penyebab penyakit yang high improbable. Ketidaktahuan dokter terhadap pendokumentasian SMPK ini tidak hanya terjadi di Surabaya tetapi juga terjadi di daerah lain di Indonesia. Ketidaktahuan dokter untuk mendokumentasikan SMPK sesuai dengan aturan pada ICD-10 volume 2 disebabkan tidak adanya buku saku/brosur/pedoman lainnya untuk dokter sebagai panduan dalam menentukan penyebab kematian, kecuali dokter yang pernah dilatih oleh Balitbangkes karena ada kegiatan penelitian pengembangan sistem registrasi kematian dan penyebab kematian ini sebelumnya. Masalahnya, terdapat dokter yang sudah dilatih tersebut pindah ke luar kota, sedangkan dokter pengganti tidak mempunyai pengetahuan yang baik terhadap pengisian SMPK karena memang tidak diajarkan pada kurikulum kedokteran, baik di dalam mata ajar kedokteran, menempel pada mata kuliah yang sudah ada, atau menempel pada kurikulum pre klinik. Pada saat pelatihan Balitbangkes menyediakan buku saku pedoman pembuatan SMPK. Namun buku ini juga tidak tersedia di setiap ruangan (Sulistiyowati et al., 2017). Thailand dan Sri lanka adalah dua negara yang melakukan training secara besar-besaran dan terus menerus, dan mendapatkan hasil underlying cause of death yang lebih berkualitas setelah dilakukan intervensi (Tobergte & Curtis, 2013).

Keakurasian penyebab dasar kematian

Keakurasian penyebab dasar kematian dinyatakan dengan ketepatan dalam penetapan penyakit/kondisi utama yang mengawali suatu perjalanan dari urutan kematian sehingga menyebabkan kematian pada SMPK. Pada tabel 2 dapat kita terlihat bahwa 49 SMPK (45,28%) tidak lengkap. SMPK dikategorikan tidak lengkap apabila pada bagian I SMPK tidak terisi penuh atau pada bagian I kosong, dan hanya berisi catatan diagnosa pada bagian II SMPK. Hanya SMPK yang pada bagian Ic tercatat saja yang bisa dilakukan evaluasi, sehingga hanya 58 SMPK yang berkategori cukup lengkap dan sangat lengkap saja yang bisa dianalisa.

Tabel 3 Distribusi evaluasi keakuratan underlying cause of death (penyebab dasar kematian) Di Rawat Inap RS Tempat Penelitian Bulan Januari-April 2017

Kategori akurasi	Jumlah	%
sangat akurat	15	25,86
Cukup akurat	11	18,97
Tidak akurat	32	55,17
Jumlah	58	100

Sebagian besar SMPK dikategorikan tidak akurat yaitu sebesar 55,17%. Pada penelitian ini juga dijumpai pada SMPK dituliskan penyebab langsung dan penyebab antara dimana kedua-duanya merupakan dua kondisi yang juga berkontribusi pada penyebab langsung kematian. Misalnya pada penyebab langsung menuliskan gagal multi organ dan pada penyebab antara menuliskan henti jantung. Hal ini kemungkinan dokter masih belum mengetahui bagaimana pendokumentasian SMPK yang benar dan tidak mengetahui dimana penyebab dasar kematian harus direkam. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di negara India dimana kesalahan yang terjadi pada pendokumentasian penyebab kematian adalah menuliskan penyebab langsung kematian pada bagian penyebab antara kematian yaitu henti jantung, shock jantung, gagal jantung, sepsis, gagal napas, mati rasa pada sistem pernapasan dan henti napas (Dash, Behera, & Patro, 2014).

Data penyebab kematian dipakai untuk trend dan differensial penyakit, perencanaan program intervensi, monitoring evaluasi program, penelitian epidemiologi, penelitian biomedis dan sosiomedis, administrator dan medis profesional. Mengingat banyaknya pengguna data penyebab kematian maka sangat vital untuk mendapatkan angka yang akurat (Tobergte & Curtis, 2013). Ketidaktahuan dan ketidaksadaran dokter akan pentingnya kegunaan dari keakuratan data ini menyebabkan data penyebab dasar kematian tidak akurat. Terlebih di rumah sakit penelitian ini dokter belum pernah diberangkatkan ke pelatihan menentukan underlying cause of death (penyebab dasar kematian). Pada penelitian Dash, Behera and Patro, 2014 ditemukan 26,49% penyebab langsung kematian merupakan penyebab dasar kematian.

Sulistiyowati, Irianto and Usman (2017) merekomendasikan untuk tujuan jangka panjang dalam rangka mengatasi pengetahuan dokter dalam hal pendokumentasian penyebab kematian, sebaiknya materi ini dimasukkan ke dalam kurikulum fakultas kedokteran. Pelaksanaannya bisa masuk ke kurikulum tersendiri, menempel pada bidang studi yang sudah ada atau pada pembekalan pre klinik.

Sementara ini materi penyebab kematian diajarkan pada mahasiswa D3 dan D4 Rekam medis dan Informasi Kesehatan karena diharapkan berperan dalam mengode penyebab kematian dan melakukan reseleksi underlying cause of death (penyebab dasar kematian) pada indeksing kematian. Di rumah sakit penelitian SMPK juga tidak dikode dengan alasan para perekam medis fokus untuk melakukan pelaporan klaim INA CBGs agar tepat waktu. Setelah diuji dengan regresi ordinal, kelengkapan SMPK pada penelitian ini berpengaruh secara signifikan terhadap keakuratan penyebab dasar kematian. Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Shobha Misra R.K. baxi, Chintan dashratha, Vihang mazumdar, 2013.

SIMPULAN

Kelengkapan mempengaruhi keakuratan penyebab dasar kematian. Hal ini berarti semakin besar lengkap SMPK maka semakin tinggi akurasi penyebab dasar kematian. Rekomendasi yang bisa kami berikan adalah kepada para dokter di rumah sakit tempat penelitian untuk diberikan pelatihan menentukan penyebab dasar kematian berdasarkan ICD-10 dan menentukan urutan penyebab kematian sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas penyebab kematian di rumah sakit tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Dash, S. K., Behera, B. K., & Patro, S. (2014). Accuracy in certification of cause of death in a tertiary care hospital - A retrospective analysis. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 24, 33–36. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.03.006>
- Hazard, R. H., Chowdhury, H. R., Adair, T., Ansar, A., Quaiyum Rahman, A. M., Alam, S., ... Lopez, A. D. (2017). The quality of medical death certification of cause of death in hospitals in rural Bangladesh: impact of introducing the International Form of Medical Certificate of Cause of Death. *BMC Health Services Research*, 17(1), 688. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2628-y>
- Hernández, B., Ramírez-Villalobos, D., Romero, M., Gómez, S., Atkinson, C., & Lozano, R. (2011). Assessing quality of medical death certification: Concordance between gold

- standard diagnosis and underlying cause of death in selected Mexican hospitals. *Population Health Metrics*, 9(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-9-38>
- Shah, V. R., & Bala, D. V. (2012). Evaluation of Medical Certification of Cause of Death in One of the Teaching Hospitals of Ahmedabad ., 118–121.
- Shobha Misra R.K. baxi, Chintan dashratha, Vihang mazumdar, P. chavda. (2013). Medical cause of certification of death.pdf. *Medical Journal of Western India*, 41(1), 30–32. Retrieved from [http://www.bjmcpune.org/journal/Medical cause of certification of death.pdf](http://www.bjmcpune.org/journal/Medical%20cause%20of%20certification%20of%20death.pdf)
- Sulistiyowati, N., Irianto, J., & Usman, Y. (2017). Akurasi Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian (Studi Tipikal Sejumlah Daerah di Indonesia) Masih Perlu Banyak Peningkatan: Sistem Registrasi Kematian dan Penyebab Kematian di Beberapa Daerah, Indonesia 2014. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 26(4), 191–200. <https://doi.org/10.22435/mpk.v26i4.4822.191-200>
- Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). Strengthening civil registration and vital statistics for births, deaths and causes of death. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification of Disease and Related Health problems (10th revision, Vol. 2)*. Geneva.

PREDIKSI KETAHANAN HIDUP PASIEN KANKER KOLOREKTAL MENGUNAKAN JARINGAN SARAF TIRUAN (*ARTIFICIAL NEURAL NETWORK*)

Jerhi Wahyu Fernanda¹, Pebrianty², Endah Retnani Wisnaningsih³

^{1,2,3}Insitut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri

E-mail: jerhi.fernanda@iik.ac.id

Abstract

Every cancer patient has hope for good survival, but this often can not be fulfilled due to patient delays in seeking health services. Several studies have shown that the probability of survival of colorectal cancer patients in Indonesia is still below 60%. This study aims to determine the probability of survival of colorectal cancer patients based on comorbidity, clinical stage, age, treatment status, location of cancer, and metastatic history. The study was conducted in five hospitals in Makassar City, with total sampling sampling of 70 colorectal cancer patients diagnosed in 2013. The study design used a retrospective cohort. Data were analyzed using neural network by R software analyzing. The results showed that there was no difference in survival of colorectal cancer patients based on cancer stage variables (pvalue 0.41), comorbidity (pvalue = 0.61), age (pvalue = 0.41), treatment status (pvalue = 0.59), the location of cancer (pvalue 0.12) whereas in the history of metastatic variables showed no difference in survival among colorectal cancer patients who had a metastatic history with patients without a metastatic history (pvalue 0.028). The results of artificial neural network analysis showed the determinants of survival of colorectal cancer patients are cancer location variables and metastatic history.

Keywords: *Neural network, survival, colorectal cancer*

Abstrak

Setiap penderita kanker memiliki harapan untuk mendapatkan ketahanan hidup yang baik, namun hal ini seringkali tidak dapat terpenuhi karena keterlambatan pasien dalam mencari pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui probabilitas ketahanan hidup pasien kanker kolorektal berdasarkan komorbiditas, stadium klinis, umur, status pengobatan, lokasi kanker, dan riwayat metastatis. Penelitian dilaksanakan pada lima rumah sakit di Kota Makassar, dengan pengambilan sampel secara total sampling yaitu sebanyak 70 pasien kanker kolorektal yang didiagnosa pada Tahun 2013. Desain penelitian menggunakan kohort retrospektif. Data dianalisis menggunakan metode jaringan saraf tiruan menggunakan R *software*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan ketahanan hidup pasien kanker kolorektal berdasarkan variabel stadium kanker (pvalue 0,41), komorbiditas (pvalue=0,61), usia (pvalue=0,41), status pengobatan (pvalue = 0,59), lokasi kanker (pvalue 0,12) sedangkan pada variabel riwayat metastatis menunjukkan ada perbedaan ketahanan hidup antara pasien kanker kolorektal yang memiliki riwayat metastatis dengan pasien tanpa riwayat metastatis (pvalue 0,028). Hasil analisis jaringan saraf tiruan menunjukkan determinan ketahanan hidup pasien kanker kolorektal adalah variabel lokasi kanker dan riwayat metastatis.

Kata Kunci: Jaringan Saraf tiruan, Survival, kanker kolorektal

PENDAHULUAN

Kanker kolorektal merupakan keganasan akibat adanya sel karsinoma yang berasal dari jaringan usus besar dan atau pada bagian rektum (Kemenkes, 2014). Estimasi angka kesakitan akibat kanker kolorektal di dunia sebanyak 663.600 pada laki-laki dengan angka kematian sebesar 320.600 dan angka kesakitan pada

perempuan sebesar 570.100 dengan angka kematian sebesar 288.100. Berdasarkan wilayah negara, pada negara maju angka kesakitan akibat kanker kolorektal sebesar 747.700 kasus dengan 320.100 kasus kematian atau dengan *case fatality rate* (CFR) 43%, dan pada negara berkembang diperkirakan angka kesakitan sebesar 506.400 kasus, dengan 288.500 kematian atau CFR sebesar 57%(Ahmedin

Jemal DVM *et al.*, 2011). Estimasi kasus baru kanker kolorektal di Indonesia pada Tahun 2010-2013 di RS Dharmais menunjukkan angka kesakitan maupun kematian akibat kanker kolorektal mengalami peningkatan setiap tahun, pada Tahun 2010 estimasi kesakitan sebesar 82 kasus dengan 9 kasus kematian (Estimasi CFR 10%) menjadi 136 kasus pada Tahun 2013 dengan 32 kasus kematian (Estimasi CFR 24%) (Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi Kesehatan, 2015).

