

Pelaksanaan Asembling Rekam Medis di Rumah Sakit

Implementation of Medical Record Asembling in Hospitals

Henny Maria ulfa¹

Mutia Anzari²

Risa Amalia³

^{1,2,3} STIKes Hang Tuah Pekanbaru

Jalan Mustafa Sari No 05 Tangkerang Selatan Pekanbaru

Email: hennyulfa84@gmail.com

Abstract

Assembling is an arrangement of medical records. Implementation of the assembling has not been well implemented at *Hospitals* owing to shortage of officers in medical records. So it is hard to know whether the medical records files are complete or not. The research done is to know the implementation of assembling at *Hospitals*. Type of research is descriptive qualitative. There are four informants. Data collection is by interview and observation. Data processing are triangulation technique and qualitative data analysis. The result of paper is obtained that implementation of assembling at *Hospitals* is only done at the time of accreditation of hospitals. As a result, there is no division of task for officers, officers having knowledge of implementation of assembling medical records are disturbed because of human resource and SPO of assembling medical records. It is wise that division of task and arrangement of SPO assembling medical records are made, officers' knowledge is improved by following seminar and training, and human resource is placed at assembling in order that implementation of assembling is carried out properly at *Hospitals*.

Keywords: *Asembling, Medical Record document, hospital*

Abstrak

Assembling merupakan penataan rekam medis, pelaksanaan kegiatan assembling rekam medis di Rumah Sakit belum terlaksana dengan baik dikarenakan kekurangan petugas rekam medis yang bekerja di Rumah Sakit sehingga tidak bisa mengetahui apakah berkas rekam medis lengkap atau tidak. Penelitian ini untuk mengetahui pelaksanaan *Assembling* di Rumah Sakit. Jenis penelitian adalah deskriptif kualitatif. Informan dalam penelitian berjumlah 4 orang. Teknik pengumpulan data dengan wawancara dan observasi. Pengolahan data dilakukan dengan teknik triangulasi, analisis data dengan analisis kualitatif. Hasil penelitian ini diperoleh bahwa pelaksanaan assembling dilakukan pada saat ingin akreditasi rumah sakit, sehingga belum ada uraian tugas petugas assembling rekam medis, petugas mempunyai pengetahuan dalam pelaksanaan *assembling* rekam medis namun untuk melaksanakannya terkendala pada sumber daya yang kurang dan belum memiliki SPO assembling rekam medis di unit rekam medis Rumah Sakit. Sebaiknya dibuatkan uraian tugas petugas dan SPO assembling rekam medis, pengetahuan petugas assembling rekam medis ditingkatkan dengan mengikuti seminar dan pelatihan rekam medis dan menempatkan sumber daya manusia di bagian assembling supaya pelaksanaan assembling terlaksana dengan optimal di Rumah Sakit.

Kata Kunci: *Asembling, Rekam Medis, rumah sakit*

A. Pendahuluan

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan,

pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat (Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009). Upaya kesehatan tersebut didalam pelayanan kesehatan paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan

perorangan secara paripurna (UU RI No. 44 Tahun 2009).

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit dan setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis (UU RI No. 44 Tahun 2009).

Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Pengolahan berkas rekam medis dimulai dari tempat penerimaan pasien (membuat atau menyiapkan berkas rekam medis), dilanjutkan dengan *assembling*, *coding*, *indexing* dan *filling*. *Assembling* berarti merakit, tetapi untuk kegiatan *assembling* berkas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tidaklah hanya sekedar merakit atau mengurut satu persatu halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Pengurutan halaman ini dimulai dari berkas rekam medis rawat darurat, rawat jalan dan rawat inap dan pergantian pada masing-masing pelayanan akan diberikan kertas pembatas yang menonjol sehingga dapat mempermudah pencarian formulir dalam berkas rekam medis (Budi, 2011).

Unit rekam medis terdapat bagian *assembling* yang memiliki peran penting meliputi sebagai peneliti kelengkapan isi dan perakitan dokumen rekam medis sebelum disimpan, menerima dokumen rekam medis dan mencatat di buku register semua rekam medis yang masuk dan keluar atau disebut juga sensus harian dari unit pelayanan, mencatat dan mengendalikan dokumen rekam medis

yang isinya belum lengkap dan secara periodik. Oleh karena itu pelaksanaan unit *assembling* sangat penting karena dapat dijadikan tolak ukur mutu berkas rekam medis di fasilitas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan wawancara survey awal yang dilakukan pada unit rekam medis di Rumah Sakit dalam *assembling* rekam medis belum terlaksana dikarenakan kekurangan petugas rekam medis yang bekerja di Rumah Sakit. Tidak terlaksananya kegiatan *assembling* rekam medis mengakibatkan tidak terkendalinya formulir rumah sakit, dalam kata lain petugas tidak bisa mengetahui apakah berkas rekam medis tersebut telah lengkap atau tidak, telah terjadi kesalahan apa tidak, hal ini pula mengakibatkan kurang valid dalam pelaksanaan sensus berkas pulang oleh petugas rekam medis. Padahal kegiatan *assembling* dapat mengetahui kelengkapan pengisian rekam medis yang apabila ditemukan berkas yang tidak lengkap akan dilaporkan kepada kepala unit rekam medis mengenai ketidaklengkapan isi dokumen dan petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi tersebut, *Assembling* juga mengendalikan penggunaan formulir rekam medis dan secara periodik.

B. Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan tujuan untuk mengetahui bagaimana gambaran pelaksanaan *assembling* di Rumah Sakit. Lokasi penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit, 4 orang informen penelitian. Variabel penelitian terdiri dari uraian tugas, pengetahuan petugas terhadap *assembling* dan SPO *assembling*. Instrumen penelitian untuk pengumpulan data adalah pedoman observasi, wawancara, alat perekam dan alat tulis. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan wawancara, sumber data menggunakan primer dan sekunder,

pengolahan data menggunakan teknik *non statistic* dengan teknik triangulasi untuk pemeriksaan keabsahan yaitu teriangulasi dengan sumber, teringulasi dengan metode dan triangulasi dengan data. Analisa data dalam penelitian ini adalah teknik analisis kualitatif, dalam teknik digunakan proses induktif.

C. Hasil dan Pembahasan

1. Uraian Tugas Petugas Rekam Medis Di Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian mengenai uraian tugas petugas *assembling* rekam medis di Rumah Sakit yakni Pembagian tugas rekam medis di Rumah Sakit sesuai dengan kebijakan rumah sakit, jika pihak rumah sakit merasa diperlukannya tenaga disalah satu bagian maka akan ditarik petugas dari ruangan lain yang berlebih agar dipindah keruangan yang membutuhkan tersebut. Sampai saat ini belum melakukan pemantauan terhadap *assembling* rekam medis dan belum optimalnya kegiatan *assembling* rekam medis dikarenakan kegiatan *assembling* rekam medis dilakukan pada saat ingin akreditasi rumah sakit dan kegiatan tersebut dibantu oleh petugas yang lain. Petugas di unit rekam medis berjumlah 1 orang petugas rekam medis tamatan DIII rekam medis yang merangkap berbagai tugas pokok fungsi seperti pendaftaran, pengambilan dan pengantaran berkas rekam medis, pembuatan SEP dan rujukan, sehingga membuat petugas tersebut kewalahan dan mengakibatkan kegiatan *assembling* rekam medis menjadi tidak dapat terlaksana. belum ada uraian tugas petugas pada kegiatan *assembling* rekam medis.

Uraian tugas adalah tugas yang harus dilakukan oleh setiap karyawan dalam organisasi, sesuai dengan jabatan atau pekerjaan karyawan yang bersangkutan. Oleh sebab itu uraian tugas yang sudah ada dijadikan sebagai acuan jenis kegiatan atau tugas yang terdapat dalam organisasi

dan yang harus dikerjakan oleh masing-masing petugas (Notoadmodjo, 2010).

Menurut Notoadmodjo (2009) dalam uraian tugas suatu organisasi yang berkaitan dengan penilaian prestasi kerja karyawan, sekurang-kurangnya mencakup 3 hal, yakni :

- a. Kewajiban yang harus dilaksanakan oleh pelaksana pekerjaan (Karyawan).
- b. Tanggung jawab yang dibebankan kepada pelaksana pekerjaan tertentu.
- c. Persyaratan yang harus dipenuhi.

Oleh sebab itu, maka uraian tugas itu harus disusun sebaik-baiknya dan sejelas-jelasnya, sehingga para pelaksana tugas juga jelas melaksanakannya, dan penilai juga jelas dalam melakukan penilaian.

Bagian *assembling* yaitu salah satu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok yaitu:

- a. Merakit kembali DRM dari rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap menjadi urutan atau runtut sesuai dengan kronologi penyakit pasien yang bersangkutan.
- b. Meliputi kelengkapan data yang seharusnya tercatat di dalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya.
- c. Meneliti kebenaran pencatatan data rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya.
- d. Mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatatan data karena isinya tidak lengkap
- e. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis.
- f. Mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekam medis (Sudra, 2017).

Peran dan fungsi *assembling* dalam pelayanan rekam medis yaitu sebagai perakitan formulir rekam medis, peneliti isi data rekam medis, pengendalian DRM tidak lengkap, pengendali penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang mendukung maka penulis berpendapat bahwa uraian tugas dalam pelaksanaan assembling rekam medis perlu dibuat karena peran dan fungsi assembling dalam pelayanan rekam medis yaitu sebagai perakitan formulir rekam medis, peneliti isi data rekam medis, pengendalian DRM tidak lengkap, pengendali penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medi.

Disusun se jelas-jelasnya sebagai acuan yang jelas untuk para petugas dalam melaksanakan pekerjaan yang dikaitkan dengan penilaian prestasi kerja petugas assembling rekam medis di Rumah Sakit

2. Pengetahuan Petugas Terhadap Assembling Rekam Medis Di Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan tentang pengetahuan petugas terhadap assembling rekam medis di Rumah Sakit yakni petugas mempunyai pengetahuan mengetahui pelaksanaan *assembling* rekam medis, namun untuk melaksanakannya terkendala pada SDM yang kurang. Belum pernah mengikuti seminar dan pelatihan tentang assembling rekam medis dikarenakan biaya mengikuti seminar dan pelatihan yang mahal.

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu dari manusia yang sekedar menjawab pertanyaan "what". Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan hingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoadmodjo, 2009).

Terdapat dua aspek yang dilihat dalam sumber daya manusia yakni :

- a. Kuantitas, yaitu menyangkut jumlah sumberdaya manusia
- b. Kualitas, yaitu menyangkut mutu sumber daya manusia tersebut, yang menyangkut kemampuan fisik maupun kemampuan non fisik (kecerdasan dan mental). Untuk meningkatkan kualitas fisik dapat di upayakan program-program kesehatan dan gizi. Sedangkan untuk meningkatkan kemampuan non fisik dapat diupayakan dengan pelatihan dan pendidikan. Pelatihan adalah suatu kegiatan peningkatan kemampuan karyawan atau pegawai dalam suatu institusi, sehingga pelatihan dapat diartikan suatu proses yang dapat menghasilkan suatu perubahan perilaku bagi karyawan atau pegawai (Notoadmodjo, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang mendukung maka penulis berpendapat bahwa petugas assembling rekam medis di Rumah Sakit dilihat dari dua aspek yaitu kuantitas yang menyangkut dengan jumlah petugas *assembling* rekam medis, kualitas menyangkut mutu petugas assembling rekam medis baik kemampuan fisik dan don fisik salah satunya dengan pelatihan dan pendidikan sesuai kompetensi rekam medis sehingga pelaksanaan *assembling* rekam medis dapat dilaksanakan dengan optimal untuk bisa meningkatkan mutu rekam medis di Rumah Sakit.

3. SPO Assembling Rekam Medis di Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan tentang SPO *assembling* rekam medis di Rumah Sakit yakni belum ada dibuat SPO *assembling* rekam medis di unit rekam medis Rumah Sakit hanya melihat dari Depertemen Kesehatan aja. Kebijakan dari rumah sakit belum ada, karena setiap petugas bisa melaksanakan sampai 3 tanggung jawab, karena kekurangan SDM, minta tambah personil tapi belum

didukung, harus memanfaatkan personil yang ada.

SPO pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur operasional standar yang ada didalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah, atau tindakan, ada penggunaan fasilitas pemrosesan yang dilaksanakan oleh orang-orang di dalam suatu organisasi, telah berjalan secara efektif, konsisten, standar dan sistematis (Tambunan, 2013).

Peran dan manfaat Standar Prosedur Operasional pedoman di dalam suatu organisasi

- a. Menjadi pedoman kebijakan yang merupakan dasar bagi seluruh kegiatan organisasi, secara operasional maupun administratif (pedoman kebijakan)
- b. Menjadi pedoman kegiatan-kegiatan organisasi, baik secara operasional maupun administratif (pedoman kegiatan)
- c. Menjadi pedoman untuk memvalidasi langkah-langkah kegiatan dalam organisasi (pedoman birokrasi)
- d. Menjadi pedoman terkait penggunaan formulir, dokumen, blanko, dan laporan yang digunakan kedalam kegiatan-kegiatan organisasi (pedoman administrasi) (Tambunan, 2013).

SPO *assembling* rekam medis dalam proses pengolahan rekam medis terbagi beberapa bagian yaitu penataan berkas Rekam Medis pasien rawat jalan, Penataan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap untuk kasus Anak, Penataan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap kasus Bedah, Penataan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Kebidanan, Penataan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap kasus Bayi Baru Lahir (Depkes RI, 2006).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang mendukung maka penulis berpendapat bahwa SPO *assembling* rekam medis perlu dibuat karena pada

dasarnya sebagai pedoman berisikan prosedur-prosedur operasional standar dalam *assembling* rekam medis dengan salah satu manfaatnya menjadi pedoman kebijakan dalam kegiatan-kegiatan khususnya SPO *assembling* dalam proses pengolahan rekam medis yang terbagi beberapa bagian dari *assembling* rekam medis yang ada di Rumah Sakit.

D. Simpulan dan Saran

Belum adanya uraian tugas petugas *assembling* rekam medis di Rumah Sakit sehingga pelaksanaan *assembling* belum optimal karena belum adanya petugas *assembling* rekam medis. petugas sebenarnya mempunyai pengetahuan tentang pelaksanaan *assembling* rekam medis, belum ada sumber daya manusia yang ditempatkan dibagian *assembling* rekam medis, belum ada dibuat SPO *assembling* rekam medis hanya melihat dari Depertemen Kesehatan Republik Indonesia.

E. Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kami sampaikan kepada Direktur Rumah Sakit beserta jajarannya serta petugas Unit Kerja Rekam Medis yang telah membantu mensukseskan penelitian ini.

F. Daftar Pustaka

- Budi, S.C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Depkes, RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*, Jakarta: DIRJEN YANMED.
- Sudra, R. I (2017), *Rekam Medis*. Banten: Universitas Terbuka.
- Moleong, (2016). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Notoatdmojo S, (2007). *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Prilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta

Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Tambunan, (2013). *Standard Operasional Prosedur*. Jakarta: PT Suka Buku.

UU RI Nomor 44 Tahun 2009 *Tentang Rumah Sakit*. 2012. Bandung: Citra Umbara.

UU RI Nomor 36 Tahun 2009 *Tentang Kesehatan*. Jakarta.

GAMBARAN PELAKSANAAN PROSEDUR PENGEMBALIAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP COVID 19 DI INSTALASI REKAM MEDIS RUMAH SAKIT

OVERVIEW OF THE IMPLEMENTATION OF PROCEDURE FOR THE RETURNING OF COVID 19 INPATIENT MEDICAL RECORD IN MEDICAL RECORD INSTALLATION HOSPITAL

Mohamad Daeroby Abi Yusya, Amd¹
Ira Indriyani, S.ST²

^{1,2} RSUD dr. Loekmono Hadi
Jl. dr. Lukmono Hadi No.19 Kudus
email: iraindriyani27@gmail.com

Abstract

Covid 19 is a virus that has hit all countries in the world, including Indonesia. Indonesia implemented a large-scale limitation period (PSBB) as stipulated in Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020. During the limitation period, health service facilities also reduced health services for public patients (non-COVID-19 patients) so that they could focus on providing COVID-19 pandemic services and for reduce the risk of transmission in health facilities. This hospital is one of the covid-19 referral health service facilities. The medical record installation implements work procedures using the Covid-19 health protocol. One of them is the return of inpatient medical record documents from the room. The research method used in this research is descriptive qualitative method. The results of this study were obtained regarding the description of the Procedure for Returning Covid 19 Inpatient Medical Record Documents at the hospital and use of storage facilities and related of Standart Operational Procedure.

Keywords: covid-19, medical record, return procedures

Abstrak

Covid 19 merupakan virus yang melanda seluruh negara di dunia, termasuk Indonesia. Indonesia menerapkan masa pembatasan Berskala Besar (PSBB) yang termaktub dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020. Pada masa pembatasan infasilitas layanan kesehatan pun mengurangi layanan kesehatan untuk pasien umum (pasien non COVID-19) agar fokus dalam memberikan layanan pandemi COVID-19 serta untuk mengurangi risiko penularan di fasilitas kesehatan. Rumah sakit ini merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan covid-19. Instalasi rekam medis menerapkan prosedur kerja dengan menggunakan protokol kesehatan covid-19. Salah satunya adalah pada pengembalian dokumen rekam medis rawat inap dari ruangan. Metode Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif kualitatif. Hasil dari penelitian ini adalah didapatkan mengenai gambaran Prosedur Pelaksanaan Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Covid 19 Di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit, yakni kualifikasi pendidikan petugas *assembling* yang sudah sesuai, penerapan surat edaran prosedur Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Covid 19, dan penggunaan sarana penyimpanan dan Standar Prosedur Operasional terkait.

