

Literature Review Faktor Penyebab Keterlambatan Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan

Literature Review of Factors Causing Delay in Provision of Outpatient Medical Records

Nursanie Puspita¹
Arief Tarmansyah Iman²

^{1,2}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Dengan alamat Jl. Cilolohan No. 35, Kota Tasikmalaya
E-mail : arief.tarmansyah@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id

Abstract

The provision of outpatient Medical Records (MR) affects the length of waiting time for patient services. The time of providing outpatient MR in several hospitals was more than the standard average time of ≤ 10 minutes. This study aims to analyse the factors causing the delay in providing outpatient medical records. Method: The research design was systematic review uses Google Scholar and Garuda Databases with topics related to factors causing delays in the provision of outpatient MR. Two reviewers were screening and found articles which match the criteria and have 13 full-length articles included to final review. The average time for providing outpatient MR was in range of 11-20 minutes. The causes of delays in providing outpatient MR were grouped based on 5M factors including lack of MR educated officers, indiscipline, lack of knowledge, train and motivation (Man), unavailability of funds (Money), unavailability of MR, storage and folder, easily damaged material, infrastructure unavailability and technical problems (Machine), as well as unavailability and not maximized SOP use, no evaluation and outpatient registration flow (Method). The time delay in providing outpatient MR was still high, the main cause was the unavailability of infrastructure and the lack of MR educated officers.

Keywords: delay; outpatient medical records; provision; systematical review

Abstrak

Penyediaan Rekam Medis (RM) rawat jalan berpengaruh pada lamanya waktu tunggu pelayanan pasien. Waktu penyediaan RM rawat jalan di beberapa rumah sakit lebih dari standar rata-rata waktu < 10 menit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor penyebab keterlambatan penyediaan RM rawat jalan. Metodologi: Desain penelitian adalah *systematic review* dari *database* Google Scholar dan Garuda dengan topik faktor penyebab keterlambatan penyediaan RM rawat jalan. Ditemukan artikel terkait untuk kemudian dilakukan review oleh dua orang reviewer sehingga didapatkan 13 artikel yang sesuai kriteria. Hasil penelitian rata-rata waktu penyediaan RM rawat jalan adalah dalam rentang 11-20 menit. Penyebab keterlambatan dikelompokkan berdasarkan faktor 5M meliputi kurangnya petugas berpendidikan RM, ketidakdisiplinan petugas, kurangnya pengetahuan dan pelatihan serta motivasi petugas (Man), tidak tersedianya dana baik untuk penghargaan atau kebutuhan RM lainnya (Money), tidak tersedianya rekam medis, penyimpanan rekam tidak rapi dan tidak beraturan serta bahan map RM yang tipis maupun mudah rusak (Material), tidak tersedianya sarana prasarana dan adanya gangguan teknis (Machine), serta tidak tersedianya SPO, penggunaan SPO belum maksimal, tidak adanya evaluasi dan alur pendaftaran rawat jalan (Method). Keterlambatan waktu penyediaan RM rawat jalan masih tinggi, penyebab utamanya adalah tidak tersedianya sarana prasarana dan kurangnya petugas berpendidikan rekam medis.

Kata kunci: keterlambatan; penyediaan; rekam medis rawat jalan; *systematic review*

1. Pendahuluan

Rekam medis sesuai yang tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas berupa catatan dan dokumen yang berisi data diri pasien, data pemeriksaan, obat, tindakan, dan pelayanan lainnya yang dilakukan kepada pasien. Pengisian rekam medis harus lengkap, jelas, dan dibuat secara tertulis. Sementara itu, pengelolaan rekam medis di setiap rumah sakit disesuaikan dengan tata kelolanya masing-masing. Pengelolaan rekam medis terdiri dari *assembling, coding, indexing, analysing, reporting*, dan tidak lepas dari *filing*. *Filing* berkaitan dengan penyimpanan rekam medis pasien lama maupun pasien baru, serta berkaitan dengan penyediaan rekam medis untuk pasien lama (Indradi, 2017).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyatakan bahwa standar pelayanan minimal adalah aturan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar sebagai hak yang harus diterima masyarakat serta menjadi urusan wajib daerah, satu diantaranya adalah waktu penyediaan rekam medis rawat jalan. Waktunya dimulai ketika pasien melakukan pendaftaran sampai petugas menemukan rekam medis dengan standar waktu rata-rata < 10 menit.

