

JURNAL

REKAM MEDIS DAN

INFORMASI KESEHATAN



Diterbitkan Oleh

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

Computerization of outpatient registration Web-based in the practice of doctor

Komputerisasi pendaftaran pasien rawat jalan Berbasis web di praktek dokter

Yunita Wisda Tumarta Arif ¹⁾

Agung Suryadi ²⁾

Meitasari³⁾

^{1,2,3)} *Fakultas Ilmu kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta*

E-mail : yunita_wisda@udb.ac.id

Abstract

The role of the medical record in the physician is the same as the role of the medical record in the hospital. At Agung Sutopo doctor's practice located at Jln. Prof. Soeharso No. 28 Boyolali opens a doctor's practice 2 times a day. At 6:00 a.m. to 11:00 there were an average visit of 80 patients and at 16:00 to 22:00 there were an average of 100 patients. Registration in the general practice of Agung's doctor Sutopo is still done manually. This causes the service and processing of patient registration data to be less effective and efficient because it causes the risk of incomplete or incorrect writing of the patient's identity as well as duplication of patient data because it is written repeatedly. Based on these problems, it is necessary to have a Computerized Registration of Web-Based Outpatient Patients in Practice Agung Agung Sutopo Boyolali with the aim of producing fast, precise and accurate information in order to improve the quality of health services in outpatient registration. The system development method used is the System Development Life Cycle (SDLC). The SDLC method is often referred to as a problem solving process. In the development of the system, it uses PHP to make the web display more dynamic. This research is expected to be able to provide benefits in the Medical Record Unit, especially in the outpatient patient registration section in the development of the Agung Doctor Sutopo Boyolali Practice.

Keywords: system; registration; medical record

Abstrak

Di Praktek dokter Agung Sutopo yang terletak di Jln. Prof. Soeharso No. 28 Boyolali membuka praktek dokter 2 kali dalam satu hari. Pukul 06.00-11.00 terdapat kunjungan rata-rata 80 pasien dan pukul 16.00-22.00 terdapat kunjungan rata-rata sebanyak 100 pasien. Pendaftaran di praktek umum dokter Agung Sutopo masih dilakukan secara manual. Hal ini menyebabkan pelayanan dan pengolahan data pendaftaran pasien menjadi kurang efektif dan efisien karena menyebabkan resiko ketidaklengkapan atau kesalahan penulisan identitas pasien serta terjadi duplikasi data pasien karena ditulis berulang-ulang. Berdasarkan permasalahan tersebut maka perlu adanya Komputerisasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Berbasis Web di Praktek dokter Agung Sutopo Boyolali dengan tujuan dapat menghasilkan informasi yang cepat, tepat dan akurat demi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam pendaftaran rawat jalan. Metode pengembangan sistem yang digunakan yaitu *System Development Life Cycle* (SDLC). Metode SDLC ini seringkali dinamakan juga sebagai proses pemecahan masalah. Dalam pembangunan sistem megguakan PHP untuk membuat tampilan web menjadi lebih dinamis. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat di Unit Rekam Medis khususnya di bagian pendaftaran pasien rawat jalan dalam pengembangan Praktek dokter Agung Sutopo Boyolali.

Kata kunci: sistem; pedaftaran; rekam medis

1. Pendahuluan

Pengolahan data secara komputerisasi akan memudahkan dalam melaksanakan pekerjaan. Dengan adanya komputer yang dilengkapi program aplikasi yang menunjang akan

memudahkan dalam menghasilkan informasi yang berkualitas. Penerapan teknologi informasi dalam bidang kesehatan yang dapat menghasilkan informasi yang cepat, akurat dan

tepat akan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan kepada pasien.

Praktek dokter umum merupakan pusat layanan tingkat pertama maka dari itu banyak pasien yang berobat. Peran rekam medis di dokter praktes sama dengan peran rekam medis di Rumah Sakit. Rekam medis harus berisikan informasi mengenai pelayanan apa saja yang diberikan kepada pasien secara lengkap. Rekam medis tidak hanya melakukan perekaman identitas pasien dan melaksanakan kegiatan pencatatan serta pelaporan saja tetapi perlu diperhatikan juga pada bagian pendaftaran yang merupakan tempat kontak pertama kali antara pasien dan petugas pelayanan kesehatan. Petugas pendaftaran bertanggungjawab dalam memberkan pelayanan yang cepat, tepat dan akurat sehingga dapat mengurangi kesalahan dalam pengolahan data yang dilakukan secara manual.

Hasil survei yang dilakukan di Praktek dokter Agung Sutopo yang terletak di Jln. Prof. Soeharso No. 28 Boyolali membuka praktek dokter 2 kali dalam satu hari. Pukul 06.00-11.00 terdapat kunjungan rata-rata 80 pasien dan pukul 16.00-22.00 terdapat kunjungan rata-rata sebanyak 100 pasien. Pendaftaran di praktek umum dokter Agung Sutopo masih dilakukan secara manual. Hal ini menyebabkan pelayanan dan pengolahan data pendaftaran pasien menjadi kurang efektif dan efisien karena menyebabkan resiko ketidakefektifan atau kesalahan penulisan identitas pasien serta terjadi duplikasi data pasien karena ditulis berulang-ulang. Berdasarkan permasalahan tersebut maka perlu adanya Komputerisasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Berbasis Web di Praktek dokter Agung Sutopo Boyolali dengan tujuan dapat menghasilkan informasi yang cepat, tepat dan akurat demi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam pendaftaran rawat jalan.

2. Metode penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif yaitu penelitian yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi didalam suatu populasi tertentu).

Tabel 2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1	Data Pasien	Pasien adalah konsumen atau

		pelanggan yang membutuhkan pelayanan dari sarana pelayanan kesehatan
2	Data dokter	Data yang terdiri dari data dokter yang merupakan data input dalam sistem pendaftaran pasien. Data yang dimaksud adalah dokter yang memberikan pelayanan kepada pasien di unit rawat jalan
3	Data Poliklinik	Data berisikan balai pengobatan umum (tidak untuk perawatan atau pasien penginap)
4	Data Wilayah	Data yang berisikan lokasi daerah yang dikuasai atau menjadi teritorial dari sebuah kedauatan
5	Data Cara Bayar	Data yang berisikan proses atau cara membayar
6	Data pendaftaran	Data yang diperoleh dari proses mendaftar, pencatatan nama, alamat dan sebagainya.

Metode pengembangan sistem yang digunakan yaitu *System Development Life Cycle* (SDLC). Metode SDLC dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Perencanaan sistem

Tahap perencanaan pada penelitian ini berupa studi penelitian terdahulu dengan cara observasi atau wawancara untuk mendukung kelengkapan teori dan pemahaman konsep dari kasus yang dihadapi. Tahapan dimulai dari usulan perubahan sistem, dan menyusun kerangka acuan kerja.

2. Analisis sistem

Pada tahap ini analisis bertujuan untuk mengumpulkan data, mengidentifikasi masalah, dan menganalisa kebutuhan dari sistem yang dibangun, sehingga dalam penelitian ini menghasilkan variabel-variabel yang mempengaruhi perancangan komputerisasi di Praktek Dokter.

3. Perancangan sistem

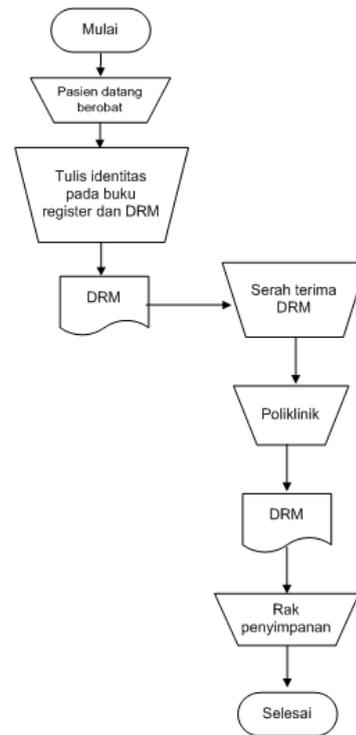
Pada tahap ini dilakukan beberapa kegiatan perancangan, yang meliputi:

- a. Perancangan Proses, yaitu tahap perancangan aliran data dengan menggunakan *flowchart* dan *Data Flow Diagram* (DFD)
 - b. Perancangan Basis Data, yaitu merancang tabel-tabel yang akan digunakan untuk menyimpan data.
 - c. Perancangan *Input*, yaitu merancang tampilan antar muka sistem yang akan dibangun.
 - d. Perancangan *Output*, yaitu merancang berbagai *output* berupa laporan yang akan dihasilkan.
4. Implementasi sistem
Perancang sistem melakukan pemasangan berbagai perangkat komputer dan program, melatih pemakai sistem dan menguji sistem.

3. Hasil dan Pembahasan

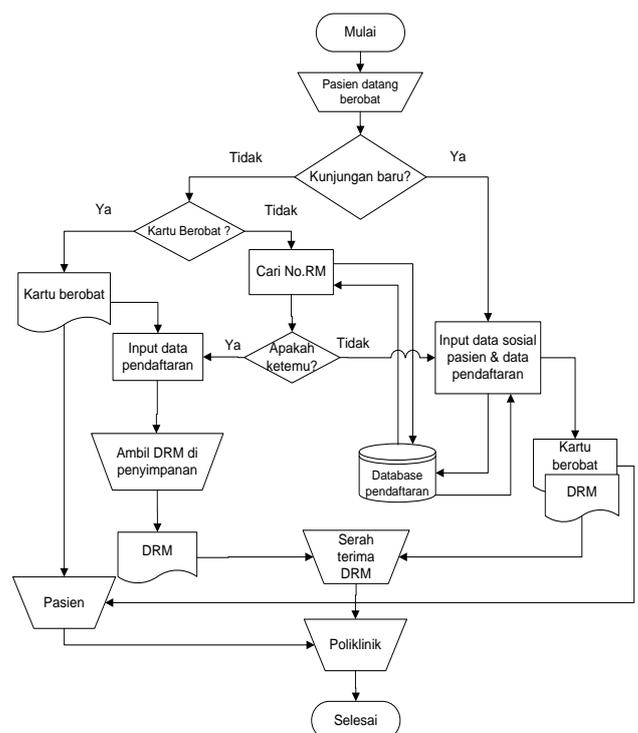
Rekam medis di Praktek Dokter Agung Sutopo Boyolali dilaksanakan pada bagian pendaftaran atau yang disebut bagian registrasi. Sebagai satu-satunya pengelola rekam medis di praktek umum ini, petugas pendaftaran memiliki tanggung jawab dalam penyediaan dokumen rekam medis pasien.. Rekam medis dikelola oleh bagian pendaftaran yaitu dengan menyediakan dokumen rekam medis atau yang disebut sebagai kartu status pasien dan menyimpannya ketika pasien telah usai dilayani oleh dokter yang melayani.

Sistem pendaftaran pasien Praktek Dokter Agung Sutopo Boyolali dilakukan secara manual, dalam pelaksanaannya terdapat berbagai macam kendala dalam pelayanan pendaftaran pasien. Kendala tersebut antara lain proses pendaftaran yang masih menggunakan buku register, penulisan identitas pasien masih berulang-ulang dan tidak ada nomor rekam medis. Pencatatan yang dilakukan oleh petugas di bagian pendaftaran, meliputi pencatatan pada kartu status pasien, mencatat data pasien di buku register. Penulisan identitas pasien dilakukan secara berulang-ulang sehingga kurang efektif dan efisien.



Gambar 1. Sistem yang berjalan di Praktek Dokter Agung Sutopo Boyolali

Alur proses sistem yang akan dibangun sebagai berikut:

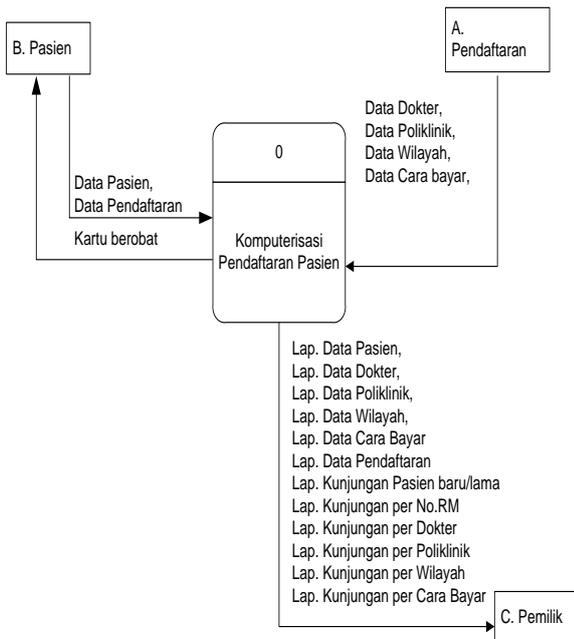


Gambar 2. Sistem Akan Yang Dibangun di Praktek Dokter Agung Sutopo Boyolali

Perancangan sistem adalah perencanaan penyusunan seluruh desain sistem yang terdiri dari *Data Flow*

Diagram (DFD), desain database, desain input, desain output, pengoperasian dan layar.

a. Diagram Konteks



Gambar 3. Diagram Konteks Komputerisasi Pendaftaran Pasien berbasis Web

b. Desain Form Input Data

1) Desain Form Input Data Pasien

Gambar 4 desain form input data pasien

Gambar 5. Desain Form Laporan Kunjungan Pasien Baru

Pembahasan

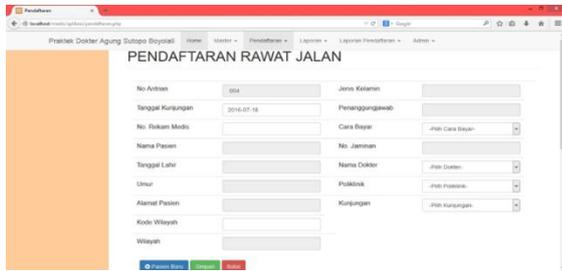
Pembahasan dalam penelitian ini berupa implementasi dari perancangan sistem berupa halaman website pendaftaran pasien di Praktek Dokter Agung Sutopo Boyolali:



Gambar 6 Form Menu Utama

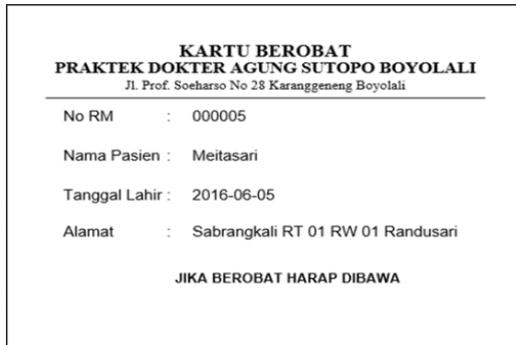
Gambar 7 Form Input Data Pasien

0
1



Gambar 8 Pendaftaran rawat jalan

Untuk mendaftar pasien, klik kolom No.RM, pilih No.RM. Tombol batal berfungsi untuk membatalkan transaksi pendaftaran. Setelah memilih No RM akan muncul data pasien yang meliputi No RM, Nama Pasien, Tanggal lahir, Umur, Jenis Kelamin, Alamat, Penanggungjawab, No. Telp, No_Jaminan. Setelah itu isi Nama Dokter, Nama Poliklinik, Wilayah dan Kunjungan pasien. Untuk menyimpan data, klik tombol Simpan.



Gambar 9 Cetak KIB



Gambar 10 Cetak Laporan Per No.Rekam Medis

4. Simpulan dan Saran

- Alur dan prosedur pendaftaran pasien di Praktek Dokter Agung Sutopo masih menggunakan sistem manual.
- Sistem pendaftaran yang dirancang dan diaplikasikan secara komputerisasi terdiri dari tabel pasien, tabel dokter, tabel poliklinik, tabel cara bayar, tabel wilayah dan tabel transaksi. Dan proses pengolahan pendaftarannya dengan

bahasa pemrograman dan basis data PHP.

- Komputerisasi pendaftaran pasien di Prakte Dokter Agung Sutopo Boyolali akan menghasilkan informasi berupa laporan data pasien, laporan data dokter, laporan data poliklinik, laporan data cara bayar, laporan data wilayah, laporan kunjungan pasien berdasarkan kebutuhan dan laporan data pendaftaran.

Saran

Perlu sosialisasi dan pelatihan khusus kepada petugas pendaftaran di Praktek Dokter Agung Sutopo Boyolali tentang komputerisasi pendaftaran yang akan digunakan untuk memudahkan dalam memperoleh informasi.

5. Daftar Pustaka

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medik Rumah Sakit di Indonesia*. 10 Desember 2006. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.

Fatta, Hanif Al. 2007. *Analisis dan Perancangan Sistem Informasi*. Yogyakarta: Penerbit Andi Offset.

Handayani, Maulia. 2013. *Perancangan dan Pembuatan Sistem Informasi Pasien Rawat Jalan pada Rumah Sakit Prince Nayef Bin Abdul Azis Syiah Kuala*. Banda Aceh: STIMIK U'Budiyah Indonesia.

Indriantoro. 2016. *Sistem Pendukung Keputusan Pemberian Beasiswa Supersemar Menggunakan Metode Promethee Berbasis Web (Study Kasus pada Fakultas Teknik Universitas Negeri Surabaya)*. Jurnal Manajemen Informatika Vol. V No. 1 Tahun 2016, (diakses di <http://ejournal.unesa.ac.id/article/18826/65/article.pdf> pada tanggal 10 Agustus 2016 Pukul 15.00)

Madcoms. 2013. *Kupas Tuntas Adobe Dreamweaver C56 dengan pemrograman PHP & MySQL*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho, Bunafit. 2014. *Pemrograman Web Membuat Sistem Informasi*. Yogyakarta: Gava Media.