Kata kunci: covid-19, rekam medis, prosedur pengembalian

A. Pendahuluan

Covid 19 merupakan virus yg melanda seluruh negara di dunia, termasuk Indonesia. Indonesia melaporkan kasus pertama Pada 2 Maret 2020, yang diduga tertular dari orang Asing yang berkunjung ke Indonesia (Jurnal respiratory indo vol 40, No 2 April 2020). Kasus terkonfirmasi di Indonesia pun terus bertambah, hingga tanggal 24 Februari 2021 telah terdapat 1.298.608 kasus dengan kematian mencapai 35.014 jiwa (Kemkes.go.id, 2021). Dampak wabah covid-19 terlihat hampir di seiruh sektor kehidupan masyarakat, termasuk sektor pelayanan kesehatan. Dari segi penularan, orang yang paling berisiko terinfeksi adalah mereka yang berhubungan dekat dengan pasien Covid-19 atau yang merawat pasien covid-19. Petugas kesehatan berada di garis depan dari respons pandemi covid-19 memiliki risiko yang lebih besar untuk terpajan infeksi (Kemenkes RI, 2020).

Sebagai upaya pengendalian terhadap penyebaran SARS-COV-2 pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan pembatasan sosial termasuk Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19.

Pada masa pembatasan ini, fasilitas layanan kesehatan pun mengurangi layanan kesehatan untuk pasien umum (pasien non COVID-19) agar fokus dalam memberikan layanan pandemi COVID-19 serta untuk mengurangi risiko penularan di fasilitas kesehatan. Instalasi rekam medis sebagai salah satu penunjang dalam pelayanan kesehatan turut melaksanakan prosedur kerja khusus dalam menghadapi situasi wabah covid-19.

Rumah sakit ini merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan covid-19. Instalasi rekam medis menerapkan prosedur kerja dengan menggunakan protokol kesehatan covid-19. Salah satunya adalah pada pengembalian dokumen rekam medis rawat inap dari ruangan. Prosedur yang dijadikan acuan adalah surat edaran nomor HM.01.01/002/III/2020 tentang prosedur Kerja Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dalam situasi Wabah Covid-19. Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana gambaran prosedur pelaksanaan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap covid 19 di instalasi rekam medis rumah sakit.

B. Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Instrumen yang digunakan dalam penggalian data primer adalah pedoman wawancara secara mendalam kepada informan melalui metode wawancara dan pengamatan secara langsung proses kegiatan penerimaan dokumen rekam medis rawat inap covid-19. Penggalian data sekunder menggunakan peralatan yang digunakan dalam kegiatan penerimaan dokumen rekam medis rawat inap covid-19

C. Hasil dan Pembahasan

1. Pendidikan

Kegiatan pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap RSUD dr Loekmono Hadi dilakukan berdasarkan SPO yang termuat dalam SPO *Assembling* dokumen rekam medis rawat inap. Kegiatan *Assembling* dilakukan oleh tiga petugas.

Kualifikasi pendidikan masing-masing petugas disajikan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 1. Daftar Kualifikasi pendidikan petugas *Assembling*

No	Kalifikasi Pendidikan Petugas <i>Assembling</i>	Jumlah
1	DIII Perkam Medis	1
2	DIV Rekam Medis	1
3	S1 Kesehatan Masyarakat	1

Menurut Savitri (2011), dalam menjalankan kegiatannya di unit rekam medis diperlukan sumber daya manusia yang memenuhi kompetensi perekam medis DIII. Berdasarkan data Daftar Kualifikasi pendidikan petugas *Assembling* pada tabel 1, bagian *assembling* RSUD dr Loekmono Hadi dalam menjalankan kegiatannya sudah didukung oleh tenaga sesuai dengan kualifikasi yakni perekam medis dan informasi kesehatan.

2. Pelatihan

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas rekam medis bagian *assembling*, kegiatan Pelatihan terkait prosedur kerja penanganan Covid-19 dalam periode semester II tahun 2020 telah dilakukan sebanyak 4 kali dengan rincian kegiatan pelatihan internal sebanyak 1 kali, dan kegiatan pelatihan eksternal sebanyak tiga kali.

3. Sarana Standar Prosedur Operasional (SPO)

Sarana SPO terkait prosedur pelaksanaan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap covid 19 di instalasi rekam medis menjadi acuan bagi petugas *assembling* dalam melaksanakan kegiatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *assembling*, Sarana SPO terkait prosedur pelaksanaan pengembalian dokumen rekam

medis rawat inap covid 19 di instalasi rekam medis belum tersedia. Dalam melaksanakan kegiatan penerimaan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap covid 19, petugas *assembling* mengacu pada surat edaran No. HM.01.01/002/III/2020 Tentang Prosedur Kerja Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Dalam situasi Wabah Covid-19.

4. Pelaksanaan Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Covid-19

Berdasarkan hasil penelitian, dalam melaksanakan penerimaan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap covid-19, petugas *assembling* mengacu pada surat edaran No. HM.01.01/002/III/2020 Tentang Prosedur Kerja Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Dalam situasi Wabah Covid-19.

Prosedur kerja untuk kegiatan *assembling* terhadap pemeliharaan berkas rekam medis adalah sebagai berikut :

- Rekam medis dimasukkan ke dalam plastik, disarankan untuk menggunakan plastik warna kuning (infeksi).
- Rekam medis diserahkan ke unit rekam medis dan informasi kesehatan
- Masing-masing rekam medis tersebut di permukaan plastik berikan tanggal penerimaan rekam medis dengan menggunakan spidol atau alat tulis lainnya
- Dimasukan ke dalam box container atau box lainnya dan ditutup rapat
- Disimpan di tempat khusus, jika memungkinkan
- Diamkan selama 4-6 hari.
- Sampul Rekam medis lap dengan alkohol SWAB / semprot cairan disinfektan dengan jarak tertentu agar kertas tidak rusak.

Berdasarkan acuan tersebut, berikut adalah uraian prosedur kerja untuk *assembling* dalam kegiatan pengembalian dokumen rekam medis covid-19 di instalasi rekam medis RSUD dr. Loekmono Hadi :

- a. Rekam medis dimasukkan ke dalam plastik, disarankan untuk menggunakan plastik warna kuning (infeksi).

Berdasarkan hasil penelitian, penggunaan plastik berwarna kuning sebagai pelapis dokumen rekam medis rawat inap covid-19 belum diterapkan. Admin ruangan rawat inap covid-19 membawa dokumen rekam medis covid-19 tanpa platik pelindung selayaknya dokumen rekam medis rawat inap biasa lainnya.

- b. Rekam medis diserahkan ke unit rekam medis dan informasi kesehatan

Dokumen rekam medis rawat inap covid-19 diserahkan secara langsung oleh admin ruangan rawat inap covid-19 ke bagian *assembling* instalasi rekam medis. Admin ruangan tidak melakukan perbedaan perlakuan terhadap dokumen rekam medis covid-19 dengan status suspek dan terkonfirmasi. Petugas *Assembling* menerima dokumen tersebut dalam keadaan tidak mengetahui perbedaan dokumen rekam medis covid-19 dengan status suspek maupun terkonfirmasi.

- c. Masing-masing rekam medis tersebut di permukaan plastik berikan tanggal penerimaan rekam medis dengan menggunakan spidol atau alat tulis lainnya

Penulisan tanggal penerimaan rekam medis dengan menggunakan spidol atau alat tulis lainnya tidak

dilakukan di permukaan plastik pelindung karena platik pelindung dokumen rekam medis tidak diterapkan. Petugas *Assembling* menggunakan *box container* sebagai tempat penyimpanan dokumen rekam medis rawat inap covid-19 dan menuliskan tanggal penerimaan dokumen rekam medis rawat inap covid-19 di bagian penutup *box container* tersebut.

- d. Dimasukan ke dalam *box container* atau *box* lainnya dan ditutup rapat.

Instalasi rekam medis mempunyai inventaris *box container* khusus sebanyak tiga buah dengan ukuran 66,5 cm x 53,5 cm x 45,5 cm atau dengan nilai volume 161877 cm³. Kapasitas dokumen rekam medis rawat inap covid-19 yang dapat ditampung dalam setiap *box container* tersebut adalah kurang lebih enam puluh dokumen rekam medis. Petugas *assembling* membagi satu *box container* menjadi dua sekat, dimana setiap sekat memuat satu tanggal pengembalian dokumen rekam medis rawat inap covid-19 dengan jangka waktu maksimal penyimpanan selama enam hari.

- e. Disimpan di tempat khusus, jika memungkinkan

Tempat penyimpanan khusus dapat diartikan sebagai tempat penyimpanan secara khusus baik dari penerimaan dokumen rekam medis covid 19, pengelolaan rekam medis coding, pelaporan, dan bagian *filling*.

Dalam hal ini, tempat penyimpanan khusus dokumen rekam medis covid-19 belum diterapkan. Dokumen tersebut di kelola dan disimpan di rak penyimpanan *filling* dengan tidak

- terpisah dengan dokumen rekam medis lainnya.
- f. Diamkan selama empat sampai dengan enam hari

Setelah Petugas *Assembling* menuliskan tanggal penerimaan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap covid-19 pada bagian penutup *box container*. Selanjutnya dokumen rekam medis covid-19 disimpan dan ditutup rapat dalam *box container* tersebut selama empat sampai dengan enam hari.

D. Simpulan dan Saran

1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat prosedur kerja *assembling* terkait kegiatan pengembalian dokumen rekam medis covid-19 yang belum diterapkan antara lain Rekam medis dimasukkan ke dalam plastik, disarankan untuk menggunakan plastik warna kuning (infeksi) dan disimpan di tempat khusus, jika memungkinkan. Sedangkan prosedur lainnya yakni tentang

Dimasukan ke dalam box container atau box lainnya dan ditutup rapat, Disimpan di tempat khusus, jika memungkinkan Diamkan selama 4-6 hari, dan Sampul Rekam medis lap dengan alkohol SWAB / semprot cairan disinfektan dengan jarak tertentu agar kertas tidak rusak sudah dilakukan dengan baik dan konsisten.

2. Saran

- a. Diperlukan usulan pembuatan SPO terkait prosedur kerja *assembling* terkait kegiatan pengembalian dokumen rekam medis covid-19

- b. Diperlukan masukan kepada *stakeholder* terkait pengadaan plastik warna kuning (infeksi) sebagai plastik pelindung dokumen rekam medis rawat inap covid-19
- c. Diperlukan masukan kepada *stakeholder* terkait rak penyimpanan khusus dokumen rekam medis rawat inap covid-19 atau penerapan penempelan stikerbertanda khusus untuk dokumen rekam medis rawat inap covid-19 seperti pasien menular lainnya (HIV, TB paru, dan sebagainya).

E. Ucapan Terima Kasih

Kami segenap peneliti menghaturkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada pihak rumah sakit yang memberikan izin dan ruang untuk kami membuat penelitian ini.

Terimakasih juga kami haturkan kepada seluruh pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian.

F. Daftar Pustaka

- Nuraini, Novita. (2015, Juni). Analisis Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis RS "X" Tangerang Periode April-Mei 2015. *Jurnal ARSI/Juni 2015*
- Handayani, Diah, dkk. (2020, April). Penyakit Virus Corona 2019. *Jurnal Respirologi Indonesia vol 40, No 2 April 2020*
- Perhimpunan Spesialis Kedokteran Okupasi Indonesia. (2020, April). *Panduan Perlindungan Bagi Pekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Masa Pandemi covid-19*. Perhimpunan Spesialis Kedokteran Okupasi Indonesia: Jakarta

Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia. (2020,
November). Pedoman Teknis
Pelayanan Rumah Sakit Pada
Masa Adaptasi Kebiasaan Baru.
Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia: Jakarta

Budi, Savitri Citra. (2011).
Manajemen Unit Kerja Rekam
Medis. Yogyakarta : Quantum
Sinergis

Perhimpunan Organisasi Perkam
Medis dan Informasi Kesehatan
Indonesia. (2020). Surat - Edaran
Nomor
M.01.01/002/III/2020 Tentang:
Prosedur Kerja Perkam Medis
dan Informasi Kesehatan Dalam
situasi Wabah Covid-19.
Perhimpunan Organisasi
Perkam Medis dan Informasi
Kesehatan Indonesia : Jakarta.

Prosedur Kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam Masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit

Work Procedures For Medical Records and Health Information in the Covid-19 Pandemic Period at Hospitals

Luthfiana Cahya Safitri¹
Arief Nabhan²
Fatmawati³
Tatu Siti Husnul Khotimah⁴

^{1,2,3,4} Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap

Jl. Ir. H. Juanda No.20, Amiranom, Kebonmanis, Kec. Cilacap Utara, Kabupaten Cilacap

E-mail: luthfianacahya@gmail.com

Abstract

Personal protective equipment (PPE) is a set of safety tools used by workers to protect all or part of their body from possible exposure to potential hazards of the work environment to work-related accidents and diseases. Medical Record and Health Information Officers are at risk of being exposed to the Covid-19 virus. The Covid-19 virus that can survive in inanimate objects indirectly also have the potential to infect the medical recorder. This study aims to determine the working procedures of medical recorders during Covid-19 pandemic at the hospital based on the PORMIKI circular letter No.HM.01.01/002/III/2020. The method used in this research is descriptive research method using a qualitative approach. The sample in this study were all Medical Records and Health Information officers at hospital. The results showed that the work procedures for medical recorder during the Covid-19 pandemic at the hospital, starting from Personal Protective Equipment (PPE) for medical recorders and Health Information to maintenance procedures for the overall medical record of Covid-19 patients. In accordance with work procedures recommended by PORMIKI in a circular.

Keywords: Personal Protection Equipment (PPE), Medical Records and Health Information, Work Procedur

Abstrak

Alat Pelindung Diri (APD) merupakan seperangkat alat keselamatan yang digunakan oleh pekerja untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya dari kemungkinan adanya pemaparan potensi bahaya lingkungan kerja terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Petugas Perekam Medis dan Informasi Kesehatan mempunyai resiko terhadap terpaparnya virus Covid-19. Petugas pendaftaran yang sering kontak langsung dengan pasien saat melaksanakan pendaftaran, serta virus Covid-19 yang dapat bertahan hidup di benda mati secara tidak langsung juga berpotensi menularkan kepada petugas Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Prosedur Kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam Masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit berdasarkan Surat edaran PORMIKI No.HM.01.01/002/III/2020. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Subjek dalam penelitian ini adalah seluruh petugas Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di RS. Hasil penelitian menunjukkan prosedur Kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan di Masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit dari mulai Alat Pelindung Diri (APD) bagi petugas perekam medis dan Informasi Kesehatan hingga prosedur pemeliharaan rekam medis pasien Covid-19 secara keseluruhan telah sesuai dengan prosedur kerja PORMIKI dalam surat edaran.

Kata kunci: Alat Pelindung Diri (APD), Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Prosedur Kerja

A. Pendahuluan

Coronavirus merupakan sebuah jenis penyakit baru yang ditemukan menyebabkan dan penyakit covid-19 sedangkan Covid-19 adalah penyakit menular yang disebabkan oleh jenis Coronavirus yang baru ditemukan. Virus baru dan penyakit yang disebabkan ini dikenal sejak dimulainya wabah di Wuhan, Tiongkok, bulan Desember 2019 yang menyebabkan meninggalnya ratusan ribu orang akibat terjangkit penyakit tersebut. Covid-19 ini sekarang menjawab sebuah pandemi yang terjadi di banyak negara di seluruh dunia tanpa terkecuali negara Indonesia (Asriati, 2020).

Negara Indonesia telah mencatat data terpapar coronavirus per tanggal 15 Februari 2021 mencapai 1.223.930 juta jiwa kasus kematian sebanyak 33.367 ribu jiwa. Rumah sakit yang merupakan garda terdepan rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya harus selalu dalam keadaan siap siaga untuk penanganan kasus Covid-19 di Indonesia. Petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit merupakan salah satu kelompok berisiko tinggi terpapar penyakit COVID-19. Dokter dan perawat menjadi petugas paling rentan karena kontak langsung dengan pasien. Namun tenaga kesehatan di bidang lainnya juga berisiko terinfeksi Covid-19 jika tak sengaja terpapar virus di area bertugas (Alta Selina dkk, 2020).

Sebagaimana hasil sebuah penelitian telah disebutkan bahwa Covid-19 dapat bertahan di benda mati, secara tidak langsung juga berpotensi menularkan kepada seluruh petugas rumah sakit termasuk diantaranya petugas perekam medis. Baik yang bertugas dibagian pendaftaran pasien maupun dibagian pengelolaan berkas pasca pasien Covid-19 dirawat. Mengingat siklus hidup

virus corona bisa bertahan maksimal 9 (sembilan) hari pada media kertas (Hasan,H. 2020).

Ketersediaan Alat Pelindung Diri atau sering disingkat dengan APD untuk tenaga kesehatan saat pandemi Covid-19 semakin sulit didapat. Alat Pelindung Diri (APD) merupakan seperangkat alat keselamatan yang digunakan oleh pekerja untuk melindungi seluruh atau sebagian tubuhnya dari kemungkinan adanya paparan potensi bahaya lingkungan kerja terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja (Farsida & Zulyanda, 2016). Pada pandemi Covid-19, APD tidak hanya digunakan oleh tenaga kesehatan tetapi juga oleh pasien dan masyarakat umum di seluruh negara yang terpapar virus ini. Kondisi tersebut memaksa tenaga kesehatan untuk menghemat penggunaan APD, seperti menggunakan APD seadanya serta melakukan pelayanan kesehatan dengan tanpa melepas APD dengan durasi lama. Kenyataan di lapangan masih banyak tenaga kesehatan yang belum secara maksimal melakukan penggunaan APD walaupun fungsinya sudah diketahui dan bahkan sudah disediakan.