Penyediaan rekam medis rawat jalan di beberapa rumah sakit tidak sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang seharusnya yaitu < 10 menit, seperti yang terjadi di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan bagian poli dalam mengalami keterlambatan dengan rata-rata waktu 20 menit terdiri atas 96 rekam medis (96%) terlambat dan 4 rekam medis (4%) disediakan sesuai standar dari total 100 rekam medis yang dilakukan observasi (Sucipto & Purnama, 2019). Sementara itu, keterlambatan di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi sebanyak 77 rekam medis

(78%), sedangkan rekam medis dengan rata-rata waktu ≤ 10 menit sebanyak 22 rekam medis (22%) (Kristina et al., 2015).

Keterlambatan penyediaan rekam medis rawat jalan disebabkan karena ruang penyimpanan yang jauh dengan poliklinik dan pelaksanaan kegiatan rekam medis yang belum terdokumentasi serta belum dilaksanakan sesuai Standar Prosedur Operasional (Sucipto & Purnama, 2019). Sementara itu, kejadian penyediaan rekam medis rawat jalan yang terlambat disebabkan karena beberapa faktor diantaranya kesalahan dalam penyimpanan rekam medis dan kurangnya jumlah petugas distribusi, penuhnya rekam medis di rak penyimpanan dan terdapat rekam yang tidak tersedia, serta sistem penataan rekam medis belum dilaksanakan dengan baik (Kristina et al., 2015).

Keterlambatan penyediaan rekam medis rawat jalan akan berpengaruh pada lamanya waktu tunggu pelayanan. Waktu tunggu pelayanan pasien di unit rekam medis adalah hal penting yang dapat menentukan kualitas pelayanan rumah sakit. Kualitas tersebut berkaitan dengan pelayanan yang kerahasiaannya terjamin, pelayanan yang akurat, tepat, dan cepat. Hal ini menjadi penunjang kepuasan pasien karena dapat menciptakan pelayanan yang baik (Kristina et al., 2015). Berdasarkan hal tersebut, tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis faktor penyebab keterlambatan penyediaan rekam medis rawat jalan.

2. Metode

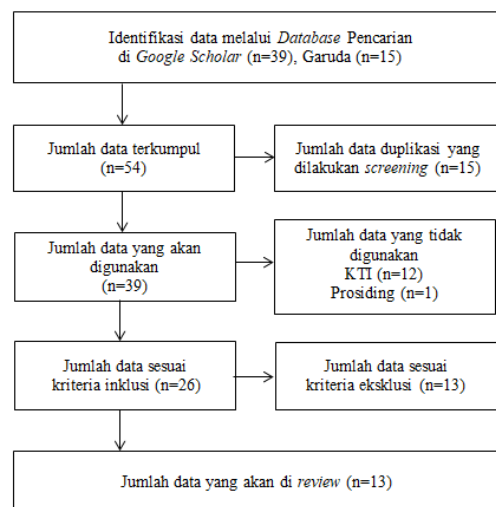
Desain penelitian ini adalah *systematic review*. *Systematic review* merupakan kegiatan berupa pengumpulan data pustaka, kegiatan membaca, melakukan pencatatan dan pengolahan bahan-bahan penelitian (Zed, 2008). *Systematic review* merupakan rangkuman dari beberapa penelitian dengan metodologi penelitian primer yaitu mengembangkan pertanyaan *review*, menentukan kriteria inklusi dan eksklusi,

membangun metode *review* dengan strategi pencarian, melakukan pemilihan dan penilaian penelitian, ekstraksi dan sintesis data (Barbara, 2020).

Sumber data pada *literature review* menggunakan data sekunder dimana bersumber dari data yang telah tersedia sebelumnya dan diperoleh dari berbagai sumber seperti rumah sakit, puskesmas, Biro Pusat Statistik (BPS), buku, laporan, jurnal, dan sebagainya (Sugiarsi & Rohmadi, 2020). Pada penelitian data berasal dari artikel yang dicari dari *database* google cendikia dan garuda dengan kriteria inklusi yang digunakan yaitu artikel tahun 2015-2020, berbahasa Indonesia, menggunakan desain penelitian deskriptif, kuantitatif, kualitatif, atau *mixed method*, dan topik penelitian terkait faktor penyebab keterlambatan penyediaan rekam medis rawat jalan. Sedangkan kriteria eksklusi terdiri dari artikel penelitian di puskesmas, artikel penelitian tidak *full text*, standar penyediaan rekam medis rawat jalan menggunakan Key Performance Indicator (KPI), dan penelitian bivariat.