- Nugroho, W., Dewi., Irnawati. 2014. *Pengenalan Dasar Perancangan, Desain & Pembuatan Sistem Informasi Rekam Medis pada Klinik Rawat Jalan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 269/MENKES/PER/III/2008. Rekam Medis. 12 Maret 2008. Jakarta : Menteri Kesehatan.
- Presiden Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004. *Praktek Kedokteran*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.
- Riyanto. 2014. *Membuat Aplikasi Mini Market Integrasi Barcode Reader dengan PHP & MySQL*. Yogyakarta: Gava Media.
- Sari, Inayah Shovia. 2013. *Sistem Informasi Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Salatiga*. Surakarta: APIKES.
- Setyorini, Dwi Apri. 2012. *Sistem Basis Data*. Surakarta: Duta Publishing Indonesia.
- Sudra, Rano Indradi. 2014. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Susanto, Gunawan., Sukadi. 2011. *Sistem Informasi Rekam Medis Pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Pacitan Berbasis Web*. Journal Speed, ISSN 1979-9330, Vol. III, No. 4, (diakses di <http://dx.doi.org/10.3112/speed/v3i4.9> pada tanggal 25 Januari 2016 Pukul 14.25 WIB)
- Tim Penyusun KBBI. 2003. *Kamus Besar Bahasa Indonesia edisi ketiga*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Tominanto. 2013. *Pengembangan Sistem Informasi Pengolahan Data Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Menggunakan Basis Data MySql (Studi Kasus pada Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta)*. Infokes, ISSN 2086-2628, Vol. III No.3, (diakses di <http://ejournalinfokes.apikescm.ac.id/index.php/infokes/article/download/57/57> pada tanggal 25 Januari 2016 Pukul 14.00 WIB)
- Yakub. 2012. *Pengantar Sistem Informasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Effectiveness of Placement of Responsible Medical Records in Each Ward To Medical Record Management

Efektifitas Penempatan Penanggung Jawab Rekam Medis Pada Setiap Bangsal Terhadap Pengelolaan Rekam Medis

Subinarto¹⁾
Monalisa²⁾
Anton Kristijono³⁾

^{1,3)}Poltekkes Kemenkes Semarang

²⁾RSUD Kelet

Jl. Tirto Agung ; Pedalangan ; Banyumanik ; Semarang

Email : subbagadum2911@gmail.com

Abstract

Medical Record is a very important part of a health service facility because medical records contain all information as long as patients are given care in health care facilities. Responsible for Medical Records (PJRM) are medical recorders who are placed in wards to work on medical record activities when patients are still being treated. The impact if the absence of medical recorders in the ward is to accumulate medical records in the medical record work unit, uncontrolled services, incomplete medical records. This study is a quantitative analysis, namely to determine the effectiveness of the person in charge of medical records in each ward on the management of medical records, meaning that each research subject is observed, the risk factors and impacts are measured according to circumstances or observations and how much potential losses or benefits to be received by the hospital. placed the PJRM in April 2018, completing the filling of medical records reaching 96%, in May 2018 reaching 99%, June 2018 reaching 99%. The number of pending claim data from BPJS Kesehatan in April 2018 decreased to 24%, May 2018 as much as 4% and June as much as 14%. Effectiveness of Placement of Responsible Medical Records in Each Ward Against Medical Record Management.

Keywords: Responsible for medical records; medical records

Abstrak

Rekam Medis merupakan bagian yang sangat penting dalam suatu sarana pelayanan kesehatan karena rekam medis memuat segala informasi selama pasien diberikan perawatan di sarana pelayanan kesehatan. Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM) adalah perekam medis yang ditempatkan di bangsal untuk mengerjakan kegiatan rekam medis ketika pasien masih dirawat. Dampak jika tidak adanya perekam medis di bangsal adalah menumpuknya rekam medis di unit kerja rekam medis, pelayanan yang tidak terkontrol, ketidak lengkapan rekam medis tinggi. Penelitian ini adalah analisis kuantitatif untuk mengetahui efektifitas dari penanggung jawab rekam medis yang berada di setiap bangsal terhadap pengelolaan rekam medis artinya setiap subyek penelitian diobservasi, faktor risiko serta dampak diukur menurut keadaan atau status pada saat observasi dan seberapa besar potensi kerugian atau keuntungan yang akan diterima oleh rumah sakit. Ditempatkannya PJRM pada bulan april 2018 kelengkapan pengisian rekam medis mencapai 96%, bulan mei 2018 mencapai 99%, juni 2018 mencapai 99%. Jumlah data klaim yang terpendung dari BPJS Kesehatan pada bulan april 2018 mengalami penurunan mencapai angka 24%, mei 2018 sebanyak 4% dan juni sebanyak 14 %.

Kata Kunci: Penanggung jawab rekam medis ; rekam medis

1. Pendahuluan

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, institusi kesehatan lainnya dan/atau masyarakat. (Permenkes No. 55 Tahun 2013).

Manajemen Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah kegiatan menjaga, memelihara dan melayani rekam medis baik secara manual maupun elektronik sampai menyajikan informasi kesehatan di rumah sakit, praktik dokter klinik, asuransi kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan lainnya yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan menjaga rekaman.

Penyelenggaraan rekam medis dan informasi kesehatan harus dilaksanakan oleh Perkam Medis. Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM) adalah perekam medis yang ditempatkan di bangsal untuk mengerjakan kegiatan Rekam Medis ketika pasien masih dirawat. penempatan penanggung jawab rekam medis di RSUD X berjalan 1 tahun 4 bulan.

Hasil penelitian sebelumnya pada tahun 2017, tersedia 11 Standar Prosedur Operasional yang mendukung kegiatan PJRM di RSUD X. PJRM di bangsal bertugas untuk mengecek kelengkapan rekam medis, melakukan stimulasi tarif Ina-Cbg's untuk rekam medis pasien BPJS Kesehatan, menetapkan koding dan melakukan assembling.

Dampak jika tidak adanya perekam medis di bangsal adalah menumpuknya rekam medis di unit kerja rekam medis, kejadian

overcost yang tinggi, pelayanan yang tidak terkontrol, ketidak lengkapan rekam medis tinggi.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti melalui wawancara terbuka dengan koordinator *casemix* yang bertanggung jawab langsung pada kepala instalasi rekam medis dalam proses verifikasi internal menunjukkan bahwa diperlukannya perekam medis di setiap bangsal untuk mengontrol kejadian *over cost* dan meminimalisir ketidak lengkapan rekam medis.

2. Metode

Jenis penelitian ini adalah analisis kuantitatif, dengan rancangan cross sectional yaitu, untuk mengetahui efektivitas dari penanggung jawab rekam medis yang berada di setiap bangsal terhadap pengelolaan rekam medis artinya setiap subyek penelitian diobservasi, faktor risiko serta dampak diukur menurut keadaan atau status pada saat observasi dan seberapa besar potensi kerugian atau keuntungan yang akan diterima oleh rumah sakit.

Penelitian ini dilakukan di RSUD X. Populasi yang digunakan adalah rekam medis yang dikembalikan dari BPJS Kesehatan kepada unit kerja rekam medis (Tim Case-Mix) 3 bulan sebelum ditematkannya PJRM bulan april 2017 atau (bulan Januari - Maret 2017) dan setelah ditematkannya PJRM pada tahun 2018. Sampel dalam rekam medis menggunakan total sampling/keseluruhan rekam medis yang dikembalikan oleh verifikasi BPJS Kesehatan kepada rumah sakit.

3. Hasil dan Pembahasan

a. Pengelolaan Rekam Medis sebelum ada PJRM

Tabel 1 Jumlah Kelengkapan Rekam Medis Sebelum Ditematkannya PJRM 2017

No	Bulan	Jumlah Rekam Medis Pasien Rawat Inap	Jumlah Kelengkapan Rekam Medis	Prosentase
1	Januari	428	382	89%
2	Februari	340	311	91%
3	Maret	407	348	85%

Sumber : Data Sekunder RSUD X

Data Tabel 1 diatas menunjukkan bahwa prosentase kelengkapan rekam medis belum menunjukkan 100 % sesuai yang tertuang dalam Menkes RI No : 129/Menkes/SK/II2008 Tentang SPM (Standar Pelayanan Minimal) rumah sakit bahwa jenis pelayanan rekam medis untuk kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam

setelah selesai pelayanan dengan standar 100% terpenuhi.

Awal tahun 2017 dari bulan januari - maret di Instalasi Rekam Medis RSUD X belum terdapat petugas yang bertanggung jawab menganalisis kelengkapan pengisian rekam medis di setiap bangsal.

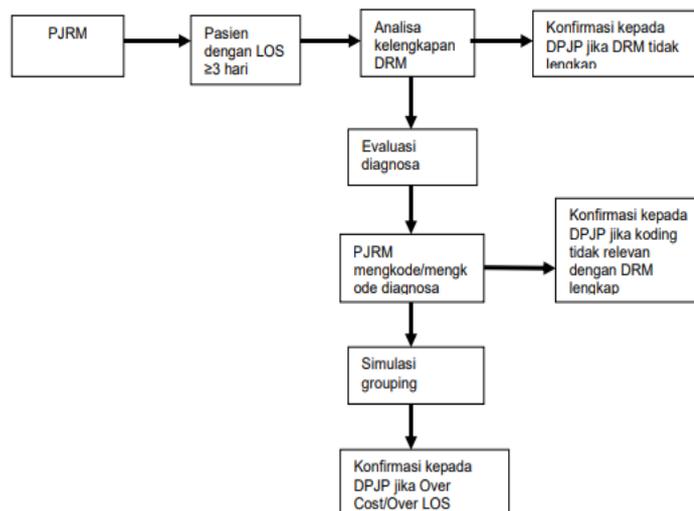
Tabel 2 Jumlah Klaim Pending Sebelum Ditematkannya PJRM 2017

No	Bulan	Jumlah data yang diajukan	Jumlah Data Pending	Prosentase
1	Januari	1256	600	48%
2	Februari	1317	280	21%
3	Maret	1453	395	27%

Sumber : data RSUD X

Data Tabel 2 diatas menunjukkan bahwa prosentase jumlah pending klaim belum mencapai zero rejected (0%) dan lebih dari 10%. Diantaranya faktor-faktor yang mempengaruhi pending klaim adalah kelengkapan berkas klaim, administrasi kepesertaan, administasi

pelayanan, kemudian pelayanan kesehatan. Pengelolaan Rekam Medis setelah ada PJRM PJRM (Penanggung Jawab Rekam Medis) adalah perekam medis yang ditempatkan di bangsal untuk mengerjakan kegiatan pengelolaan Rekam Medis ketika pasien masih dirawat. Di RSUD X



Gambar 1 Alur Kerja Penanggung Jawab Rekam Medis

Uraian tugas PJRM adalah sebagai berikut:

- 1) Petugas PJRM memfokuskan pasien yang dirawat lebih dari 3 hari
- 2) Mengecek kelengkapan dokumen rekam medis
- 3) Menghubungi dokter, perawat atau petugas kesehatan lain yang berwenang untuk melengkapi dokumen rekam medis

- 4) Mengevaluasi kesesuaian diagnosa atau tindakan yang tertulis di RMI.1 (Ringkasan pasien masuk dan keluar) dan atau RMI.24 (Resume Medis Pasien Pulang) terhadap dokumen rekam medis lain milik pasien yang sama pada periode perawatan tersebut
- 5) Mengkonfirmasi diagnosa dan atau tindakan kepada dokter penanggungjawab

- pelayanan (DPJP), jika menemukan diagnosa atau tindakan yang tidak relevan dengan dokumen rekam medis lain milik pasien yang sama pada periode perawatan tersebut
- 6) Mengkode dan menginput kode penyakit dan atau kode tindakan dokumen rekam medis rawat inap
 - 7) Mengkode dan menginput kode diagnosa kematian pada pasien meninggal
 - 8) Memantau kemungkinan terjadinya Over Cost atau Over LOS
 - 9) Mengkonfirmasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) jika menemukan kejadian Over Cost atau Over LOS
 - 10) Melakukan simulasi grouping diagnosa dan atau tindakan pada pasien rawat inap.

Tabel 3 Penempatan PJRM berdasarkan penempatan di bangsal

No	PJRM	Bangsal	Kelas
1	PJRM 1	Gatokaca 2	VIP
		Gatokaca 3	VVIP & Presiden suite
		Gatokaca 4	Kelas 1 Bedah & VVIP
2	PJRM 2	Gatokaca 2	VIP
		Gatokaca 3	VVIP & Presiden suite
		Gatokaca 4	Kelas 1 Bedah & VVIP
3	PJRM 3	Gatokaca 2	VIP
		Gatokaca 3	VVIP & Presiden suite
		Gatokaca 4	Kelas 1 Bedah & VVIP
4	PJRM 4	Arimbi	Kelas 1
		Banowati	Kelas 1
5	PJRM 5	Bima	Kelas 2
		Nakula 4	Kelas 3
6	PJRM 6	Yudistira	Kelas 2 & 3
		Nakula 2	Kelas 3
7	PJRM 7	Prabukresna	Kelas 2 & 3 Bedah
		Nakula 1	Kelas 3
8	PJRM 8	Dewi Kunthi	Kelas 2 & 3 Kandungan
		Parikesit	Kelas 2 & 3 (Bayi & Kandungan)
9	PJRM 9	Arjuna 1	Kelas 3
		Arjuna 2	Kelas 3
		Nakula 3	Kelas 3
10	PJRM 10	HCU	Intensive setara kelas 2
		ICU	Intensive setara kelas 2
11	PJRM 11	PICU	Intensive setara kelas 2 anak
		NICU	Intensive setara kelas 2 bayi

Sumber : data RSUD X

Tabel 4 Jumlah Rekam Medis Sesudah Ditematkannya PJRM

No	Bulan	Jumlah Rekam Medis	Jumlah Kelengkapan Rekam Medis	Prosentase
1	April	1713	1646	96%
2	Mei	1917	1894	99%
3	Juni	1361	1347	99%

Sumber : data RSUD X

Data Tabel 4 diatas menunjukkan bahwa prosentase kelengkapan rekam medis belum menunjukkan 100 % sesuai yang tertuang dalam Menkes RI No :

129/Menkes/SK/II2008 Tentang SPM (Standar Pelayanan Minimal) rumah sakit bahwa jenis pelayanan rekam medis untuk kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dengan standar 100% terpenuhi.

Pada tahun 2018 setiap bangsal di RSUD X di Instalasi Rekam Medis sudah terdapat

petugas yang bertanggung jawab menganalisis kelengkapan pengisian rekam medis di setiap bangsal. Data yang diperoleh sebelum ditematkannya rekam medis 3 bulan berurut-urut adalah 89% pada bulan januari, 91% pada bulan february, 85% pada bulan maret dan di bulan april-juni 2018 mengalami kenaikan.

Tabel 5 Jumlah Klaim Pending Sesudah Ditematkannya PJRM 2018

No	Bulan	Jml Data yang diajukan	Jml Data Pending	Prosentase
1	April	1713	409	24%
2	Mei	1917	80	4%
3	Juni	1361	191	14%

Sumber : data RSUD X

Data Tabel 5 diatas menunjukkan bahwa prosentase jumlah pending klaim belum mencapai zero rejected (0%) dan lebih dari 10%. Diantaranya faktor-faktor yang mempengaruhi pending klaim adalah kelengkapan berkas klaim, administrasi kepesertaan, administasi pelayanan, kemudian pelayanan kesehatan. Dalam hal ini PJRM di bangsal melakukan kegiatan diantaranya memantau kemungkinan terjadinya Over Cost atau Over LOS, mengkonfirmasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP) jika menemukan kejadian Over Cost atau Over LOS untuk segera ditindak lanjuti melalui diskusi, melakukan simulasi grouping diagnosa dan atau tindakan pada pasien rawat inap. Sehingga PJRM di setiap bagsal bisa meminimalisir terjadinya pending klaim berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Efektifitas penempatan penanggung jawab rekam medis pada setiap bangsal terhadap pengelolaan rekam medis di RSUD X

Data Tabel prosentase kelengkapan rekam medis menunjukkan bahwa prosentase pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan mulai meningkat dan mencapai 99% sehingga dapat disimpulkan bahwa penempatan PJRM di setiap bangsal menambah prosentase kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pelayanan.

Data Tabel prosentase Jumlah pending klaim menurun setelah ditunjang dengan SPO

dan uraian tugas yang dilakukan oleh PJRM .dengan hasil wawancara terkait dengan kendala pelaksanaan PJRM yang dilakukan dengan 5 orang petugas PJRM, responden A mengatakan bahwa kendala yang dialami adalah petugas banyak mencetak resume keluar. Responden B mengatakan bahwa kendala yang dirasakan adalah belum ada komputer dan petugas PJRM masih memegang lebih dari satu ruangan. Responden C Mengalami kesulitan kurangnya petugas dan kurangnya sarana prasarana tersedianya komputer khusus untuk PJRM membuat pekerjaan tidak maksimal. Dalam upaya pelaksanaan agar berjalan dengan baik, responden A mengatakan bahwa dilaksanakan sesuai prosedur dan penambahan petugas. Responden B mengatakan mungkin perlu penambahan petugas. Responden C mengatakan kalau ada pasien setelah operasi untuk semua diagnosa langsung dikode, komunikasi lebih terhadap tenaga medis, penguasaan ICD lebih dimaksimalkan. Responden D mengatakan sebaiknya ada penambahan sarana dan teanga sehingga keduanya terpenuhi. Untuk perbedaan sebelum dan sesudah adanya PJRM, responden A mengatakan setelah adanya PJRM tidak banyak pengembalian proses klaim. Responden B mengatakan bahwa adanya PJRM lebih terbantu masalah revisi BPJS lebih berkurang. Responden C mengatakan sebelum adanya PJRM tumpukan dokumen masih banyak, setelah

adanya PJRM mengurangi tumpukan DRM dan simulasi INA CBGs bisa dipantau. Responden D mengatakan setelah adanya PJRM urusan klaim lebih cepat, berkas 56 tidak tercecer diruangan, DRM yang tidak lengkap bisa diminimalisir. Responden E mengatakan adanya PJRM akurasi diagnosa lebih tinggi sebab bisa disosialisasikan langsung dengan dokter. Responden F mengatakan adanya PJRM kelengkapan DRM lebih bisa diminimalisir, lebih bisa diantisipasi sejak awal.

