

JURNAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN

Diterbitkan Oleh

**Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Semarang**

Implementation of Filling and Completeness of Informed Consent Form of The Act Surgery

Pelaksanaan Pengisian dan Kelengkapan Formulir *Informed Consent* Tindakan Operasi

Edy Susanto ¹⁾

Irmawati ²⁾

Widodo ³⁾

Yolanda Dinarka Dea ⁴⁾

^{1,2)} Poltekkes Kemenkes Semarang ³⁾RSUP dr. Kariadi ⁴⁾RSUD KRMT Wongsonegoro
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : edy.jrr@gmail.com

Abstract

A piece of writing scientific were created because the importance of filling informed consent forms that is good and right. And the importance of completeness informed consent forms, such as to the act of surgery. This research aims to describe the implementation of filling and completeness of informed consent forms the act of surgery in RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. The type of research is descriptive, case study. Using cross sectional approach. Using research instruments of observation guidelines, interview guidelines and completeness checklist. The types of data collected are primary and secondary data. Data is processed in the form of transcript and table. Then the data is analyzed and presented in the form of coding chart and table. The result of the research shows that the implementation of filling of informed consent form of operation in RSUD KRMT Wongsonegoro Semarang was in accordance with Permenkes 290 year 2008, because the implementation of filling the form started from the patient given information related to the act of surgery to be performed, the filling of the informed consent form, signing informed consent form. As well as for completeness of the form of informed consent form operation in hospitals RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang is also complete, because all of columns are fully filled.

Keywords :informed consent ; completeness ; implementation

Abstrak

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh pentingnya pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* yang baik dan benar. Serta pentingnya kelengkapan pengisian formulir *informed consent*, salah satunya untuk tindakan operasi. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan pelaksanaan pengisian dan kelengkapan formulir *informed consent* tindakan operasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Jenis penelitian adalah deskriptif, studi kasus. Menggunakan metode pendekatan *cross sectional*. Menggunakan instrumen penelitian berupa pedoman observasi, pedoman wawancara dan *checklist* kelengkapan pengisian. Jenis data yang terkumpul adalah data primer dan sekunder. Data diolah dalam bentuk transkrip dan tabel. Kemudian data dianalisis dan disajikan dalam bentuk grafik koding dan tabel. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* tindakan operasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang sudah sesuai dengan Permenkes 290 tahun 2008, karena pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* dimulai dari pasien diberikan informasi terkait tindakan operasi yang akan dilakukan, pengisian formulir *informed consent*, sampai dengan proses penandatanganan formulir *informed consent*. Serta untuk kelengkapan pengisian formulir *informed consent* tindakan operasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang juga sudah lengkap, karena semua kolom pengisian sudah terisi secara lengkap.

Kata Kunci: *informed consent* ; kelengkapan ; pelaksanaan

1. Pendahuluan

Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan merupakan tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan meliputi peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Dalam sarana pelayanan kesehatan tersebut setiap upaya kesehatan yang dilakukan terekam didalam dokumen yang dikenal dengan nama rekam medis.

Menurut Permenkes 269 tahun 2008 menyatakan bahwa yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis itu sendiri terdiri dari kumpulan formulir-formulir rekam medis yang memiliki fungsi berbeda. Terdapat pula formulir-formulir yang dianggap penting, salah satunya yaitu formulir *informed consent*.

Formulir *informed consent* dikategorikan kedalam formulir penting dan abadi, karena termasuk dalam formulir yang diretensi dan tidak mengikuti proses pemusnahan. Formulir *informed consent* adalah bukti tertulis dari sebuah persetujuan tindakan kedokteran sehingga diperlukan untuk memastikan bahwa pasien telah mengerti semua informasi yang dibutuhkan untuk membuat keputusan, serta pasien mampu memahami informasi yang relevan dan pasien memberikan persetujuan.

Menurut Permenkes 290 tahun 2008 menerangkan bahwa penjelasan tentang tindakan kedokteran (*informed consent*) sekurang-kurangnya mencakup diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang dilakukan, alternatif tindakan lain dan risikonya, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta yang terakhir adalah perkiraan pembiayaan.

Menurut Hendrik (2011) *informed consent* memiliki dua tujuan. Tujuannya yaitu untuk memberikan perlindungan kepada pasien atas segala tindakan medis dan memberikan perlindungan tenaga kesehatan terhadap terjadinya akibat yang tidak terduga yang dianggap merugikan pihak lain. Bagi pasien, *informed consent* dapat dijadikan alat bukti dalam menentukan ada tidaknya kesalahan dalam tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Bagi tenaga kesehatan, *informed consent* bisa digunakan sebagai dasar pembelaan untuk menghindari tuntutan pasien jika terjadi sesuatu yang tidak diinginkan atau merugikan pasien. Maka jelas sekali akibat yang akan timbul apabila pasien atau keluarga pasien tidak diberikan penjelasan secara jelas terkait tindakan kedokteran yang akan diberikan dan formulir *informed consent* tidak terisi dengan lengkap. Hal tersebut akan berakibat dokter tidak dapat membela diri jika terjadi tuntutan yang datang dari pasien maupun keluarganya, serta pasien tidak mempunyai bukti yang kuat untuk menuntut pihak dokter apabila terdapat penyimpangan terkait suatu tindakan kedokteran.

Salah satu penelitian terkait pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* yaitu milik Pratita (2013), didapatkan hasil bahwa pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* di rumah sakit tersebut sudah sesuai dengan Permenkes 585 tahun 1989 tentang persetujuan tindakan medis, tetapi masih terdapat dokter maupun tenaga kesehatan yang memberikan penjelasan menggunakan bahasa yang tidak mudah dipahami oleh pasien atau keluarga pasien. Sedangkan, penelitian lain Talia (2016) didapatkan hasil bahwa pelaksanaan pengisian *informed consent* masih belum sesuai sebagaimana mestinya dan kelengkapan pengisian formulir *informed consent* mencapai 48,18%. Dengan pengisian terbanyak terdapat pada kolom No.RM, identitas pemberi persetujuan, diagnosis, tanda tangan dokter dan tanda

tangan pemberi persetujuan dengan persentase sebesar 100%.

Penelitian terkait pelaksanaan pengisian dan kelengkapan formulir *informed consent* tindakan operasi belum pernah dilakukan di Bangsal Nakula 1 yaitu bangsal bedah di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* yang baik dan benar serta kelengkapan formulir *informed consent* sangat penting, salah satunya untuk tindakan operasi.

2. Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara, dan studi dokumentasi dengan instrumen penelitian menggunakan pedoman observasi, pedoman wawancara, dan *checklist* dokumen. Subyek dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang meliputi dokter/ perawat, kepala ruang bangsal dan petugas rekam medis serta pasien/ keluarga yang akan dilakukan tindakan operasi. Obyek dalam penelitian ini adalah formulir *informed consent* tindakan operasi. Pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Pedoman observasi digunakan sebagai acuan penulis dalam pengumpulan data tentang prosedur pengisian formulir *informed consent* tindakan operasi. Pedoman wawancara digunakan untuk mendapatkan informasi mengenai pemahaman terkait *informed consent* tindakan operasi yang telah diberikan. *Checklist* digunakan sebagai acuan penulis dalam pengumpulan data untuk mengetahui kelengkapan formulir *informed consent* tindakan operasi. Analisis data transkrip observasi dan transkrip wawancara dilakukan reduksi data sehingga dihasilkan tabel kategorisasi selanjutnya disajikan dalam grafik koding.

Sedangkan data hasil studi dokumentasi disajikan dalam bentuk tabel data.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil yang dipaparkan dibawah berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang pada bangsal Nakula 1 pada bulan Februari sampai dengan April 2018. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan data primer berupa pelaksanaan pengisian formulir *informed consent*, dengan subyek penelitian yaitu pemberi informasi tindakan dalam hal ini Dokter Pelaksana Tindakan dan Perawat Bangsal Nakula 1 serta pemberi persetujuan tindakan yaitu pasien atau keluarganya. Penelitian ini menggunakan instrumen berupa pedoman observasi dan pedoman wawancara.

a. Pelaksanaan Pengisian Formulir *Informed Consent*

- 1) Pasien atau keluarganya diundang menuju nurse station untuk diberikan penjelasan terkait tindakan operasi.
- 2) Sebelum dilakukan tindakan operasi, pasien terlebih dahulu diberikan informasi oleh dokter tentang diagnosa pasien, tujuan tindakan, hasil yang diharapkan, proses pelaksanaan dan resiko tindakan yang mungkin terjadi. Sedangkan perawat menjelaskan tentang ketentuan - ketentuan tindakan operasi.
- 3) Setelah pasien paham dengan informasi yang telah diberikan oleh dokter dan perawat, pasien dipersilahkan untuk memikirkan serta mendiskusikan terkait tindakan operasi dengan keluarganya.
- 4) Setelah selesai berdiskusi, jika pasien setuju untuk dilakukan tindakan maka perawat akan mengisi formulir *informed consent*

kolom ruang perawatan, dokter pelaksana tindakan, pemberi informasi serta menempelkan label yang bertuliskan No. RM, nama, tanggal lahir dan penjamin pada formulir *informed consent*.

- 5) Dokter pelaksana tindakan mengisi kolom diagnosis, dasar diagnosis, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tata cara, tujuan, resiko, komplikasi, prognosis dan alternatif tindakan.
- 6) Kemudian setelah dokter dan perawat mengisi formulir, maka formulir tersebut diberikan kepada pasien atau keluarganya untuk mengisi identitas pemberi persetujuan, tempat tanggal waktu pengisian dan tanda tangan pada formulir *informed consent*.
- 7) Dilanjutkan tanda tangan oleh saksi dari pihak keluarga dan saksi dari pihak rumah sakit termasuk dokter pelaksana tindakan.

Hasil penelitian di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang diketahui bahwa sebelum dilakukannya tindakan operasi dokter atau perawat menjelaskan terlebih dahulu informasi terkait tindakan operasi kepada pasien atau keluarganya. Setelah pasien atau keluarganya paham dengan informasi yang telah diberikan, barulah proses persetujuan tindakan kedokteran dengan menandatangani formulir *informed consent* dilaksanakan.

Hal ini sudah sesuai dengan Permenkes 290 tahun 2008 yang menjelaskan bahwa persetujuan tindakan kedokteran dalam hal ini yaitu *informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Dalam pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro, petugas rekam medis

tidak mengetahui prosedur pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* secara rinci dan hanya mengetahui prosedur secara umum.

Dalam standar prosedur operasional terkait *informed consent* yang berlaku di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang terdapat 13 point ketentuan. Prosedur pelaksanaan pengisian formulir *informed consent* sudah sesuai dengan Permenkes 290 tahun 2008, karena dalam standar prosedur operasional pada point 1 dan 2 menjelaskan bahwa dokter berkewajiban memberikan informasi dan penjelasan kepada pasien merupakan hak pasien memperoleh informasi dan penjelasan cukup serta setelah mendapat informasi dan penjelasan pasien berhak memberikan persetujuan atau penolakan.

b. Pemberi Informasi Tindakan Operasi

Pemberian penjelasan informasi tentang tindakan kedokteran dilakukan oleh dokter pelaksana tindakan atau salah satu dokter dari tim dokter yang merawat pasien. Apabila dokter pelaksana tindakan berhalangan untuk memberikan penjelasan secara langsung, maka pemberian penjelasan didelegasikan kepada dokter lain yang ikut memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dan berkompeten. Tenaga kesehatan tertentu dapat membantu memberikan penjelasan sesuai dengan kewenangannya. Tenaga kesehatan tertentu sebagaimana dimaksud adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien.

Berdasarkan kegiatan wawancara dengan Petugas Rekam Medis dan Kepala Ruang Bangsal Nakula 1, didapatkan hasil bahwa yang memberikan informasi terkait tindakan operasi adalah dokter penanggungjawab pelayanan atau dokter pelaksana tindakan. Namun apabila dokter berhalangan dalam memberikan informasi maka dalam prakteknya pemberian informasi tindakan operasi dilakukan oleh Perawat Bangsal.

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan terhadap 5 kali

pelaksanaan pengisian formulir *informed* informasi tindakan operasi pada 5 kali pelaksanaan adalah dokter dan perawat.

Hal ini sudah sesuai dengan Permenkes 290 tahun 2008 yang menjelaskan bahwa penjelasan tentang tindakan kedokteran diberikan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien atau salah satu dokter atau dokter gigi dari tim dokter yang merawat. Dalam hal dokter atau dokter gigi yang merawatnya berhalangan untuk memberikan penjelasan secara langsung, maka pemberian penjelasan harus didelegasikan kepada dokter atau dokter gigi lain yang kompeten.

Dalam standar prosedur operasional terkait *informed consent* yang berlaku di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang sudah sesuai dengan teori diatas. Akan tetapi pada standar prosedur operasional tersebut tidak dijelaskan pihak tenaga kesehatan yang berhak memberikan informasi terkait tindakan operasi.

c. Pemberi Persetujuan Tindakan Operasi

Berdasarkan kegiatan observasi dan wawancara dengan 5 orang pemberi persetujuan tindakan operasi, didapatkan hasil bahwa semua pemberi persetujuan tindakan operasi adalah orang-orang yang berkompoten. Hal tersebut didukung dengan hasil studi dokumentasi dan hasil wawancara kepada 5 orang pemberi persetujuan bahwa semua pemberi persetujuan berumur lebih dari 21 tahun, memiliki hubungan kekeluargaan dengan pasien, dan dalam keadaan sadar dan sehat secara mental.

Hal ini sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Gemala Hatta tahun 2010 dalam bukunya yang berjudul Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan, yang menjelaskan bahwa persetujuan tindakan medis tertulis diberikan oleh pasien sendiri bila ia kompeten (dewasa, sadar dan sehat mental), atau oleh keluarga terdekat atau

consent, didapatkan hasil bahwa pemberi walinya dalam hal dia tidak kompeten. Serta telah sesuai dengan KUHP pasal 330 yang menyatakan bahwa seseorang dimaksud dewasa yaitu mereka yang mencapai umur genap 21 tahun, dan lebih dahulu telah kawin.

Dalam standar prosedur operasional terkait *informed consent* yang berlaku di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang untuk ketentuan pemberi persetujuan tindakan sudah sesuai dengan teori diatas. Karena pada point 6 dan 7 dijelaskan tentang pihak yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis. Yaitu pasien yang bersangkutan apabila telah berumur 21 tahun atau telah menikah (dewasa), apabila pasien tersebut belum dewasa atau tidak sehat akalnya, maka yang berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan medis adalah orang tuanya atau keluarga dekatnya atau walinya.

d. Informasi yang Diberikan Kepada Pasien atau Keluarga Terkait Tindakan Operasi

Sebelum dilakukan tindakan operasi, dokter atau perawat wajib memberikan informasi kepada pasien atau keluarganya terkait tindakan operasi yang akan dilaksanakan. Informasi yang diberikan sangat penting karena terkait dengan keputusan pasien untuk memberikan persetujuan tindakan operasi. Oleh karena itu, dokter atau perawat saat memberikan informasi harus menggunakan bahasa yang mudah dipahami. Informasi yang diberikan meliputi :Diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran;Tujuan tindakan kedokteran yang akan dilakukan;Alternatif tindakan lain, dan risikonya;Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan; danPerkiraan pembiayaan.

Persentase informasi yang telah diberikan kepada pasien atau keluarga terkait tindakan operasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.1
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Informasi yang Diberikan Kepada Pasien Atau Keluarga Terkait Tindakan Operasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang

No	Informasi	YA		TIDAK		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
1	Diagnosis	5	100	0	0	5	100
2	Tata Cara	5	100	0	0	5	100
3	Tujuan	5	100	0	0	5	100
4	Alternatif	5	100	0	0	5	100
5	Resiko	5	100	0	0	5	100
6	Prognosis	5	100	0	0	5	100
7	Perkiraan Pembiayaan	5	100	0	0	5	100

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, bahwa dari 5 orang pemberi persetujuan semuanya telah diberikan penjelasan terkait informasi tindakan operasi terlebih dahulu sebelum menandatangani formulir *informed consent*. Hal ini sudah sesuai dengan Permenkes 290 tahun 2008 yang menjelaskan bahwa persetujuan tindakan kedokteran dalam hal ini yaitu *informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, informasi terkait tindakan operasi yang dijelaskan oleh dokter dan perawat kepada pasien atau keluarganya sudah lengkap. Hal ini sudah sesuai dengan Permenkes 290 tahun 2008 yang menjelaskan bahwa penjelasan tentang tindakan kedokteran sekurang-kurangnya mencakup diagnosis dan tata cara tindakan kedokteran, tujuan tindakan kedokteran yang akan dilakukan, alternatif tindakan lain, dan risikonya, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan dan perkiraan pembiayaan.

Pada standar prosedur operasional tentang *Informed Consent* yang berlaku di

RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang, ketentuan informasi yang harus diberikan belumlah lengkap. Karena tidak terdapat informasi terkait perkiraan pembiayaan.

e. Pemahaman Pemberi Persetujuan Terhadap Informasi Tindakan Operasi

Pemahaman pasien atau keluarganya terhadap informasi yang diberikan sangat penting karena hal ini terkait dengan keputusan pasien atau keluarga untuk menyetujui atau menolak tindakan operasi. Oleh karena itu, informasi yang diberikan harus lengkap, jelas dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien atau keluarga.

Berdasarkan kegiatan wawancara dengan 5 orang pemberi persetujuan tindakan operasi, didapatkan hasil bahwa seluruh responden sudah paham tentang tindakan operasi yang akan dilakukan kepada pasien. Karena informasi yang mereka terima sudah lengkap sebagaimana mestinya.

Dari penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa semua pemberi persetujuan telah memahami informasi tentang tindakan operasi yang akan dilakukan terhadap pasien. Karena informasi yang dijelaskan oleh dokter dan perawat sudah lengkap sebagaimana mestinya. Hal tersebut sudah sesuai dengan Permenkes 290 tahun 2008 yang menjelaskan bahwa penjelasan harus diberikan secara lengkap dengan bahasa yang mudah dimengerti atau dengan cara lain yang bertujuan untuk mempermudah pemahaman.

Pada standar prosedur operasional tentang *Informed Consent* yang berlaku di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang tidak terdapat ketentuan yang menjelaskan sebelum menyetujui tindakan medis, pemberi persetujuan harus paham dengan informasi yang telah diberikan. Dalam standar prosedur operasional tersebut hanya dijelaskan bahwa setelah mendapat

informasi dan penjelasan pasien berhak memberikan persetujuan atau penolakan.

f. Penandatanganan Formulir *Informed Consent*

Penandatanganan formulir *informed consent* yang dilakukan oleh pemberi persetujuan dapat diartikan bahwa pemberi persetujuan menyetujui tindakan operasi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Berdasarkan hasil wawancara, setelah pasien atau keluarganya memahami informasi yang telah didapat, kemudian formulir *informed consent* diberikan untuk diisi dan ditandatangani sebagai bentuk persetujuan tindakan operasi. Pihak yang memiliki hak menandatangani *informed consent* tindakan operasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang adalah pasien atau keluarga pasien, dokter pelaksana tindakan dan saksi. Dalam hal ini perawat sebagai saksi.

Pada standar prosedur operasional tentang *informed consent* yang berlaku di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang terkait ketentuan penandatanganan formulir *informed consent* harus memuat tanda tangan dua orang saksi (perawat bertindak sebagai salah satu saksi), dokter dan pasien.

Kelengkapan Formulir *Informed Consent* Tindakan Operasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan data sekunder berupa kelengkapan formulir *informed consent*, dengan obyek penelitian yaitu 60 lembar formulir *informed consent* tindakan operasi.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan, bahwa terdapat 5 orang yang berhak melengkapi atau mengisi formulir *informed consent* yaitu dokter pelaksana tindakan, perawat bangsal, pemberi persetujuan, saksi dari pihak rumah sakit dan saksi dari pihak pasien.

1. Dokter Pelaksana Tindakan : bertugas untuk mengisi kolom isi informasi yang telah dijelaskan kepada pasien dan keluarganya serta

menandatangani formulir *informed consent*.

2. Perawat Bangsal : bertugas untuk mengisi kolom No.RM, dokter pelaksana tindakan, pemberi informasi, ruang perawatan serta menempelkan label yang bertuliskan identitas pasien seperti No.RM, Nama, Tanggal Lahir dan Penjamin Biaya pada formulir *informed consent*.
3. Pemberi Persetujuan : bertugas untuk mengisi kolom identitas pemberi persetujuan, identitas pasien, tempat tanggal waktu pengisian dan tanda tangan pada formulir *informed consent*.
4. Saksi Pihak Rumah Sakit dan Saksi Pihak Keluarga: bertugas untuk menandatangani formulir *informed consent*.

Persentase kelengkapan pengisian formulir *informed consent* tindakan operasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2

Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Formulir *Informed Consent* Tindakan Operasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang

No	ITEM PENGISIAN	TERISI		TIDAK TERISI		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
A Identitas							
1	No.RM	60	100	0	0	60	100
2	Identitas Pasien	60	100	0	0	60	100
3	Pemberi Informasi	60	100	0	0	60	100
4	Identitas Pemberi Persetujuan	60	100	0	0	60	100
5	Dokter Pelaksana Tindakan	60	100	0	0	60	100
6	Ruang Perawatan	60	100	0	0	60	100
B Isi Informasi Tindakan Operasi							
1	Diagnosis	60	100	0	0	60	100
2	Dasar Diagnosis	60	100	0	0	60	100
3	Tindakan Kedokteran	60	100	0	0	60	100
4	Indikasi Tindakan	60	100	0	0	60	100
5	Tata Cara	60	100	0	0	60	100
6	Tujuan	60	100	0	0	60	100
7	Resiko	60	100	0	0	60	100
8	Komplikasi	60	100	0	0	60	100
9	Prognosis	60	100	0	0	60	100
10	Alternatif & Resiko	60	100	0	0	60	100
11	Biaya	60	100	0	0	60	100
C Autentikasi							
1	Tempat, Tanggal & Waktu	60	100	0	0	60	100
2	Tanda Tangan Dokter	60	100	0	0	60	100
3	Tanda Tangan Pemberi Persetujuan	60	100	0	0	60	100
4	Tanda Tangan Saksi 1	60	100	0	0	60	100
5	Tanda Tangan Saksi 2	60	100	0	0	60	100
Rata-Rata Persentase		100%		0%		100%	

Periode Bulan Januari - Maret 2018

Dari kegiatan studi dokumentasi yang dilakukan terhadap 60 lembar formulir

informed consent tindakan operasi, didapatkan hasil bahwa pengisiannya lengkap 100% karena semua kolom sudah terisi.