Pencarian menggunakan kata kunci "analisis", "tinjauan", "faktor", "penyebab", "keterlambatan", "ketidaktepatan", "penyediaan", "pendistribusian", "rekam medis", dan "rawat jalan" pada *database* Google Scholar dan Garba Rujukan Digital (Garuda) dengan strategi Boolean System. Boolean System yaitu perintah untuk memperluas dan memfokuskan pencarian berupa kata AND dan OR. Kata AND digunakan untuk mempersempit pencarian, sedangkan kata OR digunakan untuk menggabungkan semua sinonim dan meningkatkan sensitivitas pencarian (Barbara, 2020).

Adapun tahapan dalam pencarian artikel penelitian adalah sebagai berikut :



Gambar 1. Pencarian Artikel Penelitian

Berdasarkan gambar 1 dapat diketahui bahwa tahap awal dengan mengidentifikasi judul artikel hingga jumlah data terkumpul sebanyak 54, kemudian dilakukan penyaringan terkait duplikasi judul sebanyak 15, sehingga total data yang akan digunakan sebanyak 39. Setelah itu, dikeluarkan kembali data berupa KTI dan *prosiding* dan didapatkan data sesuai kriteria inklusi sebanyak 26, sehingga penulis menentukan artikel yang akan dilakukan *review* dengan membaca abstrak sehingga terdapat 13 artikel yang dikeluarkan sesuai kriteria eksklusi dan terdapat 13 artikel yang akan dilakukan *review*.

Kemudian dilakukan ekstraksi dan sintesis data. Ekstraksi data merupakan tindakan maupun proses untuk memperoleh informasi yang penting dari artikel penelitian yang didapatkan (Barbara, 2020). Sintesis data menurut Bettany-Saltikov (2012) dalam Barbara (2020) merupakan upaya untuk merangkum informasi sehingga dapat menjawab pertanyaan *review*. Hasil *literature review* akan menjelaskan poin-poin yang terdiri dari rata-rata waktu dan faktor apa saja yang menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat menggunakan *Man, Money, Material, Machine, Method* (5M).

3. Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan telaah penulis terhadap 13 jurnal, terdapat 7 artikel yang membahas mengenai rata-rata waktu dan seluruh artikel (13 jurnal) menjelaskan mengenai faktor-faktor yang menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat.

a. Gambaran Rata-rata Waktu Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan

Tabel 1. Rata-rata Waktu Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan

Rata-rata Waktu Penyediaan	Rekam Medis			Definisi Operasional	Sumber
	≤ 10 me nit	> 10 me nit	F		
11 menit	14	21	35	Mulai pendaftaran hingga pendistribusian	(1)
	51	48	99	Mulai pendaftaran hingga RM ditemukan	(25)
12,30 menit	33	48	73	Mulai pendaftaran hingga RM tersedia di poliklinik	(24)
12,36 menit	36	63	99	Mulai pendaftaran hingga RM ditemukan	(2)
14 menit	38	58	96	Mulai pendaftaran hingga RM tersedia di poliklinik	(14)
16 menit	144	98	242	Mulai pendaftaran hingga RM tersedia di poliklinik	(22)
20	4	96	100	Mulai	(20)

menit	pendaftaran hingga pendistribusian
-------	------------------------------------

Waktu penyediaan rekam medis rawat jalan dihitung mulai dari pendaftaran pasien sampai dengan petugas menemukan rekam medis pasien (Depkes RI, 2008). Berdasarkan hasil penelitian Sucipto & Purnama (2019) diketahui bahwa waktu penyediaan rekam medis rawat jalan dimulai dari pendaftaran pasien sampai dengan pendistribusian rekam medis dengan rata-rata waktu yaitu 20 menit, karena ruang penyimpanan dan poliklinik yang jauh dan tidak berada pada satu lantai. Sedangkan, waktu penyediaan rekam medis rawat jalan pada penelitian (Wulandari et al., 2020) dihitung mulai pendaftaran pasien sampai dengan rekam medis ditemukan oleh petugas dengan rata-rata waktu 11 menit. Hal ini tidak sesuai dengan Depkes RI (2008) yang menyatakan bahwa standar waktu penyediaan rekam medis rawat jalan dengan rata-rata < 10 menit.

Sehubungan dengan pernyataan di atas, diketahui bahwa waktu penyediaan rekam medis rawat jalan pada penelitian Sucipto & Purnama (2019) lebih lama dibandingkan dengan penelitian Wulandari et al (2020). Hal ini disebabkan karena pada Wulandari et al (2020) hanya melakukan proses pendaftaran dan pencarian rekam medis, sehingga tidak terdapat proses distribusi. Sedangkan, pada penelitian Sucipto & Purnama (2019) terdapat proses pendaftaran, pencarian, pencatatan, dan distribusi sehingga menghabiskan waktu yang lama hingga mencapai rata-rata 20 menit yang menyebabkan rekam medis disediakan terlambat atau lebih dari standar waktu.