Estimasi CFR kanker kolorektal pada negara sedang berkembang mencapai 57%, angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju yakni sekitar 43% sehingga menunjukkan bahwa prognosis pasien kanker kolorektal masih cukup buruk. Hal ini juga memberikan gambaran bahwa ketahanan hidup pasien kanker kolorektal masih rendah. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa beberapa faktor risiko yang berpengaruh terhadap ketahanan hidup pasien kanker kolorektal namun dapat dicegah adalah stadium kanker dan metastatis, keterlambatan diagnosis/deteksi dini kanker kolorektal menyebabkan kemungkinan untuk terjadinya metastatis menjadi lebih besar. Pasien dengan kondisi kanker stadium tinggi, hanya memiliki ketahanan hidup 5 tahun sebesar 11%, hal ini berbeda dengan pasien kanker yang mendapatkan pengobatan pada stadium awal, masih memiliki probabilitas ketahanan hidup mencapai 96% ('What Are the Survival Rates for Colorectal Cancer, by Stage', no date) jumlah kelenjar yang terkena sel kanker, (Kemenkes, 2014) komorbiditas juga mempengaruhi ketahanan hidup pasien kanker kolorektal, hal ini disebabkan karena dengan adanya penyakit penyerta akan menyulitkan pasien untuk mendapatkan pengobatan (Hines *et al.*, 2009) (Janssen-Heijnen *et al.*, 2005) usia pasien (Janssen-Heijnen *et al.*, 2005), lokasi kanker (Wim De Jong, 2005), dan kelengkapan berobat (Sitorus, 2010).

Penelitian terkait kanker kolorektal merupakan salah satu cara untuk mengembangkan suatu model (*tools*) yang mampu untuk memprediksi ketahanan hidup (*survival time*) pasien kanker dengan akurat berdasarkan beberapa parameter klinis yang digunakan (Liang *et al.*, 2016). Model yang akurat dapat dimanfaatkan untuk membantu praktisi kesehatan dalam membuat keputusan klinis yang berhubungan dengan terapi dan pengobatan yang tepat bagi pasien kanker sehingga risiko *undertreatment* maupun *overtreatment* dapat diminimalisir (Cui *et al.*, 2014).

Model yang sering digunakan untuk menganalisis prediksi ketahanan hidup pasien kanker adalah *Cox Proportional Hazard Regression* (Regresi Cox). Meskipun model Regresi Cox adalah yang paling sering digunakan, namun Regresi Cox merupakan model statistika semiparametrik yang memiliki asumsi-asumsi yang harus dipenuhi untuk menunjukkan model Regresi Cox akurat. Beberapa asumsi yang harus dipenuhi adalah hazard ratio dalam model Regresi Cox harus bersifat independen terhadap waktu, tidak terjadi *lack of fit* pada residual (Der, 2013). Selain itu menurut Kurtner *et al* dalam Hasmehian (2013), jika data penelitian sangat kompleks, maka model Regresi Cox yang dihasilkan menjadi tidak akurat. Pourahmad (2014) menyatakan bahwa dalam penelitian klinis, model tanpa asumsi lebih disukai untuk memodelkan data penelitian klinis yang sangat kompleks karena data yang kompleks akan menyebabkan asumsi dalam model sulit terpenuhi.

Kondisi di atas yang menyebabkan diperlukannya suatu model alternatif yang lebih fleksibel dan mampu memodelkan data klinis yang kompleks tanpa ada asumsi yang harus dipenuhi. Salah satu model alternatif yang dapat digunakan adalah *Artificial Neural Network* (ANN). Pada proses pengenalan pola, ANN sangat tergantung dari proses algoritma pembelajaran yang digunakan. Salah satu metode pembelajaran yang paling sering digunakan adalah *Backpropagation*. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa ANN menghasilkan prediksi yang lebih baik daripada model Regresi Cox. Penelitian yang dilakukan oleh Gohari (2011), menghasilkan bahwa metode ANN merupakan metode yang lebih akurat dibandingkan Regresi Cox dalam memprediksi ketahanan hidup pasien kanker. Pada tahun 2013 Biglarian melakukan penelitian perbandingan antara Regresi Cox dan ANN dengan kesimpulan bahwa ANN memberikan hasil prediksi yang lebih baik dibandingkan dengan Regresi Cox ketika terdapat banyak data *right censoring*.

Berdasarkan uraian di atas, diperlukan suatu kajian tentang model ANN pada ketahanan hidup pasien kanker di Indonesia khususnya di Propinsi Sulawesi selatan. Provinsi, Sulawesi Selatan termasuk dalam 10 Provinsi dengan prevalensi kanker terbanyak di Indonesia yakni sebesar 4,8 per 100.000 penduduk (DEPKES, 2008). Data rekam medik RSUP Wahidin Sudirohusodo juga menunjukkan adanya peningkatan insiden kanker kolorektal dari tahun

2012 sampai 2014, yakni dari 31 kasus pada tahun 2012, meningkat menjadi 49 kasus pada tahun 2013 dan 58 kasus pada tahun 2014. Model yang dihasilkan akan dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam pemberian terapi pada pasien kanker.

METODE

Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan desain *kohort retrospektif*. Populasi dalam penelitian ini adalah penderita kanker kolorektal yang pertama kali didiagnosis kanker kolorektal pada tahun 2012. Adapun sampel penelitian yaitu penderita kanker kolorektal yang pertama kali didiagnosis tahun 2012 dan memenuhi kriteria inklusi yang kemudian dipilih secara acak yakni sebanyak 70 responden. Pengumpulan data dilakukan melalui pengumpulan data sekunder melalui data rekam medis RSUP Wahidin Sudirohusodo, RS Ibnu Sina, RS Universitas Hasanuddin, RS TK II Pelamonia, dan RS Islam Faisal. Variabel penelitian terdiri dari komorbiditas (*co-morbidity*), stadium kanker, umur, kelengkapan berobatan, lokasi kanker, riwayat metastatis penderita kanker kolorektal. Survival pasien kanker kolorektal dikategorikan menjadi $survive \leq 1$ Tahun dan $survive > 1$ Tahun.

HASIL

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 70 pasien kanker kolorektal yang terdiagnosa pada tahun 2013-2015 berdasarkan karakteristik pasien kanker kolorektal sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebesar 58,6%. Hasil analisis univariat berdasarkan variabel penelitian menunjukkan bahwa dari 70 pasien kanker kolorektal, sebanyak 38 pasien (54,3%) yang mengalami kematian/ event hingga Tahun 2015, sedangkan berdasarkan stadium klinis persentase pasien yang terdiagnosa pada stadium awal hampir sebanding dengan pasien yang terdiagnosa pada stadium lanjut, yakni sebesar 54,3%, sebanyak 68,6% pasien terdiagnosa tanpa metastatis, 91,4% pasien berada pada kategori komorbiditas ringan, 67,1% pasien berusia ≥ 50 Tahun yakni sebesar 67,1%, 64,3% pasien dengan lokasi kanker pada rektum dan 57,1% pasien dengan status kelengkapan berobat lengkap. (Tabel 1). Analisis log rank menunjukkan nilai median survive pasien kanker kolorektal sebesar 5,5 (Tabel 2) artinya bahwa setengah dari pasien kanker kolorektal mengalami event (kematian) pada bulan ke 5 setelah diagnosa.

Analisis bivariat hubungan antara variabel penelitian dengan ketahanan hidup pasien kanker kolorektal sebagai berikut: variabel stadium kanker menunjukkan $pvalue=0,41$ (Gambar 1) yang menggambarkan tidak ada perbedaan ketahanan hidup antara pasien kanker kolorektal stadium lanjut dengan pasien kanker dengan stadium awal, namun berdasarkan strata waktu, pasien kanker kolorektal dengan stadium lanjut memiliki ketahanan hidup hingga bulan ke-20 dengan nilai median 4,5 atau pada bulan ke 4-5 pasien 50% pasien kanker dengan stadium lanjut mengalami kematian, sedangkan pasien dengan stadium awal memiliki ketahanan hidup hingga bulan ke 30 dengan nilai median 6 bulan.

Pada variabel komorbiditas dengan $pvalue=0,61$ (tabel 1) yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan ketahanan hidup antara pasien kanker kolorektal komorbiditas berat dengan pasien kanker kolorektal komorbiditas ringan. Berdasarkan nilai median, diketahui median survival pasien kanker kolorektal dengan komorbiditas berat sebesar 4 bulan atau dapat dikatakan bahwa setengah dari pasien kanker kolorektal dengan komorbiditas berat mengalami kematian/ event pada bulan ke-4 dan nilai median variabel komorbiditas ringan sebesar 6 bulan (tabel 2) atau dapat dikatakan bahwa pada bulan ke 6, sebanyak 50% pasien kanker kolorektal dengan komorbiditas ringan mengalami kematian /event.

Hubungan variabel usia dengan ketahanan hidup pasien kanker kolorektal menunjukkan nilai $pvalue=0,41$ yang menggambarkan bahwa tidak ada perbedaan ketahanan hidup antara pasien kanker kolorektal yang berusia ≥ 50 tahun dengan pasien yang berusia < 50 Tahun. Nilai median pada pasien dengan usia < 50 Tahun sebesar 4 yang menunjukkan bahwa pada bulan ke-4, sebagian pasien kanker kolorektal yang berusia < 50 Tahun mengalami kematian/ event; sedangkan median survive pasien dengan usia ≥ 50 Tahun sebesar 5,5 bulan yang berarti sebagian pasien kanker kolorektal yang berusia ≥ 50 tahun mengalami kematian pada bulan ke 5-6.

Hubungan variabel lokasi kanker dengan ketahanan hidup pasien menunjukkan nilai $pvalue$ sebesar 0,12 yang menggambarkan bahwa tidak ada perbedaan ketahanan hidup antara pasien kanker kolorektal dengan lokasi kanker pada kolon/usus dan pada rektum dengan nilai median survive sebesar 24 bulan pada pasien dengan lokasi kanker pada rektum, dan 14 bulan pada pasien dengan lokasi kanker pada usus/kolon, sedangkan pada pasien dengan riwayat metastatis ($pvalue=0,028$) yang menunjukkan bahwa

ada perbedaan ketahanan hidup antara pasien yang memiliki riwayat metastatis dengan pasien tanpa riwayat metastatis. Nilai median survive pasien kanker kolorektal yang memiliki riwayat metastatis sebesar 4 bulan, sedangkan pasien kanker kolorektal tanpa riwayat metastatis sebesar 9 bulan.

Tabel 1. Distribusi Pasien Kanker Kolorektal Berdasarkan stadium kanker, komorbiditas, usia, status pengobatan, lokasi kanker, dan riwayat metastatis.

Variabel	Frekuensi	
	n	%
Stadium Klinis		
Stadium lanjut	32	45,7
Stadium awal	38	54,3
Komorbiditas		
Berat	6	8,6
Ringan	64	91,4
Status Pengobatan		
Tidak Lengkap	30	42,9
Lengkap	40	57,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	41	58,6
Perempuan	29	41,4
Umur		
≥50 Tahun	47	67,1
< 50 Tahun	23	32,9
Lokasi Kanker		
Rektum	32	45,7
Usus	38	54,3
Riwayat Metastatis		
Ada	22	31,4
Tidak Ada	48	68,6

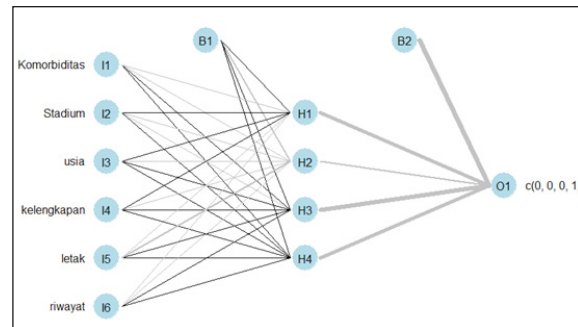
Pemodelan menggunakan jaringan saraf tiruan dilakukan dengan menggunakan *node* sebanyak 3, 4, 5, dan 6 pada hidden layernya. Hasil akurasi setiap model jaringan saraf tiruan diukur dengan sensitivity, spesificity, dan area under curve.