Hal ini sesuai dengan Permenkes 269 tahun 2008 yang menjelaskan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Masih pada Permenkes yang sama menjelaskan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Rekam medis sebagaimana dimaksud harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Pembuatan rekam medis sebagaimana dimaksud dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dapat dikatakan bahwa Standar Pelayanan Minimal terkait indikator Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas 100% untuk tindakan operasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang sudah tercapai. Karena kelengkapan formulir *informed consent* tindakan operasi tersebut sudah mencapai 100%.

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

- a. Pelaksanaan pengisian formulir *informed consent*

Dimulai dari pasien diberikan informasi terkait tindakan operasi yang akan dilakukan, pengisian formulir *informed consent*, sampai dengan proses penandatanganan formulir *informed consent*.

- b. Pemberi Informasi Tindakan Operasi Dilakukan oleh dokter pelaksana tindakan, jika dokter pelaksana tindakan berhalangan dalam memberikan informasi maka didelegasikan kepada dokter anastesi maupun perawat.
- c. Pemberi Persetujuan Tindakan Operasi

Pemberi persetujuan adalah orang-orang yang berkompeten.

- d. Informasi yang Diberikan Kepada Pasien Atau Keluarga Terkait Tindakan Operasi

Informasi yang diberikan kepada pasien atau keluarganya diantaranya adalah diagnosis, tujuan, prognosis, tata cara, resiko, alternatif serta biaya. Informasi tersebut sudah disampaikan secara lengkap sebagaimana mestinya.

- e. Pemahaman Pemberi Persetujuan Terhadap Informasi Tindakan Operasi Pemberi persetujuan sudah paham terhadap informasi tindakan operasi yang akan dilakukan kepada pasien, dikarenakan informasi yang diberikan sudah lengkap.
- f. Penandatanganan Formulir *Informed Consent*

Pihak yang menandatangani formulir *informed consent* adalah pasien atau keluarga pasien, dokter pelaksana tindakan dan 2 orang saksi. Dan hal tersebut sudah berjalan sebagaimana mestinya.

- b. Kelengkapan pengisian formulir *informed consent* di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang mencapai 100%. Dimana semua kolom yang terdapat pada formulir tersebut sudah terisi secara lengkap.

Saran

- a. Bagi rumah sakit sebaiknya memperbarui Standar Prosedur Operasional tentang *Informed Consent* pada bagian pemberi informasi tindakan medis, karena tidak mencantumkan tenaga kesehatan siapa saja yang berhak yang memberikan informasi. Pada bagian isi informasi yang harus diberikan, karena tidak terdapat informasi terkait perkiraan pembiayaan. Pada bagian pemahaman pemberi persetujuan, karena tidak mencantumkan ketentuan sebelum menyetujui tindakan medis, pemberi persetujuan harus paham

5. Ucapan Terimakasih

Terima kasih disampaikan kepada Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah memfasilitasi penelitian ini. Terima kasih kepada Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, dan keluarga yang telah mendukung jalannya penelitian ini.

6. Daftar Pustaka

- Hatta, Gemala R. (2010). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta : UI-Press.
- Hendrik. (2011). Etika & Hukum Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.6.5.1866 Tahun 1999 Tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (*Informed Consent*).
- Kepmenkes Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Kitab Undang-undang Hukum Perdata (KUH Per).
- Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.
- Permenkes Nomor 290 Tahun 2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
- Permenkes Nomor 585 Tahun 1989 Tentang Persetujuan Tindakan Medis.
- Permenkes Nomor 1691 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- Pratita, Diah. (2013). Tinjauan Pelaksanaan Prosedur *Informed Consent* Pasien Bedah Ortopedi Di RS Bhayangkara Semarang Pada Tahun 2013. Semarang : Jurusan Rekam Medis & Informasi Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro Semarang.
- Talia, Yusni T.E.V. (2016). Tinjauan Prosedur Pengisian dan Kelengkapan Formulir *Informed Consent* Tindakan Operasi di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran. Semarang : Jurusan Rekam Medis & Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.

Efficiency Use Of Beds Based Johnson Barber Graphics**Effisiensi Penggunaan Tempat Tidur Berdasarkan Grafik Barber Johnson**Irmawati ¹⁾Elise Garmelia²⁾Sri Lestari³⁾Dinda Mirtha Melasoeffie⁴⁾ ;

^{1,2,3)} Poltekkes Kemenkes Semarang, ⁴⁾ Puskesmas Trucuk Klaten
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik
Email : irmaedich98@gmail.com

Abstract

Bhakti Wira Tamtama Hospital Semarang is a type C hospital that has the functions of health services, surgery, obstetrics and gynecology. Medical record-keeping officers have never done BJ Graph analysis and manufacture. Based on five wards by calculating BOR, LOS, TOI, BTO and drawing indicators through BJ Graph as evaluation and planning materials. The purpose of the research was to determine the wealth of bed usage of 5 units of inpatient units based on BJ Graph at Bhakti Wira Tamtama Hospital in 2017. This type of research used quantitative descriptive research method. Data collection methods using documentation studie, the calculation of bed usage efficiency indicators, checking the efficiency of bed usage. The results show that based on the Barber Johnson Chart the four indicators fifth of wards in the year 2016 do not converge in one point and are outside the efficiency area. While in 2017 all four indicators meet at one point but are outside the efficiency area.

Keywords: Bed Efficiency Degree of Occupancy's bed, Barber Johnson Graph

Abstrak

RS Bhakti Wira Tamtama Semarang adalah RS tipe C yang harus memiliki pelayanan medik spesialis dasar meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetrik dan ginekologi. Petugas rekam medis belum pernah melakukan analisis dan pembuatan Grafik BJ. Berdasarkan lima bangsal dengan cara menghitung indikator BOR, LOS, TOI, BTO dan digambarkan melalui Grafik BJ sebagai bahan evaluasi dan perencanaan. Tujuan penelitian untuk mengetahui efisiensi penggunaan tempat tidur 5 ruang unit rawat inap berdasarkan Grafik BJ di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama tahun 2017. Jenis penelitian menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif. Metode pengumpulan data menggunakan studi dokumentasi, perhitungan indikator efisiensi penggunaan tempat tidur, pengecekan efisiensi penggunaan tempat tidur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan Grafik Barber Johnson keempat indikator kelima bangsal pada tahun tahun 2016 tidak bertemu dalam satu titik dan berada diluar daerah efisiensi. Sedangkan tahun 2017 keempat indikator bertemu pada satu titik namun berada diluar daerah efisiensi.

Kata Kunci : Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur, Grafik Barber Johnson

1. Pendahuluan

Rumah Sakit merupakan institusi yang sangat kompleks, dinamis, padat modal, dan padat karya yang multi disiplin serta ndipengaruhi lingkungan

yang selalu berubah (Permenkes No 340 Tahun 2010).

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik atau dan pelayanan kesehatan

lainnya dengan menginap di rumah sakit (Kepmenkes RI No 560/MENKES/SK/IV/2003). Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes No 269/MENKES/PER/III/2008).

Efisiensi merupakan indikator yang mendasari kinerja seluruh rumah sakit. Untuk mengetahui tingkat efisiensi yang ada di rumah sakit tidak cukup dengan menggunakan data mentah saja tetapi juga harus diolah terlebih dahulu dalam indikator-indikator Rawat Inap yaitu BOR, LOS, TOI, BTO, NDR, dan GDR.

Penilaian efisiensi penggunaan tempat tidur dapat dilihat melalui Grafik Barber Johnson, dimana grafik tersebut terdapat daerah efisien yang dapat menilai sekaligus menyajikan efisiensi penggunaan tempat tidur dan menampilkan empat indikator rawat inap yaitu BOR, LOS, TOI, dan BTO.

Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama adalah Rumah Sakit tipe C milik Tentara Angkatan Darat dimana disediakan pelayanan pasien rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pada Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama memiliki 159 tempat tidur dan 9 pelayanan rawat inap yaitu Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, Cempaka, Nusa Indah, Melati, ICU, Perinatal dan Bayi. Didalam Rumah Sakit terdapat pula rekam medis yang berfungsi untuk mengatur dokumen-dokumen pasien.

Pelayanan medik spesialis dasar yang harus diberikan oleh Rumah Sakit tipe C meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetrik dan ginekologi (Permenkes No 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit). Data nilai BOR, LOS, TOI dan BTO tahun 2016 dari Unit Rekam Medis pada bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia,

Flamboyan dan Nusa Indah sebagai berikut:

Tabel 1.1 Data Perhitungan Indikator Rawat Inap Tahun 2016

No Ruangan	Triwulan	BOR	LOS	TOI	BTO	
1.	Anggrek	I	99%	4 hari	0 hari	8
		II	87%	4 hari	1 hari	6
		III	58%	4 hari	4 hari	5
		IV	75%	4 hari	1 hari	6
	Jumlah	80%	4 hari	2 hari	25	
2.	Bougenvile	I	83%	3 hari	0 hari	9
		II	90%	3 hari	0 hari	9
		III	82%	3 hari	1 hari	8
		IV	72%	3 hari	1 hari	8
	Jumlah	82%	3 hari	1 hari	34	
3.	Dahlia	I	96%	4 hari	0 hari	11
		II	93%	4 hari	0 hari	7
		III	72%	4 hari	2 hari	6
		IV	80%	4 hari	1 hari	6
	Jumlah	85%	4 hari	1 hari	30	
4. Flamboyan	I	100%	4 hari	0 hari	11	
		93%	4 hari	0 hari	9	
		72%	4 hari	2 hari	9	
		83%	4 hari	1 hari	9	
	Jumlah	87%	4 hari	1 hari	38	
5. Nusa Indah	I	108%	4 hari	0 hari	8	
		94%	4 hari	0 hari	8	
		80%	4 hari	1 hari	7	
		75%	3 hari	1 hari	7	
	Jumlah	89%	4 hari	1 hari	30	
Nilai Ideal		75%-85%	3-12 hari	1-3 hari	30	

Sumber : Data Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama

Berdasarkan tabel 1.1 dalam satu tahun 2016 tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur sehingga penulis ingin mengetahui statistik di RS Bhakti Wira Tamtama menggunakan Grafik Barber Johnson.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan dengan wawancara terhadap petugas analising dan reporting Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama pada bulan Desember tahun 2017. Petugas analising dan reporting belum pernah menganalisis dan membuat Grafik Barber Johnson dikarenakan petugas menganggap bahwa dalam penghitungan efisiensi tempat tidur merupakan tugas keperawatan.

Sehingga dalam pembuatan penghitungan efisiensi penggunaan tempat tidur dilakukan oleh bagian keperawatan.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan oleh penulis adalah metode penelitian deskriptif kuantitatif yang bertujuan

mendeskripsikan atau menggambarkan sistem yang sedang berjalan dan kendala-kendalanya dalam pencapaian efisiensi pelayanan rumah sakit terkait penggunaan tempat tidur rawat inap.

3. Hasil dan Pembahasan Nilai *Bed Occupancy Rate* (BOR) di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama tahun 2017

Nilai *Bed Occupancy Rate* (BOR) tahun 2017 untuk Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama dapat di lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.1 BOR di Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah Tahun 2017

Bangsals	O (Rerata Jml TT)	A (Jml TT)	BOR (%)
Anggrek	12.64	19	66.53
Bougenvile	12.93	16	80.79
Dahlia	14.43	20	71.70
Flamboyan	11.53	15	76.84
Nusa Indah	12.16	20	60.82

Sumber : Data Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)

Nilai ideal untuk BOR yang disarankan adalah 75%-85%. Dengan memperhatikan hal-hal tersebut diatas maka perlu adanya suatu nilai ideal yang menyeimbangkan kualitas medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien, dan aspek pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit. (Sudra, 2010).

Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan tempat tidur pada bangsal Bougenvile dan bangsal Flamboyan telah efisien dari aspek medis maupun aspek ekonomi. Penggunaan tempat tidur pada bangsal Anggrek, bangsal Dahlia, dan bangsal Nusa Indah masih belum efisien dari aspek medis maupun ekonomi.

Nilai *Length Of Stay* (LOS) di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama tahun 2017

Nilai *Length of Stay* (LOS) tahun 2017 untuk Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama dapat di lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.2 LOS di Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah Tahun 2017

Bangsals	O (Rerata Jml TT)	D (Jml Pasien Keluar)	LOS (hari)
Anggrek	12.64	1051	4.39
Bougenvile	12.93	1691	2.79
Dahlia	14.43	1413	3.70
Flamboyan	11.53	1431	2.94
Nusa Indah	12.16	1352	3.28

Sumber : Data Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)

Nilai ALOS ideal yang disarankan yaitu antara 3-12 hari. Dari aspek medis, semakin lama angka LOS maka bisa menunjukkan kinerja kualitas medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama (penyembuhan lama). Dari aspek ekonomis, semakin lama nilai LOS berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien kepada pihak rumah sakit. Jadi diperlukannya adanya keseimbangan antara sudut pandang medis dan ekonomis untuk menentukan nilai LOS yang ideal (Sudra, 2010).

Upaya menjaga nilai lama hari pasien dirawat (LOS) agar sesuai nilai LOS ideal Barber Johnson perlu adanya kebijakan dari manajemen rumah sakit. Rumah Sakit perlu memperhatikan keahlian dan ketrampilan tenaga medis yang sesuai standar. Rumah Sakit disarankan untuk meningkatkan pelayanan yang bermutu **Nilai *Turn Over Interval* (TOI) di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama tahun 2017**

Nilai *Turn Over Interval* (TOI) tahun 2017 untuk Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah menurut perhitungan menggunakan rumus Barber Johnson dapat di lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.3 TOI di Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah Tahun 2017

Bangsals	O (Rerata Jml TT)	A (Jml TT)	t (Periode)	D (Jml Pasien Keluar)	TOI (hari)
Anggrek	12.64	19	365	1051	2.21
Bougenvile	12.93	16	365	1691	0.66
Dahlia	14.43	20	365	1413	1.46
Flamboyan	11.53	15	365	1431	0.89
Nusa Indah	12.16	20	365	1352	2.12

Nilai ideal TOI yang disarankan yaitu antara 1-3 hari (Sudra, 2010). Semakin kecil angka TOI, berarti semakin singkat saat TT menunggu pasien berikutnya. Hal ini bisa menguntungkan secara ekonomis bagi pihak manajemen rumah sakit tapi bisa merugikan pasien karena TT tidak sempat disiapkan secara baik. Akibatnya, kejadian infeksi nosokomial mungkin bisa meningkat, beban kerja tim medis meningkat sehingga kepuasan dan keselamatan pasien terancam. (Sudra, 2010). Hal ini menunjukkan penggunaan tempat tidur pada Bangsal Anggrek, Bangsal Dahlia dan Bangsal Nusa Indah telah efisien dari aspek medis maupun ekonomi. Penggunaan tempat tidur pada bangsal Bougenvile dan Bangsal Flamboyan hampir efisien dari aspek medis maupun ekonomi karena nilai TOI yang mendekati nilai ideal dan dapat mengakibatkan meningkatnya kejadian infeksi nosokomial, meningkatnya beban kerja sehingga dapat mempengaruhi kepuasan dan keselamatan pasien

Nilai Bed Turn Over (BTO) di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama tahun 2017

Nilai *Bed Turn Over* (BTO) tahun 2017 untuk Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama dapat di lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.4 BTO di Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah Tahun 2017

Bangsal	O (Rerata Jml TT)	A (Jml TT)	BTO (hari)
Angrek	12.64	19	55.32
Bougenvile	12.93	16	105.69
Dahlia	14.43	20	70.65
Flamboyan	11.53	15	95.40
Nusa Indah	12.16	20	67.60

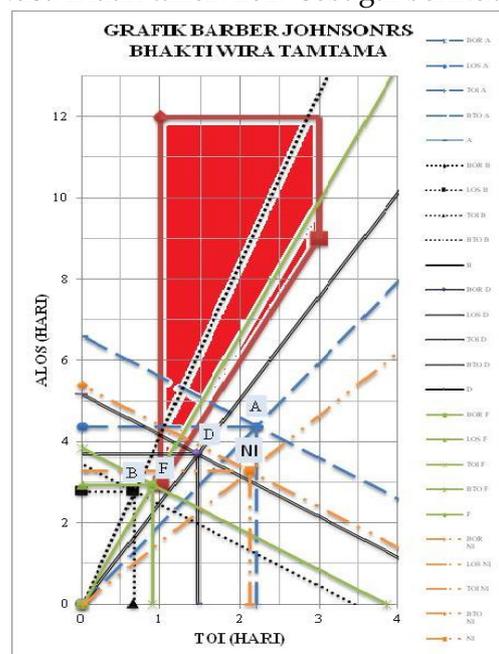
Nilai ideal BTO yang disarankan yaitu minimal 30 pasien dalam setahun. Secara logika, semakin tinggi angka BTO berarti setiap tempat tidur yang tersedia digunakan oleh semakin banyak pasien

secara bergantian. Hal ini tentu menguntungkan bagi pihak rumah sakit karena TT yang telah disediakan tidak “mengganggu” atau aktif menghasilkan pemasukkan. Namun beban kerja tim perawatan sangat tinggi dan TT tidak sempat dibersihkan karena terus digunakan pasien secara bergantian. Kondisi ini mudah menimbulkan ketidakpuasan pasien, bisa mengancam keselamatan pasien (*patient safety*), bisa menurunkan kinerja kualitas medis, dan bias meningkatkan kejadian infeksi nosokomial karena TT tidak sempat dibersihkan atau disterilkan. (Sudra, 2010).

Pada kelima bangsal sudah sesuai dengan nilai ideal BTO yaitu minimal 30, sehingga kelima bangsal dapat memberikan keuntungan kepada pihak rumah sakit karena penggunaan tempat tidur yang tinggi.

Analisis efisiensi Pelayanan Rawat Inap Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan dan Nusa Indah Berdasarkan Grafik Barber Johnson

Hasil perhitungan terhadap empat indikator yang didapatkan Grafik efisiensi pada Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan dan Nusa Indah tahun 2017 sebagai berikut:



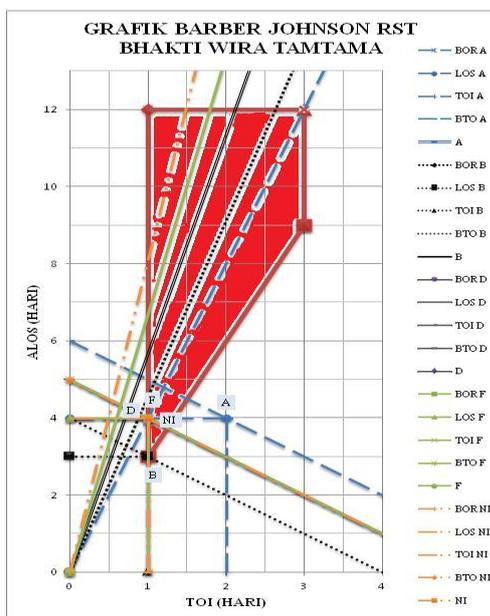
Gambar 4.6 Grafik Barber Johnson di Bangsal Anggrek, Bougenvile, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah Tahun 2017

Berdasarkan Gambar 4.6 dapat diketahui bahwa dari kelima bangsal yang paling mendekati daerah efisiensi adalah bangsal Flamboyan, bangsal Dahlia, bangsal Bougenville, bangsal Anggrek, dan yang paling menjauhi daerah efisiensi adalah bangsal Nusa Indah. Daerah efisiensi yaitu daerah yang di batasi dengan nilai BOR 75-85% pada garis diagonal, LOS 3-12 hari pada sumbu y, TOI 1-3 hari pada sumbu x, dan BTO 30 kali pada garis diagonal kanan bawah ke kiri atas.

Perbandingan perhitungan efisiensi pelayanan rawat inap berdasarkan Grafik Barber Johnson di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama tahun 2016 dengan tahun 2017

Hasil perhitungan terhadap empat indikator yang didapatkan grafik efisiensi pada bangsal Anggrek, Bougenville, Dahlia, Flamboyan dan Nusa Indah tahun 2016 dapat dilihat pada Grafik berikut :

Gambar 4.7 Grafik Barber Johnson di Bangsal Anggrek, Bougenville, Dahlia, Flamboyan, dan Nusa Indah RS Bhakti Wira Tamtama Tahun 2016



Sumber : Data Sensus Harian Rawat Inap (SHRI)

Berdasarkan Gambar 4.7 menunjukkan bahwa dari kelima bangsal yang berada di daerah efisiensi adalah bangsal Dahlia, bangsal Flamboyan,

bangsal Nusa Indah, bangsal Bougenville, dan yang berada di luar daerah efisiensi adalah bangsal Anggrek

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

a. Empat indikator tempat tidur pada lima bangsal RS Bhakti Wira Tamtama Semarang sebagai berikut

- 1) Nilai ideal BOR yang mencapai ideal (75%-85%) adalah bangsal Bougenville (80.79%) dan bangsal Flamboyan (76.84%).
- 2) Nilai ideal LOS yang mencapai ideal (3-12hari) adalah bangsal Anggrek

(4.39hari), bangsal Dahlia (3.70hari), dan bangsal Nusa Indah (3.28hari).