Rekam medis yang disediakan lebih dari standar waktu yang ditentukan akan berpengaruh terhadap waktu tunggu pelayanan rawat jalan sebagaimana dijelaskan penelitian (Supriadi & Damayanti, 2019) bahwa penyediaan rekam medis yang terlambat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan dan kepuasan pasien menjadi menurun. Sejalan dengan

penelitian Kristina et al (2015) bahwa rekam medis yang disediakan sesuai standar dapat menunjang kepuasan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan sehingga gambaran maupun citra dari rumah sakit juga akan mengalami peningkatan. Diperkuat oleh (Herlambang, 2016) bahwa kepuasan akan timbul apabila terpenuhinya keinginan dan kebutuhan pemakai jasa pelayanan serta berpengaruh terhadap baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan.

b. Penyebab Keterlambatan Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan

Tabel 2. Faktor Penyebab Keterlambatan Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan

Faktor	Penyebab	Sumber
Manusia (<i>Man</i>)	Petugas berpendidikan non rekam medis	(1), (3), (8), (13), (15), (16),
	Ketidakterdisiplinan petugas	(1), (12), (13), (15), (25)
	Jumlah petugas yang masih kurang	(2), (12), (14), (24)
	Kurangnya pengetahuan petugas	(1), (3), (13), (14)
	Kurangnya pelatihan petugas	(3), (15), (16)
	Tidak ada pemberian motivasi bagi petugas	(3)
	Uang (<i>Money</i>)	Tidak ada pemberian <i>reward</i> bagi petugas
Tidak ada dana untuk pendidikan, pelatihan, maupun kebutuhan di unit rekam medis		(3), (8), (15)
Bahan-bahan (<i>Material</i>)	<i>Misfile</i> rekam medis	(12), (13), (15), (22)
	Map folder berbahan tipis dan mudah rusak	(3), (25)
Mesin (<i>Machin</i> <i>ne</i>)	Jumlah rak penyimpanan yang kurang	(2), (3), (8), (12), (15)
	Tidak adanya <i>tracer</i> manual	(2), (14), (16), (22)
	Ruang penyimpanan yang sempit	(2), (3)

Jarak ruang penyimpanan yang jauh dengan poliklinik	(14), (20)	
SIMRS tidak bisa diakses	(1), (25)	
Komputer <i>error</i> / mati	(1), (15), (22)	
Tidak adanya mesin <i>tracer</i>	(13)	
Tidak adanya fitur peminjaman serta pengembalian di SIMRS	(25)	
Cara (<i>Method</i>)	Tidak adanya Standar Prosedur Operasional (SPO)	(1), (3), (13), (14), (15)
Belum maksimalnya penggunaan Standar Prosedur Operasional (SPO)	(2), (20)	
Tidak adanya evaluasi ketepatan waktu	(15)	
Tidak tersedianya alur pendaftaran rawat jalan	(25)	

1) Manusia (*Man*)

Faktor sumber daya manusia (*man*) ini berkaitan dengan pendidikan, pengetahuan, pelatihan, dan sikap petugas. Berdasarkan penelitian Aprilia et al (2020) faktor *man* yang menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat adalah adanya petugas yang berlatar belakang pendidikan non rekam medis sehingga petugas tidak mempunyai ilmu terkait rekam medis. Sejalan dengan penelitian Ritonga & Wannara (2020) bahwa tidak adanya petugas yang berlatar belakang rekam medis ini membuat tidak terpenuhinya kebutuhan kualitas tenaga profesional yang dapat berpengaruh dan menimbulkan kegiatan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat. Hal ini tidak sesuai dengan Herlambang (2016) bahwa sumber daya manusia di suatu pelayanan harus memiliki kualitas dan keahlian profesional kesehatan agar sebuah pelayanan kesehatan tersebut dapat

mencapai tujuannya. Selain itu, pada Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis disebutkan bahwa perekam medis harus bekerja sesuai kompetensinya, berpendidikan, mengikuti pelatihan, dan menaati standar profesi perekam medis.