Tabel 1 Tingkat Akurasi setiap node

Jumlah node pada Hidden layer	Sensitivity	Spesificity	Area under curve
3	-	-	0,500
4	0,889	1,000	0,750
5	0,828	1,000	0,584
6	0,889	1,000	0,750

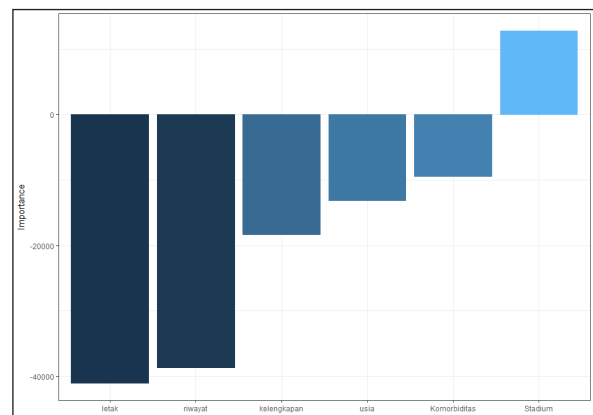
Model jaringan saraf tiruan yang paling optimal adalah pada model dengan node sebanyak 4. Pada model jaringan saraf tiruan dengan 4 node didapatkan

nilai sensitivity, spesificity, dan area under curve masing-masing sebesar 0,889, 1, dan 0,75.



Gambar 1 Pembobotan Berdasarkan Node Pada Analisis Jaringan Saraf Tiruan

Hasil analisis jaringan saraf tiruan juga mampu menunjukkan variabel determinan (variabel yang paling dominan) dalam memprediksi ketahanan hidup pasien kanker kolorektal



Gambar 2. Grafik Faktor Determinan Ketahanan Hidup Pasien Kanker Kolorektal

Gambar 2 memperlihatkan kontribusi setiap variabel prediktor dalam memprediksi ketahanan hidup pasien kanker kolorektal. Variabel yang memiliki kontribusi paling besar dalam memprediksi ketahanan hidup pasien kanker kolorektal adalah letak kanker dan riwayat metastatis. Pasien yang memiliki kanker dengan letak di rektum, akan berpeluang lebih besar memiliki ketahanan hidup kurang dari 1 atau sama dengan 1 tahun. Sedangkan apabila letak kanker pada usus, maka akan berpeluang lebih besar memiliki ketahanan lebih dari 1 tahun.

Pasien yang memiliki riwayat metastatis, akan memiliki ketahanan hidup kurang dari atau sama dengan 1 tahun. Akan tetapi pasien yang tidak memiliki riwayat metastatis, memiliki peluang yang lebih besar untuk memiliki ketahanan hidup lebih dari 1 tahun.

PEMBAHASAN

Prevalensi kanker di Indonesia semakin meningkat termasuk kanker kolorektal yang mengalami peningkatan dari Tahun 2010-2013 (Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi Kesehatan, 2015). Semakin meningkatnya prevalensi kanker kolorektal, maka pelayanan kesehatan harus mampu memberikan tindakan pengobatan dengan baik, yang mana diharapkan dengan pelayanan yang baik, pasien kanker kolorektal memiliki ketahanan hidup yang baik/survival. Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa probabilitas ketahanan hidup 3 tahun pasien kanker kolorektal sebesar 45,7% dengan median survival 5-6 bulan. Hal ini berarti hanya sekitar 45,7% pasien kanker kolorektal yang mampu bertahan hidup setelah 3 Tahun pasca diagnosis klinis kanker kolorektal, dan 50% diantaranya telah mengalami kematian pada bulan ke 5-6. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sitorus pada tahun 1998-2004 yang menggambarkan probabilitas ketahanan hidup 5 Tahun sebesar 31,4%. atau selama 5 tahun setelah diagnosa klinik kanker kolorektal, hanya sekitar 31,4% pasien yang dapat bertahan hidup. (Sitorus, 2010). Hal ini menunjukkan bahwa pada tahun 1998-2013 probabilitas ketahanan hidup/ *survival* pasien kanker kolorektal tidak mengalami perbaikan atau masih rendah.

Rendahnya probabilitas ketahanan hidup pasien kanker kolorektal dipengaruhi oleh beberapa hal, baik kondisi biologis maupun kondisi fisiologi pasien. Sebagian besar pasien didiagnosa kanker kolorektal dengan stadium lanjut, hal ini terjadi karena gejala kanker kolorektal tidak terlihat pada stadium awal, sehingga pasien kanker kolorektal tidak merasakan masalah kesehatan yang berarti (Wim De Jong, 2005). Tidak adanya gejala yang khas pada saat stadium awal menyebabkan pasien baru akan memeriksakan keadaannya saat gejala kanker kolorektal sudah berat seperti tidak bisa BAB, pendarahan saat BAB, berat badan turun secara drastis dan mengalami nyeri yang hebat pada bagian perut. Pada saat gejala demikian kanker kolorektal sudah pada stadium lanjut, akibatnya pasien yang memeriksakan kesehatannya pada saat stadium lanjut atau pasien kanker yang didiagnosa pada stadium lanjut diberikan pelayanan paliatif atau tindakan yang diberikan tidak bersifat menyembuhkan atau menghilangkan sel kanker, namun untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Hal ini terjadi karena pada saat sel kanker sudah stadium lanjut kemungkinan sudah terjadi

penyebaran sel kanker ke organ tubuh yang lain sehingga menyulitkan pengobatan bagi pasien. Kondisi ini berdampak pada tinggi jumlah kematian akibat kanker kolorektal.

Hasil analisis bivariat secara statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara variabel stadium, komorbiditas, kelengkapan berobat, usia, lokasi kanker dengan ketahanan hidup pasien kanker kolorektal, namun pada variabel riwayat metastatis menunjukkan bahwa ada perbedaan ketahanan hidup antara pasien kanker kolorektal yang memiliki riwayat metastatis dengan pasien tanpa riwayat metastatis. Keberadaan metastatis selalu dikaitkan dengan prognosis yang buruk, hal ini disebabkan karena terjadinya penyebaran sel-sel ganas melalui peredaran darah. Penyebaran sel kanker melalui peredaran darah memungkinkan sel kanker berkembang pada organ-organ tubuh yang dilalui darah seperti hati, paru-paru, ovarium, limfa, dll. Pada keadaan ini, pasien yang mengalami kondisi dengan metastatis akan lebih disarankan untuk mendapatkan terapi paliatif yang bertujuan untuk mengurangi beban penyakit pasien, namun terapi ini tidak memperbaiki prognosis dan kanker tetap ada (costi). Dalam artian bahwa terapi paliatif diberikan untuk menghambat pertumbuhan sel kanker, namun tidak untuk menghilangkan sel-sel kanker. Hal ini menyebabkan risiko kematian pada pasien kanker kolorektal dengan riwayat metastatis meningkat. Sehingga walaupun pasien diberikan pengobatan lengkap, prognosis tetap buruk. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa pasien dengan riwayat metastatis memiliki probabilitas ketahanan hidup 5 Tahun sekitar <5%.

SIMPULAN

Riwayat metastatis memberikan pengaruh terhadap ketahanan hidup pasien kanker kolorektal. Adanya metastatis menyebabkan pasien kanker kolorektal tidak memperoleh hasil pengobatan yang efektif karena sel kanker dalam tubuh sudah menyebar ke organ-organ tubuh. Sehingga sangat penting untuk melakukan skrining kanker kolorektal atau ketika masyarakat merasa terjadi perubahan terutama pada pola BAB segera memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan. Semakin cepat pasien mendapatkan pengobatan kesehatan maka risiko terjadinya metastatis dapat di kecilkan dan pada akhirnya meningkatkan ketahanan hidup pasien kanker.

DAFTAR PUSTAKA

- Cui, J. *et al.* 2014. 'Predicting Survival Time in Noncurative Patients with Advanced Cancer: A Prospective Study in China', *Journal of Palliative Medicine*, 17(5), pp. 545–552. doi: 10.1089/jpm.2013.0368.
- Hines, R. B. *et al.* 2009. 'Effect of comorbidity and body mass index on the survival of African-American and Caucasian patients with colon cancer', *Cancer*, pp. 5798–5806. doi: 10.1002/cncr.24598.
- Janssen-Heijnen, M. L. G. *et al.* 2005. 'Prognostic impact of increasing age and co-morbidity in cancer patients: A population-based approach', *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, pp. 231–240. Available at: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-24044555254&partnerID=40&md5=5f781d3c1ac8b45f1bd5b1696a0d1f08>.
- Kemenkes. 2014. 'Kanker Kolorektal', *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran*. Jakarta:Depkes RI
- Kemenkes. 2015. Pusat Data dan Informasi Kesehatan. 'Stop Kanker'. *infodatin-Kanker*, p. hal 3.
- Liang, Y. *et al.* 2016. Cancer survival analysis using semi-supervised learning method based on Cox and AFT models with L1/2 regularization, *BMC Medical Genomics*. BMC Medical Genomics, 9(1), p. 11. doi: 10.1186/s12920-016-0169-6.
- Sitorus, N. 2010. Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Kanker Dharmas Jakarta. *Jurnal Pembangunan Manusia*, 10(1)..

STRATEGI KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS BERDASARKAN METODE SWOT

Harjanti¹, Nandani Kusuma Ningtyas²
^{1,2}D3 Rekam Medik STIKes Mitra Husada Karanganyar
E-mail: HarjantiMHK@gmail.com

Abstract

Based on secondary data it can be seen that the average inaccuracy of the diagnosis code is 34.51%. The causes of inaccuracies of diagnostic codes include officers not using volume 1, the error of block determination, no review of completeness of supporting information. The purpose of this research is to determine the accuracy of diagnosis code based on SWOT method. Type of study of literature study. Secondary data source. Collecting data by collecting research literature on the causes of inaccuracies of diagnostic codes. Analysis of SWOT space matrix data. The result of the research is the SO strategy is to send the coding officer to join the training, using icd-10 latest version. WO strategy is a learning task for employees with graduates, recruitment of employees to reduce the workload of employees. ST strategy is a mistake in making reporting, implementation of health insurance system (JKN), inaccuracy in decision making. The WT strategy is to evaluate the reporting results, coding in accordance with WHO rules. The recommended strategy conclusion is SO strategy by sending Medical Record officer to attend training

□ **Keywords:** Code Accuracy, SWOT Analysis

Abstrak

Berdasarkan data sekunder dapat diketahui bahwa rata-rata ketidakakuratan kode diagnosis yaitu 34,51%. Adapun penyebab ketidakakuratan kode diagnosis antara lain petugas tidak menggunakan volume 1 dan kesalahan penentuan blok serta tidak dilakukan review kelengkapan informasi penunjang. Tujuan penelitian adalah menentukan strategi keakuratan kode diagnosis berdasarkan metode SWOT. Jenis penelitian studi literatur. Sumber data sekunder. Pengumpulan data dengan mengumpulkan literatur hasil penelitian tentang penyebab ketidakakuratan kode diagnosis. Analisis data *matrik space* SWOT. Hasil penelitian adalah strategi SO adalah mengirimkan petugas koding untuk mengikuti pelatihan, menggunakan icd-10 versi terbaru. Strategi WO adalah tugas belajar bagi pegawai dengan lulusan sma, perekrutan pegawai untuk mengurangi beban kerja pegawai. Strategi ST adalah kesalahan dalam pembuatan pelaporan, diterapkannya sistem jaminan kesehatan (JKN), ketidaktepatan dalam pengambilan keputusan. Strategi WT adalah melakukan evaluasi terhadap hasil pelaporan, melakukan pengkodean sesuai dengan aturan WHO. Simpulan strategi yang direkomendasikan ... itu strategi SO dengan mengirimkan petugas Rekam Medis untuk mengikuti pelatihan.

Kata Kunci: Keakuratan Kode, Analisis SWOT

PENDAHULUAN

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait boleh diubah oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10. Tenaga medis sebagai seorang pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis (DepKes RI, 2006).

Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dan angka. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada didalam berkas rekam medis pasien harus diberi kode dengan benar, maka dari itu jika ada hal yang kurang jelas maupun yang tidak lengkap, petugas koding harus komunikasi terlebih dahulu dengan dokter yang memberikan diagnosis (DepKes RI, 2006).