- 3) Nilai ideal TOI yang mencapai ideal (1-3hari) adalah bangsal Anggrek (2.21hari), bangsal Dahlia (1.46hari), dan bangsal Nusa Indah (2.12hari).
- 4) Nilai ideal BTO yang mencapai ideal (>30) adalah bangsal

Anggrek (55.32), bangsal Bougenville (105.69), bangsal Dahlia (70.65), bangsal Flamboyan (95.40), bangsal Nusa Indah (67.60).

b. Berdasarkan Grafik Barber Johnson pada tahun 2017 kelima bangsal titik pertemuan keempat indikator belum masuk daerah efisiensi.

c. Adanya penurunan tingkat efisien penggunaan tempat tidur tahun 2016 dengan 2017. Berdasarkan Grafik Barber Johnson pada tahun 2016 kelima bangsal masuk kedalam daerah efisien kecuali bangsal Anggrek.

Tetapi tidak adanya pertemuan titik keempat indikator dalam Grafik Barber Johnson.

Saran

- a. Integrasi dari keempat indikator menunjukkan kurang efisien, sebaiknya RS Bhakti Wira Tamtama dapat mengawasi lagi tingkat Penggunaan tempat tidur yang ada.
- b. Sebagai data untuk bahan evaluasi, sebaiknya petugas rekam medis menganalisis efisiensi penggunaan tempat tidur menggunakan Grafik Barber Johnson agar mengetahui kebenaran data.
- c. Tidak bertemunya keempat indikator pada grafik sebaiknya petugas rekam medis dapat mengevaluasi kembali terkait pengambilan sensus harian rawat inap dan cara penghitungan.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah memfasilitasi penelitian ini. Terima kasih kepada RS Bhakti Wira Tamtama yang telah memberikan ijin penelitian. Terima kasih kepada jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, rekan-rekan angkatan 3 prodi DIII RMIK, dan keluarga yang selalu memberikan dukungan untuk kelancaran penelitian ini.

6. Daftar Pustaka

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Ery, R. 2010. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Hatta, G. 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.

Kementrian Kesehatan R.I. 2007. KEPMENKES

Mardian, Ahmad H. 2016. *Analisis Efisiensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 Melalui Pendekatan Barber Johnson*. Jember : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2003. Peraturan Nomor: 560/MENKES/SK/IV/2003.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Peraturan Nomor: 269/MENKES/PER/III/2008, tentang Rekam Medis. NO.1165/MENKES/SK/X/2007

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

Permenkes Republik Indonesia No 56 Tahun 2014. *Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta

Permenkes Republik Indonesia No. 129/MENKES/SK/II/2008. *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta.

Sudra, R. I. 2010. *Statistik Rumah Sakit*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Tentang Pola Tarif Rumah Sakit Badan Layanan Umum.

Undang-undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Jakarta.

Quantitative Analysis Completeness Form Informed Consent Case Surgery

Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

Marsum¹⁾

Elise Garmelia²⁾

Edy Susanto³⁾

Rizky Febri Nugroho⁴⁾

^{1,2,3,4)} *Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang*

Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik

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

Abstract

Based on a preliminary study that out of ten forms of intentional medical action taken completely randomly or at 100% incomplete. In the four reviews conducted to review the form of identification reviews, information content report, authentication, recording none of which are completely filled. The purpose of this research is to conduct a quantitative analysis of completeness informed consent form at RSUD Ambarawa. The type of research used is descriptive. The sample of this research is the informed consent form of medical case at Ambarawa General Hospital in first quarter of 2018. The sample size is calculated using Solvin formula and obtained 96 samples. Methods of data collection are observation and documentation study. The results showed that the patient identification review was completely filled by 99%. Review information filled (important reports) with complete 5%, Authentication review complete with 46% complete. recording review there is no mistake. Completed the form of approval of the medical action of the surgical case at RSUD Ambarawa at 4%.

Keywords : Review, Quantitative, Informed Consent

Abstrak

Berdasarkan studi pendahuluan bahwa dari sepuluh formulir persetujuan tindakan kedokteran yang diambil secara acak seluruhnya atau sebesar 100% tidak terisi lengkap. Pada empat review yang dilakukan untuk menelaah formulir yaitu review identifikasi, laporan isi informasi, autentikasi, pencatatan tidak ada yang semuanya terisi lengkap. Tujuan dari penelitian ini yaitu melakukan analisis kuantitatif kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran di RSUD Ambarawa. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Sampel penelitian ini adalah formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa pada triwulan 1 tahun 2018. Besar sampel dihitung menggunakan rumus Solvin dan didapat 96 sampel. Metode pengumpulan data yaitu observasi dan studi dokumentasi. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa review identifikasi pasien terisi dengan lengkap sebesar 99%. Review Isi informasi (laporan penting) terisi dengan lengkap sebesar 5%. Review autentikasi terisi dengan lengkap sebesar 46%. Review pencatatan tidak ditemukan kesalahan. Pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa sebesar 4 %.

Kata Kunci : Review; Kuantitatif; persetujuan tindakan kedokteran

1. Pendahuluan

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. (Permenkes 269 Tahun 2008).

Kepmenkes 129 Tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit, menyatakan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis adalah 24 jam setelah selesai pelayanan. Ini dimaksudkan agar terjadi kesinambungan pelayanan dan keselamatan, yang bertujuan tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis. Sehingga rekam medis harus diisi dengan lengkap dalam waktu <24 jam setelah pasien diputuskan untuk pulang dengan standar pengisian 100% pada rekam medis.

Shofari (2008) menyatakan formulir rekam medis yang harus diabadikan yaitu ringkasan masuk keluar, resume penyakit, lembar operasi, identifikasi bayi lahir, lembar persetujuan tindakan medis, lembar kematian, dan rekam medis tertentu. Persetujuan tindakan kedokteran merupakan salah satu formulir yang penting dan diabadikan di dalam rekam medis. Menurut Permenkes 290 Tahun 2008, Persetujuan tindakan kedokteran merupakan persetujuan yang di berikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilakukan terhadap pasien.

Formulir persetujuan tindakan kedokteran diperlukan untuk memastikan bahwa pasien telah mengerti semua informasi yang dibutuhkan untuk membuat keputusan dan pasien memberikan persetujuan. Karena setiap manusia yang dewasa dan berpikiran sehat berhak untuk menentukan apa yang hendak dilakukan terhadap dirinya dan seseorang yang melakukan tanpa seizin pasiennya dapat dianggap melakukan pelanggaran hukum (Triwibowo, 2014)

Hatta (2013) menyatakan analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan (RK) rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan. Analisis kuantitatif dilakukan dengan 4 review, yaitu review identitas pasien, review laporan penting, review autentikasi, review tata pencatatan.

Alur proses analisis kuantitatif di RSUD Ambarawa pada rekam medis rawat inap yaitu petugas bangsal rawat inap mengembalikan dokumen rekam medis paling lambat 1x24 jam. Petugas rekam medis mencatat bukti penerimaan rekam medis dalam buku ekspedisi. Petugas Assembling melakukan analisis kuantitatif kelengkapan pengisian formulir rekam medis.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada ruang rekam medis di RSUD Ambarawa pada 10 formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah didapatkan sebagai berikut :

Tabel 1.1 Hasil Studi Pendahuluan

No.	No RM	Identifikasi Pasien	Isi Informasi (Lap. Penting)	Autentikasi	Pencatatan	Keterangan
1	357476	√	X	X	√	Tidak Lengkap
2	338903	√	X	X	√	Tidak Lengkap
3	360209	√	X	√	√	Tidak Lengkap
4	358734	√	√	X	√	Tidak Lengkap
5	354300	X	X	X	√	Tidak Lengkap
6	298351	√	X	X	√	Tidak Lengkap
7	353619	√	X	√	√	Tidak Lengkap
8	359644	√	X	√	√	Tidak Lengkap
9	114834	X	X	√	√	Tidak Lengkap
10	359105	√	√	X	√	Tidak Lengkap

Hasil Studi pendahuluan pada tabel 1.1 menunjukkan bahwa sepuluh formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah yang diambil secara random sampling seluruhnya atau sebesar 100% tidak lengkap. Hal ini tidak sesuai dengan Kepmenkes 129 Tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal Rumah Sakit, yang menyatakan bahwa kelengkapan

informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas sebesar 100%. Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah Di Rsud Ambarawa”.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah pada rekam medis rawat inap di RSUD Ambarawa tahun 2017 yang berjumlah 2445 rekam medis, dengan jumlah sampel 96 rekam medis menggunakan rumus slovin. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan teknik systematic random sampling. Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi dan studi dokumentasi dengan melakukan pencatatan menggunakan check-list.

3. Hasil Dan Pembahasan

Review Identifikasi Pasien

Review identifikasi pasien terdiri atas beberapa komponen yang menjadi objek analisis yaitu nama pasien, tanggal lahir pasien, dan nomor rekam medis pasien. Hasil analisis pengisian komponen dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Persentase Kelengkapan dan ketidaklengkapan Tiap Komponen Review Identifikasi Pasien Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasu Bedah

No	Komponen Identifikasi Pasien	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah
		n	%	n	%	
1	Nama Pasien	96	100%	0	0%	96
2	Tanggal Lahir	95	99%	1	1%	96
3	Nomor rekam medis	95	99%	1	1%	96

Tabel 4.1 menunjukkan komponen dengan persentase kelengkapan paling tinggi adalah pada komponen nama pasien dengan presentase kelengkapan sebesar 100%. Sedangkan komponen

tanggal lahir dan nomor rekam medis sebesar 99 %

Berdasarkan jumlah skor yang diperoleh terdapat 2 kategori yang digunakan, yaitu lengkap dan tidak lengkap. Berikut hasil dari review identifikasi pasien dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Persentase Kelengkapan Dan Ketidaklengkapan Review Identifikasi Pasien Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

No.	Review Identifikasi Pasien	n	%
1.	Lengkap	1	1%
2.	Tidak Lengkap	95	99%
	Jumlah	96	100%

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa pengisian review identifikasi pasien pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah keseluruhan terisi dengan lengkap sebesar 99%.

Review isi informasi

Review isi informasi terdiri atas beberapa komponen yaitu nama tindakan, dokter pelaksana tindakan, pemberi informasi, penerima informasi, tanggal dan jam informasi, isi informasi yang meliputi diagnosis, dasar diagnosis, tindakan dokter, indikasi tindakan, tata cara, tujuan, resiko, komplikasi, prognosis, alternatif dan resiko. identitas pemberi persetujuan yang meliputi nama, umur, jenis kelamin dan alamat, identitas pasien yang meliputi nama, umur, jenis

Tabel 4.3. Persentase Kelengkapan Dan Ketidaklengkapan Tiap Komponen Review Isi Informasi (laporan penting) Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

No	Komponen Isi informasi	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah
		n	%	n	%	
1	Nama Tindakan	91	95%	5	5%	96
2	Dokter pelaksana tindakan	50	52%	46	48%	96
3	Pemberi informasi	25	26%	71	74%	96
4	Penerima informasi	28	29%	68	71%	96
5	Tanggal dan jam informasi	27	28%	69	72%	96
6	Diagnosis	87	91%	9	9%	96
7	Dasar diagnosis	82	85%	14	15%	96
8	Tindakan dokter	88	92%	8	8%	96
9	Indikasi tindakan	78	81%	18	19%	96
10	Tata cara	78	81%	18	19%	96
11	Tujuan	77	80%	19	20%	96
12	Resiko	76	79%	20	21%	96
13	Komplikasi	76	79%	20	21%	96
14	Prognosis	76	79%	20	21%	96
15	Alternatif dan resiko	76	79%	20	21%	96
16	Nama pemberi persetujuan	95	99%	1	1%	96
17	Umur pemberi persetujuan	94	98%	2	2%	96
18	Jenis kelamin pemberi persetujuan	64	67%	32	33%	96
19	Alamat pemberi persetujuan	95	99%	1	1%	96
20	Nama pasien	96	100%	0	0%	96
21	Umur pasien	95	99%	1	1%	96
22	Jenis kelamin pasien	72	75%	24	25%	96
23	Alamat pasien	95	99%	1	1%	96
24	Hubungan keluarga	62	65%	34	35%	96

komponen dengan persentase kelengkapan paling tinggi adalah pada

nama pasien dengan kelengkapan sebesar 100%. Untuk komponen nama pemberi persetujuan, alamat pemberi persetujuan, alamat pasien, dan umur pasien persentase kelengkapannya masing-masing sebesar 99%. Sedangkan komponen dengan persentase kelengkapan paling rendah adalah pada komponen pemberi informasi dengan persentase sebesar 26%.

Berdasarkan jumlah skor yang diperoleh terdapat 2 kategori, yaitu lengkap dan tidak lengkap berikut hasil

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa komponen dengan persentase kelengkapan paling tinggi adalah pada nama pasien dengan kelengkapan sebesar 100%. Untuk komponen nama pemberi persetujuan, alamat pemberi persetujuan, alamat pasien, dan umur pasien persentase kelengkapannya masing-masing sebesar 99%. Sedangkan komponen dengan persentase kelengkapan paling rendah adalah pada komponen pemberi informasi dengan persentase sebesar 26%.

Berdasarkan jumlah skor yang diperoleh terdapat 2 kategori, yaitu lengkap dan tidak lengkap berikut hasil dari review isi informasi dapat dilihat pada Tabel 4.4

Tabel 4.4. Persentase Kelengkapan Dan Ketidaklengkapan Review Isi Informasi Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

No.	Review Isi Informasi	n	%
1.	Lengkap	5	5%
2.	TidakLengkap	91	95%
	Jumlah	96	100%

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa pengisian review isi informasi (laporan penting) pasien pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah keseluruhan terisi dengan lengkap sebesar 5%. Dalam Undang-undang Republik Indonesia No.29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran dimana dokter dan

dokter gigi harus memuat rekam medis secara tertulis, lengkap dan akurat. Kemudian dalam Kepmenkes No. 29 Tahun 2008 yang salah satunya menyatakan bahwa kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 100%. Namun dalam review isi informasi yang sudah dilakukan tidak semua formulir diisi secara lengkap dalam pelaksanaannya.

Informasi dalam review isi informasi menunjukkan informasi yang vital mengenai tindakan apa yang dilakukan sehingga dalam pengisiannya haruslah lengkap karena informasi yang didalamnya mempunyai nilai legal dalam aspek hukum. Ketidaklengkapan pengisian dalam review isi informasi tentu dapat merugikan dokter atau pun rumah sakit karena formulir persetujuan tindakan keokteran akan lemah dalam aspek hukum.

Review Autentikasi

Review autentikasi terdiri atas beberapa komponen yaitu nama dan tanda tangan dokter, nama dan tanda tangan penerima informasi, nama dan tanda tangan pemberi persetujuan, nama dan tanda tangan saksi pihak keluarga, nama dan tanda tangan saksi perawat, tanggal dan jam. Hasil analisis pengisian tiap item dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5. Persentase Kelengkapan Dan Ketidaklengkapan Tiap Komponen Review Autentikasi Formulir Persetujuan Tindakan

No	Komponen Autentikasi	Lengkap		TidakLengkap		Jumlah
		n	%	n	%	
1	Nama dan tanda tangan dokter	71	74%	25	26%	96
2	Nama dan tanda tangan penerima informasi	92	96%	4	4%	96
3	Nama dan tanda tangan pemberi persetujuan	94	98%	2	2%	96
4	Nama dan tanda tangan saksi pihak keluarga	72	75%	24	25%	96
5	Nama dan tanda tangan saksi perawat	95	99%	1	1%	96
6	Tanggal dan jam	92	96%	4	4%	96

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa komponen dengan persentase kelengkapan paling tinggi adalah pada

nama dan tanda tangan saksi perawat dengan kelengkapan sebesar 99%. Sedangkan komponen dengan persentase kelengkapan paling rendah adalah pada komponen nama dan tanda tangan dokter dengan persentase sebesar 74%.

Setiap komponen pada review autentikasi dilakukan skoring dan di kategorikan menjadi dua yaitu lengkap dan tidak lengkap. Kategori lengkap, yaitu apabila masing-masing komponen pada review isi informasi terisi seluruhnya. Tidak lengkap, yaitu apabila terdapat satu atau lebih dari seluruh komponen review autentikasi tidak terisi., hasilnya dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6. Persentase Kelengkapan Dan Ketidaklengkapan Review Autentikasi Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

No.	Review Autentikasi	n	%
1.	Lengkap	44	46%
2.	TidakLengkap	52	54%
	Jumlah	96	100%

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa pengisian review autentikasi pasien pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah keseluruhan terisi dengan lengkap sebesar 46%

Permenkes 269/2008 tentang Rekam Medis menyatakan bahwa setiap pencatatan kedalam rekam medis harus dibubuhi nama waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Autentikasi merupakan komponen yang penting karena kaitanya dengan aspek kelegalan informasi, sehingga autentikasi harus lengkap.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa analisis pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa berdasarkan review autentikasi keseluruhan tidak lengkap. Autentikasi merupakan komponen yang berkaitan dengan aspek kelegalan terhadap informasi dalam formulir persetujuan tindakan kedokteran. Ketika

review ini tidak lengkap, informasi yang ada dalam formulir persetujuan tindakan kedokteran tidak dapat dipertanggung jawabkan aspek kelegalannya, sehingga tidak dapat dijadikan landasan/bukti dalam perkara hukum.

Review Pencatatan

Review pencatatan yang benar terdiri atas beberapa komponen yaitu coretan, tipe-ex, dan bagian kosong. Hasil analisis pengisian tiap item dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4.7. Persentase Kelengkapan Dan Ketidaklengkapan Tiap Komponen Review Pencatatan Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

No	Komponen Pencatatan	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah
		n	%	n	%	
1	coretan	96	100%	0	0%	96
2	tipe-ex	96	100%	0	0%	96

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa komponen coretan dan tipe-x kelengkapannya sebesar 100 % karena tidak ditemukannya adanya tipe-ex dan coretan pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah.

Setiap komponen pada review pencatatan dilakukan skoring dan di kategorikan menjadi dua yaitu lengkap dan tidak lengkap.

Lengkap yaitu kondisi dimana komponen pencatatan terisi. Tidak lengkap yaitu kondisi dimana komponen pencatatan tidak diisi sesuai cara pencatatan, hasilnya dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8. Persentase Kelengkapan Dan Ketidaklengkapan Review Autentikasi Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

No.	Review Autentikasi	n	%
1.	Lengkap	96	100%
2.	Tidak Lengkap	0	0
	Jumlah	96	100%

pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah tidak ditemukan kesalahan pada proses review pencatatan.

Pencatatan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan karena catatan medis yang dalam pencatatannya tidak benar tidak akan menghasilkan informasi yang jelas dan akurat. Permenkes No. 269 tahun Pasal 2 Ayat (1) menyatakan bahwa rekam medis dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa analisis pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa berdasarkan review pencatatan sudah sesuai teori karena tidak ditemukan adanya coretan ataupun tipe-ex. Hal ini menunjukkan bahwa dokter telah menulis pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah dengan benar.

Pengisian Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

Pengisian Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah adalah hasil dari kelengkapan formulir persetujuan tindakan kedokteran berdasarkan keempat review yaitu review identitas pasien, review laporan penting, review autentikasi dan review pencatatan. Hasilnya dapat dilihat pada tabel 4.9.

Tabel 4.9. Persentase Kelengkapan dan Ketidakiengkapan Tiap Review Pengisian Formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah

No.	Review	Keterangan	
		L	TL
1.	Review Identifikasi Pasien	99%	1%
2.	Review Isi informasi	5%	95%
3.	Review Autentikasi	46%	54%
4.	Review Pencatatan	100%	0%

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa prosentase kelengkapan pengisian tertinggi yaitu pada review pencatatan sebesar 100%, sedangkan presentase terendah yaitu pada review isi informasi yaitu sebesar 5%.

Skoring dilakukan pada tiap review yang dianalisis kemudian dikategorikan menjadi 2 (dua) kriteria yaitu lengkap dan tidak lengkap. Lengkap yaitu kondisi dimana setiap review dikatakan lengkap dengan keterisiannya pada setiap komponen yang menghasilkan informasi yang utuh. Tidak lengkap yaitu kondisi dimana salah satu review tidak lengkap dan tidak menghasilkan informasi yang utuh, Berikut hasil kelengkapan pengisian formulir informed consent dapat dilihat pada tabel 4.10.

Tabel 4.10 Persentase Kelengkapan Dan Ketidakiengkapan Pengisian Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran Kasus Bedah

No.	Pengisian Formulir	n	%
1.	Lengkap	4	4%
2.	Tidak Lengkap	92	96%
Jumlah		96	100%

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa prosentase kelengkapan pengisian Formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa sebesar 4%.

Pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran yang lengkap sangat berguna dalam keperluan administrasi rumah sakit, keperluan hukum, penelitian, pendidikan dan sebagai dokumentasi yang akurat bila seluruh proses pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran konsisten dan memenuhi standar pelayanan medis. Permenkes 129/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyatakan bahwa kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas sebesar 100%.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa analisis kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa keseluruhan belum lengkap 100%. Persetujuan tindakan kedokteran merupakan formulir yang dianggap penting sebagai bukti/landasan dalam perkara hukum sehingga dalam pengisiannya formulir

informed consent haruslah diisi lengkap dan tepat

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

Didapatkan kesimpulan bahwa:

- a. Review Identifikasi pasien pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa persentase kelengkapannya sebesar 99%. Komponen dengan persentase kelengkapan tertinggi yaitu pada komponen nama pasien sebesar 100 %
- b. Review isi informasi (laporan penting) pada formulir persetujuan tindakan kedokteran di kasus bedah di RSUD Ambarawa persentase kelengkapannya sebesar 5%. Komponen dengan persentase kelengkapan tertinggi yaitu pada komponen nama pasien sebesar 100 %
- c. Review autentikasi pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa persentase kelengkapannya sebesar 46%. Komponen dengan persentase kelengkapan tertinggi yaitu pada komponen nama dan tanda tangan saksi perawat sebesar 99 %
- d. Review pencatatan pada formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa tidak ditemukan kesalahan pada proses review pencatatan
- e. Kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa sebesar 4 %

Saran

- a. Petugas rekam medis agar memberikan sosialisasi kepada petugas medis yang berwenang mengisi formulir persetujuan tindakan kedokteran tentang pentingnya kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran
- b. Petugas assembling melakukan analisis kuantitatif terhadap ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran.