4. Simpulan dan Saran

Simpulan

- 1) Awal tahun 2017 dari bulan januari – maret sebelum ditempatkan PJRM untuk menganalisis kelengkapan pengisian rekam medis di setiap bangsal, belum mencapai target sesuai SPM dengan kelengkapan pengisian rekam medis 100%. Pada bulan januari 2017 sebanyak 89 % rekam medis diisi lengkap, february 2017 sebanyak 91%, dan 85% pada bulan maret 2017. Jumlah data klaim yang terpending dari BPJS Kesehatan pada bulan januari 2017 sebanyak 48%, February 2017 sebanyak 21% dan Maret 2017 sebanyak 27%. Untuk data terkait overcost belum dilaksanakan oleh peneliti.
- 2) Pada bulan april-juni 2018 setelah ditempatkan PJRM pada bulan april 2018 kelengkapan pengisian rekam medis mencapai 96%, bulan mei 2018 mencapai 99%, juni 2018 mencapai 99%. Jumlah data klaim yang terpending dari BPJS Kesehatan pada bulan april 2018 mengalami penurunan mencapai angka 24%, mei 2018 sebanyak 4% dan juni sebanyak 14 %.
- 3) Prosentase Jumlah Kelengkapan rekam medis mengalami kenaikan yang signifikan dan pending klaim menurun setelah ditunjang dengan SPO dan uraian tugas yang dilakukan oleh PJRM

Saran

Melakukan penelitian lanjutan berupa evaluasi kinerja PJRM melalui berbagai faktor yang dapat mempengaruhi keefektifan penanggungjawab rekam medis.

5. Daftar Pustaka

- Handoko,H.ManajemenEdisi2,Yogyakarta,2001.
- Hatta, Gemala.R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana pelayanan kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Jakarta
- Mathis R.L dan Jackson J.H, 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta : Salemba Empat
- National Center for Health Statistics. 2008. *International Classification of Disease, Tenth Revision (ICD-10)*. Diunduh : 23 Februari 2016
Internet
:<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvc/icd10des.htm>.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Olivia, Firza. (2016). *Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang Tahun 2016*. Semarang : Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.
- Oryza, Rizki. (2015). *Identifikasi Kelengkapan Informasi dan Keakuratan Kode Rekam medis Terkait Penentuan Tarif Biaya Pasien BPJS di RSUD Pandan Arang Boyolali*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang *Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's*. 2014. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2015 tentang *Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam pelaksanaan program JKN pada SJSN*. 2015. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/SK /III/2008 tentang *Rekam Medis*. 2008. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 290/Menkes /Per/III/2008

- tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran*.
2008. Jakarta: Menkes RI
- Kepmenkes Nomor 377 Tahun 2007 tentang
Standar Profesi Perkam Medis dan
Informasi Kesehatan. Jakarta: Menkes RI
- Terry, G.R. *Penelaahan Buku Principles Of Manage-
ment*. Balai Lektur Mahasiswa UNPAD. Ba-
ndung. 1980
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor
24 Tahun 2011 tentang BPJS
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor
36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor
36 Tahun 2014 tentang Tenaga
Kesehatan
- Undang-undnag Republik Indonesia Nomor
40 Tahun 2004 tentang SJSN
- Wawan, A dan M, Dewi. (2011). *Teori &
Pengukuran PENGETAHUAN, SIKAP,
DAN PERILAKU MANUSIA*.
Yogyakarta: Nuha Medika
- World Health Organization, 2004.
International Statistical Classification of
Disease and Related Health Problems
Tenth Revision Volume 2 second
edition. Geneva: World Health
Organization
- www.indonesian-publichealth.com, tentang
Unsur-Unsur Manajemen diakses pada
tanggal 27 Februari 2016
- www.hakayuci.com tentang Sistem
kodefikasi, diakses pada tanggal 2
Maret 2016.

The Accuracy of Abbreviation Symbol Usage toward Inpatient Medical Record Documents with Schizophrenia Diagnosis

Ketepatan Penggunaan Singkatan Dan Simbol Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Diagnosis Schizophrenia

Harjanti¹⁾
Rizka Khoirul Munawaroh²⁾

¹⁾STIKes Mitra Husada Karanganyar ²⁾RSI At-Tin Husada
Papahan, Tasikmadu, Karanganyar
E-mail : Harjantimhk@gmail.com

Abstract

The results of research in the form of Integrated Patient Development Record (CPPT) found that there were symbols in the guidance book which was 10 symbols or 93.41%. Besides, there was incorrect abbreviation which was 11.75% and that of which was not found in the guidance book which was 10.41%. Then continued research using a medical record document diagnosing schizophrenia. This research was aimed at identifying the accuracy of abbreviation and symbol usage. This research was descriptive research through retrospective approach. The population in this research was Inpatient Medical Record Document with Schizophrenia in the third trimester in 2017 which were 163 documents. The sample were 62 medical record documents by using systematic sampling. The research instrument was checklist through observation and documentation. The data were analyzed through collection, editing, classification tabulation, and data display. The data were analyzed through descriptive analysis. Based on the observation result and the documentation, it was found that there was incorrect abbreviation which was 13%, that of unavailable in the guidance book which was 17%. Meanwhile, it was found that the symbols that were unavailable in the guidance book which was 83%. The symbol and the guidance book possessed by RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta was merely one and it was not classified into symbols, abbreviation, and other signs that may be used or not. It is strongly suggested that the book should be separated into symbols and abbreviations that can be used or not. Besides, it should be conducted evaluation in the implementation of symbols and abbreviation usage, and that the book used since there were still some symbols and abbreviations that had not been stated in the book.

Keyword: Symbols and Abbreviations; Hospital Accreditation Standard (SNARS)

Abstrak

Penelitian pada formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) bahwa terdapat simbol yang terdapat pada buku pedoman yaitu 10 simbol atau 93,41%. Selain itu dalam penggunaan singkatan yang tidak tepat ada 11, 75% dan yang tidak terdapat dalam buku pedoman ada 10, 41%. Maka dilakukan penelitian lanjutan dengan menggunakan dokumen rekam medis diagnosis schizophrenia. Tujuan penelitian yaitu mengidentifikasi ketepatan penggunaan simbol dan singkatan pada dokumen schizophrenia. Jenis penelitian yaitu deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Populasi dalam penelitian yaitu Dokumen Rekam Medis Rawat Inap dengan Diagnosis Schizophrenia pada Tribulan III (Tiga) pada tahun 2017 sejumlah 163 Dokumen. Besar sampel yaitu 62 dokumen rekam medis dengan *sampling sistematis*. Instrumen penelitian *checklist* dengan metode observasi dan studi Dokumentasi. Teknik pengolahan data dengan pengumpulan, edit, klasifikasi, tabulasi dan penyajian data. Analisis data yaitu analisis deskriptif. Berdasarkan hasil observasi dan studi dokumentasi bahwa singkatan yang tidak tepat 13%, tidak ada di buku pedoman ada 17%. Sedangkan simbol yang tidak ada dalam buku pedoman ada 83%. Buku simbol dan singkatan yang dimiliki RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta hanya 1 dan tidak diklasifikasikan menjadi simbol, singkatan dan tanda lainnya yang boleh digunakan dan tidak boleh digunakan. Sebaiknya buku dipisahkan antara simbol dan singkatan yang boleh digunakan dan tidak boleh digunakan. Selain itu dilaksanakan evaluasi

dalam pelaksanaan penggunaan simbol dan singkatan serta buku yang digunakan karena masih ada beberapa simbol dan singkatan yang belum tercantum dalam buku.

Kata Kunci: Simbol dan Singkatan, Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)

1. Pendahuluan

Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit, akreditasi merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi

Mulai Januari 2018 di Indonesia diberlakukan Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 atau disingkat menjadi SNARS Edisi 1. Merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara Nasional. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 berisi 16 bab (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017)

Penyelenggaraan Rekam Medis dalam SNARS Edisi 1 masuk dalam kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit tentang Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)

Salah satu standar penilaian dalam MIRM yaitu adanya standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan artinya yang terdapat dalam standar MIRM 12. Dimana pada elemen penilaian Rumah Sakit harus memiliki regulasi standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan, serta dimonitor pelaksanaannya.

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Munawaroh dan Harjanti (2018) tentang penggunaan simbol dan singkatan pada formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta diperoleh hasil bahwa terdapat simbol yang terdapat pada buku pedoman yaitu 10 simbol atau 93,41%. Selain itu dalam penggunaan singkatan yang tidak tepat ada 11,75% dan yang tidak terdapat dalam buku pedoman ada 10,41%. Dalam penggunaan simbol dan singkatan sudah diadakan sosialisasi dan terdapat buku pedoman yang berjudul "Singkatan, Simbol dan Tanda Khusus Lainnya dalam Rekam Medis" namun dalam pelaksanaannya belum pernah dievaluasi.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka oleh peneliti, penelitian dilanjutkan dengan menganalisis ketepatan penggunaan simbol dan singkatan dalam satu dokumen rekam medis rawat inap pada Diagnosis Schizophrenia yang merupakan Diagnosis yang masuk dalam 10 besar Penyakit. Sehingga diharapkan dapat memberikan lebih banyak lagi masukan tentang singkatan dan simbol yang belum terdapat di Buku Pedoman dan mengevaluasi penggunaan simbol dan singkatan yang belum tepat. Tujuan penelitian yaitu mengidentifikasi ketepatan penggunaan simbol dan singkatan.

2. Metode

Jenis penelitian yaitu deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Populasi dalam penelitian yaitu Dokumen Rekam Medis Rawat Inap dengan Diagnosis Schizophrenia pada Tribulan III (Tiga) pada tahun 2017 sejumlah 163 Dokumen. Besar sampel yang digunakan yaitu 62 dokumen rekam medis dengan teknik pengambilan sampel yaitu *sampling sistematis*. Instrumen penelitian *checklist* dengan metode observasi dan studi Dokumentasi. Teknik pengolahan data dengan pengumpulan, edit, klasifikasi, tabulasi dan penyajian data. Analisis data yaitu menggunakan analisis deskriptif.

3. Hasil dan Pembahasan

Pemberlakuan simbol dan singkatan di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta diatur dalam peraturan Direktur RSJD Nomor : 188/2961.8/08/2014 tentang pemberlakuan ketentuan penggunaan singkatan, simbol dan tanda khusus lainnya dalam rekam medis. Selain itu juga terdapat buku pedoman buku pedoman penggunaan simbol dan singkatan dengan judul "Singkatan, Simbol dan Tanda Khusus Lainnya dalam Rekam Medis" yang ditetapkan pada tanggal 8 Agustus 2014.

Namun pelaksanaannya masih ditemukan penggunaan singkatan dan simbol yang tidak sesuai dengan buku pedoman, bahkan ada beberapa kode yang belum ada dalam buku pedoman.

Identifikasi ketepatan penggunaan singkatan dibedakan menjadi tepat, tidak tepat dan tidak ada dalam buku pedoman "Singkatan, Simbol dan Tanda Khusus Lainnya dalam Rekam Medis".

Berikut hasil observasi dan studi dokumentasi ketepatan menggunakan singkatan:

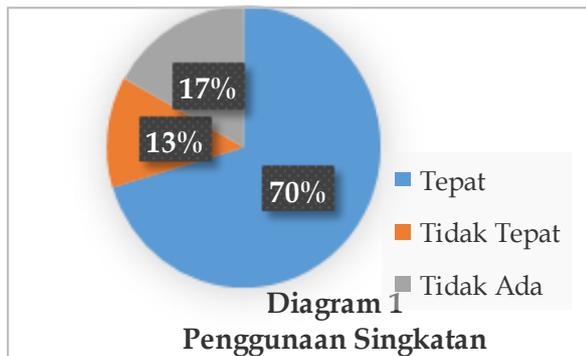


Diagram 1 diketahui bahwa dalam penggunaan singkatan kategori tepat 71 %, tidak tepat 13% dan tidak ada 17%.

Perhitungan prosentase ada perbedaan dengan penelitian sebelumnya oleh Munawaroh dan Harjanti (2018) dengan menggunakan formulir CPPT. Pada penelitian ini dari semua singkatan yang digunakan ditotal, jika pada formulir dan dokumen sebelumnya sudah dihitung maka tidak dihitung lagi. Sedangkan pada penelitian sebelumnya walaupun singkatan sudah dihitung tetap dihitung lagi sehingga ada pengulangan jumlah singkatan yang digunakan sehingga menimbulkan ketidaktepatan dalam perhitungan prosentase.

Tabel 1 Singkatan yang Tepat

No	Singkatan	Keterangan
1	GAF	Global Assesment of Functioning
2	BLPL	Boleh Pulang
3	THP	Trihexilpenidyl
4	CPZ	Chlorpromazine
5	Dbn	Dalam Batas Normal
6	PANSS	Positive and Negative Symptomp Scale of Schizophrenia
7	EKG	Elektrocardiogram
8	ADL	Activities of Daily Living
9	TD	Tekanan Darah

10	s	Suhu
11	N	Nadi
12	R	Respirasi
13	SOAP	Subyektif-Obyektif-Asesmen-Planning
14	SP	Strategi Pelaksanaan
15	T	Tensi
16	Px	Pemeriksaan, Pasien
17	BB	Berat Badan
18	EV	Evaluasi
19	Val	Valisasi
20	Dx	Diagnosis
21	Obs	Observasi
22	KU	Keadaan Umum
23	VS	Vital Sign
24	ACC	Atas Persetujuan
25	Rr	Respiration Rate
26	NC	Nasal Cannula
27	CM	Compos Mentis
28	EPS	Extraporamidal Syndrom
29	RPK	Resiko Perilaku Kekerasan
30	SP	Strategi Pelaksanaan
31	Tx	Terapi
32	Verb	Verbal
33	Lab	Laboratory
34	k/ p	Kalau Perlu
35	RISP	Risperidone
36	TND	Tarik Nafas Dalam
37	Hal	Halusinasi
38	TFP	Trifluoperazine
39	Kel	Keluhan
40	TTV	Tnda-tanda Vital
41	DPJP	Dokter Penanggung Jawab Pasien
42	ISPA	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
43	BHSP	Bina Hubungan Saling Percaya
44	SGOT	Serum Glutamic Oxalacetic Transaminase
45	SGPT	Serum Glutamic Pyruvic Transaminase
46	Chol	Cholesterol
47	RL	Ringers Lactate
48	EV	Evaluasi

Tabel 1 diketahui bahwa dalam penggunaan singkatan pada Dokumen Rekam Medis kasus Schizophrenia dari 69 singkatan yang digunakan ada 48 singkatan yang tepat.

Data menggunakan singkatan yang tidak tepat:

Tabel 2 Singkatan yang Tidak Tepat

No	Singkatan	Singkatan yang Tepat	Keterangan
1	Hall	Hal	Halusinasi
2	Ps	Px	Pasien
3	P/	Px	Pasien
4	Pas	Px	Pasien
5	Laborat	Lab	Laboratory
6	Hb	Hgb	Hemoglobin
7	Veb	Verb	Verbal
8	Vall	Val	Valisasi

Tabel 2 diketahui bahwa dalam penggunaan singkatan pada Dokumen Rekam Medis kasus Schizophrenia dari 69 singkatan yang digunakan ada 8 singkatan yang tidak tepat.

Hal tersebut tidak sesuai dengan Nuryati (2011) dalam penggunaan terminologi harus terstandar, terminologi dalam hal ini adalah singkatan dan simbol yang merupakan bahasa khusus antar profesi kesehatan baik dalam bentuk tulisan maupun lisan, sarana komunikasi antar mereka yang berkecimpung langsung atau tidak langsung di bidang asuhan atau pelayanan medis kesehatan, dan sumber data dalam pengolahan dan penyajian dari diagnosis dan tindakan medis (operasi).

Ketidaktepatan penggunaan singkatan paling banyak pada pada singkatan "pasien" yaitu ada yang menggunakan Ps, P/ dan Pas.

Tabel 3 Singkatan yang Tidak Ada dalam buku Pedoman

No	Singkatan
1	IMT
2	ME
3	ma/ mi
4	k/
5	TKTP
6	NMS
7	PBK
8	GDP
9	Ed
10	GAB
11	QTc
12	Nd
13	ISDN

Tabel 3 diketahui bahwa dalam penggunaan singkatan pada Dokumen Rekam Medis kasus Schizophrenia dari 69 singkatan

yang digunakan ada 13 singkatan yang tidak ada dalam buku pedoman penggunaan singkatan dan simbol.

Penggunaan simbol dalam Dokumen Rekam Medis Kasus Shrizophrenia ada 12 simbol yang digunakan dan diklasifikasikan menjadi 3 yaitu simbol tepat, tidak tepat dan tidak ada dalam buku pedoman penggunaan simbol dan singkatan.

Hasil observasi dan studi dokumentasi penggunaan simbol:

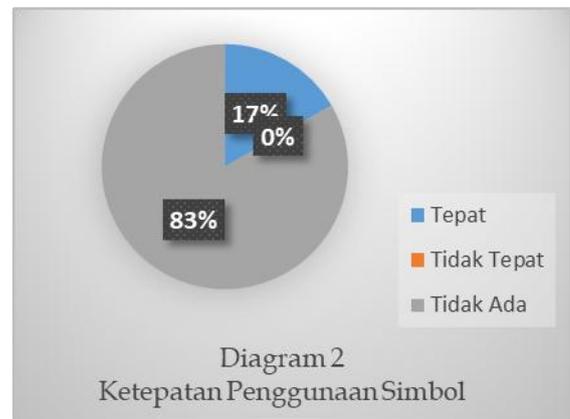


Diagram 2 diketahui bahwa dalam penggunaan singkatan kategori tepat 17%, tidak tepat 0% dan tidak ada 83%.

Berikut data penggunaan symbol yang tepat:

Penggunaan symbol yang tidak ada dalam buku penggunaan simbol dan singkatan yaitu;

Tabel 4 Simbol yang Tidak Ada dalam Buku Pedoman

No	Penggunaan Simbol	Keterangan
1.	+	Plus, positif, ada
2.	-	Minus, negatif, tidak ada
3.	±	Plus atau Minus, Positif atau Negatif
4.	<	Kurang dari
5.	≠	Tidak sama dengan
6.	↓	Menurun, turun
7.	≤	Kurang dari atau sama dengan
8.	>	Lebih dari
9.	≥	Lebih dari atau sama dengan



Tabel 4 diketahui bahwa ada 10 simbol yang belum tercantum dalam buku pedoman penggunaan simbol dan singkatan.