Berkenaan dengan ketetapan *World Health Organization* (WHO) yang mengubah status kejadian infeksi Covid-19 dari *Public Health Emergency of International Concern* menjadi Pandemi. Ketua Umum perhimpunan organisasi perekam medis dan informasi kesehatan atau yang sering disebut dengan PORMIKI, telah menetapkan langkah-langkah lebih lanjut mengenai prosedur Kerja bagi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam situasi wabah virus Covid-19 di berbagai wilayah serta mengantisipasi berbagai keadaan tidak kondusif yang mungkin terjadi

dan mengancam keselamatan bagi para perekam Medis dan Informasi Kesehatan yang bertugas. Langkah-langkah ini diambil sebagai bentuk komitmen PORMIKI untuk meningkatkan kewaspadaan dan mengupayakan Perlindungan kepada seluruh Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia dari Kontaminasi atau paparan Virus COVID-19. PORMIKI telah menetapkan langkah-langkah Kewaspadaan dan Perlindungan kepada Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam situasi wabah Infeksi virus Covid-19 dalam menjalankan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan Berdasarkan kajian secara komprehensif dan seksama pada berbagai data dan informasi relevan, termasuk informasi update global infeksi Covid-19, pengalaman berbagai negara menghadapi penyebaran infeksi Covid-19 serta petunjuk dan pedoman yang diterbitkan oleh pemerintah Republik Indonesia yaitu Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Langkah tersebut telah tercantum dalam Surat Edaran PORMIKI No. HM.01.01/002/III/2020 tentang Prosedur Kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Dalam situasi Wabah Covid-19 yang diantaranya meliputi:

1. Prosedur Perlindungan Alat Pelindung Diri (APD) bagi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan,
 - a. Bagi seluruh perekam medis dan informasi kesehatan dianjurkan untuk menggunakan APD selama menjalankan pekerjaan, minimal menggunakan :
 - 1) Masker (dianjurkan menggunakan masker bedah) Sarung tangan

(dianjurkan menggunakan sarung tangan bedah)

- 2) Tersedia *hand sanitizer* dan selalu mencuci tangan baik dengan menggunakan sabun dan air mengalir ataupun *hand sanitizer*. Sebelum dan sesudah melakukan aktifitas
- b. Bagi petugas pendaftaran perlu untuk diperhatikan hal berikut ini :
- 1) Pengisian formulir identitas pasien baru harap diisi oleh pasien atau keluarga pasien di meja khusus untuk pengisian formulir pasien baru. Atau lebih baik jika fasyankes sudah dapat memfasilitasi pendaftaran dengan menggunakan sistem online atau dapat disediakan komputer khusus untuk pasien atau keluarga pasien untuk mengisi identitas pasien baru.
 - 2) Jarak antara petugas pendaftaran dan pasien adalah minimal 1 meter. Akan lebih baik jika ruang pendaftaran pasien diberikan penutup ruangan dari kaca yang diberikan lubang kecil sebagai alat komunikasi bertatap muka dan lubang untuk penyerahan formulir yang dibutuhkan pada saat pendaftaran.
2. Prosedur terhadap pemeliharaan berkas rekam medis
- a. Rekam medis selama masa perawatan di rawat inap
 - 1) Rekam medis selalu berada di ruang *Nurse Station*.

- 2) Rekam medis tidak diperkenankan dibawa ke ruang perawatan pasien.
- b. Rekam medis pasien pulang.
 - 1) Rekam medis dimasukkan ke dalam plastik, disarankan untuk menggunakan plastik warna kuning (infeksi).
 - 2) Rekam medis diserahkan ke unit rekam medis dan informasikesehatan
 - 3) Masing-masing rekam medis tersebut di permukaan plastik berikan tanggal penerimaan rekam medis dengan menggunakan spidol atau alat tulis lainnya.
 - 4) Dimasukkan ke dalam box container atau box lainnya dan ditutup rapat
 - 5) Disimpan di tempat khusus, jika memungkinkan
 - 6) Diamkan selama 4-6 hari.
 - 7) Sampul Rekam medis lap dengan alkohol SWAB/semprot cairan disinfektan dengan jarak tertentu agar kertas tidak rusak.
3. Hal-hal lain yang perlu untuk diperhatikan selama bertugas sebagai petugas perekam medis dan informasi kesehatan adalah sebagai berikut :
 - a. Hindari kontak langsung dengan pasien atau keluarga pasien,
 - b. Menjaga jarak pada saat berkomunikasi dengan pasien/keluarga pasien

- c. Hindari penggunaan alat kantor secara bersama-sama seperti alat tulis, kalkulator dan alat kantorlainnya
- d. Biasakan mencuci tangan sebelum meninggalkan ruangan kerja dan memulai pekerjaan.

Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap merupakan salah satu rumah sakit yang menerima pasien covid-19. Berdasarkan studi pendahuluan di ketahui bahwa saat Pandemi Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap menerima pasien covid-19 yang baru diketahui positif setelah melakukan pelayanan di Rumah Sakit tersebut serta terdapat petugas perekam medis yang positif virus Covid-19. Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimanakah Prosedur Kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam Masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap?" berdasarkan surat edaran PORMIKI.

B. Metode

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu metode penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme atau hasil observasi melalui berbagai macam metode, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif /kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Sugiyono, 2017).

Penelitian ini dilakukan pada Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dengan proses pengumpulan data melalui observasi, dan wawancara kepada petugas rekam medis dan informasi kesehatan di rumah sakit tersebut. Analisis data dilakukan dengan reduksi data, penyajian data, dan pengambilan kesimpulan (Miles dan Huberman, dalam Sugiyono, 2017).

C. Hasil dan Pembahasan

Rumah sakit Islam Fatimah Cilacap merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan Covid-19 di Kabupaten Cilacap, Jawa Tengah. Rumah sakit tipe kelas C dengan akreditasi paripurna menyediakan 3 ruangan isolasi untuk pasien terkonfirmasi Covid-19 dengan jumlah tempat tidur lebih dari 69 bed ini telah melaksanakan prosedur penanganan pasien terkonfirmasi Covid-19 sejak bulan Mei 2020 lalu.

Petugas rekam medis dan informasi kesehatan di RS juga terdapat beberapa petugas yang telah ditugaskan untuk menjadi pengelola dokumen rekam medis pasien Covid-19 dengan tetap memperhatikan standar protokol kesehatan bagi petugas penanganan Covid-19. Namun dalam kenyataannya, masih ada beberapa petugas rekam medis dan informasi kesehatan yang bertugas di RS tidak memakai APD secara lengkap ataupun sesuai anjuran yang telah ditetapkan sehingga mengakibatkan empat orang petugas rekam medis yang positif terkonfirmasi Covid-19 dan harus menjalani isolasi di ruang isolasi RS.

Peneliti melakukan penelitian dengan berdasarkan surat edaran PORMIKI

No.HM.01.01/002/III/2020 tentang Prosedur Kerja Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Dalam situasi Wabah Covid-19 disebutkan bahwa langkah-langkah kewaspadaan dan perlindungan kepada Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dalam situasi wabah infeksi virus Covid-19 dalam menjalankan pekerjaan rekam medis dan informasi kesehatan kepada beberapa subjek yang telah dipilih dan diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 3.1 Penggunaan APD

No	Variabel	Menggunakan	Tidak Menggunakan
1	Masker	V	
2	Sarung Tangan	V	
3	Hand Sanitizer	V	

1. Prosedur Perlindungan Alat Pelindung Diri (APD) bagi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan:

a. Bagi seluruh perkam medis dan informasi kesehatan dianjurkan untuk menggunakan APD selama menjalankan pekerjaan, minimal menggunakan:

- 1) Masker (Dianjurkan menggunakan masker bedah). Penggunaan masker merupakan bagian dari rangkaian komprehensif langkah pencegahan dan pengendalian yang dapat membatasi penyebaran penyakit- penyakit virus saluran pernapasan tertentu, termasuk Covid-19. Masker dapat digunakan baik untuk melindungi orang yang sehat (dipakai untuk melindungi diri sendiri saat berkontak dengan orang yang terinfeksi)

atau untuk mengendalikan sumber (dipakai oleh orang yang terinfeksi untuk mencegah penularan lebih lanjut)(WHO, 2020).

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilaksanakan, diperoleh informasi bahwa petugas rekam medis di RSI Fatimah Cilacap secara keseluruhan telah menggunakan masker dalam menjalankan tugasnya. Namun tidak semua petugas memakaimasker bedah, ada beberapa petugas yang menggunakan masker berbahan dasar kain. Petugas yang telah selesai sarapan Atau makan siang terkadang lupa untuk memakai maskernya kembali sehingga mereka bekerja tanpa menggunakan APD. Berdasarkan wawancara mendalam yang telah dilakukan diperoleh informasi bahwa sebagian dari mereka merasa sulit bernafas dan ingin menghirup udara dengan bebas tanpa terhalang oleh masker.

2) Sarung tangan (dianjurkan menggunakan sarung tangan bedah).

Sarung tangan medis digunakan oleh pekerja pelayanan kesehatan utamanya oleh karena dua alasan yaitu:

- a) untuk mengurangi resiko kontaminasi tangan pekerja layanan kesehatan terhadap darah atau cairan tubuh lain dan
- b) untuk mengurangi resiko penyebaran kuman ke lingkungan serta transmisi dari

penyedia layanan kesehatan ke pasien dan sebaliknya, juga dari satu pasien ke pasien lain.

Sarung tangan medis sekali pakai, baik steril maupun non-steril biasanya terbuat dari senyawa alam karet lateks atau senyawa sintetik non-lateks seperti vinyl, nitril atau neoprene. Sarung tangan steril dibutuhkan untuk tindakan intervensional, namun beberapa tindakan non-intervensial juga membutuhkan pemakaian sarung tangan steril (Bayu & Minhajat, 2015).

Berdasarkan hasil observasi, diperoleh informasi bahwa secara keseluruhan, petugas rekam medis di RS tidak menggunakan sarung tangan saat melaksanakan tugasnya tanpa terkecuali petugas penyimpanan berkas rekam medis. Namun berdasarkan hasil wawancara, diperoleh informasi bahwa tangan mereka merasa kegerahan sehingga kesulitan dalam mencari berkas rekam medis pada rak filing.

3) Tersedia *hand sanitizer* dan selalu mencuci tangan baik dengan menggunakan sabun dan air mengalir ataupun hand sanitizer. Sebelum dan sesudah melakukan aktifitas.

Hand sanitizer merupakan zat antiseptik dengan kandungan zat aktif berupa alkohol dan bahan antimikroba lain yang dapat menghambat pertumbuhan bakteri Gram positif dan Gram negatif pada tangan (Nugraheni & Rini, 2018).

Berdasarkan hasil observasi, diperoleh informasi bahwa di setiap ruang rekam medis RS telah tersedia *hand sanitizer* dan petugas rekam medis telah rutin melaksanakan cuci tangan sebelum ataupun sesudah melakukan aktivitas.

- b. Bagi petugas pendaftaran perlu untuk diperhatikan hal berikut ini :

Tabel 3.2 APD Petugas Pendaftaran

No	Variabel	Diterapkan	Tidak Diterapkan
1	Pengisian formulir	V	
2	Jarak 1m antara petugas dan pasien	V	

1. Pengisian formulir identitas pasien baru harap diisi oleh pasien atau keluarga pasien di meja khusus untuk pengisian formulir pasien baru. Atau lebih baik jika fasyankes sudah dapat memfasilitasi pendaftaran dengan menggunakan sistem *online* atau dapat disediakan komputer khusus untuk pasien atau keluarga pasien untuk mengisi identitas pasien baru.

Berdasarkan hasil observasi diperoleh informasi bahwa, sistem pendaftaran pasien rawat jalan di RS dilakukan secara *online* yaitu *Booking Online* H-1 sebelum pelayanan di poliklinik melaluiSPORTIFC.

2. Jarak antar petugas pendaftaran dan pasien adalah minimal 1 meter.

Akan lebih baik jika ruang pendaftaran pasien diberikan penutup ruangan dari kaca yang diberikan lubang kecil sebagai alat komunikasi bertatap muka dan lubang untuk penyerahan formulir yang dibutuhkan pada saat pendaftaran.

Jaga jarak atau pembatasan sosial adalah pembatasan kegiatan tertentu penduduk dalam suatu wilayah. Pembatasan social ini dilakukan oleh semua orang di wilayah yang diduga terinfeksi penyakit. Pembatasan sosial dalam hal ini adalah jaga jarak fisik (*physical distancing*) (Ahyar, 2020).

Berdasarkan hasil observasi diperoleh informasi bahwa jarak pada tempat pendaftaran pasien rawat jalan antara pasien dengan petugas pendaftaran di RS telah sesuai anjuran yaitu terdapat sekat antara petugas dan pasien dengan jarak 1 meter dan terdapat lubang kecil dibawah sekat.

Namun, pada sistem pendaftaran pasien IGD atau Rawat Inap, saat pasien atau keluarga pasien mengisi formulir Persetujuan Umum/*General Consent* dan edukasi Rawat Inap dilakukan di meja yang sudah disediakan di luar tanpa ada kaca penutup atau sekat antara pasien dan petugas pendaftaran sehingga rentan bagi petugas pendaftaran

terinfeksi Covid-19.

Prosedur terhadap pemeliharaan berkas rekam medis

- a. Rekam medis selama masa perawatan di rawat inap
 - 1) Rekam medis selalu berada di ruang *Nurse Station*;
 - 2) Rekam medis tidak diperkenankan dibawa ke ruang perawatan pasien.
- b. Rekam medis pasien pulang
 - 1) Rekam medis dimasukkan ke dalam plastik, disarankan untuk menggunakan plastik warna kuning (infeksi);
 - 2) Rekam medis diserahkan ke unit rekam medis dan informasi kesehatan;
 - 3) Masing-masing rekam medis tersebut di permukaan plastik berikan tanggal penerimaan rekam medis dengan menggunakan spidol atau alat tulis lainnya;
 - 4) Dimasukan ke dalam box container atau box lainnya dan ditutup rapat;
 - 5) Disimpan di tempat khusus, jika memungkinkan;
 - 6) Diamkan selama 4-6 hari;
 - 7) Sampul Rekam medis lap dengan alkohol SWAB / semprot cairan disinfektan dengan jarak tertentu agar kertas tidak rusak.

Berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan, diperoleh informasi bahwa berkas rekam medis selama masa perawatan di rawat inap sudah dilakukan dengan benar sesuai dengan anjuran yang diberikan PORMIKI, namun dalam pelaksanaan prosedur untuk berkas rekam medis pasien pulang tidak dimasukkan ke dalam kantong plastik warna kuning (infeksi) hanya dimasukan kedalam tas. Di Ruang Rekam Medis dokumen pasien Covid-19 hanya dimasukkan kedalam loker susun tanpa penutup oleh petugas admin ruangan karena tidak tersedianya *box container*. Berkas rekam medis pasien Covid-19 juga disimpan diruangan yang sama dengan berkas rekam medis rawat inap pasien non COVID - 19. Selain itu sampul berkas rekam medis tidak di lap dengan alkohol SWAB / semprot cairan desinfektan.

3. Hal-hal lain yang perlu untuk diperhatikan selama bertugas sebagai petugas perekam medis dan informasi kesehatan adalah sebagai berikut :

Tabel 3.4 Hal- hal lain yang perlu diperhatikan

No	Variabel	Diterap kan	Tidak diterapkan
1	Hindari kontak langsung	V	
2	Menjaga jarak	V	
3	Hindari penggunaan alat kantor secara bersama	V	
4	Biasakan cuci tangan	V	

- a. Hindari kontak langsung dengan pasien atau keluarga pasien,
- b. Menjaga jarak pada saat berkomunikasi dengan pasien / keluarga pasien
- c. Hindari penggunaan alat kantor secara bersama-sama seperti alat tulis, kalkulator dan alat kantor lainnya
- d. Biasakan mencuci tangan sebelum meninggalkan ruangan kerja dan memulai pekerjaan.

Berdasarkan hasil observasi, diperoleh informasi bahwa petugas Rekam Medis telah menjaga jarak dan menghindari kontak langsung dengan pasien sesuai dengan anjuran yang telah diberikan. Namun, di ruangan rekam

medis petugas masih menggunakan alat kantor secara bersama-sama dan tidak semua ruangan rekam medis disediakan *wastafel* sehingga beberapa petugas rekam medis hanya menggunakan *hand sanitizer* saat sebelum dan setelah memulai pekerjaan.

D. Simpulan dan Saran

a) Simpulan

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa prosedur Kerja Perekam Medis dan Informasi Kesehatan di Masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap secara keseluruhan telah sesuai dengan prosedur kerja yang telah dianjurkan oleh PORMIKI dalam surat edaran.

- 1) Petugas rekam medis RSI Fatimah Cilacap telah menggunakan APD sesuai anjuran PORMIKI.
- 2) Pelaksanaan pendaftaran pasien di RS telah menggunakan sekat antara petugas pendaftaran dan pasien dengan jarak 1 meter.
- 3) Berkas rekam medis pasien Covid-19 selalu disimpan di *nurse station* namun pemeliharaan berkas pasien pulang belum sesuai dengan anjuran yang diberikan.
- 4) Petugas rekam medis di RSI Fatimah telah melakukan jaga jarak dan menghindari kontak langsung dengan pasien, serta membiasakan mencuci tangan sesuai anjuran yang diberikan PORMIKI.

b) Saran

Bagi institusi dan pemerintah sebaiknya dapat meninjau peraturan kembali dengan disesuaikan pada standar yang berlaku dan kondisi di sekitar sehingga keamanan dan kenyamanan petugas saat melaksanakan tugasnya dapat terjamin keselamatannya. Bagi petugas rekam medis sebaiknya dapat lebih meningkatkan kesadaran diri akan pentingnya alat pelindung diri serta menjalankan protokol kesehatan dalam menjalankan tugasnya sehingga petugas dapat menjaga diri daripaparan virus Covid-19.