- c. Direktur rumah sakit dapat memberikan teguran kepada dokter yang bertanggung jawab mengenai kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran yang masih rendah.
- d. Penelitian ini dapat digunakan sebagai penelitian selanjutnya untuk menggali faktor-faktor ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran kasus bedah di RSUD Ambarawa

5. Ucapan Terimakasih

Terima kasih disampaikan kepada Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah memfasilitasi penelitian ini. Terima Kasih disampaikan kepada RSUD Ambarawa yang telah memberi ijin penelitian ini. Terima kasih kepada Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, teman-teman prodi DIII RMIK angkatan ke-3, dan keluarga yang telah mendukung dan mendoakan jalannya penelitian ini.

6. Daftar Pustaka

- Budi, Savitri Citra. (2011). Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Depkes RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis di Rumah Saki di Indonesia. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Depkes RI
- Hatta, Gemala R. 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI-Press
- Kepmenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 2008. Jakarta: Menkes RI.
- Noor, Munawar. (2015). Memotret Data Kuantitatif. Semarang: Duta Nusindo Semarang.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Permenkes RI Nomor No.269/Menkes/Per/III/2008

- Tentang Rekam Medis. 2008. Jakarta: Menkes RI.
- Permenkes No.290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 2008. Jakarta: Menkes RI.
- Shofari, Bambang. 2008. Manajemen Informasi Kesehatan. Semarang : Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro.
- Triwibowo, Cecep. (2014). Etika dan hukum kesehatan. Yogyakarta: Nuha medika.
- Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran 2004. Jakarta: Presiden RI.
- Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2009. Jakarta : Presiden RI.
- Utja, Adamg Sudjana, dkk. (2006). Manual persetujuan tindakan kedokteran. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.

Analysis of Design of Inpatient Entry and Exit Summary Forms

Analisis Desain Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar Rawat Inap

Subinarto¹⁾
Taufiq Wicaksono²⁾
Elise Garmelia³⁾
Adhani Windari⁴⁾

^{1,3,4)} Poltekkes Kemenkes Semarang, ²⁾RS Palang Biru Kutoarjo
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik
E-mail : subinartormik@gmail.com

Abstract

The purpose of this research is analyzing the design of inpatient's admission and discharge summary form on Public Health Center of Kutoarjo according to the aspect of anatomy, physical and content. This research uses descriptive method through case study approach. The object on this research is the form of admission and discharge summary on Public Health Center of Kutoarjo, in which the medical record staffs, the doctors, and the nurses are used as respondents. In addition, the researcher also uses observation and interview as research instruments. The research result shows that according to the physical aspect, the material form used on Public Health Center of Kutoarjo is not appropriate to the theory. Then, according to the anatomical aspects, the form used on Public Health Center of Kutoarjo also do not have edition number, publication date, and instruction form. Moreover, based on the interview result, there are several item that should be removed on the content aspect, such as: *golongan operasi, penyebab luar cedera dan morfologi neoplasma keracunan, and pengobatan radio terapi.*

Keywords: *Design Form, Admission And Discharge Summary Public Health Center of Kutoarjo.*

Abstrak

Tujuan penelitian ini adalah menganalisa desain formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo berdasarkan aspek fisik, anatomi, dan isi. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Objek dari penelitian ini adalah formulir Ringkasan Masuk & Keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo. Subjek dari penelitian ini adalah petugas Rekam Medis, dokter, dan perawat. Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman observasi dan pedoman wawancara. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari aspek fisik bahankertas yang digunakan untuk formulir ini belum sesuai. Aspek anatomi adalah formulir ini tidak memiliki nomor edisi karena belum pernah direvisi dan belum adanya petunjuk pengisian formulir. Aspek isi, berdasarkan hasil wawancara ada beberapa item pada formulir yang perlu dihilangkan meliputi : *golongan operasi, penyebab luar cedera dan morfologi neoplasma keracunan, dan pengobatan radio terapi/kedokteran nuklir dikarenakan pada penerapannya item tersebut tidak terpakai.*

Kata Kunci: *Desain Formulir, Ringkasan Masuk Dan Keluar, UPT Puskesmas Kutoarjo.*

1. Pendahuluan

Untuk terciptanya tujuan dari pembangunan nasional kesehatan di Indonesia perlu dilakukan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Peningkatan derajat kesehatan dilakukan melalui peningkatan kualitas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang merata di seluruh Indonesia. Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang dapat membantu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Puskesmas merupakan 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 No 75 tahun 2014)

Salah satu bagian terpenting dari suatu instansi pelayanan kesehatan adalah terselenggaranya pelayanan rekam medis yang baik. Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 269 Tahun 2008). Rekam medis diperlukan oleh Puskesmas untuk memberikan informasi yang diperoleh dari pencatatan dan pengolahan data pasien sehingga dapat digunakan manajemen untuk menetapkan kebijakan, pengambilan keputusan, serta evaluasi terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan.

Formulir merupakan alat yang digunakan dalam melakukan proses pencatatan dan pengolahan data rekam medis pasien. Untuk mendapatkan data rekam medis yang bermutu, aspek desain formulir yang baik perlu diterapkan dalam formulir rekam medis. Hal tersebut perwujudan dari Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan

Pekerjaan Perkam Medis pada pasal 13 point keenam yang tertulis bahwa Ahli Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam melaksanakan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, mempunyai kewenangan merancang struktur isi dan standar data kesehatan, untuk pengelolaan informasi kesehatan.

Desain formulir Rekam Medis merupakan suatu kegiatan untuk merancang formulir Rekam Medis yang disesuaikan dengan kebutuhan petugas kesehatan yang akan mengisi formulir tersebut. Menurut Huffman, (1994) ada beberapa aspek yang harus dipertimbangkan dalam mendesain formulir yaitu aspek anatomi yang meliputi ; heading, introduction, instruction, body, spacing, rules, type style, cara pencatatan, dan close. Aspek fisik meliputi ; warna, bahan, ukuran, dan bentuk. Kemudian aspek isi yang meliputi ; kelengkapan item, terminology, singkatan, dan simbol.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan penulis di Puskesmas Kutoarjo Kabupaten Purworejo, di dapati bahwa pada desain formulir Ringkasan Masuk dan Keluar masih terdapat beberapa kekurangan. Dari aspek fisik, bahan yang digunakan adalah kertas 70 gram sehingga formulir mudah sobek. Dari aspek anatomi masih belum mencantumkan instruction atau petunjuk pengisian yang jelas. Pada heading belum terdapat nomor kode dan nomor revisi formulir, Pada bagian body, margin pada sisi kiri formulir kurang lebar karena masih ada item fomulir yang terpotong saat akan diberi lubang, Menurut hasil wawancara dengan petugas bagian rekam medis, diketahui pada formulir ringkasan masuk dan keluar belum pernah dilakukan pendesainan yang berdasarkan ketiga aspek anatomi, fisik, dan isi. Mereka hanya mengambil contoh desain yang ada

di percetakan untuk selanjutnya diterapkan pada Puskesmas Kutoarjo.

Hal ini membuat banyak item formulir yang tidak sesuai dengan kebutuhan di Puskesmas tersebut. Sehingga dalam pelaksanaannya item tersebut tidak terisi dan formulir tersebut dalam pengisiannya menjadi tidak lengkap 100%. Formulir ringkasan masuk dan keluar memiliki fungsi sangat utama yaitu mengetahui jenis pelayanan apa saja yang diberikan kepada pasien selama dirawat di unit pelayanan dari awal masuk hingga keluar Puskesmas. Selain itu formulir ini juga digunakan untuk keperluan klaim asuransi. Sehingga formulir ini merupakan salah satu formulir penting dan harus diabadikan. Sehingga aspek desain formulir sangat diperlukan.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Pendekatan yang digunakan adalah studi kasus yaitu meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal, dalam hal ini yaitu analisa desain formulir ringkasan masuk dan keluar. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi dengan instrument penelitian pedoman observasi yang berupa *checklis* dan wawancara dengan instrument penelitian pedoman wawancara. Objek dalam penelitian ini yaitu formulir Ringkasan Masuk dan Keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo. Subjek dalam penelitian ini adalah petugas rekam medis, perawat dan dokter penanggungjawab pasien (DPJP) di UPT Puskesmas Kutoarjo.

3. Hasil dan Pembahasan

Analisis Desain Formulir Ringkasan Masuk Dan Keluar Rawat Inap Di Upt Puskesmas Kutoarjo.

Formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo merupakan lembaran yang berisi informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui cara masuk dikirim oleh, serta berisi ringkasan data pada saat pasien keluar.

Lembaran ini menjadi lembaran paling depan pada suatu berkas rekam medis. Ada tiga aspek yang harus diperhatikan dalam mendesain formulir yaitu aspek anatomi, aspek fisik, dan aspek isi.

- 1) Aspek anatomi formulir meliputi ;*heading, introduction, instruction, body, spasi, rules, type style, cara pencatatan, dan close.*

Menurut Huffman, *heading* atau judul merupakan bagian paling atas dari formulir. *Heading* memuat judul dan informasi mengenai formulir, nama formulir, nama dan alamat organisasi, nomor formulir, tanggal penerbitan dan halaman. Pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo *heading* diletakkan pada kiri atas dari formulir. Pada bagian *heading* sudah memuat identitas Puskesmas secara lengkap. Terdapat sub judul yang menunjukkan identitas formulir yang terletak pada kanan atas. Tetapi belum terdapat nomor edisi dalam *heading* formulir ini. Secara garis besar *heading* pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo dapat dikatakan sudah sesuai dengan teori hanya saja pada re - desain formulir penulis akan menambahkan nomor edisi dan tanggal penerbitan formulir untuk mengetahui identitas dari formulir tersebut.

Menurut Huffman, *Introduction* memuat informasi pokok yang menjelaskan tujuan formulir. Kadang - kadang tujuan ditunjukkan oleh judul. Pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo ini tidak terdapat *introduction* namun sudah terdapat sub judul yang bertuliskan "Ringkasan Masuk Dan Keluar" dan ini sudah menjelaskan dari formulir tersebut. Berdasarkan wawancara juga responden menyatakan tidak perlu ditambah *introduction* karena sub judul sudah cukup menjelaskan tujuan dari formulir ini.

Menurut Huffman, *Instruction* adalah perintah untuk mengetahui berapa copy yang diperlukan, dikirim kepada siapa

dan instruksi harus dibuat sesingkat mungkin.

Pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo belum terdapat *instruction* hal ini belum sesuai dengan teori dan berdasarkan wawancara dengan dokter dan perawat mereka menyatakan perlu ditambahkan *instruction* untuk memudahkan cara pengisian.

Menurut Huffman, *Body* merupakan badan formulir yang disediakan untuk kerja formulir yang sesungguhnya. Dalam menyusun urutan - urutan data harus logis, sistematis dan konsisten sehingga mudah untuk dibaca dan dipahami. Pertimbangan lain yang harus diperhatikan dalam satu badan formulir meliputi margin (batas pinggir). Margin dibagi menjadi 4 sisi, yaitu; punggung 2 cm, atas : 2,5 cm, samping : 2 cm, dan bawah : 1,5. Ukuran margin pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo yaitu : Punggung : 1,3 cm, Atas : 3,5 cm, Samping : 1,3 cm, dan Bawah : 1 cm. Hal ini belum sesuai dengan teori mengingat juga pada saat akan di beri lubang untuk dimasukkan kedalam map formulir, item pada formulir ikut terpotong.

Menurut Huffman, spasi merupakan ukuran area isian data. Ukuran spasi yang biasa digunakan untuk pengisian secara tulis tangan adalah 1 cm. Spasi pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo adalah 1 cm. Berdasarkan wawancara dengan Dokter, Perawat, dan Petugas rekam medis mereka menyatakan ukuran area isian data sudah mencukupi menggunakan ukuran spasi 1 spasi. Sehingga ukuran spasi tersebut sudah sesuai.

Menurut Huffman, *rules* adalah sebuah garis vertikal atau horisontal. Garis ini dapat langsung, terputus - putus atau paralel berdekatan yang melayani berbagai tujuan. Pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo menggunakan *type* garis langsung yang sudah sesuai teori.

Menurut Huffman, *type style* atau jenis huruf untuk suatu formulir, paling baik adalah menggunakan sesedikit mungkin jenis dan ukuran huruf. Item-item dengan kepentingan yang sama hendaknya dicetak dengan huruf yang sama di semua bagian formulir.

Penggunaan jenis huruf pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo sudah sama pada setiap formulir yaitu menggunakan huruf Calibri Body dan hal ini sudah sesuai dengan teori.

Menurut Huffman, cara pencatatan dapat dilakukan dengan tulisan tangan, ketik ataupun komputer. Cara pencatatan yang digunakan pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo menggunakan tulis tangan yang sudah sesuai dengan teori.

Menurut Huffman, *close* merupakan bagian penutup sebuah formulir kertas dan tersedia ruangan untuk tanda tangan sebagai tanda autentifikasi atau persetujuan. *Close* pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo ditunjukkan pada bagian bawah yang meliputi item nama dokter dan tanda tangan dokter.

2) Aspek fisik formulir meliputi ; warna, bahan, ukuran, dan bentuk.

Menurut Huffman, pertimbangan harus diberikan kepada pengguna warna dan jenis tinta yang disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan dalam merancang desain formulir. Warna yang digunakan pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo adalah warna putih dengan warna tinta berwarna hitam. Menurut hasil wawancara terhadap responden mereka setuju dengan warna dasar formulir. Menurut Huffman, berat bahan kertas harus standar untuk formulir, kertas yang digunakan sebaiknya yang tidak mudah robek dan warnanya cerah. Bahan yang standar untuk formulir yang diabadikan adalah HVS 80 gram.

Berdasarkan hasil observasi bahan yang digunakan pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas

Kutoarjo adalah kertas HVS 70 gram. Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa bahan untuk formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Purworejo belum sesuai dengan teori mengingat formulir tersebut merupakan formulir penting yang harus diabadikan. Akan tetapi berdasarkan wawancara dengan petugas rekam medis menyatakan bahwa sebaiknya tetap menggunakan kertas HVS 70 gram karena mengingat anggaran yang masih kurang.

Menurut Huffman, ukuran kertas standar formulir adalah ukuran A4 (WHO, 2002). Sedangkan ukuran kertas pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo adalah F4. Berdasarkan wawancara ukuran kertas F4 digunakan karena menyesuaikan untuk dengan ukuran map formulir yang digunakan.

Menurut Huffman, bentuk standar formulir adalah segi empat. Pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo menggunakan bentuk segi empat dengan posisi portrait. Bentuk ini sudah sesuai dengan teori yang menyatakan bentuk umum format formulir adalah segi empat.

3) Aspek isi formulir meliputi ; kelengkapan item, terminologi, singkatan, dan simbol.

Menurut Huffman, item pada formulir menyesuaikan pada struktur data atau isi data rekam medis yang telah ditentukan. Misalnya struktur data rekam medis rawat jalan adalah UACDS, ataukah kombinasi dengan dasar hukum terkait dengan isi rekam medis seperti yang ada pada Permenkes 269 tahun 2008. Item pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo sudah memuat data demografi dan data klinis pasien sudah sesuai dengan Permenkes 269 tahun 2008. Akan tetapi Berdasarkan wawancara dengan dokter dan perawat

menyatakan bahwa ada beberapa item pada formulir yang perlu dihilangkan yang meliputi item golongan operasi, item penyebab luar cedera dan morfologi

neoplasma keracunan, dan item pengobatan radio terapi/kedokteran nuklir dikarenakan pada penerapannya item tersebut tidak terpakai. Kemudian responden perawat juga menyatakan perlu ditambahkannya item nomor telepon penanggung jawab pasien.

Menurut Huffman, jika menggunakan istilah medis harus menggunakan istilah yang standar yang telah disepakati pada puskesmas tersebut. Pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo tidak terdapat istilah medis.

Menurut Huffman, penggunaan singkatan dalam desain formulir harus menggunakan singkatan yang standar. Singkatan tersebut harus disepakati dan dipahami oleh seluruh sumber daya di instansi tersebut. Berdasarkan wawancara dengan petugas rekam medis menyatakan bahwa di UPT Puskesmas Kutoarjo sudah ada penetapan standarisasi singkatan akan tetapi belum diterapkan pada formulir ringkasan masuk dan keluar dikarenakan formulir tersebut hanya menyalin dari percetakan. Sehingga penggunaan singkatan pada formulir ini belum sesuai teori.

Terdapat penggunaan beberapa simbol pada formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo yaitu : tanda penghubung (-), kurang dari (<), lebih dari (>), dan garis miring (/). Penggunaan simbol pada formulir ini sudah sesuai dengan standar yang digunakan.

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

Didapatkan kesimpulan bahwa :

- a. Desain formulir Ringkasan Masuk dan Keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo berdasarkan aspek anatomi : Bagian heading perlu ditambahkan nomor edisi formulir untuk mengetahui identitas dari formulir tersebut. Tidak terdapat introduction karena sudah dijelaskan pada sub judul. Tidak terdapat instruction sehingga perlu ditambahkan , dan

bagian body untuk margin dan spasi belum sesuai dengan teori, sehingga perlu disesuaikan lagi. Pada bagian close perlu ditambahkan item tempat dan tanggal penulisan untuk keabsahan autentifikasi.

- b. Desain formulir Ringkasan Masuk dan Keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo berdasarkan aspek fisik :Bahan kertas formulir menggunakan kertas HVS 70 gram. Untuk ukuran formulir menggunakan kertas F4 dikarenakan menyesuaikan dengan map formulir.
- c. Desain formulir Ringkasan Masuk dan Keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo berdasarkan aspek isi :Untuk kelengkapan item formulir terdapat item yang perlu ditambahkan yaitu item nomor telepon penanggung jawab pasien dan ada beberapa item yang tidak terpakai sehingga perlu dihilangkan. Tidak terdapat terminology medis pada isi formulir dan singkatan yang digunakan belum menggunakan standarisasi.

Saran

Hasil dan pembahasan yang penulis lakukan, desain formulir ringkasan masuk dan keluar di UPT Puskesmas Kutoarjo ada baiknya untuk dilakukan :

- a. Peninjauan ulang terhadap formulir setiap tahunnya.
- b. Re-desain formulir ringkasan masuk dan keluar yang sesuai dengan teori seperti yang penulis desain. Hasil re-desain penulis dapat dijadikan sebagai
- c. pertimbangan untuk mendesain ulang formulir ringkasan masuk

dan keluar.

5. Ucapan Terimakasih

Terima kasih disampaikan kepada Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah memfasilitasi penelitian ini. Terima kasih kepada Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, dan keluarga yang telah mendukung jalannya penelitian ini.

6. Daftar Pustaka

- Budi, Savitri Citra. 2013. *Modul Desain Formulir Rekam Medis*. Yogyakarta : Universitas Gajah Mada.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis*. Jakarta : Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *tentang Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Depkes RI.
- Hatta, Gemala.R. 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Indradi S, Rano. 2013. *Materi Pokok Rekam Medis*. Tangerang Selatan.
- Notoatmojo, Soekidjo. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Permenkes RI Nomor 75 tahun 2014 tentang *Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Permenkes RI Nomor 55 tahun 2013 tentang *penyelenggaraan pekerjaan perekam medis*.
- Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang *Rekam Medis*.
- Rozaqi, Achmad Wasi'an. 2016. *Analisis Desain Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar(RM 1) Rawat Inap Di RSUD Kota Salatiga*. Semarang.
- Siswati, Sri. 2013. *Etikadan Hukum Kesehatan Dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan*. Jakarta : Raja Grafindo Persada.

Review of Ergonomic Aspect of Filing Room Based on Filing Officers Anthropometry to the Occupational Health and Safety (OHS)

Tinjauan Aspek Ergonomi Ruang *Filing* Berdasarkan Antropometri Petugas *Filing* terhadap Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Petugas

Adhani Windari¹⁾
Edy Susanto²⁾
Elise Garmelia³⁾
Hidayatul Maula⁴⁾

^{1,2,3,4)}Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirta Agung ; Pedalangan ; Banyumanik ; Semarang
E-mail : dhanisadono@gmail.com

Abstract

The filing service is an important part of the Medical Record Unit, especially for medical record keeping. A good filing arrangement is required to facilitate the work of the officer. Spatial filing should be done based on the aspect of ergonomic and anthropometry of the officers so it's not causing OHS risk for the officers. Ergonomic aspects of filing room in RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta not in accordance with anthropometry officers, it can lead to decreased work /productivity officer. The purpose of this research is to review the aspect of ergonomic filing space based on the anthropometry of filing officer toward aspect of OHS. This type of research including to the case study research. Methods of data collection are observation and interview. Data were analyzed using statistical analysis which was description. The results showed that the management, equipment and temperature and humidity filing room in RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta is in accordance with the theory except for the tool footing. The size of the medical record storage rack is not ergonomic compared to the anthropometry of the filing officer. However, the height and width of sub racks are in accordance with the dimensions of the medical record file. The risk of OHS that can be happen by filing officers are fire, wedged roll o'pack, falling from the tool footing, pain of leg and hand, nape pain, itching, scratches due to scratches, visual impairment, shortness of breath and throat hoarse.