Hal ini sesuai dengan Munawaroh dan Harjanti (2018) bahwa ada simbol dan singkatan yang tepat dan belum ada dalam buku penggunaan simbol dan singkatan yang ditetapkan oleh RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta. Dalam penggunaan simbol dan singkatan sudah pernah dilakukan sosialisasi namun dalam pelaksanaannya masih ada singkatan yang belum tepat.

Menurut Sekar (2014), yang menjadi faktor ketidaksesuaian penggunaan singkatan oleh para tenaga kesehatan yaitu adanya singkatan yang digunakan tanpa disahkan oleh Direktur Rumah Sakit dan kurangnya koordinasi antar tenaga kesehatan serta kurangnya sosialisasi tentang buku penggunaan simbol dan singkatan, sehingga metode sosialisasi yang tepat dapat menjadi faktor keberhasilan dalam penerapan keseragaman simbol dan singkatan.

Pernyataan tersebut selaras dengan Maharani (2017) untuk menangani ketidakkepatuhan petugas sebaiknya perlu dilakukan sosialisasi kepada petugas untuk meningkatkan kesadaran dalam penggunaan yang sesuai dengan pedoman rumah sakit, dan rumah sakit harus selalu menuliskan simbol dan singkatan yang baru agar buku selalu diperbaharui untuk persiapan akreditasi kedepan.

Buku penggunaan simbol dan singkatan yang ada di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta hanya ada 1 tidak dibedakan menjadi simbol dan singkatan yang boleh digunakan serta tidak boleh digunakan. Dalam pelaksanaannya juga belum dilakukan evaluasi. Maka belum sesuai dengan SNARS (2018) yaitu elemen penilaian MIRM 12 pada elemen penilaian 1 yaitu ada regulasi tentang standarisasi kode diagnosis, kode prosedur/ tindakan, definisi, simbol yang digunakan dan tidak boleh digunakan, singkatan yang digunakan dan yang tidak boleh digunakan serta dimonitor penggunaannya. Dan pada

elemen penilaian 2 yaitu ketentuan tersebut dilaksanakan dan dievaluasi.

4. Simpulan dan Saran

Hasil observasi dan studi dokumentasi bahwa singkatan yang tidak tepat 13%, tidak ada di buku pedoman ada 17%. Sedangkan simbol yang tidak ada dalam buku pedoman ada 83%. Buku simbol dan singkatan yang dimiliki RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta hanya 1 dan tidak diklasifikasikan menjadi simbol, singkatan dan tanda lainnya yang boleh digunakan dan tidak boleh digunakan. Sebaiknya buku dipisahkan antara simbol dan singkatan yang boleh digunakan dan tidak boleh digunakan. Selain itu dilaksanakan evaluasi dalam pelaksanaan penggunaan simbol dan singkatan serta buku yang digunakan karena masih ada beberapa simbol dan singkatan yang belum tercantum dalam buku.

5. Daftar Pustaka

- Dorland WA Newman. 2010. *Kamus Kedokteran Dorland*. Jakarta : EGC.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2017. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. Jakarta : Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Muthia & Ardian M. 2017. *Tinjauan Petugas dalam Penggunaan Simbol dan Singkatan Medis Pada Berkas Rekam Medis Terkait Persiapan Akreditasi KARS Rumah Sakit H. Anna Lasmanah Banjarnegara Tahun 2017*. [internet]. [Diunduh 2018 Maret 6]. Tersedia pada eprints.dinus.ac.id.
- Munawaroh & Harjanti. 2018. *Analisis Ketepatan Penggunaan Simbol dan Singkatan pada formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta*. Karanganyar: STIKes Mitra Husada Karanganyar [Karya Tulis Ilmiah]
- Notoatmodjo S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. Hal 91-92.
- Nuryati. 2011. *Terminologi Medis Pengenalan Istilah Medis*. Yogyakarta : Quantum Sinergis Medis.
- Sekar, R.A. 2014. *Kepatuhan Penggunaan Simbol dan Singkatan Medis Dalam Berkas Rekam Medis Terkait Persiapan Akreditasi KARS Di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta*. [internet]. [Diunduh 2017 November 26]. Tersedia pada <http://etd.repository.ugm.ac.id/>.
- Sugiyono. 2010. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta. Hal 117-118.

The Review For Implementation Diagnosis and Procedure Code on Inpatient

Tinjauan Pelaksanaan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan Pada Pasien Rawat Inap

Irmawati ¹⁾
Sugiharto ²⁾
Rozalia Mayasari ³⁾

¹⁾ Poltekkes Kemenkes Semarang ²⁾RSUP dr. Kariadi ³⁾RSI Siti Hajar Sidoarjo
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : irmaedich98@gmail.com

Abstract

This research uses descriptive research with cross sectional approach through a questionnaire given to all officers inpatient coding and checklist for procedures and infrastructure coding. Research conducted at the Hospital Inpatient Coding Part of Salatiga in May-June. Data analysis using univariate analysis in the form of a frequency distribution. Based on the results of the study, all officers in the hospital inpatient coding Salatiga educational background DIII Medical Records and have completed training on coding. All inpatient hospital coding clerk in RSUD Kota Salatiga have knowledge and a good attitude in the implementation of the diagnose and the procedure code. However, the completeness of the infrastructure coding for each officer incomplete coding and compliance implement coding procedure is not appropriate and not all implemented.

Keywords : *diagnose code; procedure code; inpatient*

Abstrak

Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* melalui kuesioner yang diberikan kepada semua petugas koding rawat inap dan checklist yang untuk prosedur dan sarana prasarana koding. Penelitian dilakukan di Bagian Koding Rawat Inap RSUD Kota Salatiga pada bulan Mei - Juni. Analisis data menggunakan analisis univariate yaitu berupa distribusi frekuensi. Berdasarkan hasil penelitian, semua petugas koding rawat inap di RSUD Kota Salatiga berlatar belakang pendidikan DIII Rekam Medis dan sudah pernah mengikuti pelatihan tentang koding. Semua petugas koding rawat inap RSUD Kota Salatiga memiliki pengetahuan dan sikap yang baik dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan. Namun kelengkapan sarana prasarana koding bagi setiap petugas koding belum lengkap serta kepatuhan melaksanakan prosedur koding belum sesuai dan belum semua dilaksanakan.

Kata kunci : kode diagnosa; kode tindakan; rawat inap

1. Pendahuluan

Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), salah satu komponen utama dari peningkatan kualitas SDM adalah kesehatan. Menurut UU Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan

setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Semua elemen dari pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat harus berperan aktif dalam pelaksanaan upaya kesehatan demi tercapainya hak masyarakat untuk memperoleh hidup sehat.

Menurut UU Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa

“Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau”. Untuk mewujudkannya, pemerintah terus membuat program yang mendukung pelayanan yang bermutu dan terjangkau. Oleh karena itu, pemerintah memberikan jaminan sosial. Untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh, negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Menurut UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, ditetapkan bahwa sistem jaminan sosial adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial. Untuk menyelenggarakan program ini, maka dibentuk badan hukum untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yaitu BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini dibagi menjadi BPJS ketenagakerjaan dan BPJS kesehatan. Menurut UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS pasal 1 ayat 1 disebutkan bahwa BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Selanjutnya untuk menyelenggarakan pengembangan pelayanan kesehatan, BPJS menyelenggarakan program JKN. Penyelenggaraan program JKN tersebut merupakan implementasi dari UU No 36 tahun 2009. Penyelenggaraan JKN bekerjasama dengan berbagai elemen di fasilitas pelayanan kesehatan, salah satunya adalah rumah sakit.

Rumah Sakit merupakan salah satu faktor peningkatan derajat kesehatan yaitu fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut UU Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014, tentang Tenaga Kesehatan ditetapkan bahwa Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat. Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, rumah sakit harus dapat mendokumentasikan setiap tindakan dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien

ke dalam suatu dokumen yang disebut rekam medis.

Dokumen Rekam Medis sangat penting bagi proses pengobatan pasien. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 269/MENKES/PER/III/2008 menyebutkan rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan pada pasien. Salah satu bentuk pengelolaan dalam rekam medis adalah pendokumentasian serta pengkodean diagnosis.

Diagnosa dan tindakan digunakan rumah sakit untuk aspek keuangan rumah sakit. Menurut Kamus Saku Kedokteran Dorland, diagnosa adalah penentuan sifat penyakit atau membedakan satu penyakit dengan yang lainnya. Sedangkan menurut Permenkes Nomor 290/MENKES/PER/III/2008, ditetapkan bahwa tindakan kedokteran / kedokteran gigi yang selanjutnya disebut tindakan kedokteran adalah suatu tindakan medis berupa preventif, diagnostic, terapeutik, atau rehabilitative yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien.

Menurut WHO tahun 2004 pelaksanaan pengkodean harus lengkap dan akurat sesuai arahan ICD 10. Diagnosa dan tindakan yang spesifik akan mempermudah pembuatan kode yang akurat yang berguna dalam proses klaim BPJS atau pembayaran kembali. Pembayaran kembali yang didasarkan pada diagnosa dan prosedur pembedahan berpotensi memiliki dampak terhadap bagian pencatatan medis dan terhadap keadaan keuangan rumah sakit. Oleh sebab itu pemberian kode yang akurat sangatlah penting bagi pasien maupun rumah sakit.

RSUD Kota Salatiga telah menyelenggarakan rekam medis dengan menggunakan ICD-10 dan ICD 9 dalam pengkodean diagnosis dan tindakan. Pengkodean dilakukan oleh tenaga lulusan DIII rekam medis, namun berdasarkan studi pendahuluan awal yang dilakukan. Dari 800 DRM rawat inap yang diklaimkan kepada pihak BPJS ada 100 DRM yang tidak diterima

klaimnya dan 29 % penyebabnya karena ketidakakuratan koding.

Berdasarkan wawancara dengan salah satu petugas rekam medis, di dapatkan dari petugas bagian BPJS yang menyatakan masih terjadi kesalahan dalam penetapan kode diagnosa. Karena itulah penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Tinjauan pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan pada pasien rawat inap di RSUD Kota Salatiga."

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek dari penelitian ini adalah seluruh petugas koding rawat inap yang ada di rumah sakit. Obyek dari penelitian ini adalah sarana koding. Metode pengumpulan data penelitian ini dengan observasi dan dengan menggunakan instrumen berupa *checklist* serta kuesioner.

3. Hasil dan Pembahasan

a. Karakteristik petugas koder

1) Tingkat Pendidikan

Identifikasi karakteristik petugas rekam medis di RSUD Kota Salatiga yang dilakukan oleh penulis adalah pendidikan terakhir yang dimiliki oleh petugas rekam medis RSUD Kota Salatiga, dan umur petugas rekam medis di RSUD Kota Salatiga. Selain itu peneliti juga mengidentifikasi pelatihan tentang pemberian kode diagnosa dan tindakan yang diikuti oleh petugas rekam medis RSUD Kota Salatiga. Petugas koding di RSUD Kota Salatiga berjumlah 5 orang dan memiliki rentang usia $\leq 35 \leq 46$ tahun dan 3 dari 5 orang berada dalam rentang umur 36 - 45 tahun. Dari 5 petugas koding rawat inap di RSUD Kota Salatiga, seluruh petugas memiliki pendidikan terakhir DIII Rekam Medis. Kepmenkes (2007) menyatakan bahwa kualifikasi pendidikan Perkam Medis adalah D3 Rekam Medis, D4 Manajemen Informasi Kesehatan, S1

Manajemen Informasi Kesehatan, S2 Manajemen Informasi Kesehatan. Dalam hal ini, semua petugas rekam medis yang memiliki kualifikasi pendidikan sesuai dengan Kepmenkes nomor 377 tahun 2007. Noe, Hohenbeck, Gerhart Wright (2003) mengatakan salah satu fungsi dari pelatihan adalah meningkatkan pengetahuan para karyawan atas budaya dan para pesaing luar. Dari identifikasi yang telah dilakukan, semua petugas rekam medis pernah mengikuti pelatihan koding yang penting bagi peningkatan keterampilan petugas koding.

2) Tingkat Pengetahuan

Berdasarkan hasil analisis terhadap kuesioner tentang tingkat pengetahuan petugas koding dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan diketahui bahwa pernyataan yang paling tidak diketahui oleh petugas koding rawat inap di RSUD Kota Salatiga adalah pernyataan tentang penggunaan kode dagger dan asterisk yaitu "Dagger adalah kode tambahan manifestasi dan Asterick adalah kode primer untuk penyebab penyakit ". Pertanyaan ini bersifat negative karena pertanyaan tersebut memiliki pernyataan yang terbalik tetapi semua petugas koding menjawab salah. Penggunaan kode dagger dan asterisk harus digunakan dengan benar karena kode dagger merupakan kode primer dan harus selalu digunakan, tanda asterisk tidak pernah digunakan tersendiri.

Berdasarkan hasil kuesioner untuk pertanyaan tentang pelaksanaan pemberian kode tentang Rule MB dan reseleksi kondisi utama, semua responden menjawab dengan benar yaitu 9 soal dari 10 soal, maka dari itu nilai keseluruhan semua petugas yaitu 90.

Menurut Notoatmodjo (2003) Tingkat pengetahuan seseorang dikatakan baik apabila persentase hasil menjawab kuesioner dengan benar sebesar 76%-100%. Petugas koding menjawab dengan skor 90, maka dikatakan petugas memiliki pengetahuan yang baik. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan dan pelatihan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang.

3) Sikap

Berdasarkan hasil analisis terhadap kuesioner tentang sikap petugas koding dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan diketahui bahwa sikap seluruh petugas koding sangat baik. Dalam seluruh pernyataan, 3 responden menjawab sangat setuju pada pernyataan "Informasi medis pasien sangat penting bagi sistem pemberian kode diagnosa dan tindakan", sedangkan 2 responden lainnya menjawab setuju dengan total skor 48 per responden untuk seluruh soal. Untuk pernyataan nomor 4 yaitu "Setelah menemukan kode di ICD-10 Volume 3 tidak perlu mengecek keakuratan kode pada volume 1" 3 orang responden menjawab sangat tidak setuju, sedangkan 2 responden menjawab tidak setuju dengan skor 48 per responden untuk seluruh soal. Sedangkan pernyataan lainnya memiliki skor 50 per soal untuk setiap responden, oleh karena itu skor total seluruh pernyataan seluruh responden yaitu 246.

Dalam pengukuran sikap menggunakan skala likert, sikap seseorang dikatakan sangat baik apabila skor dari seluruh jawaban oleh seluruh responden adalah 201-250, berdasarkan skor ini, sikap petugas koding rawat inap dikatakan sangat

baik dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan pada pasien rawat inap.

b. Gambaran sarana dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan di RSUD Kota Salatiga.

Identifikasi kelengkapan sarana dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan di RSUD Kota Salatiga yang dilakukan oleh penulis adalah dengan mengisi checklist kelengkapan sarana yang dimiliki setiap petugas.

Setiap petugas koding rawat inap di RSUD Kota Salatiga memiliki meja kerja masing-masing. Di meja kerja tersebut, petugas koding melakukan tugasnya yaitu melakukan pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan pada pasien rawat inap yaitu umum dan BPJS. Di meja tersebut ada sarana yang digunakan untuk melakukan koding.

Berdasarkan hasil checklist dari peneliti, dari 5 meja kerja petugas koding hanya 1 meja kerja / 1 petugas yang memiliki sarana prasarna yang lengkap dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan pada pasien rawat inap. Petugas yang memiliki ICD 10 dan ICD 9 CM masing-masing berjumlah 3 orang.

Dari kelengkapan sarana yang digunakan untuk pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan pasien rawat inap di RSUD Kota Salatiga kurang sesuai, karena setiap petugas belum disediakan ICD-10 dan ICD 9 sesuai SK Dirjen YanMed No HK.00.05.14.00744 tahun 1998 mengenai penggunaan ICD-10 revisi kesepuluh dan SK YanMed tahun 1996 tentang penggunaan ICD-9 revisi kesembilan. Ini menunjukkan kelengkapan yang masih kurang dari segi sarana dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan pada pasien rawat inap di RSUD Kota Salatiga.

c. **Gambaran prosedur atau tata cara pengkodean dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan di RSUD Kota Salatiga.**

Berdasarkan hasil checklist yang prosedur atau tata cara pengkodean dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan di RSUD Kota Salatiga. Dapat diketahui bahwa dari 50 pelaksanaan koding, ada 16% pelaksanaan koding yang mengikuti semua prosedur yang ada di dalam 8 langkah cara pemberian kode. Hal ini dikarenakan petugas koding merasa sudah hafal dengan kode-kode dengan diagnosa yang biasa dituliskan oleh dokter, tanpa harus mereka cek ke dalam ICD.

Dari 8 langkah tersebut, prosedur no 7 yaitu ikuti *inclusion* dan *exclusion* dibawah kode atau dibawah *chapter*, *block* atau diawal kategori dilakukan sebanyak 16 % yang dilakukan oleh petugas kode walaupun mereka mengikuti langkah 1-6 hal ini dikarenakan mereka telah yakin pada kode yang mereka pilih tanpa melihat dan mengikuti *inclusion* dan *exclusion* dibawah kode atau dibawah *chapter*, *block* atau diawal. Tata cara menggunakan ICD-10 menurut Buku Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana pelayanan kesehatan, editor oleh Gemala R. Hatta ada 8. Petugas koding rawat inap di RSUD Kota Salatiga belum melakukan 8 langkah cara pemberian kode. Kecepatan dan ketepatan coding dari suatu diagnosa dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tulisan dokter yang sulit dibaca, diagnosis yang tidak spesifik dan keterampilan petugas koding dalam pemilihan kode. Maka petugas harus menjalankan prosedur koding dengan runtut agar benar dalam pemilihan kode sehingga menghasilkan kode yang akurat.