E. Ucapan Terima Kasih

Terima Kasih disampaikan kepada RS yang telah memfasilitasi dalam keberlangsungan penelitian ini. Terima kasih terutama kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini sehingga dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

F. Daftar Pustaka

- Ahyar, A. K. & J. (2020). *Pengaruh physical distancing dan social distancing terhadap kesehatan dalam pendekatan linguistik*. Syntax Transformation, 21(1), 1-9.
- Alta Selina, dkk. (2020). *Studi Literatur Terkait Analisis Perilaku Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Tenaga Kesehatan Saat Wabah Pandemi Corona Virus (Covid-19)*. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Vol.10 No.4: 105-110, Oktober 2020 ISSN: 2088-8961 <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jim/index>
- Asriati. (2020). *Beban Kerja Pelayanan Rekam Medis Di Masa Pandemi Covid-19*. Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan (JMIAK) ISSN: 2621-6612 Email:jmiakmedrec@gmail.com Volume 03 Nomor 02 November 2020 Halaman 44-49
- Bayu & Mihanjat. (2015). *Keterampilan Sanitasi Tangan dan Penggunaan Sarung tangan*. Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
- Farsida & Zulyanda,(2019). *Analisis Penggunaan Alat Pelindung Diri Dalam Penanganan Sampah Medis Pada Petugas Cleaning Service Di Rsud Kabupaten Bekasi Tahun 2016*. Jurnal Kesehatan Vol 12 No 1Tahun 2019 P-ISSN: 2086-2555; E-ISSN: 2622-7363
- Hasan Hismawati, (2020). *Panduan Penatalaksanaan Berkas Rekam Medis Terkait-Covid 19*. Center of coding excellence www.cocoonline.id/publikasi
- Kementerian Kesehatan RI tentang perkembangan COVID-19 di Indonesia
- Miles dan Huberman dalam Sugiyono, (2017). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, Dn R&D*. Bandung: cv Alfabeta
- Nugraheni & Rini. (2018). *Uji Daya Hambat Berbagai Merek Hand Sanitize Gelterhadap Pertumbuhan Bakteri Escherichia coli dan Staphylococcus aureus*. Journal of Pharmaceutical Science and Clinical Research, 2018,01, 18-26DOI:10.20961/jpscr.v3i1.15380
- Sugiyono. (2017). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, Dn R&D*. Bandung: cv Alfabeta

Surat Edaran PORMIKI
HM.01.01/002/III/2020
tentang Prosedur Kerja
Perekam Medis dan Informasi
Kesehatan Dalam situasi
Wabah Covid-19

World Health Organization (WHO).
(2020). Anjuran mengenai
penggunaan masker dalam
konteks COVID-19

**Analisis Perbandingan Jumlah Pasien Sebelum dan Setelah Pandemi Covid-19
UPT Puskesmas Tahun 2019-2020****Comparative Analysis of the Number of Patients Before and After the Covid-19
Pandemic UPT Puskesmas 2019-2020****Aflahul Tsaqif**

Perekam Medis UPT Puskesmas Reban Kabupaten Batang
Jl. Apollo No 66 Gang Melati 5 RT.08 RW. 05 Kandang Panjang, Pekalongan Utara
E-mail: tsaqifafl@gmail.com

Abstract

Medical records are records of who, what, why when, and how services are provided to patients during the treatment period. This study is intended to compare the number of patient visits before and after the Covid-19 Pandemic. The character of this research is descriptive by describing and explaining the number of patients, and the approach in this research uses a quantitative approach. This study uses primary and secondary data at the UPT Puskesmas. The primary data in this study were researchers directly interviewing patients who had visited before and after the Covid-19 pandemic, while the secondary data was that researchers used data from the Medical Records Unit in the form of patient visits from March - December 2019 and March - December 2020. The results of this study is that there is a decrease in the number of patients as many as 1401 patients. And the factor that affects patient visits is the level of patient confidence in the Covid-19 Pandemic, patients are worried that when they visit the Puskesmas they will be infected with Covid-19.

Keyword: Medical Records, Covid-19 Pandemic, UPT Puskesmas

Abstrak

Rekam medis adalah rekaman mengenai siapa, apa, mengapa bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan. Informasi didalam rekam medis juga memuat jumlah kunjungan pasien. Penelitian ini dimaksud untuk membandingkan jumlah kunjungan pasien sebelum dan setelah adanya Pandemi Covid-19. Metode penelitian ini adalah deskriptif dengan menggambarkan dan menjelaskan berapa jumlah pasien, dan pedekatan dalam penelitian penelitian ini menggunakan pendekatan yang bersifat kuantitatif. Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder di UPT Puskesmas. Data primer dalam penelitian ini adalah peneliti mewawancarai secara langsung pasien yang pernah berkunjung sebelum dan setelah adanya Pandemi Covid-19 sedangkan data sekundernya adalah peneliti menggunakan data dari Unit Rekam Medis berupa jumlah kunjungan pasien dari bulan Maret - Desember 2019 dan Maret - Desember 2020. Hasil analisis dari penelitian ini adalah terdapat penurunan jumlah pasien sebanyak 1401 pasien. Dan faktor yang mempengaruhi kunjungan pasien adalah tingkat kepercayaan pasien terhadap Pandemi Covid-19, pasien merasa khawatir apabila berkunjung ke Puskesmas maka akan tertular Covid-19.

Kata kunci : Rekam Medis, Pandemi Covid-19, UPT Puskesmas

A. Pendahuluan

Puskesmas dalam perannya sebagai penyedia pelayanan kesehatan dituntut agar dapat memberikan layanan kesehatan secara cepat, akurat dan tepat. Pemanfaatan teknologi informasi sangat dibutuhkan oleh puskesmas sebagai sarana kesehatan primer untuk memudahkan proses pelayanan dan pengelolaan data kesehatan (Rosalina, 2017). Didalam pemanfaatan teknologi Informasi maka perekam medis di puskesmas akan merekam data jumlah pasien dari bagian Pendaftaran.

Rekam Medis sesuai dengan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Sunny Ummul Firdaus, 2008). Rekam Medis adalah rekaman mengenai siapa, apa, mengapa bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan, yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya (WHO, 2010). Selama pasien dirawat jalan ataupun rawat inap akan ada pembagian apakah pasien tersebut terklasifikasikan sebagai Pasien BPJS PBI, Non PBI dan Mandiri. BPJS merupakan program pemerintah dalam satu kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan social adalah satu bentuk perlindungan sosial untuk

menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan hidup yang layak (Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia, 2011)

Pada 31 Desember 2019, WHO China Country Office melaporkan kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina. Pada tanggal 7 Januari 2020, Cina mengidentifikasi pneumonia yang tidak diketahui etiologinya tersebut sebagai jenis baru coronavirus (coronavirus disease, COVID-19). Pada tanggal 2 Maret 2020, Indonesia melaporkan kasus konfirmasi COVID-19 sebanyak 2 kasus. Sampai dengan tanggal 25 Maret 2020, Indonesia sudah melaporkan 790 kasus konfirmasi COVID-19 dari 24 Provinsi yaitu: Bali, Banten, DIY, DKI Jakarta, Jambi, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kep. Riau, Nusa Tenggara Barat, Sumatera Selatan, Sumatera Utara, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Lampung, Riau, Maluku Utara, Maluku dan Papua (Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020).

Penelitian yang dilakukan peneliti terkait dengan perbandingan jumlah pasien yang berkunjung ke UPT Puskesmas akan berfokus pada perbandingan jumlah pasien sebelum adanya Pandemi Covid-19 dan Setelah Pandemi Covid-19. Berdasarkan studi kasus awal pada 10 bulan antara Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember 2019 dan Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember 2020 ada selisih jumlah pasien

yang berkunjung di UPT Puskesmas sebanyak 1401 pasien. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk memberikan pembahasan terkait permasalahan tersebut.

B. Metode Penelitian

Pendekatan yang digunakan adalah bersifat kuantitatif yang memiliki karakteristik bersifat deskriptif. Data yang dikumpulkan berupa data primer yaitu langsung dari sumbernya berupa wawancara terhadap pasien, dalam penelitian ini peneliti mewawancarai 20 pasien dan data sekunder yaitu data tidak langsung dari unit rekam medis, peneliti menjadi bagian dari instrumen pokok analisisnya, kedua data berupa kata-kata dalam kalimat atau gambar yang mempunyai arti (HB Sutopo, 2006). Pendekatan deskriptif yaitu menggambarkan tentang perbandingan

hasil analisis Jumlah Kunjungan pasien sebelum dan Setelah Pandemi Covid-19, serta bersifat analitik yaitu menganalisa perbandingan jumlah kunjungan pasien sebelum dan Setelah Pandemi Covid-19. Penelitian ini dilakukan dari 12 Februari 2021- 26 Februari 2021 di Unit Rekam Medis UPT Puskesmas.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh jumlah kunjungan pasien 10 bulan sebelum Pandemi Covid-19 dan 10 bulan Setelah Pandemi Covid-19. Pengambilan sampel dalam penelitian ini secara purposive didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Soekidjo Notoatmodjo). Dengan menggunakan purposive sampling maka populasi yang ada akan dijadikan sampel sesuai dengan keinginan peneliti.

C. Hasil dan Pembahasan

Tabel 1
Kunjungan Pasien Bulan Maret - Desember 2019 Sebelum Pandemi Covid-19
Sumber Data : Unit Rekam Medis UPT Puskesmas

Bulan	PBI		NON PBI		MAN DIRI		Jumlah
	L	P	L	P	L	P	
MARET	200	487	48	112	207	288	1342
APRIL	150	392	60	60	191	262	1115
MEI	148	389	43	72	198	240	1090
JUNI	177	290	41	58	211	277	1054
JULI	198	281	66	70	198	281	1094
AGUSTUS	191	364	49	92	212	278	1186
SEPTEMBER	165	360	58	73	214	306	1176
OKTOBER	254	435	67	80	190	280	1306
NOVEMBER	236	436	44	83	161	252	1212
DESEMBER	218	444	62	84	179	233	1220

Tabel 2
Kunjungan Pasien Bulan Maret – Desember 2020 Setelah Pandemi Covid-19
Sumber Data : Data Sekunder Unit Rekam Medis UPT Puskesmas

Bulan	PBI		NON PBI		MAN DIRI		Jumlah
	L	P	L	P	L	P	
MARET	289	579	81	105	252	264	1570
APRIL	159	258	62	74	108	145	806
MEI	112	151	29	43	147	113	595
JUNI	175	347	40	63	609	500	1734
JULI	198	372	60	78	291	270	1269
AGUSTUS	190	306	41	62	181	213	993
SEPTEMBER	196	449	57	65	176	227	1170
OKTOBER	121	276	39	71	93	140	740
NOVEMBER	135	324	35	49	104	154	801
DESEMBER	164	239	38	45	104	126	716

Pengamatan Kunjungan pasien Bulan Maret – Desember 2019 dan 2020 menggunakan metode analisa Kuantitatif dengan dikategorikan menjadi dua, yaitu Tinggi dan Rendah. Dikategorikan tinggi apabila kunjungan pasien antara bulan yang sama ditahun yang berbeda lebih tinggi. Sedangkan dikategorikan rendah apabila kunjungan pasien antara bulan yang sama ditahun yang berbeda lebih rendah.

Tabel 3
Perbandingan Kunjungan Pasien Bulan Maret – Desember 2020 Sebelum Pandemi Covid-19
Sumber Data : Data Sekunder Unit Rekam Medis UPT Puskesmas

No	Tahun 2019		Tahun 2020		Keterangan
	Bulan	Jumlah	Bulan	Jumlah	
1	MARET	1342	MARET	1570	Maret 2020 lebih tinggi
2	APRIL	1115	APRIL	806	April 2019 lebih tinggi
3	MEI	1090	MEI	595	Mei 2019 lebih tinggi
4	JUNI	1054	JUNI	1734	Juni 2020 lebih tinggi
5	JULI	1094	JULI	1269	Juli 2020 lebih tinggi
6	AGUSTUS	1186	AGUSTUS	993	Agustus 2019 lebih tinggi
7	SEPTEMBER	1176	SEPTEMBER	1170	September 2019 lebih tinggi
8	OKTOBER	1306	OKTOBER	740	Oktober 2019 lebih tinggi
9	NOVEMBER	1212	NOVEMBER	801	November 2019 lebih tinggi
10	DESEMBER	1220	DESEMBER	716	Desember 2019 lebih tinggi

Tabel 3 diatas menggambarkan bahwa dari 10 bulan ada 7 bulan ditahun 2019 sebelum adanya pandemi Covid-19 lebih banyak kunjungan pasien di UPT Puskesmas dan ada 3 bulan ditahun 2020 Setelah adanya pandemic Covid-19 lebih sedikit kunjungan pasien di UPT Puskesmas.

Tabel 4
Kunjungan Pasien Bulan Maret – Desember 2019 Sebelum Pandemi Covid-19
Berdasarkan Jenis Kelamin

Sumber Data : Data Sekunder Unit Rekam Medis UPT Puskesmas

No	Bulan	Jenis Kelamin	
		L	P
1	MARET	455	887
2	APRIL	401	714
3	MEI	389	701
4	JUNI	429	625
5	JULI	462	632
6	AGUSTUS	452	734
7	SEPTEMBER	437	739
8	OKTOBER	511	795
9	NOVEMBER	441	771
10	DESEMBER	459	761
Jumlah		4436	7359

Tabel 4 menggambarkan bahwa Jenis Kelamin paling banyak berkunjung sebelum Pandemi Covid-19 adalah Perempuan sebanyak 7359 pasien. Dengan jumlah laki laki sebanyak 4436 pasien dan jumlah perempuan sebanyak 7359 pasien.

Tabel 5
Kunjungan Pasien Bulan Maret – Desember 2020 Setelah Pandemi Covid-19
Berdasarkan Jenis Kelamin

Sumber Data : Data Sekunder Unit Rekam Medis UPT Puskesmas

No	Bulan	Jenis Kelamin	
		L	P
1	MARET	622	948
2	APRIL	329	477
3	MEI	288	307
4	JUNI	824	910
5	JULI	549	720
6	AGUSTUS	412	581
7	SEPTEMBER	429	741
8	OKTOBER	253	487
9	NOVEMBER	274	527
10	DESEMBER	306	410
Jumlah		4286	6108

Tabel 5 menggambarkan bahwa Jenis Kelamin paling banyak berkunjung Setelah Pandemi Covid-19 adalah Perempuan sebanyak 6108 pasien. Dengan jumlah laki laki sebanyak 4286 pasien dan jumlah perempuan sebanyak 6108 pasien.

Tabel 6
Kunjungan Pasien Bulan Maret – Desember 2019 Sebelum Pandemi Covid-19
Berdasarkan Jenis Pembayaran Kunjungan Pasien
Sumber Data : Data Sekunder Unit Rekam Medis UPT Puskesmas

No	Bulan	PBI	NON PBI	MAN DIRI
1	MARET	687	160	495
2	APRIL	542	120	453
3	MEI	537	115	438
4	JUNI	467	99	488
5	JULI	479	136	479
6	AGUSTUS	555	141	490
7	SEPTEMBER	525	131	520
8	OKTOBER	689	147	470
9	NOVEMBER	672	127	413
10	DESEMBER	662	146	412
Jumlah		5815	1322	4658

Tabel 6 menggambarkan bahwa kunjungan pasien Sebelum Pandemi Covid-19 berdasarkan Jenis Pembayaran Kunjungan Pasien PBI paling banyak pada Bulan Oktober berjumlah 689 pasien, Non PBI paling banyak pada Bulan Maret berjumlah 160 pasien, Mandiri paling banyak pada Bulan September berjumlah 520 pasien. Dengan jumlah pasien PBI sebanyak 5815 pasien, NON PBI sebanyak 1322 pasien, Mandiri sebanyak 4658 pasien.

Tabel 7
Kunjungan Pasien Bulan Maret – Desember 2020 Setelah Pandemi Covid-19
Berdasarkan Jenis Pembayaran Kunjungan Pasien
Sumber Data : Data Sekunder Unit Rekam Medis UPT Puskesmas

No	Bulan	PBI	NON PBI	MAN DIRI
1	MARET	868	186	516
2	APRIL	417	136	253
3	MEI	263	72	260
4	JUNI	522	103	1109
5	JULI	570	138	561
6	AGUSTUS	496	103	394
7	SEPTEMBER	645	122	403
8	OKTOBER	397	110	233
9	NOVEMBER	459	84	258
10	DESEMBER	403	83	230
Jumlah		5040	1137	4217

Tabel 7 menggambarkan bahwa kunjungan pasien Setelah Pandemi Covid-19 berdasarkan Jenis Pembayaran Kunjungan Pasien PBI paling banyak pada Bulan Maret berjumlah 868 pasien, Non PBI paling banyak pada Bulan Maret berjumlah 186 pasien,

Mandiri paling banyak pada Bulan Juni berjumlah 1109 pasien. Dengan jumlah pasien PBI sebanyak 5040 pasien, NON PBI sebanyak 1137 pasien, Mandiri sebanyak 4217 pasien.