Keywords: Ergonomic Aspect, Anthropometry, OHS

Abstrak

Pelayanan *filing* adalah salah satu bagian penting dari Unit Rekam Medis, terutama untuk pemerliharan rekam medis. Penataan ruang *filing* yang baik dibutuhkan untuk memudahkan pekerjaan petugas. Penataan ruang *filing* harus dilakukan berdasarkan aspek ergonomis dan antropometri petugas agar tidak menimbulkan risiko K3. Aspek ergonomi di ruang *filing* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum sesuai dengan antropometri petugas, hal tersebut dapat menyebabkan penurunan produktivitas kerja petugas. Tujuan penelitian ini adalah meninjau aspek ergonomi ruang *filing* berdasarkan antropometri petugas *filing* terhadap aspek K3 petugas. Jenis penelitian ini adalah penelitian studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan metode observasi dan wawancara. Data dianalisis menggunakan analisa statistik yang bersifat deskripsi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengelolaan, perlengkapan serta suhu dan kelembaban ruang *filing* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah sesuai dengan teori kecuali untuk alat bantu pijakan. Ukuran rak penyimpanan rekam medis tidak ergonomis dibandingkan antropometri petugas *filing*. Namun tinggi dan lebar sub rak penyimpanan sudah sesuai dengan dimensi rekam medis. Adapun risiko K3 yang dapat dialami petugas *filing* antara lain kebakaran, terjepit roll o'pack, terjatuh dari alat bantu pijakan, kaki dan tangan pegal, nyeri tengkuk, gatal-gatal, luka akibat tergores, gangguan penglihatan, sesak nafas dan tenggorokan serak.

Kata Kunci : Aspek Ergonomi, Antropometri, K3

1. Pendahuluan

Rekam medis menurut Permenkes 269 tahun 2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Pada bab III pasal 5, disebutkan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Oleh karena itu setiap sarana pelayanan kesehatan diwajibkan menyelenggarakan rekam medis dimana penyelenggaraannya dikelola oleh unit rekam medis.

Unit rekam medis merupakan salah satu unit vital di dalam rumah sakit. Salah satu garis koordinasi unit rekam medis yang penting adalah *filing*. *Filing* adalah sub unit dalam rekam medis yang berfungsi sebagai penyimpan, penyedia dan pelindung agar informasi medis dalam rekam medis aman, baik secara fisik maupun secara isi. Rekam medis adalah catatan kesehatan pasien yang termasuk dalam arsip vital.

Unit rekam medis khususnya *filing* mempunyai peran penting dalam pemeliharaan rekam medis terutama dalam hal penyimpanan dan perlindungan rekam medis. Penyimpanan rekam medis dapat berjalan dengan baik apabila fasilitas penunjang dalam kegiatan penyimpanan tersedia dan lingkungan kerja mendukung sehingga dapat memudahkan dalam pengambilan, penyediaan dan penyimpanan rekam medis.

Kemudahan tersebut dapat dilakukan dengan penataan ruang kerja yang baik dengan memperhatikan aspek ergonomi. Ergonomi atau ilmu ergonomika adalah studi tentang manusia untuk menciptakan sistem kerja yang lebih sehat, aman dan nyaman. Aspek ergonomi suatu ruang kerja harus disesuaikan dengan aspek

antropometri atau dimensi tubuh manusia. Hal tersebut bertujuan untuk memberikan kenyamanan dan keamanan bagi petugas dalam bekerja. Kenyamanan dan keamanan dalam bekerja dapat meningkatkan produktivitas kerja petugas dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Ruang kerja yang tidak memperhatikan aspek ergonomi dan antropometri dapat menimbulkan risiko keselamatan dan kesehatan kerja (K3) baik dari segi bahaya kondisi lingkungan fisik, sikap dan cara kerja.

Studi pendahuluan penulis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, petugas *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berjumlah 5 orang. Penerapan jam kerja petugas menggunakan sistem *shift* yang terbagi dalam *shift* pagi (07.00-14.00 WIB), siang (14.00-21.00 WIB) dan malam (21.00-07.00 WIB). Pelayanan *filing* selama 24 jam ini membuat beban kerja petugas *filing* bertambah mengingat dijalankannya program pendaftaran pasien secara online 7 hari sebelum hari pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, sehingga setiap hari, selain menyiapkan rekam medis pasien untuk hari ini, petugas juga harus menyiapkan rekam medis pasien *booking* untuk hari berikutnya. Hal tersebut menyebabkan petugas harus bekerja dengan cepat dan tepat agar rekam medis pasien hari ini dan hari berikutnya siap digunakan.

Pengamatan yang penulis lakukan, rak penyimpanan rekam medis di ruang *filing* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terlalu tinggi apabila dibandingkan dengan tinggi badan petugas. Untuk membantu petugas dalam mengambil rekam medis di rak paling atas disediakan kursi pijakan, namun kursi tersebut kurang aman sehingga memungkinkan adanya risiko jatuh, terkilir dan sebagainya.

Selain itu ruangan yang sempit juga menyebabkan jarak antar rak terlalu dekat, dengan jarak rata-rata yaitu 60 cm dan jarak untuk akses jalan petugas antara

rak satu dengan yang lain sempit yaitu 77 cm. Ukuran tersebut belum sesuai dengan jarak ideal menurut teori Ery Rustiyanto dan Warih Ambar Rahayu (2011). Oleh karena itu, penyesuaian aspek ergonomi dan antropometri di ruang *filing* sangat penting dilakukan sebagai bentuk manajemen risiko terhadap Keselamatan dan Kesehatan Kerja petugas *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian studi kasus (*case study*) yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Jenis penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran ruang *filing* berdasarkan aspek ergonomi dan antropometri terhadap kesehatan dan keselamatan kerja petugas *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Januari-April 2018 di ruang *filing* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Subjek dalam penelitian ini adalah 5 orang petugas *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Objek dalam penelitian ini adalah ruang *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Metode pengumpulan data menggunakan metode observasi dan wawancara. Analisis dilakukan dengan analisis statistik yang bersifat deskripsi.

3. Hasil dan Pembahasan

Sistem penyimpanan rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dilakukan secara sentralisasi yaitu sistem penyimpanan dimana semua rekam medis pasien disimpan dalam satu berkas dan satu tempat, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap. Sistem penjabaran yang digunakan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah *Terminal Digit Filing* (TDF), yaitu sistem penyimpanan rekam medis dengan mensejajarkan folder rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medis pada dua angka atau dua digit kelompok

terakhir. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki ruang *filing* dengan rak berjumlah 16 rak kayu dua muka dan 8 rak *rool o'pack*. Penulis telah melakukan pengamatan dan pengukuran terhadap aspek ergonomi ruang *filing* dan antropometri petugas *filing* serta wawancara terhadap petugas *filing* terkait Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Adapun item-item yang dilakukan pengamatan, pengukuran dan wawancara adalah sebagai berikut:

- a. Ergonomi Ruang *Filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
 - 1) Pengelolaan dan Perlengkapan di Ruang *Filing*
 - a) Struktur Bangunan
Struktur bangunan ruang *filing* di RS PKU Muhammadiyah kuat terpelihara dan bersih.
 - b) Atap
Atap ruang *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta kuat dan tidak bocor.
 - c) Dinding
Dinding ruang *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta kuat dan berwarna terang.
 - d) Langit-Langit
Langit-langit ruang *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta kuat, bersih dan berwarna terang.
 - e) Lantai
Lantai ruang *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta kuat, kedap air, permukaan rata, bersih dan tidak licin.
 - f) Keamanan Rekam Medis
Terdapat tanda peringatan "Selain Petugas Dilarang Masuk" di depan pintu ruang *filing* untuk menjamin kerahasiaan isi rekam medis.
 - g) Vektor Penyakit
Tidak terindikasi adanya sarang hewan yang merupakan vektor (pembawa) penyakit seperti serangga (kecoa, lalat, nyamuk) dan tikus di ruang *filing* RS

PKU Muhammadiyah
Yogyakarta.

h) Ukuran Rak/Sub Rak

Ukuran rak atau sub rak lebih tinggi dan lebar dibandingkan struktur, bentuk dan penjajaran rekam medis. Penjajaran rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dilakukan secara *potrait*.

i) Petunjuk Penyimpanan

Petunjuk penyimpanan rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menggunakan stiker nomor yang ditempelkan di setiap sisi samping rak

penyimpanan. Stiker nomor tersebut mudah digunakan dan dilihat.

j) *Tracer*

Tracer yang digunakan di ruang *filig* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terbuat dari bahan yang aman. *Tracer* yang digunakan terbuat dari bahan plastik.

k) Kode Warna Rekam Medis

Rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menggunakan kode warna dalam bentuk stiker untuk dua digit terakhir nomor rekam medis pasien. Selain itu, terdapat kode warna yang menunjukkan tahun terakhir rekam medis tersebut digunakan untuk membantu petugas *filig* dalam melaksanakan kegiatan retensi.

l) Mesin Penghancur Kertas

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tidak mempunyai mesin penghancur kertas karena pemusnahan rekam medis dilakukan oleh pihak ke tiga.

m) Alat Bantu Pijakan

Alat bantu pijakan di ruang *filig* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah bangku yang terbuat dari bahan plastik.

2) Suhu dan Kelembaban

Tabel 4.1 Hasil Pengukuran Suhu dan Kelembaban

Waktu	Suhu	Kelembaban
Pagi (06.30-07.00)	27°C	55%
Siang (12.30-13.00)	28°C	52%
Sore (16.30-17.00)	27°C	58%

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa suhu dan kelembaban di ruang *filig* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah ideal menurut teori Rustiyanto dan Warih Ambar (2011). Suhu ideal di ruang *filig* menurut teori Rustiyanto dan Warih Ambar (2011) adalah 18-28 °C dan kelembaban ideal adalah 40%-60%. Adapun rata-rata suhu dan kelembaban di ruang *filig* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah 27,3°C dan 55%.

3) Pencahayaan dan Kebisingan

Pencahayaan dan kebisingan tidak diukur secara ilmiah oleh penulis karena keterbatasan alat ukur. Berdasarkan hasil observasi yang penulis lakukan terdapat 9 buah lampu dengan daya 40 watt dan menggunakan tegangan 220 Volt di ruang *filig* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Setiap lampu ditempatkan diantara 2 lorong rak. Hal tersebut menyebabkan pencahayaan tidak merata. Adapun ruang *filig* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki tingkat kebisingan yang rendah, mengingat ruang karena ruang *filig* cukup tertutup. Hal tersebut sesuai dengan standar ILO (2013). Rendahnya tingkat kebisingan di ruang *filig* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta baik untuk mendukung kesehatan kerja petugas terutama berkaitan dengan gangguan pendengaran, baik gangguan pendengaran sementara ataupun permanen.

4) Rak Penyimpanan Kayu dan *Roll O'Pack*

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menggunakan dua jenis rak penyimpanan yaitu rak kayu terbuka dua muka

berjumlah 16 rak dan *roll o'pack* yang didalamnya terdiri dari 8 rak dua muka.

Adapun hasil pengukuran fisik terhadap rak penyimpanan kayu dan roll O'Pack adalah sebagai berikut

Tabel 4.2 Hasil Pengukuran Rak Penyimpanan dan Roll O'Pack

Peralatan	Ukuran (cm)	
	Rak kayu dua muka	Roll O'Pack
Panjang rak penyimpanan	175	300
Tinggi rak penyimpanan	245	235
Lebar Rak Penyimpanan	48	80
Tinggi Sub Rak	38	32
Lebar Sub Rak Penyimpanan	24	40
Jarak antar rak penyimpanan	57	62
Lorong antar rak untuk akses jalan petugas	71	82

Hasil pengukuran dimensi rekam medis diketahui bahwa rekam medis mempunyai panjang 30 cm dan lebar 23,5 cm.

b. Antropometri

Penyesuaian rak penyimpanan ruang *fling* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dilakukan oleh penulis berdasarkan perhitungan rata-rata,

Data antropometri petugas yang digunakan adalah ukuran panjang depan sebagai acuan ukuran panjang rak penyimpanan, ukuran jangkauan tangan ke atas digunakan sebagai acuan ukuran tinggi rak penyimpanan, ukuran panjang lengan bawah dan ukuran lebar rekam medis digunakan sebagai acuan ukuran lebar sub rak dan ukuran lebar bahu dan tebal badan digunakan sebagai acuan ukuran jarak antar rak penyimpanan. Hasil perhitungan penyesuaian ukuran rak terhadap antropometri petugas *fling* adalah sebagai berikut

Tabel 4.9 Perbandingan Hasil Pengukuran Aspek Ergonomi Terhadap Parameter Ideal Ruang *Filing*

Data Ergonomi	Hasil Pengukuran (cm) Rak Kayu O'Pack		Parameter	Ukuran Ideal (cm)	Keterangan
Panjang rak penyimpanan	175	300	Panjang Depa	144.09	Tidak Ergonomis
Tinggi rak penyimpanan	245	235	Jangkauan tangan ke atas	190.00	Tidak Ergonomis
Lebar Rak Penyimpanan	48	80	Panjang Lengan bawah	75.40	Tidak Ergonomis
Tinggi Sub Rak Penyimpanan	38	32	Panjang rekam medis	>30	Ergonomis
Lebar Sub Rak Penyimpanan	24	40	Lebar rekam medis	>23.5	Ergonomis
Jarak antar rak penyimpanan	57	62	Lebar bahu	99.88	Tidak Ergonomis
			Tebal badan	56.78	Ergonomis
Lorong antar rak untuk akses jalan petugas	71	82	Teori Rustiyah Dan Warih Ambar (2011)	180-200	Tidak ideal

c. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Petugas *Filing*

Berdasarkan hasil wawancara yang telah penulis lakukan kepada petugas *fling* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) petugas *fling* diketahui aspek keselamatan dan keluhan terkait kesehatan petugas *fling* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dapat diketahui berdasarkan tabel sebagai berikut:

Tabel 4.10 Pengendalian K3 Petugas *Filing* di RS PKU Muhammadiyah

Risiko K3	Pengendalian
Keselamatan Kerja	
Kebakaran	Pelatihan penanggulangan kebakaran Penyediaan APAR
Terjepit Roll O'Pack Jatuh dari alat bantu pijakan dan <i>tracer</i> terjatuh	Perbaikan tuas pemutar Penyediaan tangga lipat dari aluminium
Kesehatan Kerja	
Kaki, tangan pegal dan nyeri tengkuk	Istirahat sejenak, tidak mengerjakan beban ben sekaligus
Catal-Catal	Menggunakan sarung tangan dan rajin mencuci tangan dengan sabun atau <i>hand sanitizer</i>
Luka akibat tergores	Menggunakan sarung tangan
Sesak nafas dan tenggorakan serak	Menggunakan APD berupa masker

4. Kesimpulan dan Saran

a. Kesimpulan

- Aspek ergonomi ruang *fling* di RS PKU Muhammadiyah antara lain pengelolaan dan perlengkapan ruang *fling* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah sesuai dengan teori yang ada kecuali untuk alat bantu pijakan. Suhu dan kelembaban di ruang *fling* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah ideal, tingkat kebisingan rendah, namun pencahayaan tidak merata.
- Berdasarkan data antropometri petugas di ruang *fling* RS PKU Muhammadiyah, disimpulkan bahwa:
 - Panjang rak penyimpanan tidak ergonomis
 - Tinggi rak penyimpanan tidak ergonomis dibandingkan ukuran

- c) jangkauan tangan ke atas petugas *filing*.
 - d) Lebar rak penyimpanan tidak ergonomis dibandingkan panjang lengan bawah petugas *filing*.
 - e) jarak antar rak penyimpanan tidak ergonomis dibandingkan dengan lebar bahu petugas *filing*.
 - f) Ukuran tinggi dan lebar sub rak sudah ergonomis dibandingkan dengan ukuran panjang dan lebar rekam medis.
- 3) Aspek Keselamatan dan Kesehatan Kerja petugas *filing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terdiri atas risiko keselamatan meliputi kebakaran, terjepit *roll o'pack* dan terjatuh dari alat bantu pijakan. Adapun risiko kesehatan yang dialami oleh petugas *filing* antara lain kaki dan tangan pegal, nyeri tengkuk, gatal-gatal, luka akibat tergores, sesak nafas dan tenggorokan serak.
- b. Saran
- 1) Penyediaan alat bantu pijakan yang aman seperti tangga lipat alumunium sebagai alat untuk memudahkan petugas *filing* ketika mengambil rekam medis di bagian yang sulit dijangkau.
 - 2) Penyesuaian aspek ergonomi terhadap antropometri petugas *filing* untuk menjamin keamanan dan kenyamanan petugas dalam bekerja.
 - 3) Manajemen rumah sakit dan petugas *filing* khususnya, lebih memperhatikan aspek Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) petugas dengan penambahan lampu agar pencahayaan optimum, penyediaan peralatan kerja dan APD yang aman.

5. Ucapan Terimakasih

Dalam penyusunan artikel ini penulis banyak mendapat saran, kritik, dorongan, bimbingan serta keterangan-keterangan dari banyak pihak, yang menjadikan penulis dapat menyusun karya tulis ini dengan baik dan dapat dipertanggungjawabkan. Oleh karena itu dengan segala hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis mengucapkan terimakasih untuk seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

6. Daftar Pustaka

- Annis, J.F. & McConville, J.T. (1996). *Anthropometry*. Dalam: Battacharya.USA:Marcel Dekker Inc.
- Budi, Savitri Citra. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta:Quantum Sinergis Media
- Edna K.Huffman. (1994).*Health Information Management, Edisi 10*.Berwyn Illionis :*Physicians' record company*
- Hatta, Gemala (Ed). (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : UI Press
- International Labour Organization (ILO). (2013). *Keselamatan dan Kesehatan di Tempat Kerja Sarana untuk Produktivitas*. Jakarta : *International Labour Office*
- Ismaniar, Hetty. (2015). *Manajemen Unit Kerja untuk : Perekam Medis dan Informatika Kesehatan, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Keperawatan dan Kebidanan*. Yogyakarta : Deepublish
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor340/MENKES/KEP/III/2010. Jakarta : Republik Indonesia
- Keputusan Menteri Tenaga Kerja Republik Indonesia Nomor KEP.51/MEN/1999. Jakarta:Republik Indonesia
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1405 tahun 2002 tentang *Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja dan Perkantoran*. Jakarta : Republik Indonesia

- MacLeod, D. (1995). *The Ergonomics Edge*. USA: Van Nostrand reinhold, A Division of International Thomson Publishing Inc.
- Manuaba, A. (1998). *Bunga Rampai Ergonomi volume 1, Kumpulan Artikel*. Denpasar : Universitas Udayana.
- Notoadmodjo, Soekidjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurmianto, Eko. (2005). *Ergonomi Konsep Dasar dan Aplikasinya Edisi Kedua*. Surabaya:Guna Widya
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 48 tahun 2016 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja Perkantoran. Jakarta :Republik Indonesia
- Pheasant, S. (1988). *Body Space. Anthropometry, Ergonomics and Design*, Taylor & Francis. London.
- Pulat, B.M. (1992). *Fundamentals of Industrial Ergonomics*. Hall International. Englewood Cliffs. USA New Jersey.
- Roche, A. F. dan Davila, G. H., (1972). *Late Adolescent Growth in Stature, Pediatrics*, Vol. 50
- Rustiyanto, Ery dan Warih Ambar Rahayu. (2011). *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta : Politeknik Kesehatan Permata Indonesia
- Sutarman (1972). *Pengetrapan Ergonomi di Perusahaan*. Majalah Hiperkes dan Keselamatan Kerja, Jakarta: V(1)
- Tarwaka dkk. (2004). *Ergonomi untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Produktivitas*. Surakarta : UNIBA Press
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. Jakarta: Republik Indonesia
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2009 tentang Kearsipan .Jakarta:Republik Indonesia
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta:Republik Indonesia
- Wignsoebroto, Sritomo. (2006). *Ergonomi Studi Gerak dan Waktu*. Surabaya:Guna Widya
- Wijono, Djoko. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan (Teori, Strategidan Aplikasi) Vol. 2*. Surabaya : Airlangga University Press

Prediction of Visits of Outpatients in 2018-2022**Prediksi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2018-2022**

Warijan¹⁾
Elise Garmelia²⁾
Sri Lestari³⁾
Endah Dwi Lestari⁴⁾

^{1,2,3)} Poltekkes Kemenkes Semarang, ⁴⁾RS Kartika Husada Kudus
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
Email : warijan_kepblora@yahoo.com

Abstract

Based on the number of outpatient visits in 2013-2017 at RSUD RAA Soewondo Pati resulted in an average increase in the number of visits 17% each year. The increase in the number of visits caused in delays in some BPJS claim files. This research was conducted with the aim to know the prediction of outpatient visit year 2018-2022 in RSUD RAA Soewondo Pati. This research includes descriptive research with quantitative approach. Population of this research is data of outpatient visit and new outpatient visitor year 2013-2017 in RSUD RAA Soewondo Pati and become sample is all of the population. Information were obtained from hospital reports on daily ambulatory census recapitulation. Based on the results of the calculation, the average of outpatient visits every day in 2013-2017 in RSUD RAA Soewondo Pati has increased 17% every year, the average predicted visit every day in 2018-2022 has increased 9% every year, average clinic visits every day in 2018-2022 there are 22 clinics have increased, 2 clinics have decreased and 1 static clinic, the average prediction of new outpatient visitor in 2018-2022 has increased 9% every year and trend of outpatient visits and new visitor of outpatient the year 2018-2022 has increased every year even though the increase rate decreased by 1% every year.