4. **Simpulan dan Saran**

a. **Simpulan**

- 1) Karakteristik Petugas Koding
 - a) Tingkat pendidikan semua petugas koding di RSUD Kota Salatiga sudah sesuai kualifikasi pendidikan tinggi yaitu D III Rekam Medis, dan telah mengikuti pelatihan serta seminar tentang koding. Tetapi masih kurang pelatihan dalam koding BPJS.
 - b) Tingkat pengetahuan semua petugas koding mengenai aturan dan reseleksi kondisi utama sangat baik.
Sikap semua petugas koding dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan pada pasien rawat inap di RSUD Kota Salatiga dikatakan sangat baik.
- 2) Kelengkapan sarana prasarana dalam pelaksanaan pemberian kode diagnosa dan tindakan pada pasien rawat inap di RSUD Kota Salatiga masih kurang lengkap karena hanya 1 meja petugas yang tersedia sarana prasarana lengkap dalam proses koding.
- 3) Semua petugas koding rawat inap di RSUD Kota Salatiga belum melakukan delapan cara atau prosedur pemberian kode diagnosa dan tindakan pada pasien rawat inap.

5. **Daftar Pustaka**

- Hatta, Gemala.R. (2012). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana pelayanan kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Jakarta
- Mathis R.L dan Jackson J.H, 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta : Salemba Empat
- National Center for Health Statistics. 2008. *International Classification of*

- Disease, Tenth Revision (ICD-10).
Diunduh : 23 Februari 2016
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/Menkes/SK /III/2008 tentang Rekam Medis*. 2008. Jakarta: Menkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 290/Menkes /Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran*. 2008. Jakarta: Menkes RI
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
- Undang-undnag Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN
- Wawan, A dan M, Dewi. (2011). *Teori & Pengukuran PENGETAHUAN, SIKAP, DAN PERILAKU MANUSIA*. Yogyakarta: Nuha Medika
- World Health Organization, 2004. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision Volume 2 second edition*. Geneva: World Health Organizati

Review of Implementation of Medical Information Release**Tinjauan Pelaksanaan Pelepasan Informasi Medis****Warijan¹⁾****Martha Marshyntha Nur 'Afifah²⁾**^{1,2)}*Poltekkes Kemenkes Semarang**Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang**Email : warijanrmik@gmail.com***Abstract**

The release of medical information have to follow applicable procedures because information of the medical record is confidential and should be protected from unauthorized persons. RSUD Kota Salatiga who gives many services for the release of medical information, but in the process of implementation is still found incomplete of requirements and writing of request form the release of medical information and still received by the officer in charge. The purpose of this study was to determine the implementation of the release of medical information in RSUD Kota Salatiga. This type of research is descriptive qualitative. The methods of data collection is done by interview and observation. Data analysis using non-statistical analysis and presentation of data in narrative form. Research shows that RSUD Kota Semarang possessed 3 flow for release medical information, but there are still not yet appropriate with standart operating procedurre that available. There are 3 standard operating procedures that govern to ensure the legal aspect of confidentiality of medical record in the implementation of the release of medical information. It needs affirmation and tighten requirements required by patients to demand the release of medical information to avoid abused by irresponsible parties.

Keywords : *Release of Medical Information ; Confidentially of Medical Record Information*

Abstrak

Pelepasan informasi medis harus mengikuti prosedur yang berlaku karena informasi rekam medis bersifat rahasia dan harus dilindungi dari pihak-pihak yang tidak berwenang. RSUD Kota Salatiga sudah melayani banyak permintaan pelepasan informasi medis, namun dalam proses pelaksanaannya masih ditemukan belum lengkapnya persyaratan dan penulisan formulir permintaan pelepasan informasi medis dan tetap diterima oleh petugas yang menangani. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan pelepasan informasi medis di RSUD Kota Salatiga. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif. Metode pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara dan observasi/pengamatan. Data di analisis menggunakan analisa non statistik dan disajikan dalam bentuk narasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa di RSUD Kota Salatiga mempunyai 3 alur pelepasan informasi medis, namun masih ada yang belum sesuai dengan standar prosedur operasional yang ada. Terdapat 3 standar prosedur operasional yang mengatur untuk menjamin aspek hukum kerahasiaan rekam medis pada pelaksanaan pelepasan informasi medis. Perlu adanya penegasan untuk memperketat persyaratan yang harus dibawa oleh pasien untuk permintaan pelepasan informasi medis agar tidak disalahgunakan oleh pihak yang tidak bertanggung jawab.

Kata Kunci: *Pelepasan Informasi Medis ; Aspek Hukum Kerahasiaan Rekam Medis*

1. Pendahuluan

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 1 menyatakan bahwa "rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien". Tujuan penyelenggaraan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi rumah sakit agar berhasil sebagaimana yang diharapkan. Untuk itu maka sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan, perlindungan dan pemeliharaan rekam medis, agar tidak rusak, hilang, dipalsukan atau digunakan oleh orang atau pihak yang tidak berhak.

Isi rekam medis sepenuhnya merupakan milik pasien dan informasi yang terkandung dalam rekam medis bersifat rahasia. Hal ini dikarenakan isi rekam medis menjelaskan hubungan yang khusus antara pasien dan dokter yang wajib dilindungi dari pembocoran sesuai dengan kode etik kedokteran dan peraturan perundang-undangan.

Pelepasan informasi medis harus mengikuti prosedur yang berlaku dan dapat diberikan apabila pasien menandatangani serta memberikan kuasa kepada pihak ketiga untuk mendapatkan informasi medis mengenai pasien tersebut. Orang-orang yang membawa surat kuasa harus menunjukkan tanda pengenal (identitas) yang sah kepada pimpinan rumah sakit. Hal ini bertujuan untuk melindungi rumah sakit dari tuntutan yang lebih jauh.

Pelepasan informasi medis juga harus berdasarkan persetujuan dari dokter yang merawat pasien yang bersangkutan. Dimana hal ini diungkapkan dalam Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 11 ayat (1) menjelaskan bahwa "Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan".

Pelepasan informasi dalam hal keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan tertulis dari pasien, namun harus memperoleh persetujuan tertulis dari pimpinan rumah sakit. Hal ini diungkapkan dalam Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 13 ayat (3) yang berbunyi "Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan pasien, bila dilakukan untuk kepentingan negara".

Berdasarkan studi pendahuluan, RSUD Kota Salatiga sudah melayani banyak permintaan pelepasan informasi medis, diantaranya yaitu permintaan pelepasan informasi medis guna keperluan asuransi, *visum et repertum*, dan surat permohonan penelitian, serta sudah dilaksanakan oleh petugas khusus pembuatan permintaan pelepasan informasi medis di bagian rekam medis. Namun, dalam permintaan pelepasan informasi medis masih ditemukan belum lengkapnya persyaratan dan penulisan formulir permintaan pelepasan informasi medis dan tetap diterima oleh petugas yang menanganinya. Hal ini belum sesuai dengan standar prosedur operasional yang ada dan dikhawatirkan adanya ketidaktepatan terkait masalah kerahasiaan informasi medis pada pelaksanaan pelepasan informasi medis tersebut. Apabila kerahasiaan informasi pasien tidak dijaga dengan baik oleh pihak rumah sakit, tidak menutup kemungkinan informasi pasien akan disalahgunakan oleh pihak yang tidak bertanggungjawab.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif, digunakan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pelepasan informasi medis di RSUD Kota Salatiga. Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 18 - 26 Mei 2017 di Bagian Tata Usaha/ Sekretariat dan Instalasi Rekam Medis RSUD Kota Salatiga. Subjek dari penelitian ini adalah petugas bagian tata usaha/sekretariat RSUD Kota Salatiga, petugas rekam medis yang bertanggung jawab dalam pembuatan permintaan

pelepasan informasi medis, dan dokter. Sedangkan objek penelitian adalah pelaksanaan pelepasan informasi medis dan Standar Prosedur Operasional yang terkait dengan pelaksanaan pelepasan informasi medis. Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi dan dianalisis menggunakan analisis non statistik yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan keadaan sebenarnya tentang pelaksanaan pelepasan informasi medis di RSUD Kota Salatiga.

3. Hasil dan Pembahasan

a. Alur Pelepasan Informasi Medis di RSUD Kota Salatiga

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang telah penulis lakukan, RSUD Kota Salatiga sudah melayani banyak permintaan pelepasan informasi medis, diantaranya yaitu permintaan pelepasan informasi medis untuk keperluan asuransi, *visum et repertum*, dan surat permohonan penelitian.

1) Alur Pelepasan Informasi Medis Untuk Keperluan Asuransi di RSUD Kota Salatiga

Alur pelaksanaan pelepasan informasi medis untuk keperluan asuransi dimulai dari pihak pasien atau keluarga pasien yang membawa surat atau blangko permintaan pelepasan informasi medis ke Bagian Tata Usaha/ Sekretariat RSUD Kota Salatiga dilengkapi dengan pengisian formulir permintaan atau surat kuasa apabila yang meminta bukan pasien sendiri, fotocopy rincian biaya atau surat kematian. Surat permintaan pelepasan informasi untuk keperluan asuransi tersebut didisposisikan ke Instalasi Rekam Medis untuk selanjutnya di proses oleh rekam medis.

Untuk alur pelepasan informasi medis kepada pihak asuransi di RSUD Kota Salatiga masih ditemukan pasien atau keluarga pasien yang tidak membawa persyaratan secara lengkap. Petugas bagian tata usaha/sekretariat

dan petugas rekam medis tetap menerima permintaan tersebut walaupun pasien atau keluarga pasien tidak membawa kartu identitas yang sah. Hal ini belum sesuai dengan SPO Pelepasan Informasi Rekam Medis yang menyatakan bahwa pasien atau keluarga pasien (ahli waris) datang ke RSUD Kota Salatiga dengan membawa fotocopy rincian biaya perawatan, dan fotocopy KTP atau KK sebagai bukti identitas diri.

Menurut Rustiyanto (2009) alur pemberian informasi rekam medis kepada pihak ketiga seperti asuransi yang pertama harus ada surat kuasa dari pasien. Pemegang kuasa harus menunjukkan identitas diri. Selain itu juga belum sesuai dengan Permenkes pasal 12 ayat (4) yang menyebutkan bahwa "Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dicatat atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu".

Dalam pelaksanaan pelepasan informasi untuk keperluan asuransi juga masih ditemukan belum lengkapnya pengisian formulir permintaan seperti tidak adanya keterangan hubungan keluarga dan tanda tangan peminta. Menurut Huffman (1994) menyebutkan bahwa formulir pelepasan informasi setidaknya memuat unsur-unsur yang meliputi nama perorangan atau institusi yang akan menerima informasi dan tanda tangan pasien/kuasa.

2) Alur Pelepasan Informasi Medis Kepada Pihak Kepolisian untuk *Visum Et Repertum* di RSUD Kota Salatiga

Alur pelaksanaan pelepasan informasi medis kepada pihak kepolisian untuk *visum et repertum* di RSUD Kota Salatiga dimulai dari pihak kepolisian yang menyerahkan surat permintaan *visum et repertum* ke

Bagian Tata Usaha/ Sekretariat RSUD Kota Salatiga dengan membawa persyaratan surat permohonan resmi dari kepolisian kepada direktur rumah sakit. surat permintaan *visum et repertum* tersebut didisposisikan ke Instalasi Rekam Medis untuk selanjutnya di proses oleh rekam medis.

Dalam pelaksanaannya sudah sesuai dengan SPO Pelepasan Informasi Rekam Medis yang menjelaskan bahwa untuk keperluan *visum et repertum* dibuatkan setelah pihak RSUD Kota Salatiga mendapatkan surat permohonan resmi dari pihak kepolisian yang ditandatangani oleh pejabat yang berwenang. Menurut Budiyo (1997) *visum et repertum* pembuatannya harus memenuhi syarat formal, yaitu berdasarkan atas permintaan tertulis dari penyidik dan digunakan sebagai barang bukti dalam perkara hukum (pidana).

Namun didalam SPO tersebut belum disebutkan jabatan kepolisian yang mengajukan sebagai pemohon, sehingga dapat memberikan kesempatan kepada pihak-pihak yang tidak bertanggung jawab untuk menyalahgunakan informasi pasien untuk kepentingan yang dapat merugikan rumah sakit. Budiyo (1997) disebutkan yang termasuk dalam kategori penyidik menurut KUHAP pasal 6 ayat (1) tentang pelaksanaan PP 27 tahun 1983 pasal 2 ayat (1) adalah Pejabat Polisi NKRI yang diberi wewenang khusus dengan pangkat serendah-rendahnya Pembantu Letnan Dua dan penyidik pembantu berpangkat serendah-rendahnya Sersan Dua. Jika penyidik tersebut adalah pegawai negeri sipil, maka kepangkatannya adalah serendah-rendahnya golongan II/b untuk penyidik dan II/a untuk penyidik pembantu.

3) Alur Pelepasan Informasi Medis Kepada Pihak Pendidikan atau Penelitian di RSUD Kota Salatiga

Alur pelaksanaan pelepasan informasi medis kepada pihak pendidikan atau penelitian di RSUD Kota Salatiga dimulai dari mahasiswa atau instansi pendidikan yang menyerahkan surat permohonan penelitian ke Bagian Tata Usaha/ Sekretariat. Setelah di proses, surat perijinan penelitian dari direktur didisposisikan ke Bagian Diklat dan Instalasi Rekam Medis. Mahasiswa/ instansi pendidikan dapat meminta data yang dibutuhkan kepada petugas pengolahan data dengan persyaratan membayar administrasi terlebih dahulu.

Dalam pelaksanaan pelepasan informasi medis kepada pihak pendidikan atau penelitian SPO Pelepasan Informasi Rekam Medis yang menyatakan bahwa mahasiswa yang melaksanakan penelitian di RSUD Kota Salatiga diwajibkan menyerahkan surat penelitian dari kampus yang ditujukan kepada Direktur RSUD Kota Salatiga dan tembusan ke Bagian Diklat dan Instalasi Rekam Medis. Menurut Rustiyanto (2009) dalam melaksanakan penelitian di instansi pelayanan kesehatan khususnya unit rekam medis, mahasiswa diwajibkan untuk membuat surat pengantar dari kampus atau akademik ke instansi yang bersangkutan ditujukan kepada direktur tembusannya ke bagian diklat/pendidikan dan pelatihan, setelah disetujui surat tersebut akan di disposisikan ke bagian unit rekam medis, melalui kepala bagian rekam medis. Sedangkan menurut Depkes RI (2006) juga menyebutkan bahwa pembukaan informasi medis guna penelitian atau riset tidak diperlukan persetujuan pasien, akan tetapi harus dengan persetujuan tertulis dari pimpinan rumah sakit. Hal ini

dipertegas juga dalam Permenkes RI Permenkes RI No. 269 tahun 2008 pasal 13 ayat (3) yang menyatakan bahwa pemanfaatan rekam medis untuk keperluan pendidikan dan penelitian tidak diperlukan persetujuan pasien, bila dilakukan untuk kepentingan negara.

b. Petugas yang Terkait dalam Proses Pelepasan Informasi Medis di RSUD Kota Salatiga

Petugas yang terlibat dalam proses pelepasan informasi medis di RSUD Kota Salatiga adalah sebagai berikut :

- 1) Direktur Rumah Sakit adalah pihak yang bertanggung jawab dalam semua proses pelepasan informasi medis.
- 2) Petugas Tata Usaha/ Sekretariat adalah petugas yang memfasilitasi pengurusan semua surat permintaan pelepasan informasi medis kepada pihak asuransi, pihak kepolisian, dan surat permohonan penelitian yang ditujukan kepada direktur rumah sakit. Serta memfasilitasi pengurusan surat balasan dari direktur rumah sakit.
- 3) Petugas rekam medis adalah petugas yang memfasilitasi dalam pembuatan pelepasan informasi medis kepada asuransi, pembuatan *visum et repertum* dan penyediaan permintaan data guna penelitian.
- 4) Dokter adalah petugas yang berhak membuka informasi rekam medis pasien dalam permintaan informasi medis kepada asuransi dan permintaan kepada pihak kepolisian. Selain itu petugas yang berhak menandatangani hasil permintaan informasi medis kepada asuransi dan hasil *visum et repertum*.

Petugas yang terkait dalam proses pelaksanaan pelepasan informasi medis sudah sesuai dengan teori yang ada. Menurut Rustiyanto (2009) pihak yang bertanggung jawab untuk melindungi informasi medis dalam hal melepaskan informasi medis yaitu dokter yang

merawat, petugas rekam medis, dan pimpinan rumah sakit.

Selain itu dalam proses pelaksanaan di RSUD Kota Salatiga sudah sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelepasan Informasi Rekam Medis dimana ada keterkaitan antara Direktur, Bagian Tata Usaha, Instalasi Rekam Medis, dan Dokter.

c. Aspek Hukum Kerahasiaan Rekam Medis dalam Pelaksanaan Pelepasan Informasi Medis di RSUD Kota Salatiga

Dalam menjaga keamanan dan kerahasiaan informasi medis pasien, RSUD Kota Salatiga telah menetapkan tiga Standar Prosedur Operasional. Adapun prosedur tersebut yaitu prosedur pelepasan informasi rekam medis, prosedur keamanan dan kerahasiaan rekam medis, dan prosedur peminjaman dokumen rekam medis.

1) Standar Prosedur Pelepasan Informasi Rekam Medis

Standar prosedur pelepasan informasi rekam medis mengatur tentang tata cara permintaan pelepasan informasi medis untuk keperluan asuransi, *visum et repertum*, dan permohonan atau penelitian. Namun dalam pelaksanaannya belum dilaksanakan secara optimal. Hal ini dikarenakan petugas tetap menerima permintaan pelepasan informasi medis walaupun pasien tersebut tidak membawa kartu identitas yang sah. Sehingga dikhawatirkan adanya peluang dalam pemalsuan dan rentan jatuhnya informasi ke tangan pihak yang tidak bertanggung jawab.