Tabel 8
Selisih antara Kunjungan Pasien Bulan Maret – Desember 2019 dan 2020
Sebelum dan Setelah Pandemi Covid-19
Sumber Data : Data Sekunder Unit Rekam Medis UPT Puskesmas

Kunjungan Maret - Desember 2019	Kunjungan Maret - Desember 2020	Selisih
11795	10394	1401

Tabel 8 menggambarkan selisih antara kunjungan pasien Bulan Maret – Desember 2019 dan 2020 Sebelum dan Setelah pandemi berjumlah 1401 pasien. Oleh karena itu terdapat sebuah penurunan jumlah pasien sebelum dan setelah Pandemi Covid-19.

Tabel 9
Rekap Penilaian Kunjungan Pasien Pasien
Sebelum dan Setelah Pandemi Covid-19
Sumber Data : Data Primer Wawancara Pasien

No	Identitas Pasien	Percaya Covid-19		Takut / khawatir Berkunjung	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Mr. X	√			√
2	Mrs. X	√		√	
3	Mr. X		√		√
4	Mr. X	√		√	
5	Mr. X	√		√	
6	Mrs. X	√		√	
7	Mr. X	√		√	
8	Mrs. X	√		√	
9	Mr. X	√		√	
10	Mr. X		√		√
11	Mrs. X	√		√	
12	Mrs. X		√	√	
13	Mrs. X	√		√	
14	Mrs. X		√		√
15	Mr. X	√		√	
16	Mr. X	√		√	
17	Mrs. X		√		√
18	Mrs. X		√	√	
19	Mr. X	√		√	
20	Mrs. X	√		√	

Tabel 9 menggambarkan bahwa dari 20 sampel pasien yang percaya adanya Pandemi Covid-19 berjumlah 14 pasien, tidak percaya adanya Pandemi Covid-19 berjumlah 6 pasien sedangkan pasien yang takut atau khawatir berkunjung berjumlah 15 pasien, tidak takut atau khawatir berkunjung berjumlah 5 orang. Oleh karena itu, lebih banyak pasien yang percaya adanya Pandemi Covid-19 dan akut atau khawatir

Pada dasarnya analisa kuantitatif dari jumlah kunjungan pasien UPT Puskesmas memiliki tujuan untuk mengukur tingkat kunjungan pasien bahwa Pandemi Covid-19 ini menggambarkan penurunan jumlah pasien. Peneliti telah melakukan wawancara terhadap pasien yang pernah berkunjung sebelum dan Setelah Pandemi Covid-19. Dan faktor yang mempengaruhinya adalah tingkat kepercayaan terkait adanya virus Covid-19, Pasien merasa khawatir apabila berkunjung ke Puskesmas maka akan tertular Covid-19. Oleh karena itu, FKTP harus memberikan edukasi terhadap pasien bagaimana penerapan protokol dan

dampak dari pandemi Covid-19 agar pasien tidak sungkan untuk berkunjung ke FKTP kembali. Perlu upaya yang sinergis dalam menumbuhkan rasa kepercayaan terhadap pasien di wilayah kerja. Salah satu cara adalah dengan menggerakkan bidan desa dan promosi kesehatan yang terkait.

Tidak semua FKTP di Indonesia mengalami tingkat penurunan kunjungan pasien. Peneliti hanya menggambarkan tentang kondisi yang terjadi di UPT Puskesmas.

D. Kesimpulan dan Saran

Hasil analisa Kuantitatif menunjukkan bahwa Kunjungan Pasien Bulan Maret - Desember 2020 Setelah Pandemi Covid-19 berjumlah 10394 dan Kunjungan Pasien Bulan Maret - Desember 2019 Sebelum Pandemi Covid-19 berjumlah 11795, artinya mengalami penurunan dengan jumlah 1401 pasien. Oleh karena itu, Puskesmas sebagai FKTP harus berperan penting dalam penanganan Covid-19 agar memberikan rasa aman, nyaman dan percaya akan protokol kesehatan yang diterapkan. Puskesmas juga harus membangun dan memperkuat jejaring dalam upaya mengendalikan penyebaran infeksi Covid-19 termasuk pemberdayaan masyarakat.

E. Daftar Pustaka

1. Rosalina. (2017). Pengujian Kepuasan Sistem Informasi Menggunakan End User Computing Satisfaction. Studi Kasus Sistem Informasi Akademik. Jakarta. UIN Syarif Hidayatullah,
2. Firdaus, Sunny Ummul. (2008) Rekam Medik dalam Sorotan Hukum dan Etik. Surakarta. Lembaga Pengembangan Pendidikan UNS dan UPT Penerbitan dan Percetakan UNS..
3. WHO. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem, Ten Revision, Volume 2 Instruction Manua. Geneva : WHO.
4. Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang RI No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI .
5. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P). (2020). Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disesase (Covid-19). Jakarta.
6. Sutopo, HB. (2006). Metode Penelitian Kualitatif. Surakarta. UNS.Press.
7. Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta. Rineka Cipta.

Ketepatan Kodifikasi Klinis Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas dan Rumah Sakit di Indonesia: Sebuah Studi Literatur**Accuracy of Clinical Codefication based-on ICD-10 in Primary Health Center and Hospitals in Indonesia: A Literature Review**

Angga Eko Pramono¹
Nuryati²
Dian Budi Santoso³
Marko Ferdian Salim⁴

^{1,2,3,4} *Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada
Sekip Unit I, Caturtunggal, Depok, Sleman, Yogyakarta
E-mail: anggaekopramono@ugm.ac.id*

Abstract

The disease classification system is a grouping of similar diseases based on the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions (ICD-10). The coding application must comply with ICD-10 to get the correct code so that it reflects the actual health condition. This study aimed to identify the level of accuracy of clinical classification and its influence factors at primary health facilities and referral health facilities (hospitals) in Indonesia. This study used a systematic literature review to a number of published research articles in 2009-2019. Literatures were obtained from 3 online databases, 19 journals, Google Scholar, and online proceedings. The total number of literatures obtained was 458 articles and 45 articles met the research criteria. Most of the articles show that the accuracy rate of diagnosis code at primary health center is 26 - 45% and in hospital is 21 - 81%. The previous studies also show that the availability of adequate standard operating procedure and facilities, as well as the coding audit are also a determining factor for the code accuracy. It is necessary to increase the accuracy of the diagnosis code to support a quality health reporting system. Efforts to improve should not only be on some factors but must be carried out thoroughly in all aspects.

Keywords: *diagnosis code accuracy, ICD-10, clinical codefication*

Abstrak

Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit-penyakit yang sejenis berdasarkan *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions* (ICD-10). Penerapan pengodean harus sesuai ICD-10 guna mendapatkan kode yang tepat sehingga mencerminkan kondisi kesehatan yang sebenarnya. Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat ketepatan klasifikasi klinis dan faktor yang mempengaruhinya di fasilitas kesehatan tingkat primer (Puskesmas) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (rumah sakit) di Indonesia. Penelitian menggunakan metode *systematic review* terhadap sejumlah artikel penelitian terpublikasi tahun 2009-2019. Literatur didapat dari 3 database *online*, 19 jurnal, Google Scholar, dan prosiding *online*. Jumlah total literatur yang diperoleh sebanyak 458 artikel dan sebanyak 45 artikel memenuhi kriteria penelitian. Hasilnya menunjukkan tingkat ketepatan kode diagnosis di Puskesmas sebesar 26 - 45% dan di rumah sakit sebesar 21 - 81%. Hasil studi literatur juga menunjukkan bahwa ketersediaan SPO dan fasilitas yang memadai, serta dilakukannya audit *coding* juga merupakan faktor penentu ketepatan kode. Dengan demikian, peningkatan ketepatan kode diagnosis perlu dilakukan untuk menunjang sistem pelaporan kesehatan yang bermutu.

Kata kunci: *ketepatan kode diagnosis, ICD-10, kodifikasi klinis*

A. Pendahuluan

Dalam perkembangan pelayanan kesehatan, rekam medis menjadi salah satu faktor pendukung terpenting. Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis telah menyebutkan bahwa fungsi rekam medis adalah sebagai sarana pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam hal penegakan hukum, bukti disiplin kedokteran dan kedokteran gigi, alat bukti penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi, sumber referensi pendidikan dan penelitian, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, serta sumber data statistik kesehatan. Menurut Kepmenkes Nomor 312 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang Perkam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10).

Penerapan pengodean digunakan untuk mengindeks laporan penyakit, menyediakan masukan bagi sistem pelaporan kesehatan, menentukan bentuk pelayanan yang harus dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, menyediakan data untuk proses evaluasi dan perencanaan pelayanan medis, serta mempermudah proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis pasien. Selain itu, kegunaan lainnya adalah menyediakan bahan dasar untuk pengelompokan DRG's (*diagnostic related groups*) yang berkaitan dengan sistem penagihan pembayaran klaim biaya pelayanan kesehatan, serta menyediakan data dan informasi yang dibutuhkan untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Hatta, 2013).

Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan berbagai macam penyakit yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit yang sama sesuai dengan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions* (ICD-10) untuk

istilah penyakit dan masalah yang berhubungan dengan kesehatan (Hatta, 2013). ICD-10 mempunyai tujuan untuk mendapatkan rekaman sistematis, melakukan analisis dan interpretasi data, serta membandingkan data morbiditas dan mortalitas dari berbagai negara yang berbeda dan pada waktu yang relatif berbeda. Dengan ICD-10, semua istilah dan golongan penyakit, cedera, tanda, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan akan menjadi sama di seluruh dunia. Hal ini dimungkinkan terjadi dengan adanya penerjemahan semua istilah penyakit ke dalam bentuk alfabet, numerik, maupun alfanumerik sesuai dengan kode yang ada dalam ICD-10 (WHO, 2016).

Pelaksanaan pengodean diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai dengan arahan ICD-10 (WHO, 2016). Keakuratan kode diagnosis pada rekam medis dapat digunakan sebagai dasar pembuatan laporan kesehatan. Kode diagnosis pasien yang tidak akurat mengakibatkan informasi yang dihasilkan mempunyai tingkat validasi data yang rendah. Hal ini tentu dapat mengakibatkan ketidakakuratan pembuatan laporan, misalnya laporan morbiditas rawat jalan, laporan sepuluh besar penyakit ataupun klaim Jamkesmas (Pramono & Nuryati, 2011).

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis masih menjadi salah satu permasalahan di fasilitas pelayanan kesehatan. Ketepatan kode klinis telah menunjukkan peningkatan beberapa tahun terakhir tetapi tingkat ketepatannya masih berkisar antara 30-70% (Dimick, 2010). Menurut Pramono & Nuryati (2013), ketepatan kode diagnosis di fasilitas kesehatan tingkat primer (FKTP) berada di angka 45,2% sedangkan menurut Maryati, dkk. (2016), ketepatan kode di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) atau di rumah sakit sebesar 60,8%.

Tujuan penelitian ini adalah melakukan telaah literatur terkait ketepatan klasifikasi klinis di puskesmas

dan rumah sakit di Indonesia. Selain itu, penelitian ini juga dimaksudkan untuk menelaah faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ketepatan kode diagnosis. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai *feedback* dan masukan dalam upaya peningkatan ketepatan kode klasifikasi klinis di fasilitas pelayanan kesehatan.

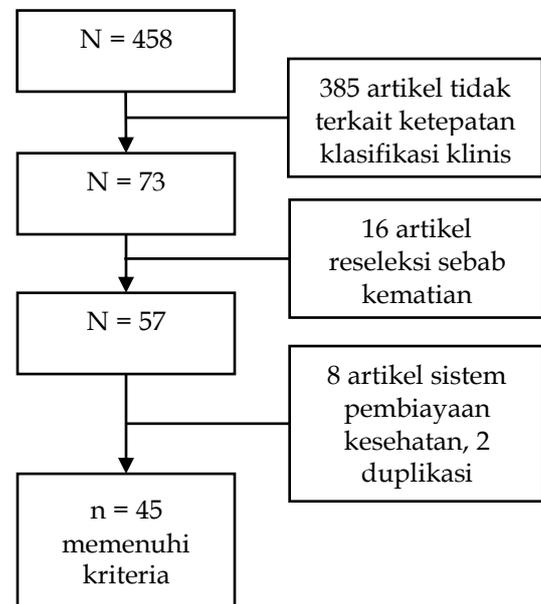
B. Metode

Jenis penelitian ini adalah *systematic review* terhadap literatur yang telah diterbitkan dalam jurnal ilmiah *online* dengan menggabungkan, meringkas, dan *me-review* sejumlah penelitian sebelumnya. Hal ini bertujuan untuk menilai efektivitas temuan dan signifikansi statistik sehingga menghasilkan kesimpulan yang universal. Sasaran penelitian ini adalah literatur terkait dengan ketepatan klasifikasi klinis baik di puskesmas maupun rumah sakit yang dilakukan di Indonesia. Penelitian dilakukan mulai bulan Juli sampai bulan September 2020.

Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah literatur terkait dengan ketepatan klasifikasi klinis baik di FKTP (puskesmas) maupun FKRTL (rumah sakit). Literatur didapatkan dari 10 tahun terakhir yaitu tahun 2009 hingga 2019. Metode penelitian yang digunakan adalah meta-analisis sehingga pencarian literatur dilakukan dengan mencari artikel yang sudah dipublikasikan ke dalam jurnal atau prosiding *online* dengan *database* seperti DOAJ, EBSCO, SCOPUS; Google Scholar; jurnal ilmiah *online*, dan prosiding *online*. Pencarian literatur menggunakan kata kunci "ketepatan kode penyakit", "keakuratan kode penyakit", "ketepatan coding", "keakuratan coding", "ketepatan kode diagnosis", dan "keakuratan kode diagnosis". Kontak personal dengan peneliti tidak dilakukan dalam studi meta-analisis ini.

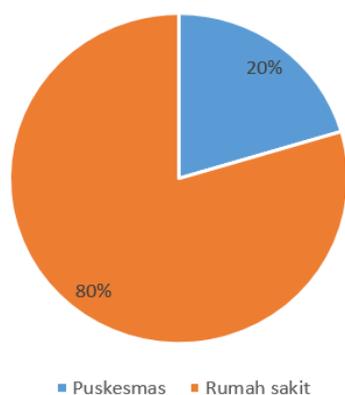
C. Hasil dan Pembahasan

Proses pencarian literatur menghasilkan sejumlah 458 artikel. Sebanyak 385 artikel tidak memenuhi kriteria karena tidak spesifik menunjukkan hasil terkait dengan ketepatan kodifikasi klinis. Setelah dilakukan pemeriksaan selanjutnya, sebanyak 36 artikel di-*drop* dengan rincian 16 artikel terkait ketepatan reseleksi sebab kematian, 8 artikel terkait kodifikasi sistem pembiayaan kesehatan, 2 artikel tidak dilengkapi dengan *full text*, dan 2 artikel duplikasi. Dengan demikian, jumlah literatur yang ditelaah sebanyak 45 artikel (Gambar 1).

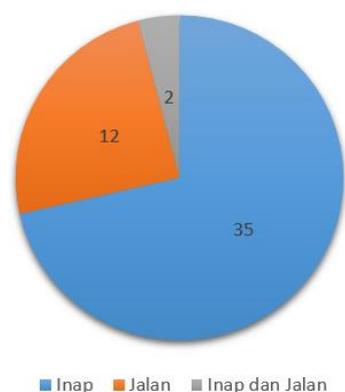


Gambar 1. Proses Penelusuran Literatur

Hasil penelitian yang ditelaah berdasarkan 45 artikel tersebut menunjukkan bahwa jumlah puskesmas sebagai lokasi penelitian sebanyak 10 unit sedangkan jumlah rumah sakit sebanyak 39 unit (Gambar 2). Jenis pelayanan terkait kasus *coding* sebagian besar merupakan kasus rawat inap yaitu sebanyak 35 artikel (Gambar 3). Kasus penyakit yang dikode bervariasi berdasarkan sistem tubuh manusia, penyakit khusus, hingga sebab luar cedera (Tabel 1). Tingkat ketepatan kode diagnosis pada puskesmas berada pada kisaran angka 26 - 45%. Tingkat ketepatan kode diagnosis di rumah sakit berada pada kisaran angka 21 - 81%.



Gambar 2. Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan



Gambar 3. Jenis Pelayanan terkait Kasus Coding

Studi literatur menunjukkan adanya pengaruh kelengkapan dan ketepatan penulisan diagnosis pada resume medis terhadap ketepatan klasifikasi klinis (Pepo & Yulia, 2015; Karimah dkk., 2016; Alik, 2016). Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa tidak jelas/tidak terbacanya diagnosis utama juga pengaruh terhadap ketepatan *coding* (Khasanah dkk., 2012; Yuniati, 2012; Multisari dkk., 2012; Maharani & Saptorini, 2020). Selain itu, ketepatan terminologi medis juga mempengaruhi ketepatan/keakuratan kode (Agustine & Pratiwi, 2017). Hal ini disebabkan adakalanya tulisan dokter yang tidak terbaca dan penggunaan singkatan yang tidak lazim (Indawati, 2017).

Tabel 1. Variasi Kasus Klasifikasi Kodifikasi Klinis

No.	Kasus Kodifikasi Klinis	Jumlah Artikel
1	Penyakit infeksi dan parasite	1
2	Neoplasma (kanker)	2
3	Penyakit sistem endokrin	2
4	Penyakit sistem sirkulasi	2
5	Penyakit sistem pernapasan	1
6	Penyakit sistem pencernaan	2
7	Komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas	8
8	Cedera, keracunan, dan gangguan akibat sebab luar	5
9	Sebab luar yang mengakibatkan cedera	2
10	Semua kasus	20
	Jumlah	45

Kelengkapan pengisian rekam medis dan informasi pada penunjang medis juga merupakan faktor yang dapat menunjang ketepatan *coding* (Yuniati, 2012; Fatmawati dkk., 2012; Maya & Sudra, 2014; Puspitasari & Kusumawati, 2017). Penyebabnya adalah petugas tidak menuliskan keterangan pada rekam medis secara lengkap sehingga informasi belum maksimal (Maryati dkk., 2018; Ningtyas dkk., 2019).