Keywords : *Outpatient visits; new outpatient visitor*

Abstrak

Berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati menghasilkan rata-rata peningkatan jumlah kunjungan 17% setiap tahunnya. Kenaikan jumlah kunjungan mengakibatkan tertundanya beberapa berkas klaim BPJS. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui prediksi kunjungan pasien rawat jalan tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati. Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi dari penelitian ini adalah data kunjungan pasien dan pengunjung baru rawat jalan tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati dan yang menjadi sampel adalah keseluruhan data populasi. Data diperoleh dari laporan rumah sakit pada rekapitulasi sensus harian rawat jalan. Berdasarkan hasil perhitungan, rata-rata kunjungan pasien rawat jalan per hari tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati mengalami peningkatan 17% setiap tahunnya, prediksi rata-rata kunjungan pasien rawat jalan per hari tahun 2018-2022 mengalami peningkatan 9% setiap tahunnya, prediksi rata-rata kunjungan poliklinik per hari tahun 2018-2022 terdapat 22 klinik mengalami peningkatan, 2 klinik mengalami penurunan dan 1 klinik statis, prediksi rata-rata pengunjung baru rawat jalan tahun 2018-2022 mengalami peningkatan 9% setiap tahunnya dan *trend* kunjungan pasien dan pengunjung baru rawat jalan tahun 2018-2022 mengalami peningkatan setiap tahunnya meskipun angka peningkatan mengalami penurunan sebanyak 1% setiap tahunnya.

Kata kunci : *Kunjungan pasien rawat jalan; pengunjung baru rawat jalan*

1. Pendahuluan

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU No.44 Tahun 2009). Rumah sakit dalam rangka penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu baik menetapkan perencanaan strategis dalam pelaksanaannya.

Perencanaan strategis adalah proses manajemen menciptakan dan memelihara kesesuaian antara tujuan organisasi dengan sumber daya yang dimiliki guna menangkap peluang pasar yang selalu berkembang (Supriyanto & Ernawati, 2010). Guna menunjang tercapainya perencanaan strategis yang sudah dibuat, maka setiap rumah sakit seharusnya mempunyai dan merawat statistik rumah sakit terkini yang akurat.

Statistik rumah sakit yaitu statistik yang bersumber pada data rekam medis, sebagai informasi kesehatan yang digunakan untuk memperoleh kapasitas bagi praktisi kesehatan, manajemen dan tenaga medis dalam pengambilan keputusan (Rustiyanto, 2010). Hubungan statistik rumah sakit dengan rekam medis sangatlah erat. Unit rekam medis selain memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien, unit rekam medis juga berperan penting di dalam menyediakan data atau informasi tentang kegiatan pelayanan di rumah sakit. Data yang dihasilkan dari unit rekam medis tersebut dapat digunakan untuk mengolah data yang selanjutnya dapat digunakan untuk menyusun pelaporan rumah sakit.

Sumber data yang dihasilkan dari unit rekam medis antara lain tempat penerimaan pasien rawat jalan, unit rawat jalan, unit gawat darurat, tempat penerimaan pasien rawat inap, unit rawat inap, instalasi pemeriksaan penunjang, *assembling*, *filing* dan koding/indeksing. Sumber data rekam

medis yang sudah didapat kemudian diolah atau diproses untuk perhitungan statistik berdasarkan indikator-indikator pelayanan kesehatan untuk menghasilkan suatu informasi kesehatan yang efektif dan akurat.

Salah satu sumber data dari unit rekam medis yaitu unit rawat jalan. Unit rawat jalan atau poliklinik adalah salah satu bagian pelayanan klinis yang melayani pasien untuk berobat jalan (Shofari, 2008). Poliklinik di rumah sakit biasanya lebih dari satu sesuai dengan jenis pelayanan dokter dan pelayanan kesehatan lain tergantung kemampuannya.

Data yang dihasilkan di unit rawat jalan antara lain jumlah kunjungan baru dan lama serta pengunjung baru dan rawat jalan disetiap poli. Data yang didapat dari unit rawat jalan kemudian diolah menjadi sebuah informasi sebagai dasar pengambilan keputusan seperti prediksi kunjungan pasien dan pengunjung rawat jalan untuk beberapa tahun kedepan. Hasil prediksi selanjutnya dapat dijadikan bahan untuk melakukan perencanaan pengadaan sarana dan prasana kesehatan serta sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan.

RSUD RAA Soewondo Pati merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan milik Pemerintah Daerah Kabupaten Pati. RSUD RAA Soewondo Pati telah memenuhi standar akreditasi rumah sakit dengan predikat lulus tingkat Paripurna Bintang Lima berdasarkan Keputusan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Nomor KARS SERT/513/XII/2016 tanggal 22 Desember 2016. Jenis pelayanan kesehatan di RSUD RAA Soewondo Pati ada dua, yaitu pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat jalan menyediakan 30 poliklinik.

Berdasarkan hasil survey awal pada Bulan Desember di RSUD RAA Soewondo

Pati diketahui bahwa presentase peningkatan angka kunjungan pasien rawat jalan sebagai berikut :

Tabel 1. 1 Presentase Peningkatan Angka Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Tahun	2013	2014	2015	2016
Jumlah Kunjungan	85267	101000	135292	152874
Presentase Peningkatan	-	18%	34%	13%

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Angka tersebut menunjukkan bahwa angka kunjungan pasien rawat jalan di RSUD RAA Soewondo Pati setiap tahunnya mengalami peningkatan. Peningkatan angka kunjungan pasien kemungkinan akan terjadi setiap tahunnya sehingga perlu dilakukan perhitungan prediksi kunjungan pasien untuk lima tahun kedepan, sampai tahun 2022. Perhitungan dilakukan untuk menghindari terjadinya beban penyelesaian klaim yang semakin bertambah akibat kunjungan pasien BPJS yang terus meningkat. Proses klaim di RSUD RAA Soewondo Pati dilakukan setelah pasien selesai pelayanan. RSUD RAA Soewondo Pati bekerja sama dengan BPJS sejak tahun 2014. Berikut jumlah pasien BPJS tahun 2014-2016:

Tabel 1. 2 Jumlah Pasien BPJS Tahun 2014-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Tahun	2014	2015	2016
Jumlah Pasien	57427	72281	84489
Presentase Peningkatan	-	25.9%	16.9%

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Jam buka klinik sama dengan jam mulai kerja yaitu pukul 7.30 WIB dan selesainya mengikuti banyaknya kunjungan pasien sedangkan jam kerja di RSUD RAA Soewondo Pati selesai sampai jam 14.00 WIB. Kejadian tersebut

menyebabkan berkas koding tidak dapat terselesaikan pada hari itu juga dan dikerjakan keesokan harinya sehingga menyebabkan beban penyelesaian klaim semakin banyak . Perhitungan prediksi juga dilakukan dengan maksud agar kedepannya manajemen dengan mudah dapat melakukan pengambilan keputusan dalam melakukan pengadaan sarana dan prasana pelayanan kesehatan seperti pengadaan rekam medis rawat jalan dan pencetakan sarana pendaftaran serta perencanaan sumber daya manusia. Perhitungan prediksi dilakukan untuk lima tahun kedepan.

Peneliti tertarik melakukan penelitian dengan tema ini karena ingin mengetahui prediksi kunjungan pasien rawat jalan tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati mengingat RSUD RAA Soewondo Pati merupakan rumah sakit rujukan yang kemungkinan kunjungan pasien setiap tahunnya akan meningkat.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Metode pengumpulan yang digunakan adalah metode studi dokumentasi. Populasi dari penelitian ini adalah data kunjungan pasien dan pengunjung baru rawat jalan tahun 2013-2017 dengan sampel keseluruhan dari populasi. Analisis data menggunakan rumus analisis *trend linear* dengan metode kuadrat terkecil

3. Hasil dan Pembahasan Rata-rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Hari di RSUD RAA Soewondo Pati

a. Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Tabel 4. 1 Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati

No	Tahun	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan
1.	2013	85267
2.	2014	101000
3.	2015	135292
4.	2016	152874
5.	2017	159025

b. Hari Buka Rawat Jalan

Tabel 4. 2 Jumlah Hari Buka Rawat Jalan Tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati

No	Tahun	Jumlah Hari Buka Rawat Jalan (Hari)
1.	2013	295
2.	2014	296
3.	2015	299
4.	2016	299
5.	2017	294

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

c. Rata-Rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Hari

Rata-rata kunjungan pasien rawat jalan per hari adalah rata-rata kunjungan pasien rawat jalan

Tabel 4. 3 Rata-Rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Hari Tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati

No	Tahun	Rata-Rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Hari (Kunjungan)
1.	2013	289
2.	2014	341
3.	2015	452
4.	2016	511
5.	2017	541

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Rata-rata kunjungan per hari menunjukkan rata-rata kunjungan pasien rawat jalan per hari. Semakin tinggi rata-rata kunjungan rawat jalan rumah sakit, semakin besar beban kerja rumah sakit tersebut (Aritonang dkk, 2005). Dari pernyataan tersebut mengandung arti bahwa semakin besar kunjungan rawat jalan rumah sakit, maka semakin banyak juga sumber daya manusia yang dibutuhkan.

Prediksi Rata-Rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Hari Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati

Tabel 4. 4 Perhitungan Prediksi Rata-Rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Hari Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati

No	Tahun	Y	X	XY	X ²
1	2013	289	-2	-578	4
2	2014	341	-1	-341	1
3	2015	452	0	0	0
4	2016	511	1	511	1
5	2017	541	2	1082	4
	Jumlah	2134	0	674	10

Sumber : Data primer kunjungan pasien rawat jalan tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati

Tabel 4. 5 Prediksi Rata-Rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan Per Hari Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati

No	Tahun	Persamaan <i>Trend Linear</i>	Hasil
1.	2018	Y = 426.8 + 67.4(3)	629
2.	2019	Y = 426.8 + 67.4(4)	696
3.	2020	Y = 426.8 + 67.4(5)	764
4.	2021	Y = 426.8 + 67.4(6)	831
5.	2022	Y = 426.8 + 67.4(7)	899

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Prediksi rata-rata peningkatan kunjungan rencana strategi kedepan terkait progam yang mencapai 9% setiap tahunnya untuk lima menjaga mutu pelayanan kesehatan.

Tabel 4. 6 Jumlah Kunjungan Poliklinik Tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati

No	Poliklinik	Jumlah Kunjungan				
		2013	2014	2015	2016	2017
1.	Anak	19	21	23	26	28
2.	Dalam	108	125	143	160	177
3.	Paru	38	41	44	46	49
4.	Bedah Umum	42	45	48	51	54
5.	Bedah Orthopedi	24	27	31	34	37
6.	Kebidanan & Kandungan	24	26	28	30	33
7.	Kulit & Kelamin	15	17	19	21	23
8.	TIHT	18	18	19	20	21
9.	Mata	48	51	55	59	62
10.	Syaraf	41	44	47	50	53
11.	Gigi & Mulut	3	3	4	4	4
12.	Rehab Medik	8	10	11	12	14
13.	Psikiatri	28	31	35	38	42
14.	Psikologi	5	6	8	9	11
15.	Fisioterapi	19	22	25	28	32
16.	VCT	24	25	26	27	28
17.	Gizi	-1	-1	-1	-1	-2
18.	Tumbuh Kembang	10	12	14	16	18
19.	Geriatrici	2	2	2	2	2
20.	Hemodialisa	51	57	62	68	74
21.	IGD	51	57	62	68	74
22.	Infermitas	51	57	62	68	74
23.	Jantung	19	24	28	33	38
24.	IKB	1	0	-1	-2	-3
25.	Nyeri	5	6	8	9	11

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Lamiran 3 Jumlah Kunjungan Poliklinik Per Hari Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati

No	Poliklinik	Jumlah Kunjungan				
		2018	2019	2020	2021	2022
1.	Anak	7	9	12	16	15
2.	Dalam	15	31	78	80	77
3.	Paru	23	26	29	33	34
4.	Bedah Umum	28	31	32	38	39
5.	Bedah Orthopedi	8	11	13	18	21
6.	Kebidanan & Kandungan	15	14	17	21	22
7.	Kulit & Kelamin	6	8	10	9	15
8.	THT	13	14	16	18	15
9.	Mata	30	32	38	42	43
10.	Syaraf	25	28	32	35	37
11.	Gigi & Mulut	5	5	6	7	5
12.	Rehab Medik	1	2	5	6	6
13.	Psikiatri	11	14	18	22	24
14.	Psikologi	0	0	0	0	2
15.	Fisioterapi	3	9	2	10	19
16.	VCT	6	7	8	10	10
17.	Gizi	1	1	0	0	0
18.	Tumbuh Kembang	1	2	4	7	8
19.	Geriatric	2	2	2	2	2
20.	Akupunktur	0	0	0	0	0
21.	Haji	0	0	0	1	4
22.	Hemodialisa	22	27	35	42	43
23.	IGD	58	63	95	92	73
24.	Infertilitas	0	0	0	2	2
25.	Jantung	0	0	0	1	23
26.	IKB	11	8	0	0	0
27.	DM	0	0	0	0	0
28.	Barak Darah	0	0	0	0	0
29.	Rujukan	0	0	0	0	0
30.	Nyeri	0	0	0	0	2

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Perhitungan prediksi kunjungan per klinik dilakukan dengan tujuan mengetahui perkembangan pelayanan di klinik sehingga pihak rumah sakit dapat melakukan inovasi agar perusahaan (rumah sakit) dapat bereaksi terhadap perubahan pasar yang dinamis dan menciptakan atau mempertahankan daya saingnya

Prediksi Rata-Rata Pengunjung Baru Rawat Jalan Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati

Tabel 4. 7 Jumlah Pengunjung Baru Rawat Jalan Tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati

No	Tahun	Jumlah Pengunjung Baru Rawat Jalan
1.	2013	17455
2.	2014	20382
3.	2015	27980
4.	2016	31045
5.	2017	26241

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Tabel 4. 8 Perhitungan Prediksi Pengunjung Baru Rawat Jalan Tahun 2018-2022 RSUD RAA Soewondo Pati

No	Tahun	Y	X	XY	X ²
1.	2013	17455	-2	-34910	4
2.	2014	20382	-1	-20382	1
3.	2015	27980	0	0	0
4.	2016	31045	1	31045	1
5.	2017	26241	2	52482	4
Jumlah		123103	0	28235	10

Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Tabel 4. 9 Prediksi Pengunjung Baru Rawat Jalan Tahun 2018-2022 RSUD RAA Soewondo Pati

No	Tahun	Persamaan <i>Trend Linear</i>	Hasil
1.	2018	$Y = 24620.6 + 2823.5(3)$	33091.1
2.	2019	$Y = 24620.6 + 2823.5(4)$	35914.6
3.	2020	$Y = 24620.6 + 2823.5(5)$	38738.1
4.	2021	$Y = 24620.6 + 2823.5(6)$	41561.6
5.	2022	$Y = 24620.6 + 2823.5(7)$	44385.1

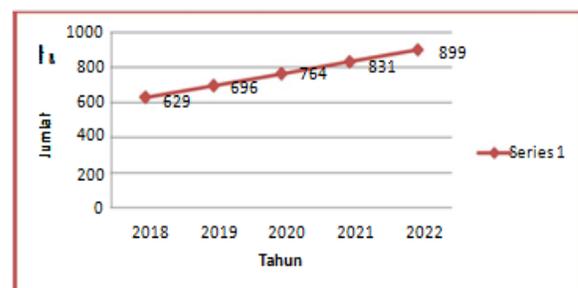
Data Sekunder Pasien Rawat Jalan Tahun 2012-2016 di RSUD RAA Soewondo Pati

Perhitungan prediksi pengunjung baru rawat jalan dilakukan dengan tujuan mengetahui ketertarikan masyarakat terhadap RSUD RAA Soewondo Pati untuk lima tahun kedepan. Hal tersebut kemudian dikaitkan dengan konsep pemasaran rumah sakit dengan target pasien

Trend Kunjungan Pasien dan Pengunjung Baru Rawat Jalan di RSUD RAA Soewondo Pati

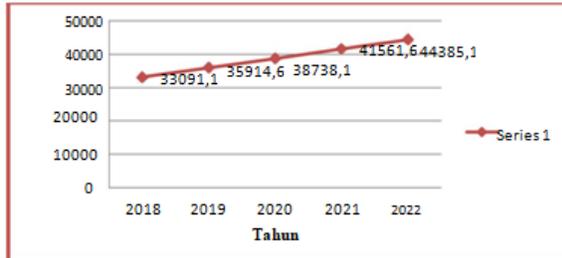
a. *Trend* Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati

Grafik 4. 1 *Trend* Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati



- b. *Trend* Pengunjung Baru Rawat Jalan Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati

Grafik 4.2 *Trend* Pengunjung Baru Rawat Jalan Tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati



4. Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

- Rata-rata kunjungan pasien rawat jalan per hari tahun 2013-2017 di RSUD RAA Soewondo Pati mengalami peningkatan 17% setiap tahunnya dan kemungkinan akan mengalami peningkatan untuk lima tahun ke depan sehingga pihak rumah sakit diharapkan melakukan analisis beban kerja mengingat semakin tinggi rata-rata kunjungan rawat jalan rumah sakit, semakin besar beban kerja rumah sakit tersebut.
- Prediksi rata-rata kunjungan pasien per hari tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati mengalami peningkatan 9% setiap tahunnya sehingga kedepan diharapkan dapat membuat rencana strategi terkait program menjaga mutu pelayanan kesehatan mengingat kepuasan pasien akan dicapai apabila mutu pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit baik.
- Prediksi rata-rata kunjungan poliklinik per hari tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati terdapat 22 klinik mengalami peningkatan, 2 klinik mengalami penurunan dan 1 klinik statis sehingga rumah sakit diharapkan untuk melakukan inovasi agar dapat bereaksi terhadap perubahan dan mempertahankan daya saingnya.

- Prediksi rata-rata pengunjung baru rawat jalan tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati mengalami peningkatan 9% setiap tahunnya sehingga pihak rumah sakit diharapkan untuk membuat perencanaan pemasaran untuk dapat menarik atau mempertahankan pasien mengingat konsep pemasaran merupakan orientasi rumah sakit berusaha untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan pasien serta menciptakan pelayanan yang memuaskan.
- Analisa *trend* kunjungan dan pengunjung baru rawat jalan tahun 2018-2022 di RSUD RAA Soewondo Pati mengalami peningkatan setiap tahunnya meskipun angka peningkatan mengalami penurunan sebanyak 0.7% setiap tahunnya sehingga rumah sakit diharapkan tetap atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan melaksanakan promosi.

Saran

- Rata-rata kunjungan pasien rawat jalan per haritahun2013-2017mengalami peningkatan dan kemungkinan peningkatan akan terjadi untuk lima tahun kedepan sehingga sebaiknya pihak rumah sakit melakukan analisis beban kerja setiap tahunnya untuk mengetahui apakah beban kerja setiap pegawai sudah sesuai apa belum.
- Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari tahun 2018-2022 diprediksikan akan mengalami peningkatan sehingga sebaiknya pihak rumah sakit selalu menjaga mutu pelayanan kesehatan yang membuat pengunjung tetap merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan seperti tetap menjaga keramahan pegawai terhadap pasien dan memberikan pelayanan yang optimal.

- c. Setiap klinik tidak semua mengalami peningkatan, terdapat 2 klinik mengalami penurunan dan 1 klinik statis sehingga sebaiknya pihak rumah sakit melakukan inovasi terkait bagaimana cara mengatasi bertambahnya jumlah kunjungan pasien setiap klinik seperti menambah ruang untuk klinik dengan jumlah kunjungan banyak dan melakukan penggabungan untuk klinik dengan jumlah kunjungan sedikit.
- d. Pengunjung baru tahun 2018-2022 diprediksikan setiap tahunnya mengalami peningkatan sehingga sebaiknya pihak rumah sakit melaksanakan perencanaan pemasaran untuk mempertahankan dan menarik pengunjung dengan mempromosikan pelayanan secara online.
- e. Jumlah kunjungan dan pengunjung baru diprediksikan akan meningkat sehingga sebaiknya pihak rumah sakit tetap menjaga mutu pelayanan kesehatan dan melakukan promosi kesehatan untuk mempertahankan dan menarik pasien dengan melakukan perencanaan pengadaan rekam medis rawat jalan, pencetakan sarana pendaftaran dan pemberian pelayanan yang nyaman dan memuaskan.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Allah SWT. yang telah senantiasa melimpahkan rahmat, hidayah serta inayah-Nya. Terima kasih juga disampaikan kepada kedua orang tua, kakak dan adik, dosen pembimbing, ketua jurusan, seluruh pegawai rekam medis dan informasi kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang, seluruh pegawai RSUD RAA Soewondo Pati, teman-teman dan seluruh pihak yang sudah terlibat dalam penulisan ini.