Dalam pelaksanaannya ini belum sesuai dengan Undang-undang Praktik Kedokteran Pasal 47 ayat (2) yang menyatakan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Menurut Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 10 ayat (1) yang menyatakan bahwa informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Menurut Guwandi (2005) sifat kerahasiaan rekam medis sangat perlu untuk diperhatikan.. Apabila isi rekam medis dipaparkan tanpa ijin penderita, maka penderita dapat menuntut berdasarkan Pasal 322 KUHP Ayat (1) yang menyatakan bahwa barang siapa membuka suatu rahasia yang wajib disimpannya karena jabatan atau pencahariannya, diancam dengan pidana penjara paling lama (9) sembilan bulan atau denda paling banyak sembilan ribu rupiah. Kemudian dapat menuntut berdasarkan Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 58 Ayat (1) bahwa setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

2) Standar Prosedur Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis

Standar prosedur keamanan dan kerahasiaan rekam medis sudah dilaksanakan sesuai dengan isi prosedur yang ada, dimana didalam prosedur tersebut menyebutkan bahwa yang berhak menyimpan dan mengambil rekam medis baik rekam medis aktif dan in aktif adalah petugas rekam medis. Dalam pelaksanaannya petugas rekam medis yang harus membawa, mengambil dan menyimpan dokumen rekam medis dari ruang penyimpanan. Hal ini

untuk melindungi kerahasiaan dan keamanan rekam medis.

Hal ini sudah sesuai dengan teori yang ada. Menurut Depkes RI (2006) untuk melindungi kerahasiaan tersebut, maka dibuat ketentuan bahwa hanya petugas rekam medis yang diizinkan masuk ruang penyimpanan rekam medis.

Menurut Hatta (2013) kerahasiaan adalah proteksi terhadap rekam medis dan informasi lain pasien dengan cara menjaga informasi pribadi pasien dan pelayanannya. Sedangkan keamanan adalah perlindungan terhadap privasi seseorang dan kerahasiaan rekam medis. Petugas rekam medis adalah salah satu tenaga kesehatan yang mengemban wajib simpan rahasia kedokteran.

Selain itu juga sudah sesuai dengan Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 10 ayat (1) yang menyatakan bahwa informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

3) Standar Prosedur Peminjaman Dokumen Rekam Medis

Standar prosedur peminjaman dokumen rekam medis sudah dilaksanakan sesuai dengan isi prosedur yang ada, dimana didalam prosedur tersebut menyebutkan bahwa setiap peminjaman rekam medis harus mengisi buku ekspedisi peminjaman. Dalam pelaksanaannya, setiap rekam medis yang dipinjam untuk kepentingan pelayanan, petugas rekam medis akan mencatatkan di buku ekspedisi. Pengisian buku ekspedisi bertujuan untuk mengetahui pihak-pihak mana saja yang meminjam dan untuk menjamin

terjaganya keamanan dan kerahasiaan informasi pasien.

Prosedur ini sudah menjamin kerahasiaan rekam medis sehingga sesuai dengan Permenkes RI No 269/Menkes/Per/III/2008 Pasal 10 ayat (1) yang menyatakan bahwa informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan."

4. Simpulan dan Saran

a. Simpulan

Pelaksanaan pelepasan informasi medis di RSUD Kota Salatiga dapat disimpulkan sebagai berikut :

- 1) Terdapat tiga alur pelaksanaan pelepasan informasi medis di RSUD Kota Salatiga yaitu alur pelepasan informasi medis untuk keperluan asuransi, alur pelepasan informasi medis kepada pihak kepolisian untuk *visum et repertum*, dan alur pelepasan informasi medis kepada pihak pendidikan atau penelitian. Namun, dalam pelaksanaannya masih ada yang belum sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang ada.
- 2) Petugas yang terlibat dalam proses pelepasan informasi medis di RSUD Kota Salatiga adalah Direktur Rumah Sakit, Petugas Bagian Tata Usaha/Sekretariat, Petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, dan Dokter.
- 3) Dalam menjamin aspek hukum kerahasiaan rekam medis dalam pelaksanaan pelepasan informasi medis, di RSUD Kota Salatiga sudah memiliki tiga Standar Prosedur yaitu Standar Prosedur Pelepasan Informasi Rekam Medis, Standar Prosedur Kerahasiaan Dan Keamanan Rekam Medis, serta Standar Prosedur Peminjaman Dokumen Rekam Medis.

b. Saran

- 1) Bagi Petugas Bagian Tata Usaha/Sekretariat
Sebaiknya petugas bagian tata usaha/sekretariat lebih mempertegas dan memperketat persyaratan yang harus dibawa oleh pasien untuk permintaan pelepasan informasi medis.
- 2) Bagi Petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
 - a) Sebaiknya petugas rekam medis lebih memperhatikan persyaratan permintaan informasi medis pasien untuk menghindari penyalahgunaan informasi medis oleh pihak yang tidak berwenang.
 - b) Sebaiknya perlu diadakan sosialisasi tentang Standar Prosedur Operasional Prosedur Pelepasan Informasi Rekam Medis kepada petugas yang terlibat dalam pelepasan informasi medis di RSUD Kota Salatiga.
 - c) Sebaiknya Standar Prosedur Operasional Pelepasan Informasi Rekam Medis pada bagian alur pelepasan informasi medis kepada pihak kepolisian untuk *visum et repertum* diperjelas kembali jabatan pihak kepolisian yang meminta, sehingga dapat meminimalisir jatuhnya informasi medis pasien kepada pihak yang tidak bertanggung jawab.

5. Daftar Pustaka

- Budiyanto, dkk .(1997). *Ilmu Kedokteran Forensik*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press)
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Dirjen Bina Yanmed.
- Guwandi. (2005). *Rahasia Medis*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hanafiah, Jusuf & Amir, Amri. (2009). *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan, Edisi 4*. Jakarta: ECG.

- Hatta, R. Gemala. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.
- Huffman, Edna K, RRA. (1994). *Health Information Management, Tenth Edition, Berweyn, Illinois Physicians Record Company*
- Idries. A. M. (1997). *Pedoman Ilmu Kedokteran Forensik*. Tangerang: Binarupa Aksara
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia.(2008). *Peraturan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Rustiyanto, Ery.(2009). *Etika Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono.(2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- World Health Organization.(2006). *Medical Records Manual A Guide for Developing Countries*. Geneva: WHO.

Occupational Safety and Health on Medical Records Storage in Medical Record Installation

Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pada Penyimpanan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis

Edy Susanto¹⁾
Rr. Sri Endang P²⁾
Rosita Dwi Cahyaningsih³⁾

^{1,2,3)}Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : rmik@poltekkes-smg.ac.id

Abstract

Storage of medical records is an activity to protect the medical records from physical damage and the content of the medical records. The process of storing the medical records has risks that can threaten the occupational safety and health of medical records staff. One of the efforts in occupational safety and health is by providing protection for the medical records staff by using personal protective equipment. Based on the preliminary study in RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang, the use of personal protective equipment that has not been done well and dusty storage space and the risk of friction/ scraped paper or sharp medical record map. The purpose of this study is to determine the occupational safety and health on the medical records storage. The type of the research is descriptive qualitative research which is a research by describing an object with the data collection method using interview and observation. This study uses descriptive data analysis that describes the results of the research in the form of narrative. The result of the study explains that the occupational safety and health had been done but not maximally. This is because there is no SPO that specifically regulate the occupational safety and health in medical records. Personal protective equipment used by medical records staff includes respiratory protective equipment/ masks and gloves. The knowledge of medical record storing staff is that personal protective equipment is an important thing to be used as protection during the work. In addition, attitudes and behavior of medical record storing officers in the use of masks reached 91% and it is good enough. However, the use of gloves, it only reaches 41%, therefore, it needs improvement.

Keywords: *Occupational Safety and Health on Medical Records Storage*

Abstrak

Penyimpanan rekam medis merupakan kegiatan untuk melindungi rekam medis dari kerusakan fisik dan isi dari rekam medis. Proses penyimpanan rekam medis mempunyai resiko yang dapat mengancam keselamatan dan kesehatan kerja petugas rekam medis. Salah satu upaya dalam keselamatan dan kesehatan kerja dengan memberikan perlindungan bagi petugas penyimpanan rekam medis dengan cara menggunakan alat pelindung diri. Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang penggunaan alat pelindung diri yang belum terlaksana dengan baik dan ruang penyimpanan yang berdebu serta resiko terjadi gesekan/tergores kertas atau map rekam medis yang tajam. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui keselamatan dan kesehatan kerja pada penyimpanan rekam medis. Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif kualitatif yaitu penelitian dengan mendeskripsikan obyek dengan metode pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi. Penelitian ini menggunakan analisis data deskriptif yaitu mendeskripsikan dan menggambarkan hasil penelitian dalam bentuk narasi. Hasil penelitian menjelaskan bahwa keselamatan dan kesehatan kerja sudah berjalan namun belum secara maksimal. Hal ini dikarenakan belum terdapat SPO yang khusus mengatur keselamatan dan kesehatan kerja di rekam medis. Alat pelindung diri yang digunakan oleh petugas penyimpanan rekam medis meliputi alat pelindung pernapasan/ masker dan alat pelindung tangan/ sarung tangan. Pengetahuan petugas penyimpanan rekam medis bahwa alat pelindung diri merupakan hal yang penting digunakan sebagai perlindungan pada saat melakukan pekerjaan. Selain itu, sikap dan perilaku petugas penyimpanan rekam medis dalam penggunaan masker

mencapai 91% dan sudah cukup baik, namun pada penggunaan sarung tangan hanya mencapai 41% sehingga perlu peningkatan.

Kata Kunci : *Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada penyimpanan rekam medis*

1. Pendahuluan

Rumah sakit menurut Undang-undang No. 44 Tahun 2009 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit mempunyai peran yang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal, sehingga rumah sakit dapat meningkatkan mutu dalam semua bidang di lingkungan sekitar rumah sakit.

Rekam medis menurut Permenkes No. 269 Tahun 2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis mengenai pelayanan yang telah diberikan kepada pasien dan disimpan serta dirawat dengan baik karena rekam medis merupakan dokumen yang sangat berharga. Penyimpanan rekam medis merupakan kegiatan untuk melindungi rekam medis dari kerusakan fisik dan isi dari rekam medis.

Penyimpanan rekam medis merupakan kegiatan untuk melindungi rekam medis dari kerusakan fisik dan isi dari rekam medis. Pelaksanaan penyimpanan rekam medis sangat diperhatikan guna untuk menciptakan kondisi yang nyaman dan aman untuk rekam medis dan bagi petugas yang sedang bekerja.

Proses penyimpanan rekam medis mempunyai resiko-resiko yang dapat mengancam keselamatan dan kesehatan kerja petugas yang sedang melakukan pekerjaannya. Seperti gangguan pernapasan karena polusi udara dalam ruangan akibat debu dan tidak menggunakan masker saat melakukan penyusutan dokumen. Tertimpa rekam medis atau terjepit roll o'pack saat berada diruang penyimpanan serta gangguan sendi atau tulang karena sering angkat angkut rekam medis. Sehingga perlu diperhatikan keselamatan dan kesehatan kerjanya agar tidak menimbulkan gangguan kesehatan serta mengurangi angka kecelakaan akibat kerja.

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) menurut Kepmenkes 432 Tahun 2007 adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja/buruh dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya ditempat kerja, promosi kesehatan, pencegahan dan rehabilitasi. Keselamatan dan kesehatan kerja merupakan sistem perlindungan tenaga kerja. Prosedur keselamatan dan kesehatan kerja harus jelas dan diterapkan pada penyimpanan rekam medis.

Di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang pada 16 November 2017, ruang penyimpanan rekam medis sudah tertata cukup baik. Namun dalam pelaksanaan, keselamatan dan kesehatan kerjanya belum terlaksana dengan baik, hal ini dibuktikan dengan belum adanya SPO keselamatan dan kesehatan kerja khusus di rekam medis, penggunaan alat pelindung diri belum terlaksana dengan baik seperti penggunaan masker dan sarung tangan.

Hasil penelitian Wulandari (2003) (2013) dengan judul Tinjauan Pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Unit Penyimpanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur bahwa pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di RSUD Pasar Rebo berpedoman pada POKJA dan belum adanya SPO pada unit kerja rekam medis yang mengatur tentang pelaksanaan K3 di instalasi rekam medis RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur.

Hasil penelitian Azimah (2013) dengan judul Tinjauan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Bagian Filing RSUD Kota Semarang. Hasil dari penelitian yaitu terkait dengan kesesuaian antropometri yang berpengaruh pada keselamatan dan kesehatan kerja.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi dan wawancara. Observasi dilakukan dengan mengamati penggunaan alat pelindung diri oleh petugas penyimpanan. Wawancara dilakukan dengan menggunakan wawancara terstruktur. Subjek dalam penelitian ini adalah

kepada instalasi rekam medis, koordinator penyimpanan dan petugas penyimpanan rekam medis. Objek dalam penelitian ini adalah SPO keselamatan dan kesehatan kerja pada rekam medis dan alat pelindung diri pada penyimpanan rekam medis.

3. Hasil dan Pembahasan

Identifikasi Standart Prosedur Operasional (SPO) Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pada Rekam Medis

Di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang belum terdapat Standar Prosedur Operasional (SPO) keselamatan dan kesehatan kerja di instalasi rekam medis khususnya pada penyimpanan rekam medis. Pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja yang sudah berjalan mengacu pada arahan dari pimpinan dan kesadaran diri dari masing-masing petugas penyimpanan rekam medis.

RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang memiliki banyak Standar Prosedur Operasional (SPO) yang digunakan dalam mendukung pelayanan rekam medis. SPO yang mengatur tentang semua pelayanan rekam medis di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang mengacu pada Permenkes 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis. Termasuk Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang keselamatan dan kesehatan kerja mengacu pada Kepmenkes RI 432 tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

Keselamatan dan kesehatan kerja dilaksanakan sesuai dengan arahan dari pimpinan. Keselamatan dan kesehatan kerja merupakan hal penting yang digunakan untuk melindungi petugas dari bahaya/ resiko yang timbul ditempat kerja. Sehingga perlu adanya Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur tentang keselamatan dan kesehatan kerja bagi petugas yang sedang bekerja. Standar Prosedur Operasional (SPO) keselamatan dan kesehatan kerja berguna sebagai intruksi ataupun langkah-langkah petugas dalam memulai suatu pekerjaan.

Identifikasi Alat Pelindung Diri (APD) yang Dipakai Petugas Pada Penyimpanan Rekam Medis

Alat pelindung diri (APD) yang digunakan

di penyimpanan rekam medis meliputi masker dan sarung tangan. Masker yang digunakan petugas di ruang penyimpanan adalah masker biasa yang memiliki bagian luar berwarna hijau muda dan bagian dalamnya berwarna putih serta terdapat tali/karet untuk kemudahan pemakaian biasanya terpasang ke bagian belakang kepala atau telinga. Dan sarung tangan yang digunakan di ruang penyimpanan rekam medis adalah sarung tangan karet non steril.

Masker atau alat pelindung diri pernapasan digunakan untuk melindungi pernapasan dan resiko paparan udara di ruang penyimpanan rekam medis yang sudah terkontaminasi. Selain itu, sarung tangan atau alat pelindung tangan digunakan untuk melindungi tangan dan bagian lainnya dari benda tajam atau goresan dan melindungi tangan pada saat mengambil, menata, ataupun mengembalikan rekam medis di dalam rak.

Pengetahuan Petugas Rekam Medis Tentang Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Sumber daya manusia yang bekerja di ruang penyimpanan rekam medis sebanyak 9 (sembilan) orang dengan latar belakang pendidikan yang berbeda-beda yang dapat berpengaruh dalam proses kerja.

Petugas rekam medis sudah mengetahui tentang penggunaan alat pelindung diri yang digunakan pada penyimpanan rekam medis. Pengetahuan tersebut muncul dari kesadaran diri dari petugas rekam medis tentang penggunaan alat pelindung diri yang digunakan pada saat melakukan pekerjaannya.

Selain alat pelindung diri perlu juga ada pelatihan yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja pada penyimpanan rekam medis. Pelatihan ini salah satu cara yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan petugas rekam medis tentang keselamatan dan kesehatan kerja serta bahaya/ resiko yang ada pada tempat kerja khususnya pada rekam medis. Namun faktanya belum ada pelatihan keselamatan dan kesehatan kerja yang kepada petugas rekam medis.

Perilaku Petugas Rekam Medis Terhadap Penggunaan Alat pelindung Diri (APD)

a. Penggunaan Masker

Pengamatan penggunaan alat pelindung diri (APD) yaitu masker yang dilakukan selama enam hari kerja yaitu Senin sampai Sabtu terhadap 9 petugas pada ruang penyimpanan rekam medis di instalasi rekam medis RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Dari 9 orang tersebut diantaranya terdiri dari 5 petugas laki-laki dan 4 petugas perempuan, jadi terdapat 54 kali pengamatan.

Tabel 1

Tabel penggunaan masker

Kategori	Jumlah	%
Ya	49	91%
Tidak	5	9%
Total	54	100%

Tabel 1, dari 54 kali pengamatan tersebut didapatkan bahwa 49 kali (91%) telah menggunakan alat pelindung pernapasan/masker. Sedangkan 5 kali (9%) dari pengamatan belum menggunakan masker.

Perilaku petugas dalam menanggapi penggunaan alat pelindung pernapasan/masker sudah baik, petugas penyimpanan rekam medis sadar akan pentingnya resiko dalam bekerja dan mematuhi serta bertanggungjawab adanya keselamatan dan kesehatan kerja di ruang penyimpanan rekam medis.

b. Penggunaan Sarung Tangan

Tabel 2

Tabel penggunaan sarung tangan

Kategori	Jumlah	%
Ya	22	41%
Tidak	32	59%
Total	54	100%

Pengamatan penggunaan alat pelindung diri (APD) yaitu sarung tangan yang dilakukan selama enam hari kerja yaitu Senin sampai Sabtu terhadap 9 petugas pada ruang penyimpanan rekam medis di instalasi rekam medis RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Dari 9 orang tersebut diantaranya terdiri dari 5 petugas laki-laki dan 4 petugas perempuan, jadi terdapat 54 kali pengamatan.