Runtutan proses pengodean bisa bervariasi antara satu fasilitas dengan fasilitas lain, yang penting adalah

bahwa pengodean harus selalu dimulai dari pengkajian (*review*) teliti rekam medis pasien. Sangat penting bahwa pengode memperoleh gambaran jelas secara menyeluruh dari dokumentasi rekam medis tentang masalah dan asuhan yang diterima pasiennya. Hal ini dipastikan melalui analisis kuantitatif dan kualitatif pada saat proses perakitan (*assembling*) rekam medis pasien. Adakalanya penulisan rekam medis bisa lengkap memuat semua dokumentasi yang diperlukan pengode, termasuk ringkasan pulang pasien, namun adakalanya rekam medis datang ke meja pengode dalam keadaan tidak lengkap dan kerap juga tidak tepat waktu (Hatta, 2014).

Dampak jika kode yang dihasilkan tidak akurat maka akan menghasilkan pelaporan tidak baik pula bahkan dapat menimbulkan kesalahan dalam pengambilan keputusan dan penelitian (Wittayawarawat dkk, 2007). Selain itu dampak ketidakakuratan kode diagnosis menurut Seruni (2015) akan menimbulkan dampak yang dapat mengancam bahkan mengganggu jalannya kegiatan di RS terutama pada kegiatan pengodean dan kegiatan lain yang terkait, antara lain: terjadi ketidaksesuaian besar pembiayaan atas pengobatan dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien. Baik *up code* maupun *down code* sehingga sangat berpotensi menimbulkan *fraude and abuse*. Hal lain yang terkait dengan keakuratan kode tentu saja pelaporan rumah sakit.

Berdasarkan data sekunder dapat diketahui bahwa rata-rata ketidakakuratan kode diagnosis yaitu 34,51%. Adapun penyebab ketidakakuratan kode diagnosis antara lain petugas tidak menggunakan volume 1, kesalahan penentuan blok, tidak dilakukan review kelengkapan informasi penunjang.

Tujuan yang akan dicapai dalam penelitian ini yaitu menentukan strategi keakuratan kode diagnosis berdasarkan metode SWOT.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah studi literatur. Pencarian literatur dilakukan melalui buku, hasil penelitian, jurnal penelitian. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian literatur yaitu tentang keakuratan kode diagnosis. Sumber data dalam penelitian menggunakan data sekunder. Pengumpulan data dengan mencari literatur dari berbagai hasil penelitian tentang faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis. Hasil pengumpulan data diklasifikasikan dalam format tabel *Strength, Weaknes, Opportunity, Threat* (SWOT) yang bertujuan untuk memudahkan

proses analisis data. Pada penelitian ini menggunakan analisis data *matrik space* SWOT yaitu dengan mengklasifikasikan data menjadi internal factor analysis summary (IFAS) atau analisis faktor strategi internal dan Ekternal factor analysis summary (EFAS) atau analisis faktor strategi eksternal. Pengklasifikasian ini dimaksudkan untuk menentukan strategi yang paling sesuai dengan menggali faktor internal dan eksternal penyebab ketidak akuratan kode diagnosis.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Matrik Space SWOT Keakuratan Kode Diagnosis

IFAS	STRENGTH (S) Adanya SPO tentang sistem pengkodean Penggunaan ICD 10 versi 2005 Pengkodean dilakukan oleh petugas dengan latar belakang D3 Rekam Medis Kelengkapan informasi penunjang	WEAKNES(W) Penggunaan buku pintar atau hafalan Pengkodean tanpa menggunakan volume 1 Pengkodean dilakukan oleh lulusan SMA Tidak dilakukan review informasi penunjang Beban Kerja yang tinggi dengan minimnya jumlah petugas Perbedaan persepsi antar petugas dalam menentukan kode diagnosis Kesalahan penentuan karakter ke-4
EFAS	OPPORTUNITY (O) Dibukanya kelas karyawan untuk pendidikan D3 Rekam Medis Adanya Update ICD10 Versi Adanya pelatihan Semakin banyak lulusan D3 yang berkompeten dibidang pengkodean	STRATEGI WO Tugas belajar bagi pegawai dengan lulusan SMA Perekrutan pegawai untuk mengurangi beban kerja pegawai
	THREAT (T) Kesalahan dalam pembuatan pelaporan Diterapkannya sistem jaminan Kesehatan (JKN) Ketidaktepatan dalam pengambilan keputusan	STRATEGI WT Melakukan evaluasi terhadap hasil pelaporan Melakukan pengkodean sesuai dengan aturan WHO
	STRATEGI SO Mengirimkan petugas koding untuk mengikuti pelatihan Menggunakan ICD-10 versi terbaru	STRATEGI ST Workshop tentang aturan pengkodean sesuai dengan sistem JKN Dilakukan audit koding secara periodik Dilakukan sosialisasi ulang tentang SOP pemberian kode

PEMBAHASAN

Perencanaan strategi atau *strategi planning* terdapat beberapa tahapan antara lain analisis lingkungan, perumusan strategi, implementasi strategi dan evaluasi. Dengan mempertimbangkan tahapan proses ini suatu organisasi jasa dapat mengembangkan strategi untuk mengatasi ancaman eksternal dan merebut peluang yang ada, memahami kekuatan dan kelemahan yang dimiliki, sehingga dapat mengantisipasi perubahan lingkungan internal dan eksternal, seperti yang dapat diidentifikasi dalam analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Threat*)(Wijayanti, 2008)

Hasil analisis strategi menggunakan matrik space diklasifikasikan menjadi 4 (empat) yaitu:

Strategi SO (*Strength Opportunity*)

Strategi SO atau menggunakan kekuatan untuk meraih peluang yaitu dapat dilakukan dengan mengirimkan petugas coding untuk mengikuti pelatihan terkait dengan kode klasifikasi penyakit. Kegiatan pelatihan dilakukan dalam upaya peningkatan kompetensi petugas. Hal ini sesuai dengan Heidjrachman (2008) kompetensi seseorang dapat ditingkatkan melalui pelatihan.

Dengan adanya pelatihan seorang perekam medis akan mendapatkan pengetahuan tentang tata cara menentukan kode klasifikasi penyakit karena dari hasil studi dokumentasi masih ada petugas yang belum melakukan review kelengkapan informasi penunjang, tidak menggunakan ICD-10 yaitu pada volume 1, kesalahan penentuan karakter ke-4, blok, penggunaan buku pintar.

Pelatihan yang dilakukan diharapkan adanya peningkatan kompetensi. Hal ini sesuai dengan Permenkes 55 tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis pada pasal 13 kewenangan perekam medis yaitu melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar.

Selain diadakan pelatihan bagi pegawai, strategi lain yang bisa dilakukan yaitu dengan menggunakan ICD-10 revisi terbaru (ICD-10 versi 2010). Karena ICD-10 yang digunakan masih menggunakan versi lama, ada perbedaan untuk setiap versi yaitu pada versi terbaru kode yang digunakan lebih spesifik. Contoh pada diagnosis *Chronic Kidney Disease* (CKD) pada ICD-10 versi 2010 terdapat karakter ke 4 poin 1, 2, 3, 4, 5 dan 9 diklasifikasikan sesuai stage

berdasarkan nilai GFR. Sedangkan pada versi 2005 hanya terdapat poin 0, 8 dan 9 hanya untuk stage akhir (semua stage pada poin 0) dan tidak spesifik (Geneva, 2005;2010).

Strategi WO (*Weakness Opportunity*)

Strategi WO atau menggunakan peluang untuk mengatasi kelemahan yaitu dengan memberikan kesempatan untuk tugas belajar bagi pegawai dengan lulusan SMA melanjutkan studi D3 Rekam Medis. Menurut Hutapea dan Thoha (2008) sumber daya manusia harus mendapatkan pendidikan dan latihan dalam rangka memperbaiki kemampuan kerja.

Berdasarkan Permenkes 55 tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan perekam medis pada pasal 3 bahwa kualifikasi pendidikan perekam medis minimal yaitu Diploma 3 (Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan).

Strategi yang bisa dilakukan yaitu dengan melakukan perekrutan pegawai untuk mengurangi beban kerja. Hasil studi dokumentasi diketahui bahwa ada Rumah Sakit yang hanya memiliki 1 pegawai pada bagian coding sedangkan jumlah berkas coding ratusan. Selain itu ada pegawai yang juga merangkap dipekerjaan yang lain.

Menurut Manuaba (2000) Beban kerja yang terlalu berlebihan akan menimbulkan efek berupa kelelahan baik fisik maupun mental dan reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan, dan mudah marah.

Petugas yang mengalami kelelahan akan mengakibatkan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis.

Strategi ST (*Strength Threat*)

Strategi ST atau menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman. Strategi yang dapat dilakukan yaitu dengan melakukan workshop tentang aturan pengkodean dengan sistem JKN. Karena dalam penentuan tarif atau besaran biaya klaim BPJS berdasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit yang disebut dengan tarif INA-CBG. Hal ini selaras dengan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Sehingga dalam melakukan pengkodean harus tepat jadi kode yang dihasilkan semua dapat diklaim.

Kesalahan pengkodean menyebabkan kesalahan dalam penentuan tarif yang akan dibebankan kepada pasien. Hal ini berdampak kerugian yang dialami oleh pasien ataupun Rumah Sakit.

Strategi yang kedua yaitu dilakukan audit koding secara periodik. Audit koding dilakukan dengan tujuan agar jika terjadi kesalahan bisa segera diperbaiki.

Jika kode yang dihasilkan tidak tepat dapat mempengaruhi dalam pengelompokan diagnosis/ penyakit dalam penyusunan indeks. Sehingga dalam penentuan 10 (Sepuluh) besar penyakit juga salah.

Data 10 (sepuluh) besar penyakit setiap bulan akan dilaporkan dalam bentuk rekapitulasi ke dalam formulir RL 5.3 dan RL 5.4. Hal ini sesuai dengan Permenkes RI No 1171/ menkes/ per/ VI/ 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit bahwa data 10 besar penyakit disajikan dalam formulir RL 5.3 dan RL 5.4.

Dampak jika pengelompokan data salah maka dalam pengambilan keputusan dalam upaya penurunan angka morbiditas dan mortalitas juga tidak tepat.

Strategi yang ketiga yaitu dilakukan sosialisasi ulang SOP pemberian kode. Hal ini perlu dilakukan karena ada perbedaan persepsi antar petugas dalam penentuan kode diagnosis.

Dengan adanya SOP maka petugas koding memiliki pedoman untuk memberikan kode diagnosis sesuai diagnosis yang tercantum didalam dokumen rekam medis. Hal ini sesuai dengan Depkes RI (2006) bahwa SOP merupakan tatacara atau tahapan yang dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu. Tujuan umum SOP adalah untuk mengarahkan kegiatan agar tercapai tujuan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

Strategi WT (*Weakness Threat*)

Strategi WT atau meminimalisasi kelemahan dan ancaman. Strategi yang dapat dilakukan yaitu dengan melakukan evaluasi terhadap hasil laporan.

Evaluasi laporan dapat dilakukan dengan melihat dari RL 4a dan RL 4b tentang data keadaan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap dan rawat jalan. Laporan diperoleh dari hasil pengelompokan jenis penyakit. Hal ini sesuai dengan Permenkes RI No 1171/ menkes/ per/ VI/ 2011 tentang Sistem

Informasi Rumah Sakit bahwa data morbiditas dan mortalitas termuat pada formulir 4a dan 4b.

Berdasarkan data RL 4a dan 4b dapat diketahui klasifikasi jenis penyakit berdasarkan jenis kelamin dan umur dari pasien yang keluar dari Rumah Sakit. Dari hasil klasifikasi tersebut bisa diketahui ketepatan antara jenis kelamin dengan kode yang dihasilkan dari suatu diagnosis ataupun dari kode diagnosis dengan umur. Sebagai contoh untuk kode diagnosis penyakit stroke tetapi umur 4 tahun. Tata cara pengisian tercantum pada dengan Permenkes RI No 1171/ menkes/ per/ VI/ 2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit bahwa untuk pengisian setiap kolom kode penyakit harus sesuai dengan umur dan pengisian setiap kolom kode penyakit harus sesuai dengan jenis kelamin.

Strategi yang berikutnya yaitu melakukan pengkodean sesuai dengan aturan WHO. Menurut Hatta (2008) Koding diagnosa harus dilaksanakan sesuai aturan sistem koding *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-10)* dari WHO, adalah sistem klasifikasi statistik penyakit yang komprehensif dan digunakan serta diakui secara internasional.