Faktor Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan faktor utama yang mempengaruhi ketepatan kodifikasi klinis. Ketepatan kode yang rendah dapat diakibatkan oleh tidak sesuaiya kualifikasi SDM yang bertugas sebagai *coder* (Pramono & Nuryati, 2011; Ikhwan dkk., 2016). Hal ini berkaitan dengan pengetahuan *coder* terhadap tata cara *coding*, ketepatan penentuan bab-blok-kategori penyakit, kesalahan pemilihan digit keempat, dan pemahaman akan istilah penyakit (Murtisari & Sugiarsi, 2011; Suriawan dkk., 2017). Ketelitian petugas dalam bekerja juga dapat mempengaruhi ketepatan penentuan kode diagnosis

(Rahayu dkk., 2011; Abiyasa dkk., 2012). Selain itu, peningkatan pengetahuan dan pemahaman terkait aturan morbiditas dan mortalitas juga perlu ditingkatkan (Agiwahyunto dkk., 2019). Selanjutnya, pengalaman kerja (lama kerja) dan sikap *coder* di fasilitas pelayanan kesehatan (Yuniati, 2012; Fitriyani & Susiriani, 2019). Lebih jauh, beban kerja petugas yang tinggi juga berpengaruh secara signifikan terhadap ketepatan kode (Octaria, 2017; Maryati dkk., 2020).

Petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan *coding* juga dapat menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis karena kompetensinya kurang memadai (Sari & Dewi, 2016). Untuk itu, beberapa hasil penelitian menyarankan bahwa pelatihan dan pendidikan terhadap *coder* perlu dilakukan untuk meningkatkan ketepatan kode penyakit (Seruni & Sugiarsi, 2015; Maryati dkk., 2016; Octaria, 2016; Ulfa dkk., 2017; Oktavia & Azmi, 2019; Oashttamadea, 2019).

Menurut Kimberley *et al.* (2005), kecepatan dan ketepatan pengodean dari suatu diagnosis sangat tergantung pada faktor sumber daya manusia (SDM). SDM tersebut adalah petugas yang menangani dan mengelola rekam medis, yaitu: 1) tenaga medis (dokter atau dokter gigi) yang menetapkan diagnosis, 2) tenaga PMIK yang menetapkan kode diagnosis, dan 3) tenaga kesehatan lain yang melengkapi pengisian data pada rekam medis.

Studi literatur lainnya menunjukkan bahwa ketersediaan Standar Operasional Prosedur (SPO) tentang pengodean sekaligus sosialisasi dan penerapannya berperan dalam meningkatkan ketepatan kode (Maesaroh dkk., 2011; Siswati & Pratami, 2015). Hal ini dapat ditindaklanjuti dengan pembuatan atau penyesuaian (revisi) SPO yang ada (Alik, 2016; Hernawan dkk., 2017).

Untuk dapat memperoleh kode yang akurat, Hatta (2013) telah menjabarkan sembilan langkah pengodean yang sesuai dengan ICD-10 yaitu:

1. Mengidentifikasi diagnosis yang akan dikode dan membuka ICD-10 volume 3 yang berisi indeks alfabetis;
2. Menentukan "lead term" (kata panduan) untuk gangguan/penyakit dan cedera yang menggambarkan kondisi patologisnya;
3. Menelaah dengan seksama/cermat dan mengikuti seluruh petunjuk/catatan yang ada di bawah istilah yang akan dipilih pada ICD-10 volume 3;
4. Membaca istilah yang terdapat dalam tanda kurung "()" sesudah *lead term* karena dapat memengaruhi penentuan nomor kode sehingga semua istilah diagnostik harus dicek;
5. Mengikuti dengan teliti setiap rujukan silang (*cross references*) dan/atau perintah "see"/"see also" yang terdapat dalam indeks alfabetis.
6. Melakukan pengecekan dengan melihat daftar tabulasi pada ICD-10 volume 1 ditambah aturan pengodean morbiditas dan mortalitas pada ICD-10 volume 2;
7. Mengikuti petunjuk *inclusion* dan/atau *exclusion terms* untuk kode yang terpilih mulai dari bagian bawah suatu subkategori, kategori, blok, hingga bab (*chapter*);
8. Menentukan kode final yang dipilih dan menuliskannya pada rekam medis;
9. Melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif untuk memastikan ketepatan dan kesesuaiannya berdasarkan kondisi sesungguhnya.

Faktor lainnya adalah terkait ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai. Untuk dapat melakukan kegiatan *coding* dengan baik, fasilitas pelayanan kesehatan khususnya unit rekam medis perlu dilengkapi dengan ICD dan peralatan penunjang lain semisal kamus kedokteran dan/atau kamus Bahasa Inggris (Kasanah & Sudra, 2011; Sari & Pela, 2015). Hal ini yang kemudian menyebabkan petugas menggunakan buku bantu *coding* yang sebetulnya belum teruji ketepatannya (Bagaskoro dkk., 2013; Widjaya & Rumana, 2014).

Peranan teknologi informasi dan sistem informasi kesehatan dalam bidang pengodean penyakit juga sangat berperan dalam hal ketepatan kode penyakit. Sistem informasi yang sering *error* dan rendahnya kualitas komputer dapat menyebabkan proses *coding* terganggu (Hernawan dkk., 2017; Loren dkk., 2020). Sistem klasifikasi klinis yang bersifat elektronik yang tidak digunakan dan tidak lengkapnya isi database klasifikasi klinis pada akhirnya juga dapat menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis (Pramono & Nuryati, 2011; Irmawati & Nazillahtunnisa, 2019).

Faktor yang tidak kalah penting yang menunjang ketepatan kode diagnosis adalah audit *coding* (Suriawan dkk., 2017). Tidak dilakukannya audit *coding* menyebabkan hasil pengodean tidak dicek dan ditelaah sehingga ketepatan/keakuratannya masih rendah (Nuryati, 2014; Yuliana dkk., 2014). Dengan demikian, audit *coding* dan medis perlu dilaksanakan secara periodik dan ditunjang dengan adanya kontrol dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan (Maya & Sudra, 2014; Ilmi, 2018).

Keakuratan kode diagnosis sesungguhnya merupakan penentuan dan penulisan kode diagnosis yang sesuai dengan standar klasifikasi di dalam ICD-10. Kode dinyatakan tepat atau akurat apabila mencerminkan kondisi riil pasien dengan segala tindakan dan pengobatan yang telah dilakukan. Kode tersebut juga telah dinyatakan lengkap sesuai aturan klasifikasi dan kodifikasi yang berlaku. Apabila suatu kode hanya mempunyai tiga karakter, kode tersebut dapat diasumsikan merupakan suatu kategori yang sudah tidak dibagi lagi. Namun, seringkali apabila kategori masih dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan hingga empat karakter. Suatu tanda *dash* (-) pada posisi ke-4 (mis. A01.-) memiliki arti bahwa kategori tersebut masih dibagi lagi menjadi lebih spesifik dan subkarakter keempatnya dapat ditemukan dengan merujuk ke daftar tabular (ICD-10 volume 1). ICD-10 juga mencantumkan sistem dagger (†) dan

asterisk (*). Sistem ini akan diberi dua kode sekaligus pada suatu diagnosis penyakit yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain sehingga nomor kodenya harus ditulis bersamaan - *dual coding system* (WHO, 2016).

D. Simpulan dan Saran

Hasil penelaahan literatur menunjukkan bahwa tingkat ketepatan kode diagnosis masih sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya. Ketepatan kode di puskesmas dan rumah sakit bervariasi dengan kisaran angka ketepatan kode diagnosis di rumah sakit lebih tinggi daripada di puskesmas. Hal ini disebabkan terutama oleh kuantitas dan kualitas *coder* serta fasilitas penunjang pelayanan kesehatan yang lebih baik di rumah sakit dibandingkan dengan di puskesmas. Dengan demikian, sebaiknya upaya peningkatan kualitas kodifikasi klinis harus ditingkatkan dengan cara memberikan pelatihan, monitoring, dan evaluasi secara berkala terhadap *coder*, serta menambah SDM dan/atau melengkapi fasilitas terkait dengan kodifikasi klinis.

E. Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini didanai oleh Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada. Peneliti mengucapkan terima kasih kepada segenap tim dan semua pihak yang telah membantu mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga penyelesaian penelitian dan publikasi ini.

F. Daftar Pustaka

- Abiyasa M. T., Ernawati D., & Kresnowati L. (2012). Hubungan Antara Spesifitas Penulisan Diagnosis Terhadap Akurasi Kode Pada RM 1 Dokumen Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. *VISIKES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 99-104.
- Agiwahyunto F., Sari T. I., & Octaviasuni S. (2019). Analisis Ketepatan Koding dan Kinerja Petugas Di Unit Koding-

- Indeksing Rumah Sakit Mitra Husada Kota Pring Sewu. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 114-120.
- Agustine D. M & Pratiwi R. D. (2017). Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2(1), 113-121.
- Alik A. T. N. I. (2016). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa Obstetric Terhadap Kelancaran Klaim BPJS di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan. *Indonesian of Health Information Management Journal*, 4(1), 1-10.
- Bagaskoro J., Sudra R. I., & Ninawati. (2013). Analisis keakuratan kode diagnosis fracture femur pada dokumen rekam medis periode tahun 2012 di RSUD Tidar Kota Magelang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 39-45.
- Dimick C. (2010). Achieving Coding Consistency. *Journal of AHIMA*, 81. No. 7.
- Fatmawati H., Sudra R. I., & Nurifa'atul M. A. (2012). Analisis Kelengkapan Data Penunjang dalam Penentuan Kode Diagnosis Utama Gastroenteritis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedirman Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri Tahun 2011. *Jurnal Rekam Medis*, 6(2), 80-86.
- Fitriyani & Susiriyani. (2019). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Ketidakkelengkapan Kode External Cause Pasien Orthopedi pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUP.H. Adam Malik Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan IMELDA*, 4(1), 581-589.
- Hatta G. R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.
- Hernawan H., Ningsih K. P., & Winarsih. (2017). Ketepatan Kode Diagnosis Sistem Sirkulasi di Klinik Jantung RSUD Wates. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2(1), 148-153.
- Ikhwan, Syamsuriansyah, & Irawan M. M. P. (2016). Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis Cedera dan Penyebab Luar Cedera (External Causes) Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Islam "Siti Hajar" Mataram. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(2), 52-60.
- Ilmi L. R. (2018). Keakuratan Kode Diagnosis Dengan ICD-10 Di Puskesmas Pengasih I Dan Pengasih II. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 118-122.
- Indawati L. (2017). Identifikasi Unsur 5M dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit dan Tindakan (Systematic Review). *Indonesian of Health Information Management Journal*, 5(2), 59-64.
- Irmawati & Nazillahtunnisa N. (2019). Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 2(2), 100-105.
- Karimah R. N., Setiawan D., & Nurmalia P. S. (2016). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Gastroenteritis Acute Berdasarkan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Balung Jember. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 2(2), 12-17.
- Kasanah S. N. & Sudra R. I. (2011). Analisis Keakuratan Kode Diagnosis PPOK Eksaserbasi Akut Berdasarkan ICD-10 pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUD Sragen Triwulan II Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan*, 5(1), 72-78.
- Khasanah S. N., Sudra R. I., & Nurifa'atul A. M. (2012). Analisis Keakuratan Kode Diagnosis PPOK Eksaserbasi Akut Berdasarkan ICD-10 pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Sragen Triwulan II Tahun 2011. *Jurnal Rekam Medis*, 6(2), 72-79.

- Kimberly J. O., Karon F. C., Matt D. P., Kimberly R. W., John F. H., & Carol M. A. (2005). Measuring Diagnoses: ICD Code Accuracy. *Health Research and Education Trust*, 40(5), 1620-1639.
- Loren E. R., Wijayanti R. A., & Nikmatun. (2020). Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Penyakit Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. *Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 1(3), 129-140.
- Maesaroh L., Sudra R. I., & Arief M. T. Q. (2011). Analisis Kelengkapan Kode Klasifikasi dan Kode Morphology pada Diagnosis Carcinoma Mamae Berdasarkan ICD-10 di RSUD Kabupaten Karanganyar tahun 2011. *Jurnal Kesehatan*, 5(2), 1-19.
- Maharani A. & Saptorini K. K. (2020). Tinjauan Keakuratan Kode Topografi Kasus Neoplasma Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. *VISIKES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 53-59.
- Maryati W., Murti B., & Indarto D. (2016). Factors Affecting The Quality Of Diagnosis Coding And Medical Record At Dr. Moewardi Hospital, Surakarta. *Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 61-71.
- Maryati W., Wannay A. O., & Suci D. P. (2018). Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dan Keakuratan Kode Diagnosis Diabetes Mellitus. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 1(2), 96 - 108.
- Maryati W., Rahayuningrum I. O., & Sari N. P. (2020). Dampak Beban Kerja Coder yang Tinggi terhadap Ketidakakuratan Kode Diagnosis. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 44-49.
- Maya R. A. & Sudra R. I. (2014). Kelengkapan Informasi Penunjang Dalam Penentuan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Chronic Renal Failure Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri Tahun 2013. *Jurnal Rekam Medis*, 8(2), 82-93.
- Multisari S., Sugiarsi S., & Awaliah N. M. (2012). Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Utama Typhoid Fever Berdasarkan ICD-10 pada Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo Tahun 2011. *Jurnal Rekam Medis*, 6(2), 37-44.
- Murtisari A. & Sugiarsi S. (2011). Analisis Akurasi Kode Diagnosis Utama Berdasarkan ICD-10 pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Triwulan I di Rumah Sakit Umum Jati Husada Karanganyar Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan*, 5(1), 30-36.
- Ningtyas N. K., Sugiarsi S., & Wariyanti A. S. (2019). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 1-11.
- Nuryati. (2014). Evaluasi Ketepatan Diagnosis Dan Tindakan Di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta Pada Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(1), 16-25.
- Oashttamadea R. (2019). Analisis Ketepatan Pengodean Diagnosis Obstetri Di Rumah Sakit Naili DBS Padang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 83-86.
- Octaria H. (2016). Peningkatkan Kualitas Pengkodean Pada Ketepatan dan Kecepatan Pengkodean Penyakit Untuk Penagihan Klaim BPJS Di RSUD Petala Bumi Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(1), 12-20.
- Octaria H. (2017). Hubungan Beban Kerja Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 92-95.
- Oktavia N. & Azmi I. N. (2019). Gambaran Faktor Yang Berpengaruh Terhadap

- Ketepatan Kode Diagnosa Dokumen Rekam Medik Pasien Skizofrenia Di RSKJ Soeprapto Bengkulu. *Jurnal Ilmiah Farmacy*, 6(1), 1-11.
- Pepo A. A. H. & Yulia N. (2015). Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2), 74-80.
- Pramono A.E. & Nuryati. (2013). Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD- 10 Di Puskesmas Gondokusuman II Kota Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 1(2), 42 - 61.
- Puspitasari N. & Kusumawati D. R. (2017). Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis Dan Faktor Penyebab Di Rumah Sakit X Jawa Timur. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 3(1), 27-38.
- Rahayu H., Ernawati D., & Kresnowati L. (2011). Akurasi Kode Diagnosis Utama Pada RM 1 Dokumen Rekam Medis Ruang Karmel Dan Karakteristik Petugas Koding Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus Periode Desember 2009. *VISIKES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 1-5.
- Sari T. P. & Dewi N. H. (2018). Keakuratan Kode Diagnosis Hepatitis Berdasarkan ICD-10 Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(1), 55-61.
- Sari T. P. & Pela T. H. (2015). Ketidaktepatan Kode Kombinasi Hypertensi Pada Penyakit Jantung Dan Penyakit Ginjal Berdasarkan Icd 10 Di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 53-59.
- Seruni F. D. A. & Sugiarsi S. (2015). Problem Solving Cycle SWOT Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri pada Lembar Masuk dan Keluar (RM 1a) Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Sayidiman Magetan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2), 5-13.
- Siswati & Pratami S. L. (2015). Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim BPJS. *Indonesian of Health Information Management Journal*, 3(2), 52-60.
- Suriawan N. L. E. S., Kartiko B. H., & Adhiwirawan B. (2017). Factors Affecting the Inaccuracy of Outpatient Disease Diagnosis Coding in General Surgery and Neurosurgery Polyclinics, Hospital X, Badung Regency. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(3), 194-199.
- Yuliana R., Hosizah, & Irmawan. (2014). Review for External Cause Coding Of Injury Case on Medical Record Inpatient of Orthopedic Specialist Surgery in RSKB Banjarmasin Siaga in 2013. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan*, 2(1), 45 - 53.
- Yuniati D. I. (2012). Analisis Hasil Koding yang Dihasilkan oleh Coder di Rumah Sakit Pemerintah X di Kota Semarang Tahun 2012. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4), 167-174.
- WHO. 2016. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*. Geneva: World Health Organization.
- Widjaya L. & Rumana N. A. (2014). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keakurasian Koding Ibu Melahirkan dan Bayi di Beberapa Rumah Sakit Tahun 2014. *Indonesian of Health Information Management Journal*, 2(2), 114-122.