Berdasarkan tabel 4.3, dari 54 kali pengamatan tersebut didapatkan bahwa 22

kali (41%) telah menggunakan alat pelindung tangan/sarung tangan. Sedangkan 32 kali (59%) dari pengamatan belum menggunakan sarung tangan. Hal tersebut terjadi karena petugas penyimpanan rekam medis menganggap bahwa penggunaan sarung tangan dapat menghambat pekerjaannya dan hanya beberapa petugas saja yang sadar akan penggunaan sarung tangan dalam pekerjaannya.

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Pada Penyimpanan Rekam di Instalasi Rekam Medis RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di Instalasi rekam medis pada ruang penyimpanan rekam medis RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang sudah berjalan namun belum secara maksimal.

Pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja pada penyimpanan rekam medis ditandai dengan upaya penggunaan alat pelindung diri yaitu berupa alat pelindung pernapasan /masker dan alat pelindung tangan/sarung tangan. Namun pada penyimpanan rekam medis sendiri belum terdapat adanya SPO khusus keselamatan dan kesehatan kerja. Petugas rekam medis sudah mengetahui tentang penggunaan alat pelindung diri, hal ini ditandai dengan kesadaran diri dari petugas itu sendiri.

Selain itu perilaku petugas tentang penggunaan alat pelindung diri masih perlu ditingkatkan, karena prosentase penggunaan masker sudah mencapai 91% dan prosentase penggunaan sarung tangan mencapai 41%.

4. Simpulan dan Saran Simpulan

Berdasarkan penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut:

- Belum terdapat SPO yang khusus mengatur keselamatan dan kesehatan kerja di ruang penyimpanan rekam medis instalasi rekam medis RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang
- Alat pelindung diri (APD) yang dipakai petugas rekam medis di ruang penyimpanan rekam medis sudah baik yaitu meliputi alat pelindung pernapasan/ masker dan alat

- pelindung tangan/ sarung tangan.
- c. Pengetahuan petugas rekam medis sudah baik yaitu petugas menggunakan alat pelindung diri atas kesadaran diri dari petugas tersebut
 - d. Perilaku petugas rekam medis tentang penggunaan alat pelindung pernapasan/ masker sudah mencapai 91% dan penggunaan alat pelindung tangan/ sarung tangan hanya 41%.
 - e. Keselamatan dan kesehatan kerja di penyimpanan rekam medis sudah berjalan namun belum secara maksimal, karena belum terdapat standar prosedur operasional dan perlu ditingkatkan perilaku petugas dalam menggunakan alat pelindung diri.

Saran

Berdasarkan pengalaman yang didapat saat melakukan penelitian, penulis menyarankan beberapa hal sebagai berikut:

- a. Sebaiknya dibuatkan SPO tentang keselamatan dan kesehatan kerja di instalasi rekam medis, agar pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja lebih baik.
- b. Sebaiknya penggunaan alat pelindung diri pada penyimpanan lebih di tingkatkan khususnya penggunaan masker dan sarung tangan.

- c. Di harapkan rumah sakit mengadakan pelatihan dan sosialisasi keselamatan dan kesehatan kerja kepada petugas sehingga petugas lebih terampil dan paham dalam mengetahui resiko yang timbul saat dalam lingkungan kerja.

5. Daftar Pustaka

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 432 Tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja.* Jakarta : Keputusan Menteri Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.* Jakarta : Menteri Kesehatan Republik Indonesia
- Undang-undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.* Jakarta : Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia
- Wulandari, 2013, *Tinjauan Pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Unit Penyimpanan Rekam Medis di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur*, Karya Tulis Ilmiah, Universitas Esa Unggul, Jakarta

Recording and Reporting Information System Health Service in Remote and very Remote Area Based on Android

Sistem Informasi Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan Kesehatan Berbasis Android di Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil

Syefira Salsabila¹⁾

¹⁾ Universitas Esa Unggul

Jalan Arjuna Utara No 9, Duri Kepa, Kebon Jeruk, Jakarta Barat, DKI Jakarta

E-mail : syefira@esaunggul.ac.id

Abstract

Health care is the right of every community to get service without exception, even though it is in an area that is difficult to reach due to geographical access. Mobile Health Services (PKB) is one of the innovations in equitable health services in remote and very remote areas. The process of recording and processing data is generally held also on PKB is still done manually. Recording that is still running in handwriting causes many obstacles in the process of processing, searching, and making reports on health service activities. The purpose of this study is to identify and develop information systems for recording and reporting on activities at PKB. This research method uses Action Research. This design was chosen because it would delve deeply into the process and management of the development of Android-based applications for PKB. The results of this study present that the use of android-based mobile phones as a tool in data collection for the implementation of recording and reporting of mother and child activities can be carried out offline. This prototype information system made the process more efficient in term of time, especially when the data is uploaded to a properly administered server, makes the data much more secure, more effective to use for mobile health clinic team or health provider for data reporting.

Keywords: *Android; Data Recording; Mobile Health Services*

Abstrak

Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap masyarakat untuk mendapatkan pelayanan tanpa terkecuali, meskipun berada di wilayah yang sulit terjangkau dikarenakan akses geografi. Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) merupakan salah satu inovasi dalam pemerataan pelayanan kesehatan di kawasan terpencil dan sangat terpencil. Proses pencatatan dan pengolahan data umumnya diadakan juga pada PKB yang dilakukan secara manual. Pencatatan yang masih berjalan dengan tulisan tangan menyebabkan banyak kendala dalam proses pengolahan, pencarian, dan pembuatan laporan kegiatan pelayanan kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi dan mengembangkan sistem informasi pencatatan dan pelaporan kegiatan PKB. Metode Penelitian ini menggunakan *Action Research*. Rancangan ini dipilih karena akan menggali secara mendalam mengenai proses dan manajemen pengembangan aplikasi berbasis Android untuk PKB. Hasil penelitian ini menyajikan bahwa pemanfaatan *mobile phone* berbasis android sebagai alat bantu dalam pengumpulan data pelaksanaan pencatatan dan pelaporan kegiatan ibu dan anak dapat dijalankan secara *offline*. Prototype sistem informasi ini dapat berjalan lebih efisien dari sisi waktu, pengiriman data ke server membuat data lebih aman, memudahkan para petugas pencatatan nantinya dapat menginput data sebagai bahan pelaporan.

Kata Kunci : *Android; Pencatatan Data; Pelayanan Kesehatan Bergerak*

1. Pendahuluan

Hak asasi manusia dalam kesehatan antara lain memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, dapat diakses,

bermutu, terjangkau, dan memperoleh perlindungan secara menyeluruh terutama bagi masyarakat yang berada di daerah tertinggal, perbatasan dan

kepulauan terluar (DTPK). Mereka yang tinggal di daerah tersebut umumnya belum mendapat upaya kesehatan secara merata karena kendala geografis dan sosial (Abdulraheem I. S, 2012, Kemenkes, 2017).

Fokus kebijakan dalam penguatan upaya kesehatan dasar (*Primary Health Care*) yang berkualitas terutama melalui penguatan upaya promotif dan preventif, pengembangan sistem jaminan kesehatan nasional, penguatan sistem pengawasan obat dan makanan, serta penurunan kematian ibu dan kematian bayi. Pelayanan kesehatan di fasilitas Pelayanan Kesehatan kawasan Terpencil dan sangat terpencil dilakukan melalui berbagai pendekatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan karakteristik masing-masing daerah dan kebutuhan masyarakat setempat. Pendekatan tersebut salah satunya berupa pengembangan pola pelayanan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 90 Tahun 2015, arah kebijakan dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas dengan pengembangan pola pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil dilaksanakan salah satunya dalam bentuk Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) (Kemenkes, 2016).

Pelaksana PKB adalah tenaga kesehatan dan non kesehatan atau bisa disebut dengan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak (TPKB). TPKB terdiri dari tim provinsi, kabupaten dengan melibatkan Puskesmas. PKB dilaksanakan selain untuk penguatan pelayanan kesehatan, juga meningkatkan pemberdayaan masyarakat agar terwujudnya paradigma sehat. PKB dilakukan dengan mendatangi masyarakat di daerah terpencil dan sangat terpencil. Gambaran umum wilayah yang menjadi pelaksanaan PKB umumnya harus menempuh waktu 2-5 jam untuk sampai ke pusat Kabupaten dan akan melanjutkan perjalanan 2-6 jam ke lokasi desa pelayanan. Kondisi jalan menuju

lokasi pelayanan dapat menggunakan beberapa kendaraan seperti mobil, perahu, motor/berjalan kaki atau kombinasi. Jumlah masyarakat yang akan mengikuti pelayanan sekitar 50-200 pasien di setiap Kabupaten. Tugas TPKB di lapangan tidak hanya memberikan pelayanan akan tetapi juga melakukan pencatatan laporan kegiatan dengan metode non elektronik (*paper based method*) (Kemenkes, 2012(a)); Kemenkes, 2012(b)).

Metode pencatatan berbasis kertas memerlukan usaha ekstra untuk mengisi formulir dan setelah memasukkan data secara manual dalam perangkat lunak komputer seperti Microsoft Excell dan spreadsheet. Kegiatan pencatatan dan pelaporan data PKB dapat berlangsung lebih dari 7 hari, dikarenakan TPKB harus merekap hasil pencatatan manual data pelayanan di lapangan ke MS. Excel. Berbeda bila penggunaan elektronik sudah dilakukan pelaporan data pelayanan dapat dilakukan kurang lebih hanya memakan waktu 1 hari. Penggunaan teknologi elektronik yang diterapkan di Kenya membuat pelayanan kesehatan berjalan secara efektif dan efisien. Proses data menjadi kompleks terutama dalam hal mengelompokkan dan *tracing* data. Sehingga data yang akan diproses menjadi informasi menjadi lambat karena file-file di arsip secara manual, selain itu akurasi data dan konsistensi dalam pelaporan juga sulit dipelihara. Kondisi PKB yang berpindah dari satu Kabupaten ke Kabupaten lain dengan kondisi jalan dan iklim yang tidak bisa diprediksi membuat data-data yang sudah tertulis memiliki risiko lebih besar untuk rusak ataupun hilang. Sehingga proses pelaporan data juga dapat mengalami keterlambatan hal ini akan berakibat para pemangku kebijakan terlambat juga dalam membuat perencanaan tindak lanjut, bahan perencanaan menjadi sudah tidak relevan dengan kondisi saat itu (Mechael, 2010). Kegiatan pencatatan secara manual menyulitkan petugas dalam pengumpulan

data dikarenakan kondisi pelayanan yang *mobile*, membuat TPKB tidak boleh lengah dalam penyimpanan dokumen selama proses *moving*. Selain itu pengumpulan data yang tidak konsisten membuat TPKB bingung karena tidak ada format baku dalam pencatatan, pengumpulan data yang dilakukan bisa saja data tersebut tidak diperlukan. Apabila proses pendokumentasian suatu kegiatan tidak berjalan, maka informasi kesehatan tentang pelayanan tersebut juga dapat tidak berkualitas, pada akhirnya menyebabkan tidak optimalnya pelayanan kesehatan serta perencanaan dan manajemen sistem kesehatan.

Semakin meningkatnya teknologi pada saat ini yang dapat dilakukan untuk proses pencatatan di lokasi terpencil dan sangat terpencil salah satunya dengan teknologi *mobile health (m-Health)*. Kebutuhan data kesehatan, menyebabkan tidak seimbangnya jumlah orang yang bekerja secara profesional dengan kebutuhan pelayanan (Barakat, Woolrych, Sixsmith, Kearns, & Kort, 2013). Salah satu solusi untuk memperingan kinerja profesional kesehatan adalah dengan pemanfaatan teknologi *m-Health*. Beberapa contoh penerapan *m-Health* dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu terjadi di Kenya. Tenaga kesehatan dapat melakukan pelayanan secara efisien dan efektif, selain untuk tenaga kesehatannya juga berguna bagi masyarakatnya dimana seorang ibu dapat terbantu untuk melakukan perencanaan dalam pelayanan kesehatan rujukan ke RS, selain itu para tenaga kesehatan menggunakan teleponnya untuk melaporkan pelayanan sebagai bentuk monitoring yang lebih baik, selain itu pemerintah daerah di sana mendukung penggunaan telepon sebagai teknologi dalam membantu pelayanan kesehatan dengan menyediakan anggaran dana

untuk memberikan insentif untuk tenaga kesehatan sehingga mereka termotivasi untuk menjadi juara pengguna *mobile health* (Aranda-Jan, Mohutsiwa-Dibe, & Loukanova, 2014).

Tahun 2018 Indonesia di proyeksikan sebagai negara pengguna *smartphone* terbesar keempat di dunia (Jovanov & Milenkovic, 2011). Maka penggunaan *smartphone* menjadi pilihan tepat dalam pengembangan *m-Health* untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan di kawasan terpencil dan sangat terpencil. Terdapat beberapa platform perangkat *mobile* dalam pasaran, seperti Symbian, Windows, Blackberry, iPhone, Linux dan Android. Dalam beberapa tahun terakhir, penggunaan platform Android merupakan aplikasi yang banyak menarik karena satu-satunya platform yang *open source* pada perangkat *mobile*. Teknologi *open source* menjanjikan strategi untuk meningkatkan tingkat kematangan dan kualitas kegiatan pengembangan perangkat lunak. Dalam segi ekonomi, teknologi *open source* artinya bebas biaya, dan dapat dimodifikasi dan didistribusikan tanpa lisensi. Hal ini membuat teknologi yang *open source* menjadi suatu perangkat lunak terjangkau (*affordable*) dan dikelola dengan biaya yang rendah. Dengan basis pengguna yang mencapai lebih dari 40% pengguna *handphone*, dunia sudah familiar akan *smartphone* dengan OS Android di dalamnya, selain itu Android juga memungkinkan penyebaran aplikasi ke publik dengan mudah melalui fitur *publish* pada Google Play (Rao & Krishna, 2014).

Melihat kondisi pelaksanaan PKB, dengan keadaan geografis dan kebutuhan TPKB di lapangan agar dapat memaksimalkan kegiatan pelayanan, maka diperlukan sebuah alat yang memudahkan dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PKB. pemanfaatan *m-Health* yang sudah terbiasa digunakan oleh TPKB perlu dikembangkan untuk proses pencatatan

pelaksanaan PKB sampai kegiatan pelaporan kegiatannya.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan rancangan *Action Research*. Rancangan ini dipilih karena akan menggali mendalam mengenai proses dan manajemen pengembangan aplikasi berbasis android untuk pencatatan dan pelaporan kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak di Pelayanan Kesehatan Bergerak. Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *System Development Life Cycle (SDLC)* dengan metode RAD (*Rapid Application Development*) dengan cara *prototyping*. Keluaran yang dihasilkan pada penelitian ini adalah berbentuk aplikasi telepon bergerak berbasis android yang digunakan untuk alat bantu pencatatan dan pelaporan selama pelaksanaan PKB. Langkah-langkah pengembangan sistemnya adalah sebagai berikut: (a) Perencanaan, melakukan telaah masalah mengenai kebutuhan sistem dan solusi terhadap masalah pencatatan PKB teridentifikasi. (b) Analisis, langkah yang dilakukan pada tahapan ini adalah analisa terhadap bisnis proses yang berjalan. Menyusun strategi perbaikan system dan automasi sebagai solusi terhadap masalah yang ditemukan. Analisa kebutuhan sistem dan strategi dilakukan melalui wawancara dan telaah dokumen. (c) Desain, mendesain formulir-formulir dan antarmuka, kemudian mendesain data base dan *file*. Prototipe dibuat menggunakan aplikasi instan yang bernama KoBoToolbox. Dengan menggunakan aplikasi ini dapat membuat langsung *form* pencatatan yang diinginkan. Prototipe dibangun dengan menggunakan aplikasi pembuat data base di Android yang dapat digunakan di komputer atau di android langsung. (d) Implementasi, sistem akan diuji dengan cara memasukkan data dari tahap awal yaitu input, proses, hingga keluaran. Keterbatasan waktu dan biaya yang membuat proses implementasi

ini tidak dapat dilakukan langsung di lapangan, melainkan hanya diuji di laboratorium.

Pengambilan data dalam makalah ini dilakukan di Provinsi Jambi. Lokasi PKB yang dilakukan di Provinsi Jambi dilakukan di 8 Kabupaten yaitu Kabupaten Merangin, Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Batang Hari, Kabupaten Muaro Jambi, Kabupaten Tanjung Jabung Timur, Kabupaten Tanjung Jabung Barat, Kabupaten Tebo, dan Kabupaten Bungo.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil wawancara mendalam kepada informan baik di pelayanan kesehatan primer maupun para pemegang program PKB di Dinas Kesehatan Provinsi adalah PKB dilakukan terhadap daerah-daerah yang sulit terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Terdapat 8 orang yang di interview yang berasal dari Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, selain itu juga dilakukan validasi ke bagian Pelayanan Kesehatan Primer, Kementerian Kesehatan. Daerah tersebut sulit dijangkau karena kendala geografis terutama akses jalan. Pelaksanaan PKB melalui beberapa tahapan penentuan yaitu: (a) Analisis Situasi, yang dilakukan oleh pihak dinas Kabupaten untuk mengumpulkan data demografi (jumlah penduduk, distribusi penduduk), permasalahan kesehatan dan faktor risiko penyakit, akses lokasi, sarana, prasarana, dan obat, serta tenaga kesehatan. (b) Penyusunan Rencana Kebutuhan PKB yang meliputi: jenis pelayanan yang akan diberikan (pelayanan dasar, kegawatdaruratan, rujukan, surveilans, pemberdayaan masyarakat), menentukan target masyarakat yang akan diberikan pelayanan, menentukan pola pemberian layanan yang memungkinkan untuk menjangkau lokasi. (c) Sosialisasi dan Advokasi. (d) Pembentukan TPKB: yang terdiri dari Tim Provinsi yang akan diberangkatkan ke lokasi sebanyak 13 orang dan gabungan Tim Kabupaten dan

Tim Puskesmas yang berjumlah 15 orang disetiap Kabupaten. TPKB sendiri terdiri dari beberapa tenaga kesehatan dan non kesehatan. (e)Pelaksanaan Kegiatan: pelaksanaan kegiatan dilakukan di 7 Kabupaten yaitu; Kabupaten Merangin, Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Batang Hari, Kabupaten Tanjung Jabung Timur, Kabupaten Tanjung Jabung Barat, Kabupaten Tebo, Kabupaten Bungo. Pelayanan yang diberikan berupa pelayanan kesehatan dasar dan pemberdayaan masyarakat.(f) Pencatatan dan Pelaporan, proses ini dilakukan oleh TPKB. Pencatatan selama ini yang dilakukan berupa perekaman data pasiendengan menggunakan isian dari formulir khusus PKB.