Hal ini perlu dilakukan karena masih ada petugas yang menggunakan buku pintar dan hafalan. Dalam menentukan kode diagnosis setiap diagnosis berbeda dengan aturan yang berbeda yang tidak tercantum pada buku pintar dan tidak kode diagnosis mampu dihafalkan oleh petugas.

Adapun strategi utama yang direkomendasikan yaitu strategi SO dengan menggunakan kekuatan untuk meraih peluang. Strategi yang bisa dilakukan oleh pihak Rumah Sakit yaitu dengan mengikutkan petugas rekam medis untuk pelatihan. Petugas yang dikirimkan tidak hanya lulusan D3 Rekam Medis namun juga bisa lulusan SMA yang diberi tanggung jawab dibagian koding.

Dengan adanya pelatihan diharapkan mampu meningkatkan kompetensi untuk lulusan D3 Rekam Medis dan memberikan pengetahuan kepada lulusan SMA tentang pengkodean.

Jika petugas sudah memiliki kemampuan tentang pengkodean diharapkan mampu menentukan kode dengan akurat dan tepat, laporan yang dihasilkan tepat dan keputusan yang dipilih juga sesuai dengan kebutuhan. Maka angka morbiditas dan mortalitas juga menurun.

SIMPULAN

Strategi yang direkomendasikan yaitu strategi SO dengan mengirimkan petugas Rekam Medis untuk mengikuti pelatihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arianti, A. 2015. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Diabetes Mellitus Type II Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga Tahun 2015*(Karya Tulis Ilmiah). Karanganyar: STIKes Mitra Husada Karanganyar.
- Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. 2014. *Penyelenggara Jaminan Kesehatan*. Jakarta: BPJS
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi II. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. Hal 11
- _____, 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- Heidjrachman, S. H. 2008. *Manajemen Personalia*. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta
- Hutapea, P. & Thoha, N. 2008. *Kompetensi Plus, Teori, Desain, Kasus dan Penerapan untuk HR dan Organisasi yang dinamis*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Hatta GR. 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- Manuaba, A, 2000. *Ergonomi, Kesehatan dan Keselamatan Kerja*. Dalam : Wigny Osvebroto, S & Wiratno, SE, Eds, Procendings Seminar Nasional Ergonomi. PT. Guna Widya. Surabaya.
- Mentri Kesehatan RI. 2013. *Permenkes Nomor 55 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis*. Jakarta: Kemenkes RI
- _____. 2014. *Permenkes RI 1171/Menkes/ VI/ 2014 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI
- Nuraeni, AS. 2016. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Abortus Imminens Pada Dokumen Rekam Medis. Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Islam Klaten* (Karya Tulis Ilmiah). Karanganyar : STIKes Mitra Husada Karanganyar
- Pramudita, G. 2016. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Cephalo Pelvic Disproportion Pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 Di RSUD Kabupaten Sukoharjo Tahun 2015*. (Karya Tulis Ilmiah) Karanganyar: STIKes Mitra Husada Karanganyar
- Sugiyono, 2015. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfa Beta.
- Seruni, FDA, 2015. *Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Pada Lembar Masuk Dan Keluar (Rm 1a) Pasien Rawat Inap Dengan Problem Solving Cycle SWOT Di RSUD Dr. Sayidiman Magetan* (Karya Tulis Ilmiah). Karanganyar: STIKes Mitra Husada Karanganyar
- Sulistiyorini, F. 2016. *Keakuratan Kode Diagnosis Utama Appendicitis Acute Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo*. Karanganyar : STIKes Mitra Husada Karanganyar (Karya Tulis Ilmiah)
- Utari, D. 2016. *Akurasi Kode Diagnosis Chronic Kidney Disease Berdasarkan Icd-10 Pasien Rawat Inap Di Rsud Dr. Sayidiman Magetan* (Karya Tulis Ilmiah). Karanganyar : STIKes Mitra Husada Karanganyar
- Wijayanti, IDS. 2008. *Manajemen Pemasaran Usaha Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendikia Press
- World Health Organization, 2005. *International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems (ICD-10, Volume 3)*, Geneva: WHO
- _____, 2010. *International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems (ICD-10, Volume 3)*, Geneva: WHO
- Wittayawarat, W., Liasuetrakul, T., Tasseer, S. 2007. *Diagnosis Summary and Coding of Obstetric Condition in the Government Hospital in Pattalung Province, The Effect of Audit and feedback* dalam jurnal *Med Assoc Thai* 2007;90 (2): 216-23. Internet: http://www.medassocthai.org/journal/files/vol90_No.2_216_8606.pdf. Diakses tanggal 16 April 2017 pukul 16.47 WIB

PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP HAK PASIEN LANJUT USIA DI PUSKESMAS X KOTA KEDIRI

Indah Susilowati¹, Ryan Nur Firmansyah²

^{1,2}Program Studi D3 Rekam Medis Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan
Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri
E-mail: indahsusilowati2810@yahoo.com

Abstract

Puskesmas X is one of the first health facility in Kediri Town that serves elderly patient, in registration, elderly patient has right of service priority and clear information. The goal of the research is to see the availability of information that support the service and review it from medical law's aspect. Descriptive design, 50 samples of elderly that come to elderly polyclinic with incidental sampling technique. Data collection uses checklist sustained by questionnaire and interview. The result of the research shows that there is no rule and SOP about elderly patient service yet, but the information in registration is already good, there is an information of opening hour, there is an information of what requirement should be brought, information about service tariffs, there is a loudspeaker to summon elderly patient queue, there is no special registration place, but there is a special queue number and a special service room to accelerate the elderly service, there is no information of doctor's name that treat yet and there is no information about other health facility that cooperate as reference place, but registration officer is already good at serving elderly by communicating with easy-to-understand language and friendly. The conclusion of this research is basic policy and SOP that protect elderly patient has not available yet, but patient rights to get information and services in registration is available well.

Keywords: *Patient rights, Elderly, Puskesmas*

Abstrak

Tujuan penelitian ini untuk melihat ketersediaan informasi yang menunjang pelayanan serta meninjaunya dari segi aspek hukum kesehatan. Desainnya deskriptif, sampel 50 pasien Lansia yang berobat di Poli Lansia dengan teknik *insidental sampling*. Hasil penelitian menunjukkan belum ada kebijakan dan SOP tentang pelayanan pasien Lansia, namun informasi di pendaftaran sudah baik yaitu: terdapatnya informasi mengenai jam buka, ada informasi mengenai persyaratan yang harus dibawa, informasi mengenai tarif pelayanan, ada media pengeras suara untuk memanggil antrian pasien Lansia. Tidak adanya tempat pendaftaran khusus namun ada pemberian nomor antrian khusus dan ruang pelayanan khusus untuk mempercepat pelayanan pasien Lansia, belum tersedia informasi mengenai nama dokter yang merawat dan belum terdapat informasi mengenai kerjasama rujukan dengan fasilitas kesehatan lainnya. Petugas pendaftaran melayani pasien Lansia dengan cara berkomunikasi sesuai bahasa yang dipahami dan ramah. Kesimpulan dari penelitian ini adalah dasar kebijakan dan SOP yang melindungi pelayanan Lansia belum ada, namun hak pasien Lansia dalam mendapatkan informasi dan pelayanan dipendaftaran sudah terlaksana baik.

Kata Kunci: Hak pasien, Lanjut Usia, Puskesmas

PENDAHULUAN

Indonesia adalah salah satu negara dengan jumlah penduduk lanjut usia terbanyak. Menurut data Statistik Penduduk Lanjut Usia yang telah diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik pada tahun 2014, proporsinya

di Indonesia telah mencapai 8,03% (20,3 juta jiwa) dari keseluruhan penduduk. (BPS, Susenas 2014). Meningkatnya jumlah penduduk yang sudah berusia lanjut, mengarahkan kebijakan pemerintah untuk segera mempersiapkan diri dalam mengatasi berbagai hambatan dalam penatalaksanaannya, karena dapat

memberikan dampak terhadap berbagai sektor penting pembangunan di Indonesia. Berdasarkan data proyeksi penduduk Indonesia, jumlah Lansia pada tahun 2010 sebanyak 7,6% (18 juta jiwa) dari total populasi penduduk 238,5 juta orang. Prediksi tahun 2016 meningkat 22,6 juta jiwa dari total populasi 255,5 juta jiwa, dan semakin meningkat di tahun 2035 yang mencapai 48,2 juta jiwa dari 305,7 juta orang (BPS, Susenas 2014).

Merujuk pada Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia yang tercantum pada Pasal 1 (2), yang dimaksud dengan Lanjut Usia yang selanjutnya disebut Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas. Lansia dapat digolongkan menjadi tiga, yaitu Lansia muda (60-69 tahun), Lansia madya (70-79 tahun), dan Lansia tua (80 tahun keatas). Selain itu, terdapat juga lansia di masa depan, yaitu pra lansia (45-59 tahun). Proporsi pra Lansia laki-laki lebih tinggi daripada pra Lansia perempuan (BPS, Susenas 2014).

Bertambahnya komposisi penduduk Indonesia yang sebagian besar menuju tua sejalan dengan meningkatnya usia harapan hidup, yaitu 68,6 tahun (2004) menjadi 72 tahun (2015) . Secara teoritis, angka harapan hidup wanita lebih tinggi daripada laki-laki (Data BPS, Susenas 2014). Adanya peningkatan ini mengindikasikan, bahwa terjadi perbaikan dalam kualitas hidup.

Proses menua merupakan proses yang terus menerus secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan dialami oleh semua makhluk hidup. Proses menua setiap individu tidak sama cepatnya. Perubahan - perubahan biologik yang terjadi pada usia lanjut akan mengakibatkan kemunduran - kemunduran serta organ tubuh serta adanya perubahan pada pola konsumsi gizi dan faktor psikososial (Depkes RI, 2006). Semakin bertambah usia seseorang semakin banyak terjadi perubahan pada berbagai sistem kekebalan tubuh, yang biasanya mengakibatkan kerentanan terhadap berbagai keluhan fisik, baik karena faktor alamiah maupun karena penyakit. Seseorang yang sudah lanjut usia akan mengalami beberapa perubahan pada tubuh/fisik, seperti : timbulnya gangguan komunikasi akibat gangguan pendengaran, timbul gangguan pada mata sering disebabkan oleh katarak, glaukoma atau degenerasi makula sehingga menyebabkan penurunan visus, kedua jenis gangguan pada sistem indra tersebut akan berdampak pada gangguan komunikasi (Tamher, 2009)

Keadaan Lansia yang mengalami penurunan dalam semua fungsi organ tubuhnya, memerlukan upaya pelayanan dari semua pihak untuk meningkatkan kualitas hidup dengan cara peningkatan kesejahteraan dan perawatan kesehatannya. Upaya promotif dan preventif menjadi titik berat dalam pelayanan kesehatan Lansia yang khusus adalah terlaksananya pelayanan kesehatan melalui program pemerintah dengan kelompok terpadu (posyandu) dan pelayanan kesehatan dasar berupa puskesmas santun lanjut usia yang melibatkan masyarakat, serta pelayanan rujukannya di rumah sakit.

Salah satu bentuk pemberian pelayanan di puskesmas, yaitu dengan memberikan pelayanan sesuai hak pasien. Puskesmas yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes Nomor 46, 2015). Pasien memiliki hak atas informasi serta mendapat perlindungan hukum, seperti dijelaskan dalam Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, Pasal 7 “setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab”.

Pentingnya informasi telah dijabarkan salah satunya didalam akreditasi puskesmas standar 7.1, yaitu tentang proses pendaftaran pasien memenuhi kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai, dengan kriteria yang dimaksud yaitu kriteria 7.1.2 informasi tentang pendaftaran tersedia dan terdokumentasi pada waktu pendaftaran, sebagai pokok pikirannya adalah bahwa pasien membutuhkan informasi yang jelas di tempat pendaftaran, oleh karena itu informasi pendaftaran harus tersedia dengan jelas dapat dengan mudah diakses dan dipahami oleh pasien. Penyediaan informasi kepada pasien memperhatikan latar belakang budaya dan bahasa yang dimiliki oleh pasien (Permenkes Nomor 46, 2015).

Salah satu fasilitas pelayanan kesehatan di Kediri yaitu Puskesmas X telah memberikan prioritas khusus bagi pasien Lansia berupa kemudahan dalam layanan pendaftaran dan ruang khusus bagi Lansia. Berdasarkan pada latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk mendalami penelitian ini dengan judul : “Perlindungan Hukum Terhadap Hak Pasien Lanjut Usia di Puskesmas X Kota Kediri Tahun 2017”

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran prosedur pelayanan pasien Lansia yang kaitanya terhadap hukum kesehatan atas hak mendapatkan informasi di pendaftaran Puskesmas X Kota Kediri.

METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah survei deskriptif dengan teknik sampling *insidental sampling*, yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/*insidental* bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2014). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 50 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan metode observasi (pengamatan) didukung angket dan wawancara. Instrumen pengumpulan data dengan menggunakan *checklist* dan kuisioner.

HASIL

Tata cara pelayanan Lansia yang dilakukan adalah suatu bentuk kesepakatan mengenai pengambilan nomor antrian, dimana prosesnya akan dibedakan berdasar usia, yaitu untuk pasien usia 0 bulan sampai dengan < 54 tahun. Pada hasil pengamatan mengenai kejelasan informasi di bagian pelayanan puskesmas khususnya di ruang pendaftaran adalah sudah terdapatnya pengumuman tertulis nyata dan jelas tentang jam buka pelayanan puskesmas dan biaya pelayanan medis, tersedia pula sebuah *banner* yang berisi pemberitahuan persyaratan yang harus dibawa pasien Lansia saat berobat, serta adanya pengeras suara yang dipergunakan untuk memanggil nomor antri khusus pasien Lansia. Saat ini, ruang pendaftaran khusus Lansia belum dibedakan, namun sudah terdapat ruang pelayanan khusus untuk Lansia, belum tersedia informasi mengenai dokter yang bertugas di Poliklinik Lansia serta daftar kerjasama rujukan dengan fasilitas kesehatan lainnya.

Standar operasional prosedur (SOP) yang digunakan Puskesmas X dalam memberikan perlindungan hukum bagi pasien Lansia belum ada. Menurut penjelasan dari Ketua Akreditasi Puskesmas, ada berbagai kebijakan maupun pedoman pelayanan masih dalam proses pengkajian ulang untuk siap disahkan oleh kepala Puskesmas.

Berikut ini adalah rangkuman pernyataan dari 50 responden pasien Lansia di sebagai penguat dalam penelitian ini yang menunjukkan kejelasan informasi

di bagian pendaftaran di Puskesmas terkait layanan terhadap Lansia.

Tabel 1. Hasil Penelitian

Komponen Variabel	n	(%)
a. Pengetahuan mengenai jam buka	18	36
Paham	32	64
Tidak paham		
b. Tingkat keseringan berobat		
Sering	50	100
Tidak sering	0	0
c. Pemahaman alur pelayanan		
Paham	50	100
Tidak paham	0	0
d. Pemahaman warna no antrian		
Paham	48	96
Tidak paham	2	4
e. Tingkat kejelasan pendengaran pasien Lansia saat dipanggil nomor antriannya		
Jelas	42	83
Kurang jelas	8	17
f. Tingkat pengetahuan pasien Lansia mengenai persyaratan berobat		
Paham	50	100
Tidak paham	0	0
g. Pehahaman pasien Lansia mengenai retribusi pelayanan pasien umum		
Paham	50	100
Tidak paham	0	0
h. Pehahaman pasien Lansia mengenai dokter yang memeriksa		
Paham	0	0
Tidak paham	50	100
i. Pehahaman pasien Lansia mengenai bahasa yang disampaikan petugas pendaftaran		
Paham	50	100
Tidak paham	0	0
j. Tingkat keramahan petugas pendaftaran		
Ramah	50	100
Kurang ramah	0	0

PEMBAHASAN

Puskesmas X Kota Kediri melayani pasien Lansia berdasarkan kebijakan khusus, karena sampai saat ini belum memiliki peraturan baku yang dapat digunakan dalam melindungi hak pasien Lansia. Adapun kebijakan yang seharusnya dapat dijadikan dasar dalam melindungi pasien Lansia adalah sebagai berikut : Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, Pasal 17 Ayat 2a yang menyatakan bahwa “Pelayanan untuk mendapatkan kemudahan dalam penggunaan fasilitas umum dilaksanakan melalui : pemberian kemudahan dalam pelayanan administrasi pemerintahan dan masyarakat pada umumnya”. Pada praktiknya Puskesmas X Kota Kediri sudah memberikan pelayanan

sesuai amanat Undang-Undang tersebut dengan berupaya mendahulukan pelayanan pendaftaran bagi pasien Lansia yaitu pemberian nomor antrian khusus yang berwarna hijau, jadi petugas pendaftaran akan mengutamakan nomor antrian warna hijau untuk pelayanan pendaftaran Lansia terlebih dahulu. Menurut hasil wawancara dengan ketua tim akreditasi Puskesmas menyatakan bahwa kebijakan yang berlaku sudah dalam proses pengkajian ulang, namun belum disahkan menjadi Surat Keputusan Kepala Puskesmas. Peningkatan peranan kesehatan perlu didukung dengan peraturan hukum sebagai dasar pembenaran dari suatu kewenangan. Sebab, adanya peraturan hukum saja belum tentu cukup, untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengikuti perkembangan jaman yang semakin kompleks.

Saat ini, Puskesmas X belum mempunyai standar operasional prosedur (SOP) khusus yang digunakan dalam melayani pasien Lansia, saat ini hanya tersedia SOP tentang pengambilan nomor antrian. Salah satu ketentuan dalam SOP tersebut antara lain menyatakan adanya pengaturan antrian khusus bagi pasien Lansia yang wajib dilayani lebih dahulu. Keterangan lain juga disebutkan tentang kriteria penggolongan Lansia diawali usia 55 tahun, hal ini belum sesuai dengan keterangan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang menyatakan kategori Lansia dimulai dari usia 45 tahun. Untuk menunjang kebijakan yang ditentukan oleh Puskesmas X, sebaiknya membuat peraturan terkait disesuaikan dengan ketentuan perundangan yang telah ada, sebagai dasar dalam penggolongan Lansia tersebut agar sama persepsinya dengan kaidah peraturan lainnya. Terkait pemenuhan peraturan tentang hal ini, juga masih dalam kajian ulang untuk persiapan Puskesmas X menyelenggarakan akreditasi. Hasil wawancara dengan ketua tim akreditasi Puskesmas X diketahui bahwa “benar sudah ada SOP, namun sampai saat ini belum disahkan semuanya karena masih dalam proses dan terkendala sarana-prasarana Puskesmas yaitu dalam hal percetakan SOP”. Jadi, pada dasarnya SOP tersebut belum dikatakan sah berlaku karena belum terdapat Surat Keputusan Kepala Puskesmas yang menyatakan bahwa SOP tersebut sudah dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Berdasarkan hasil pengamatan dan angket, diketahui telah tersedia informasi di tempat pendaftaran Puskesmas X Kota Kediri, antara lain berupa: Papan elektronik yang terletak di dinding atas tempat pendaftaran serta selebaran yang tertempel pada dinding samping pintu masuk yang menjelaskan bahwa

berdasarkan Perwali Nomor 7 Tahun 2017 tentang hari kerja dan jam kerja dilingkungan pemerintahan Kota Kediri mulai tanggal 1 April 2017 Puskesmas membuka pelayanan kesehatan pada hari Senin sampai dengan Sabtu. Berdasarkan hasil angket yang diajukan kepada pasien Lansia masih didapatkan banyak pasien Lansia sebesar 32 (64%) yang belum paham dengan jam buka pendaftaran dan pelayanan yang terbaru di Puskesmas, padahal dari data yang dihimpun seluruh responden sering berobat ke Puskesmas X, berdasarkan hasil pengamatan peneliti dan kemungkinan yang ada hal tersebut dipengaruhi oleh sikap pasien Lansia yang pasif terhadap informasi disekitarnya, faktor penglihatan yang menurun, faktor usia, maupun faktor pendidikan.

Terdapatnya juga informasi berupa *banner* mengenai persyaratan yang harus dibawa pasien Lansia, berdasarkan hasil penunjang pasien Lansia sudah paham 100% dengan persyaratan yang harus dibawa saat berobat berupa kartu berobat, *fotocopy* kartu BPJS/KIS/Jamkesda Kota, serta *fotocopy* KTP, karena umumnya pasien yang berobat adalah pasien lama dapat dilihat dari tingkat keseringan responden berobat mencapai 100%, selain paham dengan persyaratan yang harus dibawa saat berobat ternyata pasien Lansia juga sudah hafal dan paham mengenai alur pelayanan yang ada di Puskesmas .

Tempat pendaftaran Puskesmas X sudah memiliki *banner* informasi yang menjelaskan besarnya tarif pelayanan yang ada di lingkup Puskesmas X, serta *banner* informasi yang menjelaskan tarif retribusi sesuai Perda No 3 tahun 2012 tertanggal 8 Maret 2012 untuk pasien umum dikenakan karcis sebesar Rp 5.000,-, dan jika pasien tersebut baru akan dikenakan biaya tambahan untuk pembuatan rekam medis dan kartu penderita sebesar Rp 3.000,-, dari hasil angket diperoleh 43 (86%) responden tidak mengetahui besarnya tarif retribusi tersebut, ketidaktahuan responden mengenai besarnya tariff. Retribusi pasien umum dapat disebabkan karena pasien Lansia di Puskesmas X sudah dipermudah mendapatkan bantuan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) maupun Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kota Kediri untuk menanggung biaya atas pelayanan kesehatan yang sudah diberikan.

Informasi mengenai nama dokter yang bertugas di poliklinik Lansia Puskesmas tidak ada di tempat pendaftaran hal tersebut dikarenakan hanya ada dokter kontrak yang ada di Puskesmas X sejumlah 1 dokter itupun tidak bertugas di poliklinik Lansia melainkan di poliklinik umum, sedangkan di poliklinik Lansia terdapat perawat dan dokter magang, dari hasil data angket menunjukkan seluruh pasien Lansia yang

berobat di poliklinik Lansia tidak mengetahui nama dokter yang merawatnya, hal tersebut dapat dipengaruhi karena ketidak tetapan dokter yang merawat, tidak ada papan nama dokter, serta kurang aktifnya pasien untuk menanyakan haknya mengenai nama dokter yang merawatnya.

Puskesmas tidak memiliki sarana pendaftaran khusus bagi pasien lansia, namun di Puskesmas X sudah terdapat poliklinik khusus pasien Lansia hal tersebut sesuai dengan amanat Permenkes No. 67 tahun 2015 Pasal 5 Ayat 1 yang berbunyi “pelayanan kesehatan lanjut usia di puskesmas dilakukan di ruang pelayanan khusus lanjut usia”, untuk mendukung sarana agar informasi saat pendaftaran dapat tersampaikan dengan baik yaitu adanya pengeras suara sebagai media dalam memanggil nomor antrian pasien lansia, sarana tersebut ternyata efektif dalam memanggil antrian pasien, namun ada faktor kurang jelasnya pendengaran dari pasien Lansia tersebut, dari hasil data terdapat 8 (16%) pasien Lansia yang mengalami penurunan fungsi pendengaran. Sarana lain untuk mempercepat proses pendaftaran pasien Lansia yaitu adanya nomor antrian khusus yang digunakan untuk pasien lansia, nomor antrian tersebut berwarna hijau yang mulai di ujicoba sejak Januari 2017, pada awalnya penggunaan warna hijau kurang jelas dan menarik untuk pasien lansia namun seiring dengan kegigihan sosialisasi serta pengarahan dari petugas pendaftaran penggunaan warna hijau tersebut sudah dipahami dan terlaksana

Mengenai pasien yang hendak di rujuk, di tempat pendaftaran tidak mempunyai catatan atau informasi mengenai tempat rujukan yang bekerjasama dengan Puskesmas, namun informasi mengenai rujukan terdapat pada poliklinik umum, di poliklinik umum terdapat buku register rujukan, yang mana buku tersebut juga digunakan oleh perawat/dokter poliklinik lansia untuk mencatat pasien yang hendak dirujuk ke fasilitas kesehatan lainnya, namun dari tidak adanya informasi di pendaftaran tentang tempat rujukan ternyata seluruh responden sudah paham bahwa layanan Puskesmas menyediakan rujukan ke fasilitas kesehatan lainnya seperti rumah sakit.