STUDI TENTANG KINERJA PETUGAS REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT

STUDY ON PERFORMANCE OF MEDICAL RECORD OFFICERS IN HOSPITAL

Syamsuriansyah¹
Reni Chairunnisah²
Helmina Andriani³
Yan Reiza Permana⁴
Uswatun Hasanah⁵
Jihadil Qudsi⁶
Nik Azliza bt Nik Arifin⁷

^{1,2,3,4,5}Program Studi Diploma Tiga Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
⁶Politeknik Medica Farma Husada Mataram, NTB

⁷ Faculty of Information Management Universiti Teknologi MARA, Selangor, Malaysia
E-mail: sammuma78@gmail.com

Abstract

Medical record is written evidence about the service process which contains patient clinical data during the process of diagnosis and treatment. The management of medical records in hospitals is to support the achievement of administrative order of the efforts to achieve hospital goals, improving the quality of health services in hospitals. The purpose of this study is to describe the performance of medical record data management officers in the storage room of the Hospital. This research method using descriptive method. The study population was all medical record officers with a sample of 11 respondents using census techniques. The analysis technique uses descriptive analysis. The results of the research on the educational level of the Hospital officers were part of the DIII Medical Records as many as 7 people (63.6%). The minimum working period of the respondent is 1 year and the maximum is 9 years. The average working period of medical record officers at Hospital was 5.14 years. The results showed that the performance of medical record officers consisting of job quality, work quantity, attendance, supervision and conservation showed that there were 7 officers (63.6%). have a good performance while as many as 4 medical record officers (36.4%) have poor performance.

Key word: level of education, work length, performance

Abstrak

Rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis tentang proses pelayanan yang yang berisi tentang data klinis pasien selama proses diagnosis dan pengobatan. Pengelolaan rekam medis di rumah sakit adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya mencapai tujuan rumah sakit, yaitu peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tujuan penelitian ini adalah Menggambarkan kinerja petugas pengelola data rekam medis di ruang penyimpanan Rumah Sakit. Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif. Populasi penelitian adalah seluruh petugas rekam medis dengan sampel berjumlah 11 responden dengan teknik sensus. Teknik analisis menggunakan analisis deskriptif. Hasil penelitian tingkat pendidikan petugas Rumah Sakit sebagian adalah DIII Rekam Medis sebanyak 7 orang (63,6%). Minimal masa kerja responden adalah 1 tahun dan maksimal 9 tahun. Rata-rata masa kerja petugas rekam medis di Rumah Sakit adalah 5,14 tahun Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja petugas rekam medis yang terdiri dari kualitas pekerjaan, kuantitas pekerjaan, kehadiran, supervisi dan konservasi diketahui bahwa sebanyak 7 petugas (63,6%) mempunyai kinerja yang baik sedangkan sebanyak 4 petugas rekam medis (36,4%) mempunyai kinerja yang kurang baik.

Kata kunci: Tingkat Pendidikan, Masa Kerja, Kinerja

A. PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang mutlak dibutuhkan oleh segenap lapisan masyarakat dalam upaya peningkatan derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat secara keseluruhan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut maka rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang memadai dan memuaskan. Oleh karena itu, rumah sakit harus mampu meningkatkan kualitas pelayanannya, termasuk diantaranya peningkatan kualitas pendokumentasian rekam medis (Pamungkas, dkk, 2010).

Menurut SK Men PAN No.135/2002 dalam Kepmenkes No.377/Menkes/SK/III/2007, bahwa rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di sarana pelayanan kesehatan. Rekam medis bersifat rahasia karena menyangkut data pribadi seseorang dengan penyakit yang diderita, riwayat penyakit dan diagnosis lainnya. Mengingat begitu pentingnya isi serta peranan rekam medis, seharusnya setiap rumah sakit dan institusi pelayanan kesehatan menyimpan, menyusun dan merawat rekam medis dengan baik serta menjaga keamanannya dari kerusakan dan penyalahgunaan oleh pihak-pihak tertentu yang tidak berhak, dan juga menyediakan berkas rekam medis tersebut setiap kali dibutuhkan.

Pengelolaan rekam medis di rumah sakit adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya mencapai tujuan rumah sakit, yaitu peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam pengelolaan rekam medis untuk menunjang mutu pelayanan bagi rumah sakit, pengelolaan rekam medis harus efektif dan efisien (Giyana, 2012).

Pada tanggal 15 April 2013 peneliti melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit. Data rekam medis dalam tiga tahun terakhir terdapat beberapa data rekam medis yang hilang dimana pada tahun 2010 jumlah data 48.329 pada tahun 2011 mengalami penurunan menjadi 48.285 dan pada tahun 2012 mengalami penurunan kembali menjadi 48.247. Berdasarkan hal tersebut diketahui bahwa jumlah data rekam medis mengalami penurunan dari tahun 2010 – 2012.

Fenomena yang ditemukan pada penelitian Rumah Sakit melalui obsevasi diketahui bahwa dari 11 karyawan rekam medis diketahui bahwa masih terdapat karyawan dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 4 orang. Survey lain menunjukkan bahwa rumah sakit ini memiliki jumlah pasien rawat inap yang besar, oleh karena itu semakin banyak pula jumlah berkas rekam medis yang harus dikelola. Salah satu pengelolaan yang masih menjadi kendala adalah pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap yang terkadang tidak diisi oleh dokter. Permasalahan lain dalam proses pengolahan data adalah adanya kesulitan dalam pengolahan data, data yang tercecer atau pengarsipan data yang belum teratur, seperti halnya penumpukan data pasien, data poliklinik, data rawat inap. Selain itu data rekam medik yang tersimpan di rak-rak penyimpanan semakin hari semakin bertambah dan semakin menumpuk sehingga memakan tempat yang banyak. Banyaknya data rekam medik yang tersimpan terkadang salah penempatan pada tempatnya dan menimbulkan data rekam medik hilang atau rusak. Terkadang pegawai dapat melakukan kesalahan dalam mengolah data. Pada proses pencarian data adanya kesulitan dalam melakukan pencarian.

B. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif yang digunakan untuk mendeskripsikan. Populasi pada penelitian ini adalah petugas rekam medis Rumah Sakit sebanyak 11 orang. Teknik sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik sensus.

Variabel dalam penelitian ini yaitu: Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan masa kerja. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kelengkapan pendokumentasian lembar partograf.

Instrumen penelitian ini berupa observasi dan wawancara berisi tentang item-item pada lembar panduan wawancara yang berisi tentang pendidikan, masa kerja dan kinerja petugas pengelola data rekam medik. Analisis data yang dilakukan adalah analisis deskriptif dengan mendeskripsikan hasil penilaian kuesioner dari karakteristik responden, tingkat pendidikan, masa kerja dan kinerja petugas dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

1. Tingkat Pendidikan

Hasil tingkat pendidikan petugas rekam medis pada Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Tingkat Pendidikan Petugas Rekam Medis Rumah Sakit

No	Pendidikan	N	%
1	SMA	4	36,4
2	D3 Rekam Medis	7	63,6
Total		11	100

Hasil tabel 1 menunjukkan bahwa petugas rekam medis di Rumah Sakit dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 4 orang (36,4%) dan DIII Rekam Medis sebanyak 7 orang (63,6%).

2. Masa Kerja

Hasil masa kerja petugas rekam medis pada Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Masa Kerja Petugas Rekam Medis Rumah Sakit

No	Masa Kerja (th)	N	%
1	1	1	9,1
2	2	1	9,1
3	3	1	9,1
4	6	1	9,1
5	7	3	27,3
6	8	1	9,1
7	9	3	27,3
Rata-rata	5,14	11	100

Hasil tabel 2 menunjukkan bahwa minimal masa kerja responden adalah 1 tahun dan maksimal 9 tahun. Rata-rata masa kerja petugas rekam medis di Rumah Sakit adalah 5,14 tahun.

3. Kinerja Petugas Rekam Medis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja petugas rekam medis dengan indikator kualitas pekerjaan, kuantitas pekerjaan, kehadiran, supervisi dan konservasi diketahui bahwa sebanyak 7 petugas (63,6%) mempunyai kinerja yang baik sedangkan sebanyak 4 petugas (36,4%) mempunyai kinerja yang kurang baik. Hal tersebut dapat dilihat dari masing-masing indikator sebagai berikut :

a. Kualitas Pekerjaan

Hasil wawancara dengan petugas rekam medis Rumah Sakit mengenai kualitas pekerjaan petugas rekam medis adalah sebagai berikut :Tabel 3. Kualitas Pekerjaan Petugas Rekam Medis

No	Pertanyaan	Ya		Tidak	
		N	%	n	%
1	Konsentrasi dalam pekerjaan	11	100	0	0.0
2	Pekerjaan yang dilakukan selalu benar	9	81.8	2	18.2
3	Penampilan petugas selalu berpenampilan rapi	11	100	0	0.0
4	Hasil kerja sesuai dengan tugas yang diberikan	11	100	0	0.0
Rata-Rata		95,5		4,5	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh petugas rekam medis (100%) menyatakan berkonsentrasi dalam pekerjaan, penampilan petugas rapi dan hasil kerja sesuai dengan tugas yang diberikan sedangkan 9 petugas rekam medis (81,8%) menyatakan bahwa pekerjaan yang dilakukan selalu benar

b. Kuantitas Pekerjaan

Hasil wawancara dengan petugas rekam medis Rumah Sakit mengenai kuantitas pekerjaan petugas sebagai berikut :

Tabel 4. Kuantitas Pekerjaan Petugas Rekam Medis

No	Pertanyaan	Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1	Pekerjaan selalu selesai tepat waktu	8	72.7	3	27.3
2	Mampu menyelesaikan tugas	8	72.7	3	27.3
3	Inisiatif dalam melaksanakan pekerjaan tanpa perintah atasan	11	100	0	0.0
4	Bersedia bekerja lembur bila pekerjaan tidak selesai tepat waktu	8	72.7	3	27.3
Rata-rata		79.5		20.5	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh petugas rekam medis (100%) menyatakan berinisiatif dalam melaksanakan pekerjaan tanpa perintah atasan sedangkan 8 petugas rekam medis (72,7%) menyatakan bahwa pekerjaan selalu selesai tepat waktu, mampu menyelesaikan tugas dengan alokasi waktu yang telah ditetapkan dan bersedia bekerja lembur.

c. Supervisi Petugas Rekam Medis

Hasil wawancara dengan petugas rekam medis Rumah Sakit mengenai supervisi adalah sebagai berikut :

Tabel 5. Supervisi Petugas Rekam Medis

No	Pertanyaan	Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1	Pimpinan selalu melakukan pengawasan pada pekerjaan	5	45.5	6	54.5
2	Pimpinan selalu memberikan arahan dalam setiap pekerjaan	5	45.5	6	54.5
3	Pimpinan selalu melakukan evaluasi pekerjaan	11	100	0	0.0
Rata-rata		63.6		54.5	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh petugas rekam medis (100%) menyatakan bahwa pimpinan selalu melakukan evaluasi pekerjaan sedangkan 6 petugas rekam medis (54,4%) menyatakan bahwa pimpinan tidak selalu melakukan pengawasan dan tidak selalu memberikan arahan dalam setiap pekerjaan.

d. Kehadiran

Hasil wawancara dengan petugas rekam medis Rumah Sakit mengenai kehadiran adalah sebagai berikut :

Tabel 6. Kehadiran Petugas Rekam Medis

No	Pertanyaan	Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1	Kehadiran selalu tepat waktu	11	100	0	0
2	Pulang kerja selalu tepat waktu	4	36.4	7	63.6
Rata-rata		68.2		63.6	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh petugas rekam medis (100%) menyatakan bahwa kehadirannya selalu tepat waktu sedangkan 7 petugas rekam medis (63,6%) menyatakan bahwa terkadang pulang kerja tidak tepat waktu karena harus menyelesaikan pekerjaan secara lembur.

e. Konservasi Petugas Rekam Medis

Hasil wawancara dengan petugas rekam medis Rumah Sakit mengenai konservasi adalah sebagai berikut :

Tabel 7. Konservasi Petugas Rekam Medis

No	Pertanyaan	Ya		Tidak	
		N	%	N	%
1	Mahir menggunakan computer dalam pengelolaan data	11	100	0	0
2	Melakukan perawatan peralatan setiap hari	4	36.4	7	63.6
Rata-rata		68.2		63.6	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh petugas rekam medis (100%) menyatakan bahwa petugas mahir dalam menggunakan komputer dalam pengelolaan data sedangkan Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 3 orang (27,3%) menyatakan bahwa petugas melakukan perawatan peralatan setiap hari sedangkan 7 petugas rekam medis (63,6) menyatakan bahwa petugas tidak selalu melakukan perawatan setiap harinya karena peralatan komputer masih dapat digunakan dengan baik, sedangkan peralatan-peralatan lain seperti filling kabinet, rak dan lain-lain setiap hari memang dibersihkan dan dirapikan.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja petugas rekam medis dengan indikator kualitas pekerjaan, kuantitas pekerjaan, kehadiran, supervisi dan konservasi diketahui bahwa sebanyak 7 petugas (63,6%) mempunyai kinerja yang baik sedangkan sebanyak 4 petugas rekam medis (36,4%) mempunyai kinerja yang kurang baik.

Kinerja organisasi akan sangat ditentukan oleh unsur pegawainya karena itu dalam mengukur kinerja suatu organisasi sebaiknya diukur dalam tampilan kerja dari pegawainya. Pengertian kinerja menurut Mangkunegara (2006) adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar petugas rekam medis mempunyai tingkat pendidikan DIII Rekam medis dan hal ini sesuai dengan bidang tugasnya saat ini. Kinerja petugas rekam medis dipengaruhi oleh tingkat pendidikan responden. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Lewa dan Subowo (2005) bahwa pendidikan merupakan faktor internal atau faktor dari dalam diri karyawan yang dapat mempengaruhi kinerja. Hal ini juga diperkuat oleh pernyataan Ravianto (2008) bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kinerja adalah latar belakang pendidikan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masa kerja petugas rekam medis rata-rata adalah selama 5,14 tahun, masa kerja petugas rekam medis dalam bekerja ini dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain adalah lingkungan kerja yang menyenangkan dan adanya kerjasama yang baik antar karyawan. Masa kerja dari petugas rekam medis ini berpengaruh terhadap kinerja karyawan. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari Lewa dan Subowo (2005) yang

menyatakan bahwa salah satu faktor internal yang mempengaruhi kinerja karyawan adalah pengalaman kerja.

Kinerja petugas Rekam Medis didasarkan pada uraian tugas pokok dan fungsinya sebagai petugas rekam medis baik di bagian pendaftaran, pengkodean, pendistribusian dan analisis data berkas rekam medik. Pelaksanaan tugas pokok dan fungsi dalam suatu organisasi tergantung pada pendidikan, pengetahuannya, kejelasan uraian tugasnya, serta faktor pengalamannya. Hal ini relevan dengan pendapat Suprihanto (2006), kinerja (performance) adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral dan etika

Suprihanto (2006) juga menyatakan bahwa dalam penilaian kinerja umumnya hanya menilai hasil fisik, tetapi pelaksanaan pekerjaan perlu dipertimbangkan secara keseluruhan karena menyangkut berbagai bidang seperti kemampuan kerja, kerajinan, disiplin, hubungan kerja atau hal-hal khusus sesuai dengan bidang dan tingkat pekerjaan yang dijabatnya dimana ada 5 (lima) faktor dalam penilaian kinerja antara lain adalah kualitas pekerjaan, meliputi : akurasi, ketelitian, penampilan, dan penerimaan keluaran, kuantitas pekerjaan, meliputi : volume keluaran dan kontribusi, supervisi, meliputi : membutuhkan saran, arahan, atau perbaikan, kehadiran, meliputi : reguralitas, dapat dipercayai/andalkan, dan ketepatan waktu dan konservasi, meliputi : pencegahan pemborosan, kerusakan, pemeliharaan peralatan.

Seorang pegawai yang dinilai menunjukkan kemungkinan tidak berkinerja dengan baik akan tetapi sebenarnya dia mempunyai potensi, bisa jadi lingkungan kerjanya yang tidak

mendukung. Sedangkan pendapat lain menyatakan, ada beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja : 1) Faktor personal/individual, meliputi: pengetahuan, keterampilan (*skill*), kemampuan, kepercayaan diri, motivasi, dan komitmen yang dimiliki oleh setiap individu; 2) Faktor kepemimpinan, meliputi: kualitas dalam memberikan dorongan, semangat, arahan, dan dukungan yang diberikan manajer dan *team leader*; 3) Faktor tim, meliputi: kualitas dukungan dan semangat yang diberikan oleh rekan dalam satu tim, kepercayaan terhadap sesama anggota tim, kelompokan dan keeratan anggota tim; 4) Faktor sistem, meliputi: sistem kerja, fasilitas kerja atau infrastruktur yang diberikan oleh organisasi, proses organisasi, dan kultur kinerja dalam organisasi dan 5) Faktor kontekstual (situasional), meliputi: tekanan dan perubahan lingkungan eksternal dan internal (Mahmudi, 2005:21)

D. SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Simpulan dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tingkat pendidikan petugas Rumah Sakit sebagian adalah DIII Rekam Medis sebanyak 7 orang (63,6%).
2. Masa kerja petugas rekam medis di Rumah Sakit rata-rata adalah 5,14 tahun.
3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja petugas rekam medis yang terdiri dari kualitas pekerjaan, kuantitas pekerjaan, kehadiran, supervisi dan konservasi diketahui bahwa sebanyak 7 petugas (63,6%) mempunyai kinerja yang baik sedangkan sebanyak 4 petugas (36,4%) mempunyai kinerja yang kurang baik.

Saran

Saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

1. Bagi petugas rekam medis diharapkan dapat mengikuti pelatihan misalnya seminar yang diadakan oleh rumah sakit untuk dapat meningkatkan pengalamannya sehingga seiring dengan masa kerja karyawan maka kemampuan kerja karyawan semakin baik dan kinerjanya juga mengalami peningkatan.
2. Bagi rumah sakit, hendaknya melakukan pembagian shift di mana selama ini petugas rekam medis yang bekerja di pagi hari jumlahnya lebih banyak daripada yang malam hari, sehingga dengan pembagian shift yang baik, maka jumlah petugas baik pagi maupun malam jumlahnya seimbang.
3. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan agar meningkatkan kualitas penelitian lebih lanjut khususnya yang berkaitan dengan kinerja petugas rekam medis.