6. Daftar Pustaka

- Aritonang, Irianton. (2005). *Aplikasi Statistika Dalam Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan*. Yogyakarta:Politeknik Kesehatan Yogyakarta
- Azwar, Saifuddin. (2012). *Metode Penelitian*. Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Castro, Gregorio Martin-de, Pedro Lopez-Saez and Miriam Delgado-Verde. (2011). *Towards A Knowledge-Based View of Firm Innovation:Theory and Empirical Research, Journal of Knowledge Management*, Vol.15. No.6. h. 871-874
- Darroch, J. Dan R. McNaughton. (2002). *Examining the Link between Knowledge Management Practices and Types of Innovation, Journal of Intellectual Capital*, Vol.3, No.3, h. 210-222
- Dhewanto, wawan dkk. (2014). *Manajemen Inovasi*. Yogyakarta:Andi
- Herlambang, Susatyo. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta:Gosyen Publishing
- Kuncoro, Mudrajad. (2011). *Metode Kuantitatif*. Yogyakarta:UPP STIM YKPN
- Notoadmodjo, Soekidjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta:Rineka Cipta Putri,
- Alfin Luana. (2015). *Prediksi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2015-2019 di RS Panti Wilasa Dr. Cipto Semarang*.Semarang: Universitas Dian Nuswantoro
- Rahmawati, Isma. (2015). *Prediksi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Poli Mata (SEC) Tahun 2015-2019 di RSI Sultan Agung Semarang*. Semarang:Universitas Dian Nuswantoro
- Republik Indonesia. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta:Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

- Rindah, Vivi Rachma. (2016). *Prediksi Kunjungan Pasien Rawat Jalan Tahun 2016-2020 di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang*. Semarang: Poltekkes Kemenkes Semarang
- Rustiyanto, Ery. (2010). *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta:Graga Ilmu
- Sudra, Rano Indradi. (2010). *Statistik Rumah Sakit*. Graha Ilmu:Yogyakarta
- Sunyoto, Danang. (2013). *Statistik untuk Paramedis*. Bandung:Alfabeta
- Sunyoto, Danang. (2016). *Statistik Deskriptif dan Probabilitas*. Yogyakarta:Center for Academic Publishing Service)
- Supriyanto dan Ernawati. (2010). *Pemasaran Industri Jasa Kesehatan*. Yogyakarta:Andi
- Xu, J. Houssin R., E. Callaud dan M. Gardoni. (2010). *Macro Process of Knowledge Management for Continuous Innovation, Journal of Knowledge Management, Vol. 14, No. 4, h. 573-591*

**Accuracy of Determining Underlying Cause of Death Based on
Medical Mortality Data System**

**Keakuratan Penentuan Kode *Underlying Cause Of Death*
Berdasarkan
*Medical Mortality Data System***

**Linda
Widyaningrum¹⁾
Tyas Kuntari²⁾**

*^{1,2)}Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi
Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta
Bangsa Surakarta Jln KH Samanhudi No 93 Sondakan
Laweyan Surakarta*

Abstract

This article is retracted from Jurnal Rekam Medis dan informasi Kesehatan Volume 1, Nomor 2 by editor due to publication ethics misconducted by author (simultaneously publication in other journal). Similar article can be found at URL:

<http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk/article/view/2832>.

Artikel ini telah ditarik dari Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Volume, 1 Nomor 2 oleh editor dikarenakan kesalahan etika publikasi oleh penulis.. Artikel yang sama bisa ditemukan di URL :

<http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk/article/view/2832>.

Relationship to Completeness of Medical Information and Accuracy of the Diagnosis Code of Diabetes Mellitus

Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dan Keakuratan Kode Diagnosis *Diabetes Mellitus*

Warsi Maryati¹⁾

Aris Ocktavian Wannay²⁾

Devi Permani Suci³⁾

^{1,2,3)}Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta
Jl. K.H. Samanhudi No. 93 Sondakan Laweyan

Abstract

Completeness of medical information is very important in supporting the accuracy of the diagnosis code for diabetes mellitus. This study aims to determine the relationship between the completeness of medical information and the accuracy of the diagnosis code for Diabetes mellitus in hospitalization documents. This research is an analytical study with a cross sectional approach. The sample used was 84 documents with simple random sampling technique. Data analysis using Chi-Square. The percentage of completeness of medical information was 54.7% while the incompleteness of medical information was 45.3%. The highest incompleteness is in the 26 discharge summary (31%). Percentage accuracy of diagnosis code Diabetes mellitus is 29.8% while inaccuracy is 70.2%. The most inaccuracies are caused by incorrect in determining the type of Diabetes mellitus as many as 24 documents. Chi square statistical test showed that $p = 0.001$. The conclusion is that there is a relationship between the completeness of medical information and the accuracy of the diagnosis code for Diabetes mellitus. The author suggests that there should be coordination between medical record officers and other health workers to improve the completeness of medical information, coding officers are more thorough in coding and confirming to physician if the information is incomplete.

Keywords: *medical information; accuracy of the diagnosis code; diabetes mellitus*

Abstrak

Kelengkapan informasi medis sangat penting dalam menunjang keakuratan kode diagnosis diabetes mellitus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis Diabetes mellitus pada dokumen rawat inap. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional. Sampel yang digunakan sebanyak 84 dokumen dengan teknik simple random sampling. Analisis data menggunakan Chi-Square. Persentase kelengkapan informasi medis sebesar 54,7% sedangkan ketidaklengkapan informasi medis sebesar 45,3%. Ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir ringkasan pulang sebanyak 26 dokumen (31%). Persentase keakuratan kode diagnosis Diabetes mellitus sebesar 29,8% sedangkan ketidakakuratannya yaitu sebesar 70,2%. Ketidakakuratan paling banyak disebabkan karena salah dalam penentuan tipe Diabetes mellitus yaitu sebanyak 24 dokumen. Uji statistik chi square menunjukkan bahwa $p = 0,001$. Kesimpulannya adalah ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis Diabetes mellitus. Penulis menyarankan sebaiknya ada koordinasi antara petugas rekam medis dan tenaga kesehatan lainnya untuk meningkatkan kelengkapan informasi medis, petugas coding lebih teliti dalam mengkode dan mengkonfirmasi kepada dokter penanggungjawab apabila informasi yang dihasilkan kurang jelas.

Kata kunci: *informasi medis ;keakuratan kode diagnosis ; diabetes mellitus*

1. Pendahuluan

Pada masa globalisasi saat ini pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan. Salah satunya rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan memberikan pelayanan rawat inap kepada pasien melalui upaya pengobatan dan penyembuhan di masing-masing kelas perawatan atau bangsal. Oleh karena itu dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada pasien, rumah sakit harus ditunjang dengan sarana yang memadai salah satunya dengan menyelenggarakan rekam medis.

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan informasi tentang identitas pasien, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes RI, 2006). Rekam medis yang bermutu berperan penting dalam peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit salah satunya membantu dalam pengambilan keputusan serta digunakan sebagai acuan pengobatan pasien selanjutnya, terutama pada saat pasien itu berobat kembali. Rekam medis dikatakan bermutu apabila rekam medis tersebut akurat, lengkap, valid, dan tepat waktu.

Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis dalam menjaga mutu rekam medis adalah kelengkapan informasi medis yang berhubungan dengan riwayat penyakit pasien yang dimulai dari awal perawatan sampai pulang dari rumah sakit. Assembling salah satu bagian yang bertanggung jawab dalam pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis. Tugas bagian assembling salah satunya melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif agar tercipta dokumen rekam medis yang bermutu dan menggambarkan informasi medis yang lengkap yang didapat digunakan mendukung dalam pengkodean.

Pelaksanaan kodifikasi diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan

ICD-10 (WHO, 2016). Keakuratan kode diagnosis dan tindakan sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan pembayaran biaya kesehatan dengan sistem case-mix. Kode diagnosis yang tidak akurat akan menyebabkan data tidak akurat. Kode yang salah akan menghasilkan tarif yang salah. Pengkodean yang akurat diperlukan rekam medis yang lengkap. Keakuratan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis, ketepatan data diagnosis sangat penting di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian Rohman (2011) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap keakuratan kode diagnosis adalah informasi medis. Informasi medis yang dimaksud adalah pengisian kode diagnosis. Menurut penelitian Wariyanti (2014), kelengkapan informasi medis dan keakuratan dokumen rekam medis sangatlah penting, jika informasi medis dalam suatu dokumen rekam medis tidak lengkap, maka kode diagnosis yang dihasilkan menjadi tidak akurat. Menurut penelitian Maryati (2014), menyatakan bahwa kelengkapan pengisian lembar ringkasan keluar (resume dokter) dipengaruhi oleh karakteristik pengetahuan dokter tentang rekam medis.

Diabetes merupakan penyakit metabolik yang ditandai dengan kadar gula darah yang tinggi (hiperglikemia) yang diakibatkan oleh gangguan sekresi insulin, dan resistensi insulin atau keduanya. Prevalensi DM menurut WHO, bahwa lebih dari 382 juta jiwa orang di dunia telah mengidap penyakit diabetes mellitus. Prevalensi DM di dunia dan Indonesia akan mengalami peningkatan, secara epidemiologi diperkirakan bahwa pada tahun 2030 prevalensi diabetes melitus (DM) di Indonesia mencapai 21,3 juta orang. Selain itu diabetes melitus menduduki peringkat ke enam penyebab kematian terbesar di Indonesia. Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2012, prevalensi

DM yang tergantung insulin (DM tipe 1) di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2012 adalah sebesar 0,06% dan prevalensi kasus DM tidak tergantung insulin (DM tipe 2) sebesar 0,55% pada tahun 2012.

Setiap rumah sakit sangat memperhatikan pentingnya kodifikasi salah satunya Rumah Sakit PKU Aisyiyah Boyolali adalah rumah sakit yang bertipe D dengan akreditasi paripurna yang terletak di Jl.Pasar Sapi Baru Singkil Karaggeneng Boyolali.Rumah Sakit PKU Aisyiyah Boyolali memiliki 2 petugas coding dengan lulusan D3 rekam medis dengan masa kerja yang berbeda-beda.

Berdasarkan survei pendahuluan yang peneliti lakukan di RS PKU Aisyiyah Boyolali kasus Diabetes mellitus pada tahun 2017 sebanyak 520.Tahun 2016 kasus Diabetes mellitus sebanyak 388 hal ini menunjukkan adanya peningkatan pada kasus Diabetes mellitus. Peneliti mengambil 10 sampel dokumen rekam medis kasus Diabetes mellitus pada tahun 2017 untuk diteliti kelengkapan dokumen rekam medis dan keakuratan kodenya. Berdasarkan hasil survey diperoleh persentase kelengkapan dokumen rekam medis kasus Diabetes mellitus sebesar 40% dan ketidaklengkapan dokumen rekam medis sebesar 60%.Ketidaklengkapan dokumen rekam medis disebabkan 50% tidak terisi di lembar ringkasan masuk dan keluar, 10% ketidaklengkapan pada formulir assesment medis.Persentase keakuratan kode diagnosis Diabetes mellitus sebesar 20% sedangkan ketidakakuratan kode diagnosis 80%. Ketidakakuratan kode diagnosis disebabkan karena 40% dokumen rekam medis tidak dikode, 10% salah kode Diabetes mellitus. 10% salah dalam penggunaan karakter ke 4 dan 20% tidak adanya penggunaan danger asteris dalam kode komplikasi.

Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk mengambil judul “Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Diabetes mellitus Pada Dokumen Rekam Medis

Rawat Inap di RS PKU Aisyiyah Boyolali Pada Tahun 2017”

2. Metode

Analisis dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik yaitu suatu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi.Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena atau antara faktor risiko dengan faktor efek, yang dimaksud faktor efek adalah suatu akibat dari adanya faktor risiko, sedangkan faktor risiko adalah suatu fenomena yang mengakibatkan terjadinya efek atau pengaruh (Notoatmodjo, 2012: 37).

Pendekatan penelitian yang digunakan adalah pendekatan Cross Sectional dimana variabel sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan. (Notoatmodjo, 2012 : 26).Variabel penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1.Kelengkapan informasi medis diagnosis Diabetes mellitus

a.Lengkap : tertulis diagnosis *Diabetes mellitus* pada RM 01 (Formulir Ringkasan Masuk Dan Keluar), RM 09 (Assasment Medis Rawat Inap) terisi lengkap berkaitan anamnesa yang berkaitan dengan *Diabetes mellitus*, RM 14 (CPPT) tertulis lengkap tentang *subjective, objective, assesment dan planning*, CPO tertulis lengkap tentang pemberian obat yang berkaitan dengan *Diabetes mellitus*, tertulis lengkap ringkasan medis pada ringkasan pulang dan adanya kelengkapan lembar pemeriksaan penunjang laboratorium darah mengenai hasil GDS atau GDP,kreatinin, urem, kolestrol dan pemeriksaan darah lainnya. Rumus persentase Lengkap adalah sebagai berikut:

$$\frac{\sum \text{Dokumen lengkap}}{\sum \text{dokumen yang di teliti}} \times 100\%$$

b.Tidak Lengkap : Tidak tertulis diagnosis *Diabetes mellitus* pada RM 01 (Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar), RM 09

(Assessment Medis Rawat Inap) tidak terisi lengkap berkaitan anamnesa yang berkaitan dengan *Diabetes mellitus* RM 14 (CPPT) tidak tertulis lengkap tentang *subjective, objective, planning dan assessment*, CPO tidak tertulis lengkap tentang pemberian obat yang berkaitan dengan *Diabetes mellitus*, tidak tertulis lengkap ringkasan medis pada ringkasan pulang dan tidak adanya kelengkapan lembar pemeriksaan penunjang laboratorium darah mengenai hasil GDS atau GDP, kreatinin, urem, kolestrol dan pemeriksaan darah lainnya. Rumus presentase Tidak Lengkap adalah sebagai berikut:

$$\frac{\sum \text{Dokumen Tidak Lengkap}}{\sum \text{dokumen yang di teliti}} \times 100\%$$

Cara ukur kelengkapan informasi medis menggunakan *checklist*. Skala datanya adalah nominal. Kategorikan tidak lengkap diberi bobot 0 dan lengkap diberi bobot 1.

2. Keakuratan kode diagnosis Diabetes mellitus

Kesesuaian kode diagnosis yang ditetapkan *coder* dengan kode yang ada di ICD-10.

a. Akurat ialah adanya kode diagnosis penyakit dan tepatnya pemberian kode berdasarkan aturan ICD-10. Rumus persentase akurat:

$$\frac{\sum \text{penulisan dokumen akurat}}{\sum \text{dokumen yang di teliti}} \times 100\%$$

b. Tidak akurat ialah tidak adanya dan tidak tepatnya pemberian kode diagnosis utama. Rumus persentase tidak akurat:

$$\frac{\sum \text{penulisan dokumen tidak akurat}}{\sum \text{dokumen yang di teliti}} \times 100\%$$

Cara ukur keakuratan kode diagnosis menggunakan *check list*. Skala datanya adalah nominal. Kategori tidak akurat diberi bobot 0 dan akurat diberi bobot 1.

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis Diabetes mellitus pada tahun 2017 yang berjumlah 520 dokumen rekam medis. Penetapan jumlah sampel menggunakan metode rumus Slovin dengan hasil perhitungan 84 dokumen rekam medis. Pengambilan sampel dilakukan secara *simple random sampling*.

Analisis yang digunakan meliputi analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012: 182). Analisis ini digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi tentang kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis kasus penyakit pada lembar ringkasan masuk dan keluar, data disajikan dalam tabel. Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012: 183).

Data hasil pengamatan terhadap kelengkapan informasi medis dan keakuratan kode diagnosis *Diabetes mellitus* akan diolah menggunakan SPSS dengan uji Chi-Square. Analisis dalam penelitian ini apabila nilai probabilitas (sig) < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dan keakuratan kode diagnosis kasus Diabetes mellitus. Apabila nilai probabilitas (sig) > 0,05 H_0 diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis kasus *Diabetes mellitus*.

3. Hasil dan Pembahasan

a. Kelengkapan Informasi Medis *Diabetes mellitus*

Implementasi pelaksanaan kelengkapan informasi medis di RS PKU Aisyiyah Boyolali belum maksimal. Penyebab ketidaklengkapan pengisian informasi dokumen rekam medis diantaranya dikarenakan

penulisan informasi medis oleh DPJP belum terisi maksimal karena waktu yang sempit, selain itu dalam pendokumentasian rekam medis dilaksanakan oleh banyak pemberi pelayanan kesehatan maka dapat terjadi ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. Hal ini sesuai dengan Pujihastuti (2014) yang mengatakan bahwa penyebab ketidaklengkapan pengisian informasi medis pada dokumen rekam medis diantaranya adalah waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, pasien Atas Permintaan Sendiri (APS).

Jumlah dan persentase kelengkapan dan ketidaklengkapan dokumen rekam medis adalah sebagai berikut :

- 1) Jumlah dan Persentase Kelengkapan Informasi Medis

Tabel 4.1
Kelengkapan Informasi Medis

No	Kelengkapan	Jumlah	Persentase %
1.	Lengkap	47	56%
2.	Tidak Lengkap	37	44%
Jumlah		84	100%

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 84 dokumen rekam medis, persentase kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *Diabetes mellitus* mencapai 56% atau sebanyak 47 dokumen, sedangkan ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *Diabetes mellitus* mencapai 44 % atau sebanyak 37 dokumen.

- 2) Kelengkapan Informasi Medis Berdasarkan Formulir yang Diteliti

Tabel 4.2
Kelengkapan Informasi Medis Per Formulir

No	Lembar Formulir	Lengkap	Persentase (%)	Tidak Lengkap	Persentase (%)
1.	RMK	77	91,6	7	8,4
2.	AMRI	80	95,2	4	4,7
3.	CPPT	84	100	0	0
4.	CPO	73	86,9	11	13,1

5.	RP	58	69	26	31
6.	Lab	84	100	0	0

Keterangan :

RMK : Ringkasan Masuk dan Keluar.

AMRI : *Assesment* Medis Rawat Inap.

CPPT : Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.

CPO : Catatan Pemberian Obat.

RP : Ringkasan Pulang.

Tabel 4.2 menunjukkan kelengkapan informasi medis per formulir. Kelengkapan formulir RMK sebanyak 77 dokumen (91,6%). Kelengkapan formulir AMRI sebanyak 80 dokumen (95,2%). Kelengkapan formulir CPPT sebanyak 84 dokumen (100%). Kelengkapan pada formulir Catatan Pemberian Obat sebanyak 73 dokumen (86,9%). Kelengkapan pada formulir Ringkasan Pulang sebanyak 58 dokumen (69%). Kelengkapan pada formulir laboratorium darah 84 dokumen (100%).

Berdasarkan *review* pelaporan pada item jam dan tanggal di RS PKU Aisyiyah Boyolali masih belum terisi lengkap. Hal ini tidak sesuai dengan Sudra (2014) yang mengatakan bahwa *review* pelaporan bertujuan untuk memeriksa kelengkapan semua bentuk laporan setiap hal yang didapatkan dari pasien yang harus dilaporkan misalnya anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang. Penting untuk diperhatikan, dalam setiap pencatatan pelaporan ini harus mencantumkan tanggal dan jamnya.

- b. Keakuratan Kode diagnosis *Diabetes mellitus*

Pemberian kode atau kodifikasi di RS PKU Aisyiyah Boyolali dilakukan oleh petugas *coding* berlatar belakang dari lulusan D3 Rekam Medis. Rata-rata dokumen rekam medis yang dikode oleh petugas *coding* dalam satu hari sejumlah 40 dokumen rekam medis rawat inap.

Hasil keakuratan kode diagnosis *Diabetes mellitus* di RS PKU Aisyiyah

Boyolali, sebagai berikut :

Tabel 4.3

Keakuratan Kode Diagnosis *Diabetes mellitus*

Hasil Analisis	Jumlah Dokumen	Persentase (%)
Akurat	25	29,8
Tidak Akurat	59	70,2
Jumlah	84	100

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa terdapat 25 dokumen rekam medis yang akurat (29,8%) dan 59 dokumen rekam medis yang tidak akurat (70,2%). Klasifikasi ketidakakuratan kode diagnosis dikelompokkan menjadi enam klasifikasi kode yang tidak akurat yaitu :

Tabel 4.4

Klasifikasi Ketidakakuratan Kode *Diabetes mellitus*

Klasifikasi Ketidakakuratan	Jumlah Berkas	Persentase (%)
Salah dalam penentuan tipe <i>Diabetes mellitus</i> .	24	40,6
Salah dalam penentuan komplikasi <i>Diabetes mellitus</i> .	2	3,4
Salah dalam penentuan tipe <i>Diabetes mellitus</i> dan komplikasi.	17	28,9
Tidak menggunakan kode dager dan asteris dalam komplikasi <i>Diabetes mellitus</i> .	1	1,7
Salah dalam penentuan tipe <i>Diabetes mellitus</i> dan tidak menggunakan kode dager asteris	14	23,7
Tidak di kode	1	1,7
Jumlah	59	100

1) Ketidakakuratan Karena Salah dalam Penentuan Tipe *Diabetes mellitus*

Klasifikasi kesalahan dalam penentuan tipe *Diabetes mellitus* disebabkan karena kesalahan dalam penentuan *Diabetes mellitus* tipe 2 (*Non Insulun Dependent Diabetes*

mellitus) sebanyak 13 dokumen, kesalahan dalam penentuan *Diabetes mellitus* Malnutrisi sebanyak 1 dokumen, dan kesalahan dalam penentuan *Diabetes mellitus* tanpa penyebutan tipe *Diabetes mellitus* sebanyak 10 dokumen.

Contoh kesalahan dalam penentuan tipe *Diabetes mellitus* adalah sebagai berikut :

a) Salah dalam Penentuan *Diabetes mellitus* tipe 2

Kesalahan dalam penentuan *Diabetes mellitus* tipe 2 dari 13 dokumen salah satunya adalah sebagai berikut :

Diagnosis Utama : DM Tipe 2

Diagnosis Sekunder: *Gastro*

Enteritis Acute
(GEA)

Kode RS : E10.9
A09

Kode Peneliti : E11.9
A09.9

Kesalahan kode karena tipe *Diabetes mellitus*, pengkodean di RS PKU Aisyiyah Boyolali menggunakan kode E10.9 sedangkan peneliti menggunakan kode E11.9 karena pada lembar ringkasan pulang menunjukkan diagnosis akhir *Diabetes mellitus* Tipe 2. Lembar catatan perkembangan perawatan pasien terintegrasi terdapat *hyperglycemia* dengan gula darah sementara 696 mg/dl. Lembar catatan pemberian obat pasien mendapatkan terapi kombinasi metformin dan insulin.

Kesalahan dalam pemberian tipe *Diabetes mellitus* disebabkan karena *coder* dalam menentukan tipe *Diabetes mellitus* hanya melihat terapi yang diberikan seperti adanya injeksi insulin apabila ada injeksi insulin maka IDDM dan apabila tidak ada injeksi maka NIDDM. Hal ini tidak sesuai

dengan penelitian Hangdiyanto (2014) yang mengatakan penggunaan obat diabetik untuk pengobatan *diabetes mellitus* tipe 2 yang paling banyak digunakan adalah insulin atau kombinasi antara insulin dengan obat *hyperglikemia* oral, pada terapi dengan penggunaan insulin kadar gula sewaktu melebihi 200 mg/dl.