Sebagai media dalam penyampaian informasi kepada pasien lansia, petugas pendaftaran dituntut mampu berkomunikasi dengan baik, menguasai bahasa daerah yang dapat saling digunakan untuk berkomunikasi antara pasien maupun petugas, dalam praktiknya petugas maupun pasien Lansia di Puskesmas adalah suku Jawa, petugas pendaftaran menguasai bahasa daerah (bahasa Jawa) yang dalam pelaksanaannya digunakan petugas pendaftaran untuk

menggal informasi tentang pasien Lansia dalam keperluan mendaftar, serta memberikan arahan/ edukasi kepada pasien Lansia terkait pendaftaran, petugas menjelaskan dengan baik dan runtut tentang proses pendaftaran sehingga dapat dipahami oleh pasien Lansia, hal tersebut didukung oleh hasil angket yang menunjukkan bahwa 100% responden Lansia paham dengan komunikasi yang dilakukannya saat pendaftaran serta menyatakan bahwa petugas pendaftaran ramah dalam memberikan pelayanan pendaftaran. Teknik berkomunikasi sangat penting artinya dalam pelayanan kesehatan. Kadangkala seseorang merasakan komunikasi menjadi tidak efektif karena kesalahan dalam menafsirkan pesan yang diterimanya. Hal ini disebabkan karena setiap manusia mempunyai keterbatasan dalam menelaah komunikasi yang disampaikan. Kesalahan dalam menafsirkan pesan bisa disebabkan karena persepsi yang berbeda-beda. Akibat yang ditimbulkan pun bisa beragam antara lain adanya konflik yang mengakibatkan ketidakpuasan pasien sehingga bisa beralih ketempat lain yang lebih baik.

Hak-hak pasien Lansia dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan serta terjaminnya informasi pada saat pendaftaran sesuai standar akreditasi puskesmas 7.1 dengan kriteria 7.1.2 yaitu berupa kejelasan informasi pendaftaran serta penyediaan informasi memperhatikan latar belakang budaya dan bahasa yang dimiliki pasien sudah terpenuhi dengan baik, namun pendukung utama seperti kebijakan yang harus bisa dijadikan pedoman dalam pelayanan serta standar operasional prosedur dalam memberikan pelayanan di pendaftaran untuk pasien Lansia belum diberlakukan oleh Kepala Puskesmas, hal tersebut menjadikan hak pasien Lansia dalam memperoleh informasi tentang pendaftaran di Puskesmas X Kota Kediri belum terlindungi hukum, sedangkan telah dijelaskan menurut Undang -Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik, bahwa penyelenggara pelayanan berkewajiban menyusun dan menetapkan standar pelayanan, serta melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan.

Ketentuan lain yang tertuang dalam Undang - Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan merupakan tindak lanjut dalam pemberian hak sebagai pasien antara lain terdapat dalam “ Pasal 5 ayat 2 menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau dan Pasal 8 menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh

informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun yang akan diterimanya dari tenaga kesehatan. Maksud dari ketentuan tersebut sudah sangat jelas bahwa semua orang wajib mendapatkan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya untuk menjamin keselamatan secara aman dan berkualitas. Pembangunan kesehatan yang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas sangat terjangkau dan bisa dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat. Pemerintah pun perlu mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan maupun semua sumber dayanya dengan melibatkan peran aktif masyarakat. Perawatan kesehatan Lansia sangat penting artinya dalam meningkatkan kualitas kehidupan Lansia dan memberikan kebahagiaan yang layak

SIMPULAN

Dasar Kebijakan yang digunakan dalam melindungi pasien Lansia di Puskesmas X belum ada dikarenakan masih dalam proses pengkajian ulang, dan secepatnya akan direalisasikan serta disahkan mengingat hendak dilakukannya akreditasi. Hak pasien lansia dalam memperoleh informasi tentang pelayanan dan pendaftaran di Puskesmas X Kota Kediri sudah terpenuhi baik, namun kaitanya dengan aspek perlindungan

hukum hak tersebut belum dapat terpenuhi dikarenakan Puskesmas X belum memiliki kebijakan yang menjadi dasar hukum pelayanan tersebut, karena Kepala Puskesmas X belum mengesahkan pemberlakuan standar operasional prosedur terkait pelayanan yang diberikan kepada pasien Lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Peraturan Menteri Kesehatan No.46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Jakarta: Depkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Tamher & Noorkasiani. 2012. *Kesehatan Usia Lanjut Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Undang-Undang No.13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.

PENGARUH FAKTOR HOT (HUMAN, ORGANISASI, DAN TEKNOLOGI) TERHADAP KEPUASAN PENGGUNA SISTEM INFORMASI *PRIMARY CARE* DI WILAYAH KOTA SEMARANG

Asih Prasetyowati¹, Roro Kushartanti²

^{1,2}Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES HAKLI Semarang

E-mail: dhicalove@gmail.com

Abstract

P-Care application user satisfaction becomes a necessity to ensure reporting service performance to BPJS. The purpose of this study is to look for HOT factors (human, organization, and technology) that affect user satisfaction P-Care applications. Quantitative research type is cross sectional with Primary Care information system object. The research subject is prime care information system operator, amount 61 operators. Data analysis used multivariate regression test. Descriptive analysis of HOT factor shows that human factor is good 100%, as much as 19,7% bad organizational policy, as much as 13,1% quality of service of less good technology. In general, users are satisfied with the p-care information system, but found 9.8% dissatisfaction on the timeliness. Regression test results show that there is influence of HOT factor to user satisfaction (0,829 - 0,222 factor human + 0,131 organizational factor + 0,224 technological factor). All three HOT factors will raise satisfaction by one level. Technological factors provide the greatest influence in increasing user satisfaction.

Keywords: Information system, user satisfaction, primary care, HOT fit model, EUCS model

Abstrak

Kepuasan pengguna aplikasi *P-Care* menjadi kebutuhan untuk menjamin kinerja pelaporan pelayanan ke BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Tujuan penelitian ini adalah mencari faktor HOT (*human*, organisasi, dan teknologi) yang mempengaruhi kepuasan pengguna aplikasi *P-Care*. Jenis penelitian penelitian kuantitatif bersifat *cross sectional* dengan obyek sistem informasi *Primary Care*. Subyek penelitian adalah operator sistem informasi *primay care* dengan sampel 61 FKTP. Analisis data menggunakan uji regresi *multivariate*. Hasil penelitian menunjukkan faktor human 100% pada katagori baik, kebijakan organisasi; kurang baik; 19,7%, kualitas layanan teknologi; kurang baik; 13,1%. Secara umum pengguna puas dengan sistem informasi *p-care*, tetapi ditemukan 9,8% ketidakpuasan pada ketepatan waktu. Hasil uji regresi menunjukkan ada pengaruh faktor HOT terhadap kepuasan pengguna (0,829 - 0,222), faktor human + 0,131, faktor organisasi + 0,224 faktor teknologi. Ketiga faktor HOT akan menaikkan kepuasan sebesar satu tingkat. Faktor teknologi memberikan pengaruh paling besar dalam meningkatkan kepuasan pengguna.

Kata Kunci: sistem informasi, kepuasan pengguna, *primary care*, *HOT fit model*

PENDAHULUAN

Sejak tahun 2014 pemerintah telah menerapkan sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JKN) dalam pembiayaan pelayanan kesehatan. Sistem JKN ini meliputi seluruh pelayanan kesehatan baik tingkat dasar (primer) sampai tingkat tersier Pelayanan kesehatan primer meliputi puskesmas, poliklinik, dan dokter praktek swasta adalah pelayanan pertama yang harus dilewati oleh peserta BPJS sebelum ke pelayanan lebih lanjut. Pelayanan Kesehatan Tingkat

Pertama (FKTP) atau Fasilitas Kesehatan (faskes) Primer harus diperkuat karena menjadi gerbang utama peserta BPJS Kesehatan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Jika FKTP/faskes primer tidak diperkuat, masyarakat akan mengakses faskes tingkat lanjutan sehingga akan terjadi kembali fenomena rumah sakit sebagai puskesmas raksasa.

(BPJS, 2016).

BPJS Kesehatan selaku badan penyelenggara sistem JKN ini telah mengembangkan sistem berbasis

Teknologi Informasi yaitu aplikasi *P-Care* (*primary care*) yang merupakan sistem informasi pelayanan pasien peserta BPJS Kesehatan berbasis *online*. Seluruh pelayanan primer menggunakan sistem *P-Care* ini untuk mengakses data peserta BPJS yang menjadi pasien layanan dan melaporkan pelayanan yang dilakukan secara *online*. Sistem ini juga dapat memberikan sistem rujukan secara *online* ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi (BPJS, 2016).

Salah satu aspek penting dalam mendukung pembangunan kesehatan adalah dengan sistem informasi kesehatan (SIK) yang baik. SIK diperlukan untuk menjalankan upaya kesehatan dan memonitor agar upaya tersebut berjalan efektif dan efisien. WHO menyebutkan bahwa SIK merupakan salah satu dari 6 *building block* atau komponen utama dalam sistem kesehatan. Data informasi yang akurat, pendataan cermat dan keputusan tepat kini menjadi suatu kebutuhan. Perkembangan teknologi informasi dan telekomunikasi mempunyai peranan yang besar dalam memberi kontribusi yang signifikan bagi SIK secara lebih profesional. Implementasi teknologi informasi menjadi salah satu solusi yang tidak bisa dihindarkan (WHO, 2014).

Fasilitas pelayanan tingkat pertama merupakan salah satu pelayanan primer yang perlu mendapat perhatian. Kepuasan pengguna aplikasi *P-Care* merupakan faktor penting dalam kinerja sistem informasi. Evaluasi penerapan *P-Care* perlu dilakukan mengingat aplikasi ini telah ada sejak 2014. Ada beberapa publikasi yang mengambil materi evaluasi *P-Care* tetapi masih terbatas pada lingkup puskesmas dan satu model evaluasi. Penelitian tentang analisis penerimaan sistem informasi BPJS menunjukkan bahwa faktor kemudahan, *user interface*, dukungan organisasi, kontrol pribadi mempengaruhi penerimaan sistem informasi (Sudarti, 2014). Penelitian tentang evaluasi implementasi perangkat lunak *P-Care* pada fasilitas kesehatan tingkat pertama menunjukkan bahwa hambatan utama adalah jaringan dan regulasi (Hazewinkel, 2016).

Hasil survey pendahuluan pada lima fasyankes tingkat satu menunjukkan bahwa masih ada permasalahan pada penggunaan sistem informasi *p-care*, diantaranya sistem terkadang eror, database peserta yang berubah, dan output yang belum sesuai kebutuhan. Struktur organisasi dan SOP yang belum jelas juga menjadi permasalahan internal sarana kesehatan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh faktor *human*, organisasi, dan teknologi terhadap

kepuasan pengguna aplikasi *P-Care*. Penelitian ini menggabungkan model evaluasi sistem informasi yaitu HOT (*human, organization, technology*) fit Model dan EUC-*End User Computing Satisfaction*.

METODE

Jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif bersifat *cross sectional* dengan obyek sistem informasi *Primary Care*. Variabel yang diteliti adalah variabel bebas faktor HOT (*human, organisasi, dan teknologi*) terhadap variabel terikat faktor EUCS (*End User Computing Satisfaction*). Subyek penelitian adalah operator sistem informasi *primary care* dengan sampel sebesar 61 FKTP. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner dan pedoman observasi. Kuesioner digunakan untuk menggali faktor HOT dan kepuasan pengguna dengan skala *linkert*. Analisis data menggunakan uji regresi *multivariate*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Identifikasi menggunakan metode HOT fit model, yaitu menempatkan komponen penting dalam sistem informasi yakni Manusia (*Human*), Organisasi (*Organization*) dan Teknologi (*Technology*), dan kesesuaian hubungan diantaranya (Yusof, 2008). Identifikasi faktor HOT menunjukkan bahwa aspek *human* sudah baik (100%). Hal ini bisa dikaitkan dengan pendidikan responden yang cukup tinggi, sehingga pengetahuan, sikap, dan penggunaan sistem informasi *primary care* adalah baik. Sebagian besar responden berpendidikan S1 sebanyak 25(41%) dengan rata-rata pengalaman bekerja 2-10 tahun; 40 orang(65,6%). Tingkat pendidikan responden cukup tinggi. Faktor pendidikan akan mempengaruhi tingkat penggunaan, harapan, sikap penerimaan sistem informasi (Yusof, 2008). Pada aspek organisasi terdapat 16,4% FKTP yang kurang baik dikarenakan masih kurangnya peran faktor kepemimpinan, kebijakan, dan pembiayaan. Sedangkan pada aspek teknologi umumnya sudah baik, tetapi perlu peningkatan kualitas layanan, dan informasi. Hal ini terlihat pada Tabel 1 dan Tabel 2.