E. DAFTAR PUSTAKA

- Kepmenkes RI. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377 Tahun 2007 Tentang Standar Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Diakses dari: www.depkes.go.id tanggal 13 Maret 2013.
- Lewa, K., Iip, Idham, Eka dan Subowo. 2005. Pengaruh Kepemimpinan, Lingkungan Kerja Fisik dan Kompensasi Terhadap Kinerja Karyawan di PT. Pertamina (Persero) Daerah Operasi Hulu Jawa Bagian Barat Cirebon. *Jurnal Sinergi: Kajian Bisnis dan Manajemen Edisi Khusus on Human Resources*

- Mangkunegara, AP. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Rivai, V. 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Perusahaan: Dari Teori Ke Praktik*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Suprihanto J. 2006. *Perilaku Organisasional*. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN

Faktor Risiko Burnout pada Petugas di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro**The Risk Factors of Burnout on Medical Record and Health Information Installation Officers at K.R.M.T Wongsonegoro Public Hospital**Zefan Adiputra Golo¹Eliyah²Eiska Rohmania Zein³

- 1) Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
- 2) Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
- 3) Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : zefanadiputra91@gmail.com

Abstract

Burnout is a state of exhaustion both physically, mentally, and emotionally. A preliminary study conducted at the Medical Record and Health Information Installation at RSUD K.R.M.T Wongsonegoro found burnout symptoms in officers which were marked by complaints that employees felt physical, mental and emotional fatigue at work for the past year. The aim of this study was to determine the risk factors for burnout in officers at the Medical Record and Health Information Installation seen from demographic factors. The research method uses an analytical survey with a cross-sectional design. The research instrument was adopted from the Maslach Burnout Inventory (MBI). Data analysis using Kendall's tau test and Simple Linear Regression test. The results of the study found that the burnout rate for medical record and health information officers was in the high category of 52.6%. The results of the correlation test showed that of the six demographic factors, only age and work period had a significant relationship with burnout levels in medical record officers ($p < 0.05$). The results of the simple linear regression test showed that the significance value of the age factor was 0.029 and the significance value of the work period factor was 0.049, so it can be concluded that these two factors have a significant effect on burnout.

Keywords: *Burnout, Risk Factor, Medical Record Officer, Health Information*

Abstrak

*Burnout merupakan kondisi kelelahan baik secara fisik, mental maupun emosional. Studi pendahuluan yang dilakukan di Instalasi Rekam Medis dan informasi kesehatan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro menemukan gejala burnout pada petugas yang ditandai dengan adanya keluhan pegawai merasakan kelelahan fisik, mental dan emosional dalam pekerjaan selama satu tahun terakhir. Tujuan penelitian ini mengetahui faktor risiko *burnout* pada petugas di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dilihat dari faktor demografik. Metode penelitian menggunakan survey analitik dengan desain *cross-sectional*. Instrument penelitian diadopsi dari *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Analisis data menggunakan uji *Kendall's tau* dan uji Regresi Linier Sederhana. Hasil penelitian menemukan tingkat *burnout* pada petugas rekam medis dan informasi kesehatan berada pada kategori tinggi sebesar 52,6%. Hasil uji korelasi menunjukkan dari ke enam faktor demografik, hanya faktor umur dan masa kerja yang memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat *burnout* pada petugas rekam medis ($p < 0.05$). Hasil uji regresi linear sederhana menunjukkan nilai signifikansi faktor umur 0.029 dan nilai signifikansi faktor masa kerja 0.049, sehingga dapat disimpulkan kedua faktor tersebut berpengaruh signifikan terhadap *burnout*.*

Kata kunci: *Burnout, Faktor Risiko, Petugas Rekam Medis, Informasi Kesehatan*

A. Pendahuluan

Sumber daya manusia yang bekerja di unit rekam medis dan informasi kesehatan tidak secara langsung terlibat dalam pelayanan klinis pasien. Namun kegiatan pelayanan di unit kerja ini merupakan bagian penting yang mendukung keberlangsungan proses pelayanan di rumah sakit. Tuntutan tugas dan tanggungjawab yang tinggi, serta beban pekerjaan yang semakin lama semakin bertambah akibat jumlah kunjungan pasien yang terus meningkat, secara langsung akan berdampak pada kondisi kelelahan fisik dan mental petugas di unit rekam medis dan informasi kesehatan.

Kelelahan fisik dan mental sebagai dampak dari beban kerja merupakan faktor yang dapat menimbulkan *burnout* (Xiaoming *et al.*, 2014). World Health Organization (WHO) memasukan *burnout* sebagai diagnostik tambahan dalam *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* dengan kode diagnosis ICD Z73.0 yang didefinisikan sebagai kondisi "*Burn-out*". Maslach & Jackson mendefinisikan *burnout* sebagai akibat dari stress berkepanjangan di tempat kerja yang ditandai dengan kelelahan emosional, depersonalisasi, dan ketidakpuasan pada prestasi (Nowacka *et al.*, 2018).

Menurut Reith (2018), fenomena *burnout* pada tenaga kesehatan bukanlah merupakan hal yang baru. *Burnout* telah dirasakan oleh setiap profesional kesehatan yang bekerja di organisasi pelayanan kesehatan. Lima profesi kesehatan dengan prevalensi *burnout* dari yang tertinggi ke rendah di rumah sakit adalah perawat (66%), asisten dokter (61%), dokter (38,6%), staf administrasi (36,1%) dan teknisi medis (31,9%)(Chou *et al.*, 2014).

Burnout pada tenaga kesehatan di rumah sakit perlu menjadi perhatian bagi manajemen rumah sakit, hal ini dikarenakan *burnout* tidak hanya dapat dialami oleh tenaga medis seperti dokter

dan perawat, namun dapat pula terjadi pada tenaga non medis seperti pada petugas di unit rekam medis dan informasi kesehatan.

Instalasi Rekam Medis di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang merupakan unit penunjang pelayanan yang terdiri dari empat bagian yaitu : penerimaan pasien (TPPRI/TPPRJ), pengelolaan dokumen, filling dan pelaporan. Berdasarkan studi pendahuluan didapatkan data bahwa dari 20 orang petugas di instalasi rekam medis yang diwawancarai, menyatakan mereka pernah merasakan kelelahan secara fisik maupun mental dalam pekerjaan selama satu tahun terakhir.

Dari hasil wawancara tersebut, peneliti melihat adanya gejala *burnout* pada petugas di Instalasi Rekam Medis. Pernyataan peneliti ini berdasarkan pada pernyataan dari Schaufeli *et al.* (2009) bahwa *burnout* merupakan sindrom yang berhubungan dengan pekerjaan yang ditandai dengan tingkat kelelahan yang berlebihan baik secara fisik, mental maupun emosional.

Patel *et al.* (2018) menyatakan bahwa *burnout* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor demografik (jenis kelamin, umur, pendidikan, lama bekerja dan status pernikahan), faktor personal (stress kerja, beban kerja dan tipe kepribadian) dan faktor organisasi (kondisi kerja dan dukungan sosial).

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor risiko *burnout* pada petugas di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan RSUD Wongsonegoro dilihat dari faktor demografik petugas.

B. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian survey analitik dengan desain *cross-sectional*. Instrument penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang diadopsi dari kuesioner *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas di Instalasi Rekam

Medis dan Informasi Kesehatan sejumlah 57 orang. Teknik penarikan sampel menggunakan *total sampling*, dimana sampel penelitian sama dengan jumlah populasi. Analisis data menggunakan uji regresi linier sederhana dan diolah menggunakan *software Statistical Package for Social Science (SPSS) V.22*.

C. Hasil dan Pembahasan

Adapun karakteristik responden pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik	f	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	19	26,7
Perempuan	38	66,7
Umur		
21-30 Tahun	26	45,6
31-40 Tahun	15	26,3
41-50 Tahun	8	14,0
>50 Tahun	8	14,0
Status Perkawinan		
Menikah	42	73,7
Belum Menikah	15	26,3
Tingkat Pendidikan		
SMA	8	14,0
D-III	42	73,7
D-IV/S1	6	10,5
S2	1	1,8
Masa Kerja		
1-5 Tahun	27	47,4
6-10 Tahun	9	15,8
>10 Tahun	21	36,8
Status Kepegawaian		
PNS	21	36,8
Non-PNS	36	63,2

Berdasarkan tabel 1 di atas, dapat diketahui bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 19 orang (33,3%) dan responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 38 orang (66,7%). Petugas yang menjadi responden paling banyak berumur 21-30 tahun (45,6%). Status perkawinan dari responden lebih banyak telah menikah yaitu, 73,7%. Tingkat pendidikan responden umumnya berada pada level Diploma 3 sebanyak 42

orang (73,7%) dan paling rendah tingkat pendidikan S2 sebanyak 1 orang (1,8%). Masa kerja dari petugas yang menjadi responden paling banyak berada pada masa kerja 1-5 tahun yaitu 27 orang (47,4%) dan paling sedikit 6-10 tahun (15,8%). Status kepegawaian dari petugas di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan lebih banyak berstatus Non-PNS yaitu, 63,2%.

Hasil analisis tingkat burnout pada petugas di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Tingkat Burnout pada Petugas di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro

Tingkat Burnout	f	%
Tinggi	30	52,6
Rendah	27	47,4
Total	57	100,0

Dari tabel 2 dapat diketahui bahwa tingkat *burnout* pada petugas rekam medis dan informasi kesehatan berada pada kategori tinggi sebesar 52,6% dan berada pada kategori rendah sebesar 47,4%.

Hasil uji korelasi menggunakan uji *Kendall's tau* untuk melihat hubungan antara variabel faktor demografik dengan *burnout* adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Hubungan Faktor Demografik dengan Burnout pada Petugas

Faktor Demografik	Burnout		
	N	Pearson Correlation	Sig. (2.tailed)
Jenis Kelamin	57	-.145	.197
Umur	57	-.225*	.031
Status Perkawinan	57	.138	.220
Pendidikan Terakhir	57	.133	.219
Masa Kerja	57	-.238*	.026
Status Kepegawaian	57	.183	.104

Berdasarkan tabel 3, dapat dilihat hasil uji korelasi menunjukkan bahwa dari enam faktor demografik, hanya faktor umur dan masa kerja yang memiliki

hubungan yang signifikan dengan tingkat burnout pada petugas rekam medis ($p < 0.05$). Sedangkan faktor jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan terakhir dan status kepegawaian tidak memiliki hubungan dengan *burnout* pada petugas.

Hasil uji regresi linear sederhana untuk melihat apakah ada pengaruh faktor umur dan masa kerja dengan *burnout* pada petugas adalah sebagai berikut :

Tabel 4 Hasil Uji Regresi Linear

Model	Unstandardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error		
(Constant)	37.672	1,748	21,55	,029
Umur	-1,753	,780	-2,24	
(Constant)	37.773	1,951	19,35	,049
Masa Kerja	-1,871	,928	-2,01	

Berdasarkan pada tabel 4, dapat dilihat hasil uji regresi linear sederhana menunjukkan bahwa faktor umur memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *burnout* pada petugas, hal ini ditunjukkan dengan nilai Sig. 0,029 ($< 0,05$). Selanjutnya faktor masa kerja juga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *burnout* pada petugas, hal ini ditunjukkan dengan nilai Sig. 0,049 ($< 0,05$).

Dari hasil penelitian ini ditemukan tingkat burnout pada petugas di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan cenderung berada pada kategori tinggi. Jika hal tersebut tidak cepat disadari oleh pimpinan unit dan pihak manajemen rumah sakit, maka akan berdampak pada kualitas pelayanan di unit kerja rekam medis. Menurut Asuero *et al.* (2014) kondisi burnout yang berkepanjangan pada profesional kesehatan akan mempengaruhi kinerja dan sikap profesional terhadap pasien.

Faktor umur dan masa kerja merupakan faktor risiko yang dapat membuat seorang petugas atau pegawai di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan mengalami kondisi *burnout*. Dari hasil penelitian ini diketahui rata-rata

umur petugas paling banyak berada pada rentang umur 21-30 tahun dan 31-40 tahun.

Menurut Ang *et al.* (2016) dan Nowacka *et al.* (2018) faktor umur sebagai bagian dari sosio-demografik merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kelelahan kerja (*burnout*) yang tinggi pada perawat. Petugas yang berusia muda kemungkinan mengalami *burnout* lebih besar, hal ini dikarenakan pegawai yang berusia muda belum memiliki kematangan secara emosional dalam pekerjaan, sedangkan pegawai yang berusia tua telah mampu beradaptasi dengan pekerjaan mereka, sehingga mampu meminimalkan kemungkinan untuk mengalami *burnout*. Pernyataan ini didukung oleh penelitian dari Erickson & Grove (2008) yang menemukan bahwa perawat yang berusia dibawah 30 tahun mengalami tingkat frustrasi, kemarahan dan kelelahan yang lebih tinggi.

Masa kerja petugas juga menjadi faktor risiko yang mempengaruhi burnout pada petugas rekam medis dan informasi kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Eliyana (2015) yang menemukan bahwa lama bekerja menjadi faktor yang berhubungan dengan burnout pada perawat pelaksana. Masa kerja petugas di Instalasi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan RSUD Wongsonegoro paling banyak berada pada rentang masa kerja 1-5 tahun. Petugas yang memiliki masa kerja yang masih pendek cenderung akan mengalami kelelahan dikarenakan masih belum berpengalaman menghadapi tekanan dalam pekerjaan dan membutuhkan adaptasi dengan pekerjaan. Menurut Putri *et al.* (2019) kondisi *burnout* paling tinggi dialami oleh karyawan dengan masa kerja 0-5 tahun. Adapun karyawan dengan masa kerja lebih dari 10 tahun cenderung mengalami *burnout* pada pekerjaan dengan kategori rendah.

Meskipun hasil penelitian ini hanya menemukan faktor umur dan masa kerja yang menjadi faktor risiko *burnout*, namun kecenderungan *burnout* yang dialami oleh petugas di instalasi rekam medis dan

informasi kesehatan secara langsung akan mempengaruhi kualitas pelayanan. Hal ini dikarenakan petugas yang mengalami burnout akan timbul perasaan negatif terhadap pekerjaan dan lingkungan kerjanya.

D. Simpulan dan Saran

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tingkat burnout pada petugas di unit rekam medis dan informasi kesehatan berada pada kategori tinggi. Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor risiko burnout pada petugas dipengaruhi oleh faktor umur dan masa kerja petugas, sedangkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan status kepegawaian tidak mempengaruhi burnout pada petugas.

Disarankan pada pimpinan unit kerja untuk menganalisis kembali standar beban kerja pegawai di setiap sub unit kerja, serta perlu menyusun data profil kepribadian setiap pegawai agar dapat digunakan untuk memonitoring kondisi pegawai dan merencanakan program pelatihan dan pengembangan yang sesuai kondisi dan kebutuhan pegawai. Diperlukan juga penelitian lebih lanjut untuk melihat faktor lain yang menjadi faktor risiko *burnout* pada petugas rekam medis dan informasi kesehatan.

E. Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada Poltekkes Kemenkes Semarang, khususnya kepada Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang telah mendukung penelitian ini.

F. Daftar Pustaka

Ang, Shin Y., Dhaliwal, Satvinder S., Ayre, Tracy C., Uthaman, T., Fong, Kuan Y., Tien, Choo E., Zhou, H., and Della, P. (2016). Demographics and Personality Factors Associated with Burnout among Nurses in a Singapore Tertiary Hospital. *BioMed Research International*.

Volume 2016.
<https://doi.org/10.1155/2016/6960184>

- Asuero, Andres M., Queralto, Jenny M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodriguez-Blanco, T., Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in Primary Health Care Professionals: A pragmatic controlled trial. *Journal of Continuing Education in The Health Professions*, 34(1), pp.4-12.
- Chou, L. P., Li, C. Y., & Hu. S. C. (2014). Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open*, 4(2).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004185>
- Eliyana (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan burnout perawat pelaksana di ruang rawat inap RSJ Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2015. *Jurnal ARSI*, 2(3), pp.172-182.
- Erickson, Rebecca J. and Grove, Wendy J. C. (2008). Why emotion matter: Age, agitation, and burnout among registered Nurses. *The Online Journal of Issues n Nursing*, 13(1).
- Nowacka, A., Piskorz, A., Wolfshaut-Wolak, R., Piatek, Jadwiga and Gniadek A. (2018). Selected socio-demographic and occupational factors of burnout syndrome in nurses employed in medical facilities in malopolska-preliminary result. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 15(10).
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15102083>
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., and Shah, M. (2018). Behavioral sciences factor related to physician burnout and its consequences: A review. *Journal Behavioral Sciences*, 8(11).
<http://dx.doi.org/10.3390/bs8110098>

- Putri, Lalitha A. Z., Zulkaida, Anita and Rosmasuri, Puti A. (2019) Perbedaan burnout pada karyawan ditinjau dari masa kerja. *Jurnal Psikologi*, 12(2), pp 157-165. <https://doi.org/10.35760/psi.2019.v12i2.2440>
- Reith, T. P. (2018). Burnout in United States Healthcare professionals: A narrative review. *Cureus*, 10(12), pp 1-9.
- Scaufeli, Wilmar B., Leiter, Michael P. And Maslach C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *International Journal of Career Management*, 14(3). <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Xiaoming, Y., Ma, B. J., Chang, C. L., and Shieh, C. J. (2014). Effect of workload on burnout and turnover intention of medical staff: A study. *Studies on Ethno-Medicine*, 8(3), 229-237. <https://doi.org/10.31901/24566772.2014/08.03.04>