Menurut Perkeni (2011) penggunaan insulin diperlukan pada saat keadaan dekompensasi metabolik berat, penurunan berat badan yang cepat, *hiperglikemia* berat yang disertai *ketoasidosis diabetik*, *hiperglikemia*, *hiperosmolar non ketotik*, gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal, stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, IMA *stroke*), gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat. Berdasarkan ICD-10, kode *Diabetes mellitus* tipe 2 atau *Non Insulin Dependent Diabetes mellitus* dinotasikan pada huruf E11.-.

b) Salah dalam Penentuan IDDM dengan DM Malnutrisi

Kesalahan dalam penentuan IDDM dengan DM Malnutrisi sebanyak 1 dokumen adalah sebagai berikut :

Diagnosis Utama : DM *Ulkus*
Komplikasi : Malnutrisi
Kode RS : E10.5
Kode Peneliti : E12.5

Kesalahan kode karena tipe *Diabetes mellitus*, pemberian kode di RS PKU Aisyiyah Boyolali menggunakan kode E10.5 sedangkan peneliti menggunakan kode E12.5 karena *Diabetes mellitus* Malnutrisi. Berdasarkan pemberian kode menurut ICD-10 untuk pemberian kode *Diabetes mellitus*. Kode diagnosis *Diabetes mellitus* malnutrisi diberi kode E12.-. Namun kode E12.- terdapat

tanda baca “.-“ (*point dash*) yang menunjukkan bahwa tersebut harus ditambah dengan kategori keempat agar kode menjadi lengkap, sehingga perlu merujuk pada ICD-10 volume 1 dengan kode E12.-, pada diagnosis akhir menunjukkan bahwa terdapat komplikasi *ulkus* dimana anamnesis pasien mengeluhkan adanya luka di pantat, pemeriksaan gula darah sementara menunjukkan 181 mg/dl dan gula darah 2 jam pp 145 mg/dl, maka peneliti memilih poin 5 sebagai komplikasi *ulkus* dan memberikan kode E12.5 yaitu Malnutrisi *Diabetes mellitus with peripheral circulatory complications diabeti ulcer* berdasarkan ICD -10.

c) Kesalahan Tipe karena Tanpa Penyebutan Tipe *Diabetes mellitus*

Kesalahan dalam penentuan tipe *Diabetes mellitus* karena tidak disebutkan tipe *Diabetes mellitus* terdapat 11 dokumen, dari 11 dokumen salah satunya adalah sebagai berikut :

Diagnosis Utama : DM *Ulkus*
Kode RS : E10.5
Kode Peneliti : E11.5

Pemberian kode di RS PKU Aisyiyah Boyolali menggunakan kode E10.5 sedangkan peneliti menggunakan kode E11.5 karena menurut ICD-10 CM tentang pemberian kode pada bab *endocrine* yaitu *Diabetes mellitus* terdapat note yang berbunyi “*If the type of diabetes mellitus is not documented in the medical record the default is E11.-, Type 2 diabetes mellitus*”, maka peneliti memberi kode E11.5. Kode diagnosis *Diabetes mellitus gangrene* yaitu E11 dengan karakter ke-4 yaitu poin 5 karena terdapat komplikasi *ulkus*, menurut Nurhanifah (2017) *ulkus* kaki

diabetik adalah kerusakan sebagian atau keseluruhan pada kulit yang dapat meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit *diabetes mellitus*. Kode dirujuk pada volume 1 E11.5 yaitu *Non-insulin diabetes mellitus with peripheral circulatory complications diabetic ulcer*.

2) Ketidakuratan Karena Salah dalam Penentuan Komplikasi *Diabetes mellitus*

Ketidakkuratan karena salah dalam penentuan komplikasi *Diabetes mellitus* sebanyak 2 dokumen, diantara 2 diagnosis salah pemberian kode dapat diambil contoh sebagai berikut:

Diagnosa Utama : DM Tipe 1
 Komplikasi : *Hypoglikemia tanpa coma*
 Kode RS : E10.0
 Kode Peneliti : E10.9
 E16.2

Peneliti memberi kode E10.9 karena komplikasi yaitu *Hypoglikemia* tanpa disertai dengan *coma*. Menurut Novitasari (2012) *hypoglicaemia* adalah keadaan dimana kadar glukosa darah di bawah normal sehingga menimbulkan *coma*. Pemberian kode di RS PKU Aisyiyah Boyolali belum sesuai berdasarkan ICD -10, dimana dalam pemberian kode untuk *hypoglicaemia* dengan *coma* terdapat pada poin 0 *With Coma*, namun dalam kasus diatas *hypoglicaemia* tanpa diikuti dengan *coma*, maka peneliti memberikan poin 9 *Without complication* untuk kasus tersebut dan *hypoglicaemia* dikode E16.2. Pemilihan karakter ke 4 sebagai komplikasi *Diabete mellitus* adalah poin 9 karena pada diagnosis akhir yaitu tertulis *Diabetes mellitus* tipe 1 dengan *hypoglicaemia* tanpa adanya *coma*. Anamnesis pasien

mengeluhkan lemas, ngliyer, pusing dan memiliki riwayat DM, pada pemeriksaan laboratorium gula darah sewaktu 75mg/dl, sehingga peneliti memberi kode E10.9.

Berasarkan analisis ketidakuratan pemberian kode pada klasifikasi salah dalam penentuan komplikasi atau karakter ke-4 selain salah dalam penentuan poin 9, peneliti juga menemukan kesalahan dalam poin ke 6 yaitu *With other specified complications* yang artinya komplikasi yang lain yang tidak diklasifikasikan, contohnya pada pada kasus *Diabetes mellitus* komplikasi dengan *hypertension*. Kode rumah sakit memberi kode E11.9 dan I10 sedangkan peneliti memebri kode E11.6 dan I15.2. Peneliti memilih poin 6 *With other specified complications* karena *hypertension* merupakan komplikasi *Diabetes mellitus* yang tidak diklasifikasikan.

Berdasarkan hasil wawancara kesalahan pemberian kode ini disebabkan karena *coder* dalam melakukan kodefikasi melihat lembar ringkasan masuk dan keluar, catatan perkembangan terintegrasi, ringkasan pulang dan pemeriksaan penunjang, namun dalam pelaksanaannya apabila pada lembar ringkasan pulang sudah lengkap maka *coder* hanya melihat lembar ringkasan pulang saja.

3) Ketidakakuratan Karena Salah dalam Penentuan Tipe *Diabetes mellitus* Dan Komplikasi

Ketidakkuratan pemeberian kode karena salah dalam penentuan tipe *Diabetes mellitus* dan komplikasi sebanyak 28,9 % atau 17 dokumen yang tidak akurat. diantara 17 diagnosis salah pemberian kode dapat diambil contoh sebagai berikut:

Diagnosis Utama : DM Tipe 2
 Komplikasi : *Hypertension*
 Kode RS : E10.9
 Kode Peneliti : E11.6

I15.2

Peneliti memberi kode E11.6 karena pada lembar ringkasan pulang ada diagnosis akhir tertulis DM tipe 2 dan terdapat komplikasi *Hypertension*. Kode di rumah sakit menggunakan E10.9 (*Insulin-dependent diabetes mellitus without complications*) sedangkan peneliti memberi E11.6 (*Non-insulin-dependent diabetes mellitus With other specified complications*). Kode diagnosis *Diabetes Mellitus type II* diberi kode E11.-. Namun kode E11.- terdapat tanda baca “.-” (*point dash*) yang menunjukkan bahwa kode tersebut harus ditambah dengan kategori keempat agar kode menjadi lengkap. Sehingga perlu merujuk pada ICD-10 volume 1 dengan kode E11.-

Kode E11 pada ICD-10 Volume 1 terdapat keterangan “*see before E10 for subdivision*” yang menjelaskan perlu penambahan kode karakter keempat dengan melihat pada bagian sebelumnya. Dokumen rekam medis tertulis DM tipe II komplikasi *Hypertension*. Menurut Tjandrawinata (2014) *hypertension* merupakan komplikasi *Diabetes mellitus* yang dapat memicu terjadinya komplikasi *Diabetes mellitus* lainnya seperti serangan jantung, retinopati, kerusakan ginjal, atau stroke. Maka peneliti memilih poin 6 *With other specified complications* untuk komplikasi *Diabetes mellitus* dengan komplikasi *hypertension*.

Kesalahan lain pada pemberian kode tidak akurat pada tipe dan komplikasi lainnya adalah sebagai berikut :

Diagnosis Utama : DM tipe 2
Neuropathy
Kode RS : E10.9
Kode Peneliti : E11.6 † M14.6*

Pemberian kode tidak akurat karena pada lembar ringkasan pulang tertulis *Diabetes mellitus* tipe 2 dan

terdapat komplikasi *neuropathy* yaitu gangguan pada sistem saraf dimana komplikasi *neuropathy* diklasifikasikan pada poin 6.

Contoh kesalahan tanpa penyebutan tipe dan salah komplikasi yaitu :

Diagnosis utama : DM *Ulkus pedis*
Komplikasi : *Neuropathy*
Kode RS : E10.5
Kode Peneliti : E11.7
E11.5
E11.6 † M14.6*

Kesalahan pada pemberian kode karena salah dalam penentuan tipe *Diabetes mellitus* tanpa disertai penyebutan tipe *Diabetes mellitus*. Penjelasan kesalahan tipe *Diabetes mellitus* pada halaman 116. Melihat kasus diatas peneliti memilih poin 7 *With multiple complications* karena terdapat komplikasi lebih dari satu yaitu ulkus dan *neuropathy*, sehingga kode diagnosis utama adalah E11.7, untuk kode E11.5 yaitu *diabetic ulkus* dan E11.6 † M14.6* yaitu *diabetic neuropathy* sebagai kode detail komplikasinya. Hal ini berdasarkan aturan ICD-10 volume 2 tentang *rules and guidelines for mortality and morbidity coding*, apabila Subkategori “.7” hanya digunakan sebagai kondisi utama jika berbagai komplikasi *diabetes* dicatat sebagai kondisi utama tanpa mengutamakan salah satu di antaranya, maka untuk masing-masing komplikasi bisa diberikan kode tambahan.

Pemberian kode di RS PKU Aisyiyah Boyolali belum sesuai dengan ICD-10. Akibat dari kesalahan dalam pemberian kode dapat mempengaruhi sistem pembiayaan dari BPJS karena tindakan atau terapi yang diberikan setiap diagnosis berbeda-beda sehingga dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit.

4) Ketidakakuratan karena tidak menggunakan kode *dager* dan *asteris*.

Ketidakakuratan pemberian kode karena tidak menggunakan kode *dager* dan *asteris* di RS PKU Aisyiyah Boyolali sebanyak 1 dokumen, diantara 1 diagnosis salah pemberian kode dapat diambil contoh sebagai berikut:

Diagnosis Utama : DM Tipe 2

Diagnosis Sekunder : GEA

Kode RS : E11.6
A09

Kode Peneliti : E11.6† M14.6*
A09.9

Peneliti memberi kode E11.6† M14.6* sedangkan rumah sakit memberikan kode E11.6. Lembar CPPT terdapat komplikasi *neuropathy* Pengkodean di RS PKU Aisyiyah Boyolali untuk pemberian kode komplikasi dengan kode *dager* hanya menuliskan kode *dager* saja tanpa diikuti kode *asterisk*.

Komplikasi *Neuropathy* perlu penambahan kode *asteris* M14.6* sehingga pemberian kode komplikasi *Diabetes mellitus* tipe 2 dengan *Neuropathy* berdasarkan ICD-10 yaitu E11.6† M14.6*. Kesalahan pemberian kode di RS PKU Aisyiyah Boyolali terdapat pada kurangnya kode *asteris* dalam komplikasi *Diabetes mellitus*.

Hal ini tidak sesuai dengan aturan ICD-10, menurut ICD-10 volume 2 "kode *dager* adalah kode primer digunakan untuk penyakit dasar dan *asteris* adalah kode tambahan untuk manifestasi penyakit dasar, pada kode *dager* dan *asteris*. ICD berprinsip bahwa *dager* merupakan kode primer dan harus selalu digunakan. Untuk pengkodean, *asterisk* tidak boleh digunakan sendiri". Dampak dari kesalahan dalam pemberian kode khususnya tidak menggunakan kode *dager* dan *asteris* yaitu dapat mempengaruhi

kualitas data statistik.

5) Ketidakakuratan karena salah dalam penentuan tipe *Diabetes mellitus* dan tidak menggunakan kode *dager* dan *asteris*.

Ketidakakuratan pemberian kode karena salah dalam penentuan tipe *Diabetes mellitus* dan tidak menggunakan kode *dager* dan *asteris* sebesar sebanyak 14 dokumen. Diantara 14 diagnosis salah pemberian kode dapat diambil contoh sebagai berikut :

Diagnosis Utama : DM
Neuropathy.

Kode RS : E10.6

Kode Peneliti : E11.6† M14.6*

Peneliti memberikan kode E11.6† M14.6* sedangkan kode RS memberikan kode E10.6 pada dokumen rekam medis tertulis bahwa pada lembar catatan perkembangan perawatan terintegrasi pada SOAP menunjukkan DM tipe dua dengan komplikasi *neuropathy*. GDS 278 mg/dl. Catatan pemberian obat menunjukkan obat *Hyperglukemik oral* yaitu *metformin* dan *glibenklamid*. Menurut Tjandrawinata (2014) *Metformin* merupakan obat *hyperglukemik oral* (OHO) golongan *bugianid* sebagai salah satu obat *Diabetes mellitus*, *metformin* mempunyai beberapa efek terapi antara lain menurunkan kadar glukosa darah melalui penghambatan produksi glukosa hati dan menurunkan resistensi insulin khususnya di hati dan otot. *Glimipirid* merupakan obat *hyperglukemik oral* golongan *sulfunioral* pengobatan *Diabetes mellitus* tipe 2. Pemberian kode di RS PKU Aisyiyah Boyolali tidak sesuai berdasarkan ICD-10 karena tidak menggunakan kombinasi kode *dager* dan *asteris*.

6) Ketidakakuratan Karena tidak di kode

Ketidakakuratan karena tidak dikode pada diagnosis *Diabetes mellitus* berjumlah 1 dokumen, ketidakakuratan karena tidak di kode adalah sebagai berikut :

Diagnosa Utama : DM *Ulkus*
 Kode RS : -
 Kode Peneliti : E11.5

Peneliti memberi kode E11.5 karena pada diagnosis tidak dicantumkan tipe *diabetes mellitus* sehingga peneliti memberi kode E11.5 berdasarkan aturan ICD 10-CM. pada anamnesis mengeluhkan ada luka di kaki kiri. GDS 205 mg/dl. Ringkasan pulang pada diagnosa akhir menunjukkan DM *ulkus*. Pada catatan pemberian obat tidak terdapat injeksi insulin. Pemberian kode di RS PKU Aisyiyah Boyolali tidak sesuai dengan ICD-10. Dampak dari dokumen rekam medis yang tidak dikode dapat menyebabkan dokumen rekam medis tidak lengkap berdasarkan *review* kuantitatif dan dapat mempengaruhi mempengaruhi kualitas data statistik.

Berdasarkan uraian ketidakakuratan kode diagnosis diatas ketidakakuratan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan. Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi ketepatan tarif *INA-CBG's* yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) di Indonesia. Apabila petugas kodifikasi (*coder*) salah dalam menetapkan kode diagnosis, maka jumlah pembayaran klaim juga akan berbeda. Tarif pelayanan kesehatan yang rendah tentunya akan merugikan pihak rumah sakit, sebaliknya tarif pelayanan kesehatan yang tinggi terkesan rumah sakit diuntungkan

dari perbedaan tarif tersebut sehingga merugikan pihak penyelenggara Jamkesmas maupun pasien (Suyitno, 2007).

c. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode *Diabetes mellitus*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap keakuratan kode *Diabetes mellitus* dengan kelengkapan informasi medis dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.11
 Tabulasi Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode *Diabetes mellitus*

Kelengkapan	Akurat		Tidak Akurat		N	p	OR
	n	%	n	%			
Lengkap	21	25	26	31	47		
Tidak Lengkap	4	4,8	33	39,2	37	0,001	6,663
Total	25	29,8	59	70,2	84		

Jumlah dokumen yang informasi medis terisi lengkap dan menghasilkan kode yang akurat sebesar 21 (25%), kelengkapan informasi medis yang lengkap dan menghasilkan kode yang tidak akurat sebesar 26 (31%), kelengkapan informasi medis yang tidak lengkap dan menghasilkan kode akurat sebesar 4 (4,8%), serta kelengkapan informasi medis yang tidak akurat menghasilkan kode tidak akurat sebesar 33 (39,2%).

Hasil uji *chi-square* terhadap hubungan antara kelengkapan informasi medis dan keakuratan kode diagnosis kasus *Diabetes mellitus* di RS PKU Aisyiyah Boyolali didapat hasil nilai *sig* = 0,001 dengan taraf kesalahan 0,05. Artinya, apabila nilai (*sig*) < 0,05 maka Hipotesis Nol (*Ho*) ditolak dan Hipotesis alternatif (*Ha*) diterima artinya ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dan keakuratan kode diagnosis kasus *Diabetes mellitus*. Berdasarkan perhitungan *odds ratio* dihasilkan *value* 6,663 yang artinya kelengkapan informasi medis dapat meningkatkan

6,663 kali terhadap keakuratan kode diagnosis.

Hubungan antara kelengkapan informasi medis dan keakuratan kode diagnosis kasus *Diabetes mellitus* yang telah diuji oleh peneliti menunjukkan hasil bahwa penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Pujiastuti (2014) yang menunjukkan ada hubungan kelengkapan pengisian informasi dengan keakuratan kode diagnosis penyakit dan tindakan pada dokumen rekam medis pasien rawat inap dan juga sejalan dengan penelitian Pepo dan Yulia (2015) mengenai kelengkapan penulisan diagnosis pada resume medis terhadap ketepatan pengodean klinis kasus kebidanan. Kelengkapan informasi medis sangat berpengaruh terhadap keakuratan kode diagnosis. Hal ini sejalan dengan penelitian Wariyanti (2014), menyatakan bahwa kelengkapan informasi medis dan keakuratan dokumen rekam medis sangatlah penting, jika informasi medis dalam suatu dokumen rekam medis tidak lengkap, maka kode diagnosis yang dihasilkan menjadi tidak akurat.

4. Simpulan dan Saran

a. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, dapat diambil kesimpulan bahwa :

- 1) Kelengkapan informasi medis pada kasus *Diabetes mellitus* sebanyak 47 (56%) dan ketidaklengkapan sebanyak 37 (44%).
- 2) Keakuratan kode diagnosis kasus *Diabetes mellitus* berjumlah 25 (29,8%) dan kode yang tidak akurat sejumlah 59 (70,2%).
- 3) Ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis *Diabetes mellitus* dengan nilai (sig) = 0,001.

b. Saran

- 1) Pengisian informasi medis sebaiknya diisi dengan lengkap agar dapat

menggambarkan informasi medis untuk mendukung dalam pemberian kode.

- 2) Petugas *coding* sebaiknya melihat informasi medis dalam dokumen rekam medis agar memperoleh kode yang lebih akurat, serta memperhatikan aturan pemberian kode berdasarkan ICD-10 agar dapat menghasilkan kode yang tepat.
- 3) Perlu adanya pelatihan *coding* terhadap petugas *coder* agar dapat meningkatkan keakuratan kode diagnosis.
- 4) Pembaharuan kebijakan dan SPO tentang analisis kuantitatif agar kelengkapan informasi medis dapat maksimal.

5. Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penelitian ini.

- a. Ketua Program Studi D3 RMIK Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta
- b. Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Duta Bangsa Surakarta
- c. Direktur Rumah Sakit PKU Aisyiyah Boyolali
- d. Kepala Unit Rekam Medis Rumah Sakit PKU Aisyiyah Boyolali

6. Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta : Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Dinkes, Jateng. 2012. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*. Dinkes Kesehatan.
- Hangdiyanto, A. 2014. Evaluasi Kerasionalan Pengobatan Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Pasien Rawat Inap di RSUP Prof.Dr.R.Kondou Manado Tahun 2013. *Jurnal Ilmiah*

- Farmasi*, Vol. 3, No. 2. hal 77-84.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Novitasari, R. 2012. *Diabetes Mellitus*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Maryati W. 2014. Hubungan Antara Karakteristik Dokter dengan Kelengkapan Pengisian Lembar Ringkasan Masuk Keluar, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan*. ISSN:2337-585X, Vol. 3 , No. 1. Hal 26-35.
- Nurhanifah, D. 2017. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ulkus Kaki Diabetik di Poliklinik Kaki Diabetik. *Healthy Mu Journal*, Vol. 1, No. 1, Hal.32-41.
- Pepo H. dan Yulia. 2015. Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketetapan pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* Vol 3 No 2; Hal 78-80.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI).2011. *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe2 di Indonesia 2011*. Jakarta
- Pujihastuti, A dan Rano I S. 2014. Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. Vol.3 ; No.1. Hal 60-64.
- Rohman H, Hariyono W, dan Rosyidah. 2011. Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama Dan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Rekam Medis Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesmas UAD* ISSN.1978-0575 Vol 5 No 2.
- Sudra, IR. 2014. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: UI
- Suyitno, G. 2007. *Membangun Sistem Casemix Tingkat Rumah Sakit (Experience Sharing)*. Kumpulan Makalah Seminar dan Pelatihan Sistem Casemix INADRG's. Yogyakarta.
- Tjandrawinata, R. 2014. Diabetes Mellitus. 'Medicinus Scientific' *Jurnal Of Parmaceutical Delolopment And Aplication*. Vol 2 No. 2.
- Wariyanti AS. 2014. Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013. Surakarta : Falkultas Ilmu Kesehatan UMS.
- World Health Organization. 2016. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision volume 1, 2 dan 3*. Geneva