Faktor Kepuasan Pengguna digali dengan model EUCS (*End User Computing Satisfaction*) untuk mengukur penerimaan pengguna terhadap sistem informasi *primary care*. Penilaian kepuasan tersebut dilihat dari 5 buah perspektif/dimensi yakni isi (*content*), keakuratan (*accuracy*), *format*, kemudahan penggunaan (*ease of use*), dan waktu (*timeliness*).

(Tristanto, 2015). Sebagian besar responden puas dengan sistem informasi *primary care*, tetapi ada beberapa aspek yang masih kurang diterima oleh pengguna. Aspek yang perlu diperhatikan adalah ketepatan waktu, kemudahan, keakuratan, format, dan isi sistem informasi. Hal ini terlihat pada Tabel 3; yang menunjukkan bahwa tingkat kepuasan di atas 90% pada semua komponen atau indikator kepuasan.

Hasil uji regresi didapatkan bahwa ada pengaruh faktor HOT (human, organisasi, dan teknologi) terhadap kepuasan pengguna sistem informasi *primary care*. Penelitian oleh Kadarisman dan Eko Nugroho (2015) menemukan bahwa kepuasan dipengaruhi oleh teknologi (kualitas sistem), tetapi faktor organisasi tidak mempengaruhi kepuasan pengguna. Pada aspek organisasi terdapat 16,4% FKTP yang kurang baik dikarenakan masih kurangnya peran faktor kepemimpinan, kebijakan, dan pembiayaan. Sedangkan pada aspek teknologi umumnya sudah baik, tetapi perlu peningkatan kualitas layanan, dan informasi. Nilai R^2 (R Square) sebesar 0,502 atau (50,2%). Hal ini menunjukkan bahwa persentase sumbangan pengaruh variabel independen (human, organisasi dan teknologi) terhadap variabel dependen (kepuasan) sebesar 50,2%. Sedangkan 49,8% disebabkan karena faktor yang lain. Faktor yang paling kuat mempengaruhi kepuasan adalah faktor teknologi, dan yang paling lemah mempengaruhi kepuasan adalah faktor organisasi. Faktor organisasi dikeluarkan dari model karena tidak signifikan. Hasil uji koefisien menunjukkan bahwa faktor human dan teknologi akan meningkatkan kepuasan sebesar 0,55 kali. Terlihat pada Tabel 4.

Hasil identifikasi faktor human menunjukkan bahwa faktor human sudah baik, tetapi perlu dilakukan pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan penggunaan sistem informasi p-care. Hal ini sejalan dengan peningkatan dari faktor organisasi. Selain dengan pelatihan pengguna sistem informasi, juga perlu dirumuskan struktur dan *job discription* yang jelas, kebijakan, dan *standar operational procedure* (SOP) penggunaan sistem informasi p-care. Faktor teknologi perlu ditingkatkan pada aspek kualitas layanan dan kualitas informasi.

Kepuasan pengguna adalah salah satu indikator dalam mengevaluasi sistem informasi. Penelitian yang dilakukan oleh Ariaji dkk (2013) menemukan bahwa antar faktor dalam kepuasan pengguna (isi, keakuratan, format, kemudahan, dan ketepatan waktu) memiliki hubungan yang kuat. Hasil identifikasi

kepuasan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pengguna secara umum sudah puas dengan sistem informasi *primary care*, tetapi perlu diperhatikan terutama pada aspek ketepatan waktu. Sebagian besar responden puas dengan sistem informasi *primary care*, tetapi ada beberapa aspek yang masih kurang diterima oleh pengguna. Aspek yang perlu diperhatikan adalah ketepatan waktu, kemudahan, keakuratan, format, dan isi sistem informasi.

Hasil wawancara kepada responden ditemukan beberapa kendala pada penggunaan sistem informasi p-care, antara lain; (1) Perubahan database peserta JKN. Terdapat kasus pasien JKN yang masih aktif dapat berubah menjadi tidak aktif. Kasus yang lain adalah perubahan nama pasien, tanggal lahir dan FKTP. Pasien terpaksa harus mengurus langsung ke BPJS untuk mengklarifikasi perubahan tersebut; (2) Jaringan internet atau sistem down Penggunaan aplikasi p-care kadang terganggu dengan putusnya jaringan internet dan sistem terjadi karena banyaknya traffic dan exposure yang masuk. Atau pihak provider sedang melakukan *maintenance*. Untuk mengatasi hal ini, pihak operator dapat mengkomunikasikan dengan IT BPJS untuk perbaikan sistem; (3) Sistem tidak menyediakan menu laporan untuk BPJS. Laporan bulanan yang dikirim ke BPJS memiliki format baku. Tetapi laporan ini harus direkap secara manual oleh FKTP karena di sistem p-care tidak menyediakan output laporan sesuai dengan format yang ditentukan. Sistem p-care juga tidak menyediakan output untuk laporan tiap pasien dan rekap kunjungan pasien PBI dan non PBI (penerima bantuan iuran) sehingga operator harus merekap secara manual. Sebaiknya sistem p-care menambahkan menu laporan dalam output sistem untuk memudahkan proses pelaporan.

Kesulitan pelayanan untuk pasien umum; FKTP selain melayani pasien JKN juga melayani pasien umum, sehingga pencatatan pasien dilakukan terpisah dengan pasien JKN. Hal ini menyebabkan pencatatan dilakukan dua kali. Puskesmas Kota Semarang telah memiliki SIMPUS yang dibuat LAN tiap poliklinik. Sedangkan klinik dan praktek dokter menggunakan sistem manual untuk pencatatan pasien umum. Ada beberapa FKTP yang menggunakan sistem pencarian data pasien menggunakan alfabetik nama pasien. Kesulitan yang dihadapi adalah kesamaan nama pasien. Kode pencarian dengan nomor rekam medis lebih dianjurkan karena dapat mempermudah pencarian data pasien (Hatta, Gemala, 2008). Sebaiknya FKTP dapat bekerjasama dengan IT BPJS untuk mengembangkan sistem *bridging p-care*

sehingga proses pencatatan dan pelaporan menjadi lebih efisien.

Pihak BPJS tidak memberikan *feed back* pelaporan *p-care* ke FKTP; setiap bulan FKTP mengirimkan laporan kunjungan pasien secara manual ke BPJS. Oleh karena sistem tidak menyediakan output laporan maka operator mengisi rekap laporan secara manual. *Feed back* yang didapatkan hanya sebatas informasi lengkap tidaknya laporan. Sebaiknya pihak BPJS memberikan *feed back* laporan kunjungan pasien disertai informasi yang lengkap item kekurangan laporan dari FKTP. Sistem *p-care* dapat ditambah menu pelaporan sehingga operator dapat langsung mendapatkan data rekapitulasi kunjungan secara periodik.

Tabel 1 .Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1	Jenis Kelamin		
	Laki – laki	12	19,7
	Perempuan	49	80,3
2	Umur		
	≤20 tahun	4	6,6
	21 – 30 tahun	29	47,5
	31 – 40 tahun	20	32,8
	41 – 50 tahun	6	9,8
	≥ 50 tahun	2	3,3
3	Lama Bekerja		
	≤1 tahun	8	31,1
	2 – 10 tahun	40	65,1
	11 - 20 tahun	13	21,3
4	Tingkat Pendidikan		
	SLTP	2	3,3
	SLTA	12	19,7
	D3	22	36,1
	S1	25	41

Tabel 2 Identifikasi Human, Organization, dan Teknologi

No	Aspek Human	Kurang Baik		Baik	
		n	%	n	%
1.	Pengetahuan	0	0	61	100
2	Sikap	0	0	61	100
3	Penggunaan SI	0	0	61	100
	Rata-rata	0	0	61	100
	Aspek Organisasi				
1	Kepemimpinan	2	3,3	59	96,7
2	Perencanaan	0	0,0	61	100,0
3	Kebijakan	12	19,7	49	80,3
4	Pembiayaan	7	11,5	54	88,5
	Rata-rata	10	16,4	51	83,6

Aspek Teknologi					
1	Kualitas Sistem	0	0,0	61	100,0
2	Kualitas Layanan	8	13,1	53	86,9
3	Kualitas Informasi	2	3,3	59	96,7
	Rata-rata	0	0%	61	100%

Tabel 3. Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Primary Care

No	Aspek Kepuasan	Kurang Puas		Puas	
		n	%	n	%
1	Isi	2	3,3	59	96,7
2	Keakuratan	3	4,9	58	95,1
3	Format	2	3,3	59	96,7
4	Kemudahan	3	4,9	58	95,1
5	Ketepatan Waktu	6	9,8	55	90,2

Tabel 4 Uji regresi HOT dengan Kepuasan Pengguna P-Care

No	Variabel	B	p-value	Keterangan	R ²
1	Human	0,210	0,003	Ada pengaruh	0,502
2	Organisasi	0,141	0,163	Tidak Ada pengaruh	
3	Teknologi	0,234	0,015	Ada pengaruh	

SIMPULAN

Ada pengaruh Human (SDM) dan Teknologi terhadap kepuasan pengguna P-Care. Sedangkan organisasi tidak berpengaruh terhadap kepuasan pengguna P-Care.

DAFTAR PUSTAKA

- BPJS online.2016. *Mengenal P-Care BPJS Kesehatan*. URL: www.bpjs-online.com. Diakses tanggal 28 Mei 2016.
- Hatta, Gemala. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia, 2008
- Hazewinkel, Sondang. 2016. *Evaluasi Penggunaan Primary Care pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Yogyakarta*. Tesis. Fakultas Kedokteran Bagian IKM UGM. Yogyakarta.
- Hidayatullah, Hamdi. 2014. *Evaluasi Penggunaan System Application and Product (SAP) dengan Metode End-user computing Satisfaction (EUCS) pada PTXX*. Jurnal Ilmu Universitas Bakrie. 2 (5): 1-12

- Jogiyanto. 2008. *Sistem Teknologi Informasi*. Penerbit ANDI. Yogyakarta
- Kadarisman, Raden dan Eko Nugroho. Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian (SIMPEG) di Pemerintah Kota Bogor. JNTETI Vo.2 No.2, Mei 2013.
- Pamugar, Haris. 2014. *Model Evaluasi Kesehatan dan Penerimaan Sistem Informasi E-Learning*. *Scientific Journal of Information*. 2(5): 13 -27
- Rusdi, Dedi dan Megawati, Nurul. 2011. *Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Sistem Informasi*. Majalah Ilmiah Sultan Agung. 49(25): 1 -18
- Schroter D.C. 2011. *Review of Evaluation: The International Journal of Theory, Research and Practice*. URL: <http://evaluation.wmich.edu/jmde>. Diakses tanggal 25 Mei 2016
- Sudarti, Ria. 2014. *Evaluasi Implementasi Perangkat Lunak P-Care di Puskesmas Kota Gede dengan Metode TAM*. Tesis. Fakultas Kedokteran Bagian IKM UGM. Yogyakarta.
- Sutabri, Tata. 2012. *Analisis Sistem Informasi*. Penerbit ANDI. Yogyakarta
- Thenu, Viera. 2013. *Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) di Kabupaten Purworejo dengan Metode HOT fit*. Tesis. SIMKES Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat UNDIP. Semarang.
- Tristanto, Ariaaji et al. 2015. *Evaluasi Sistem Informasi Yang dikembangkan Dengan Metodologi Extreme Programming*. Jurnal Ilmiah DASI Vol. 15 No. 04 Desember 201, hlm 53 – 62
- World Health Organization (WHO). 2014. *Developing Health Management Information System. A practical guide for developing countries*. URL: whqlibdoc.who.int/.../2004/9290611650.pdf, Diakses tanggal 28 Mei 2016.
- Wariyanti at al. *Evaluation of the Management Information System at the Primary Health Care*. [http://thejhpm.com/index.php?journal=thejhpm&page=article&op=viewFile&path\[\]=12&path\[\]=17](http://thejhpm.com/index.php?journal=thejhpm&page=article&op=viewFile&path[]=12&path[]=17). Diakses tanggal 11 Oktober 2017
- Yakub. 2012. *Pengantar Sistem Informasi*. Graha Ilmu. Yogyakarta