Kebutuhan sistem informasi yang diperlukan adalah: a. Diperlukannya aplikasi pencatatan dan pelaporan yang sesuai dengan kondisi pelaksanaan program dan keadaan di lapangan b. Pembuatan laporan yang cepat dan akurat sesuai dengan kebutuhan dari masing-masing level. c. Meminimalisir kebutuhan *paper based* saat proses pencatatan di lapangan.

a. Input

Variabel input didapatkan dari pengisian analisis situasi, identitas pasien, pengisian kegiatan pelayanan pemberdayaan masyarakat, identitas TPKB, dan realisasi anggaran.

Pengisian/input analisis situasi terdiri dari variabel wilayah kerja (kabupaten, kecamatan, puskesmas, desa), demografi (jumlah penduduk, jumlah ibu hamil, jumlah WUS, jumlah bayi, jumlah balita, jumlah lansia, jumlah remaja), Jumlah ketenagaan (dokter spesialis, dokter umum, dokter umum, perawat, bidan, kesehatan lingkungan, kesehatan masyarakat, gizi, non kesehatan), sarana prasarana (kondisi jalan, kendaraan yang digunakan, waktu tempuh ke lokasi, sumber listrik), dan usulan kegiatan pelayanan. Variabel ini digunakan untuk mendukung pemilihan lokasi pelaksanaan PKB, penentuan tenaga yang dibutuhkan,

logistik serta sarana dan prasarana yang dibutuhkan.

Identitas pasien terdiri dari variabel data sosial pasien (nama, jenis kelamin, alamat, tanggal lahir, umur dan tanggal pelayanan), pemeriksaan fisik (tinggi badan, berat badan), diagnosa awal (suhu tubuh, dan tekanan darah), anamnesis (berupa hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan), kode diagnosis, tindakan, obat, jenis pelayanan)

Pemberdayaan masyarakat terdiri dari variabel target kelompok, bentuk kegiatan, luaran kegiatan, fasilitator (TPKB), rencana tindak lanjut.

Identitas TPKB terdiri dari nama, unit kerja, profesi dan tugas di lapangan.

b. Proses

Bagian yang memproses masukan untuk menjadi keluaran yang diinginkan. Data yang di input diproses untuk menjadi informasi yang bermanfaat. Seluruh hasil pemeriksaan pelaksanaan program masih diolah secara manual dengan menginputkan kembali ke dalam Microsoft excel ataupun word. Hal ini berkaitan dengan waktu yang dibutuhkan menjadi lama, diperlukan waktu untuk mereka kembali ke pusat kota, pengumpulan data, perekapan data. Data yang sudah terkumpul oleh Dinas Kesehatan Provinsi akan mereka rekap dan hal ini akan memakan waktu lebih untuk membaca kembali tulisan mereka.

Proses input analisis situasi, identitas pasien, pemberdayaan masyarakat, identitas TPKB dan realisasi anggaran mendukung fitur pencatatan dan pelaporan PKB yang dirancang dalam penelitian ini. Input pasien yang tersimpan akan menghasilkan jumlah pengunjung. Input analisa situasi akan menghasilkan cakupan dari pelaksanaan PKB. Input pemberdayaan masyarakat akan menghasilkan data gambaran pelayanan kesehatan di wilayah sasaran. Dalam penginputan data pasien dapat didapatkan gambaran status kesehatan pengunjung.

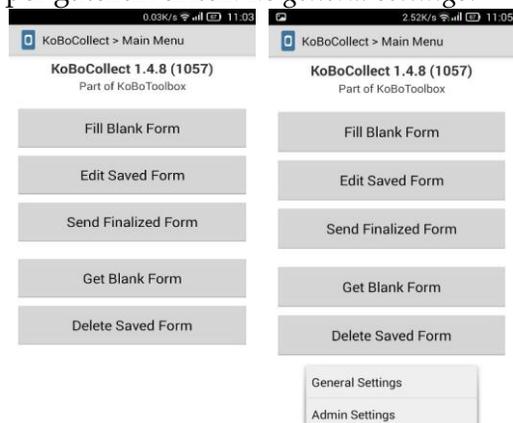
Dengan dibangunnya sistem ini, maka alir data yang berlaku saat ini dapat diperpendek. TPKB cukup melakukan pencatatan di lapangan dan menyimpan sementara bila tidak ada koneksi internet. Setelah laporan bisa dikirim semua dan data sudah lengkap maka pengelola program PKB hanya tinggal menganalisa data saja sesuai dengan kebutuhan data untuk pelaporan ke pusat. Dengan tidak meninggalkan teknologi berbasis kertas, data yang telah terkirim dapat dibuka di komputer dapat dicetak dan digunakan untuk kepentingan administrasi.

c. Output

Dinas Kesehatan Provinsi mengalami keterlambatan pengiriman data karena harus menunggu pengumpulan data yang dibawa oleh TPKB, lalu rekapitulasi data yang sulit dilakukan karena kendala kertas suka hilang ataupun tulisan sulit untuk dibaca. Proses pencatatan dan pelaporan yang terjadi pada saat ini tidak dilakukan secara *realtime*. Belum lagi tugas pokok TPKB dan fungsi yang timpang tindih. Sistem yang direkomendasikan pada dasarnya terdiri dari kegiatan input menggunakan aplikasi android, penyimpanan data dan pengolahan data di komputer. Luaran penelitian ini masih pada tahap pembangunan prototipe aplikasi di android. Prototipe yang dibangun menggunakan aplikasi instan mudah digunakan untuk mengembangkan pangkalan data dan templete sangat memungkinkan untuk dibagi dan di replikasi pada perangkat lain yang memenuhi persyaratan. Selain itu, prototipe aplikasi sudah dapat digunakan untuk pemasukan data, pencarian, menghapus, dan mencetak rekaman dalam bentuk formulir. Output sistem berupa sistem informasi pencatatan dan pelaporan PKB yang memiliki fitur informasi kesehatan wilayah PKB dan cakupan PKB. Pengguna sistem ini adalah petugas PKB atau disebut TPKB. Hasil dari sistem ini dapat digunakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten, Kementerian Kesehatan dan juga jejaring

fasilitas pelayanan kesehatan dalam melihat potensi masalah kesehatan di masyarakat terpencil.

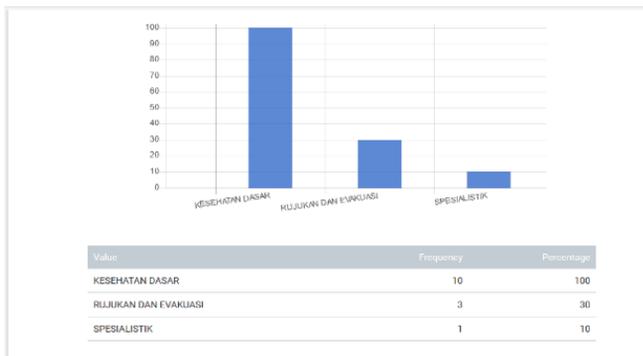
Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi untuk membantu kelancaran tugas tersebut dengan meninggalkan berkas berbentuk kertas dengan pemilihan sarana android/tablet. Model sistem yang dibangun berbasis android ini menggunakan aplikasi instan KoBoToolbox yang merupakan adaptasi dari Harvard Humanitarian Initiative. Saat mengawali aplikasi di telepon pintar/tablet yang dibuka adalah ikon KoBoCollect lalu akan masuk kehalaman utama selanjutnya klik menu pilihan pengaturan untuk ke *general settings*.



Gambar 3.1. Tampilan Antarmuka pada Awal Aplikasi di Telepon Pintar

Selanjutnya di *server settings* masukan URL → klik paling belakang ada username yang telah di buat di web browser Selanjutnya masukan username dan password anda. Formulir-formulir yang akan digunakan untuk melakukan input data adalah sebagai berikut: (a) Wilayah Kerja, formulir ini berfungsi menyediakan data untuk keperluan analisis situasi wilayah yang akan dijadikan tempat pelaksanaan PKB, kebutuhan sumber daya (tenaga kesehatan dan non kesehatan), akses ke lokasi, anggaran dan logistik. (b) Data TPKB, formulir ini berfungsi untuk menginventaris pengguna aplikasi (TPKB). Sekaligus sebagai tabel referensi untuk pengisian formulir lain yang memberikan informasi tentang petugas yang

melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat sekaligus pendokumentasian pelayanan. (c) Data Pasien, fungsi dari formulir ini adalah sebagai tabel induk bagi tabel pasien. Formulir ini merekam data tentang identitas pasien yang datang ke lokasi pelayanan. Informasi yang dapat diberikan adalah tentang status kesehatan masyarakat setempat. (d) Data Kegiatan, tabel data kegiatan berisi formulir tentang identitas pasien yang melakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat. Data identitas akan di kelompokkan berdasarkan kelompok umur/semua umur sesuai dengan sasaran kegiatan yang akan diberikan. Formulir ini dirancang untuk mendapatkan data tentang keadaan kesehatan lingkungan pada individu setempat. Selanjutnya data ini memberikan informasi berupa rencana tindak lanjut dan kegiatan lanjutan yang direncanakan padakunjungan berikutnya. (e) Laporan, Pada sisi pengguna (penanggung jawab program PKB), dapat mengakses data yang telah diinput oleh TPKB di masing-masing wilayah Kabupaten yang dilaksanakan pelayanan dan sudah mengirim semua *form* inputan melalui *web browser*. Selain itu dapat juga melihat olahan data yang berbentuk grafik. Untuk mengirimkan laporan, pengguna memanfaatkan tabel Pelaksanaan PKB dan mengirimnya melalui *email* dalam bentuk format CSV.



Gambar 2. Hasil Input Data PKB dalam bentuk grafik melalui web server

Gambar diatas merupakan hasil pencatatan data yang di download melalui web server yang dapat dijadikan

sebagai resume medik pasien. Sedangkan format laporan bulanan PKB yang dihasilkan adalah sebagai berikut

Kabupaten	Puskesmas	Desa	Petugas	Profesi	Pelatihan	Tanggal Kunjungan	Nama Pasien	usia	Diagnosa Medis	Kegiatan Pelayanan
Tebo	A	A	Rizieq	Kesmas	Ya	8/4/2017	Abi	2 Tahun	ISPA	Rujukan
		B				8/4/2017	Abu	56 Tahun	Hipertensi	Kesdas, PM

Gambar 3.2 Antarmuka Rekapitulasi Pelaksanaan PKB pada Sisi Penanggung Jawab Program

Perancangan sistem informasi pencatatan dan pelaporan PKB diharapkan dapat membantu dalam mempermudah pengumpulan data, proses pengolahan data, dan penyajian informasi secara lebih cepat dan akurat dibandingkan pengerjaan secara manual yang selama ini berlangsung. Dengan ditampilkannya data dalam bentuk informasi hasil cakupan PKB, data kesehatan, keadaan TPKB dapat diketahui hasil kinerja yang dilakukan sehingga terlihat bagian mana yang membutuhkan penanggulangan lebih lanjut.

Pengembangan sistem yang baru ini memiliki kebutuhan biaya yang lebih besar dibandingkan dengan *paper based method* selain kebutuhan yang sudah disebut diatas penggunaan telepon bergerak untuk smartphone atau tablet juga membutuhkan biaya pengadaan pulsa/paket data dan bila sewaktu-waktu membutuhkan perawatan untuk telepon bergerak tersebut. Fitur yang dimiliki perangkat android memungkinkan untuk pengambilan gambar dan penanda lokasi. Kedepannya dengan adanya fitur penanda lokasi, memungkinkan peningkatan kemampuan peranti lunak untuk membuat pemetaan lokasi PKB.

Penggunaan aplikasi instan yang memudahkan untuk pengguna, selain itu sistem ini dapat dijalankan disaat offline dan baru akan bisa dikirim ke komputer server dan diolah menggunakan jaringan internet. Desain yang simple membuat aplikasi ini menjadi ringan. Selain itu aplikasi yang akan terpasang juga sifatnya *open source* tidak ada ketentuan untuk membeli aplikasi yang premium. Dari sisi peranti lunak, sistem yang ada ini mudah dilakukan modifikasi apabila diperlukan penyesuaian. Dengan demikian replikasi pada pelaksanaan program lain sangat memungkinkan. Penyatuan atau *bridging* dengan sistem elektronik yang ada seperti Sistem Informasi Puskesmas (SIP) juga memungkinkan karena sistem mampu mengeksport data yang tersimpan dalam pangkalan berbentuk CSV.

Pencatatan data kesehatan dalam PKB ini dapat dikatakan sama dengan pencatatan data kesehatan pasien yang datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Faskes) pada umumnya. Bila pada faskes pasien akan datang dan melakukan pendaftaran ke bagian pendaftaran pasien dan akan di input ke dalam format rekam medis pasien. Pencatatan PKB dibuat sebagaimana adanya dikarenakan kondisi geografis tempat dilakukannya pelayanan. Penggunaan platform pencatatan untuk PKB ini memiliki kata sandi yang dipegang oleh pembuat atau pengembang kuesioner untuk instrumen pencatatan data pelayanan. Sedangkan untuk para TPKB hanya tinggal menarik instrumen yang sudah dikembangkan tanpa harus *log in*.

Pelaporan data PKB akan dikirim oleh Dinas Kesehatan Provinsi kepada Pelayanan Kesehatan Primer Kementerian Kesehatan. Petugas yang bertanggung jawab terhadap proses pengiriman data pada dasarnya orang yang juga turun langsung kelapangan dan mengikuti kegiatan PKB ataupun penanggung jawab program PKB di Dinas Kesehatan Provinsi.

Keterbatasan penelitian berakibat pada tidak optimalnya prototype yang

dibangun. Bentuk penyajian data tidak dapat ditampilkan secara interaktif dalam bentuk dashboard hanya dalam bentuk grafik. Keterbatasan waktu penelitian dalam membuat suatu prototype ini tidak memungkinkan untuk melakukan uji coba sistem langsung dilapangan untuk mengetahui kondisi real di lapangan (masalah sinyal, listrik, proses pencatatan), selain itu juga detail mengenai spesifikasi telepon bergerak yang cocok untuk diadakan.

4. Simpulan dan Saran

Hasil analisis kebutuhan didapatkan memang TPKB memerlukan suatu alat bantu dalam melakukan pencatatan dan pelaporan yang disesuaikan dengan kondisi pelaksanaan kegiatan dilapangan. Pembuatan laporan yang cepat dan juga akurat sesuai dengan kebutuhan data di level atas. Sehingga dapat meminimalisir kebutuhan *paper* saat dilapangan untuk mengurangi risiko data hilang dan rusak. Pemanfaatan telepon bergerak berbasis android dapat menjadi panduan yang siap sedia dalam pengumpulan data, pemrosesan data secara otomatis sehingga dapat mempersingkat waktu kerja dari TPKB. Dengan mempelajari kekurangan sistem dan keterbatasan penelitian maka saran untuk pengembangan sistem ini adalah Memasukan variabel lain selain analisis situasi dan data pelaksanaan program yang termasuk dalam alur kegiatan PKB. Selain itu data pelayanan kesehatan tidak hanya sebatas pelayanan kesehatan dasar tapi bisa mencakup kegiatan KIA, Imunisasi, Gizi, Kesling, Kesehatan gigi, P2M. Selain itu untuk TPKB sendiri menumbuhkan perilaku budaya informasi melalui pembentukan komitmen bersama tentang penyediaan informasi yang berkualitas, memberikan

dampak positif dan punishment yang sesuai

5. Daftar Pustaka

- Abdulraheem I. S. (2012). Primary health care services in Nigeria: Critical issues and strategies for enhancing the use by the rural communities. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 4(1), 5-13. <https://doi.org/10.5897/jphe11.133>
- Aranda-Jan, C. B., Mohutsiwa-Dibe, N., & Loukanova, S. (2014). Mobile Health Projects in Africa: What Works? *BMC Public Health*, 14, 188. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-188>
- Barakat, A., Woolrych, R. D., Sixsmith, A., Kearns, W. D., & Kort, H. S. M. (2013). Ehealth technology competencies for health professionals working in home care to support older adults to age in place: Outcomes of a two-day collaborative workshop. *Journal of Medical Internet Research*, 15(9), 1-12. <https://doi.org/10.2196/med20.2711>
- Jovanov, E., & Milenkovic, A. (2011). Body Area Networks for Ubiquitous Healthcare Applications: Opportunities and Challenges, 1245-1254. <https://doi.org/10.1007/s10916-011-9661-x>
- Kemenkes. (2017a). Kemenkes Terus Tingkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan. <http://www.dpkkes.go.id/article/view/17010500003/kemenkes-terustingkatkan-akses-dan-mutu-pelayanan-kesehatan.html> [Diakses pada, 2 Februari, 2017]
- Kemenkes. (2016). *Data Dasar Puskesmas. Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kemenkes. (2012a) Pedoman peningkatan akses pelayanan kesehatan di DTPK. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Bina and Upaya Kesehatan.
- Kemenkes. (2012b). Panduan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak di DTPK. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar Jakarta
- Mechael, P. (2010). Barriers and Gaps Affecting mHealth in Low and Middle Income Countries: policy White paper. *The Earth Institute Colombia University*.
- Rao, V. S., & Krishna, T. M. (2014). A Design of Mobile Health for Android Applications. *American Journal of Engineering Research (AJER)*, 03(06), 20-29.