Keterlambatan penyediaan rekam medis rawat jalan dijelaskan oleh penelitian (Andria & Sugiarti, 2015) di mana penyebabnya adalah jumlah petugas yang masih kurang karena beban kerja yang terlalu tinggi. Sejalan dengan penelitian (Valentina, 2018) bahwa kurangnya jumlah petugas termasuk tidak adanya petugas distribusi ini mengakibatkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat sehingga pasien mengeluh karena menunggu pelayanan dengan waktu yang lama. Kemudian penyebab lainnya dijelaskan oleh (Rahmawati et al., 2020) bahwa ketidaksiplinan petugas yang tidak langsung melakukan pencarian rekam medis dan tidak langsung melakukan pendistribusian rekam medis ke poliklinik mengakibatkan keterlambatan penyediaan rekam medis rawat jalan. Selain itu, (Rahmadhani & Anggina, 2020) menjelaskan bahwa kurangnya pengetahuan petugas menyebabkan petugas tidak mengetahui standar waktu penyediaan rekam medis rawat jalan sehingga rekam medis tersedia di poliklinik melebihi waktu yang telah ditentukan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Susilo & Kaho (2018) bahwa kecukupan faktor sumber daya manusia meliputi ketersediaan jumlah petugas dan adanya kompetensi yang terdiri dari pengetahuan, keterampilan serta sikap kerja dalam pencapaian sasaran dapat menjadi kekuatan organisasi.

Penelitian (Ritonga & Wannara, 2020) menyatakan bahwa penyebab lain yang dapat mengakibatkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat adalah kurangnya pelatihan petugas mengenai rekam medis. Hal ini sesuai dengan pernyataan menurut (Samsudin & E, 2019)

bahwa dengan mengikuti pelatihan dan pengembangan dapat meningkatkan pengetahuan maupun kompetensi setiap sumber daya manusia mengingat di lapangan pekerjaan sering kali terjadi perubahan maupun kemajuan teknologi informasi, sehingga kurangnya pelatihan mengakibatkan petugas tidak memiliki pengetahuan maupun kompetensi yang mumpuni untuk menunjang pelayanan yang berkualitas.

Kemudian penelitian (Aprilia et al., 2020) menjelaskan tidak ada pemberian motivasi kepada petugas agar melakukan penyediaan rekam medis rawat jalan dengan tepat waktu. Hal ini sesuai dengan pernyataan Samsudin & E (2019) bahwa dengan adanya pemberian motivasi dapat membuat petugas bersemangat dalam melakukan pekerjaannya, sehingga apabila petugas tidak mendapat motivasi kerja maka akan membuat petugas tidak bersemangat dalam melakukan pekerjaan dengan tepat waktu.

2) Uang (*Money*)

Faktor uang atau money ini berkaitan dengan *reward* yang diberikan kepada petugas, insentif untuk petugas, maupun anggaran untuk kebutuhan rekam medis. Berdasarkan penelitian Aprilia et al (2020) faktor *money* yang menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat adalah tidak adanya *reward* yang diberikan kepada petugas sehingga kegiatan rekam medis menjadi tidak optimal. Sejalan dengan penelitian Wulandari et al (2020) dan (Aliefia et al., 2020) bahwa tidak ada penghargaan khusus untuk petugas menjadi salah satu penyebab keterlambatan. Hal ini, sesuai dengan Samsudin & E (2019) yang menyebutkan bahwa dengan adanya pemberian balas jasa berupa finansial (uang) maupun pemberian nonfinansial (penghargaan) dapat memotivasi dan meningkatkan kinerja petugas, sehingga petugas yang tidak mendapatkan *reward* maupun penghargaan menyebabkan petugas tersebut tidak termotivasi untuk melakukan pekerjaan

dengan tepat waktu sehingga rekam medis rawat jalan disediakan dengan terlambat.

Penelitian Rahmawati et al (2020) dan (Hartanto et al., 2020) menyatakan bahwa dana yang tersedia belum cukup untuk kebutuhan unit rekam medis seperti pengadaan rak penyimpanan yang dapat menghambat kegiatan penyediaan rekam medis rawat jalan. Sejalan dengan penelitian Aprilia et al (2020) bahwa belum seluruhnya ada dana untuk pendidikan, pelatihan, maupun kebutuhan perluasan ruang penyimpanan sehingga kegiatan rekam medis menjadi tidak optimal. Hal ini sesuai dengan Herlambang (2016) untuk mencapai tujuan organisasi dapat dipengaruhi oleh faktor uang (*money*) yaitu berkaitan dengan kegiatan operasional untuk membeli bahan medis maupun non medis, membayar gaji, dan operasional rumah sakit lainnya yang membutuhkan sumber berupa uang, sehingga tidak adanya dana ini menjadi salah satu penghambat kegiatan pelayanan salah satunya rekam medis disediakan dengan terlambat.

3) Bahan-bahan (*Material*)

Bahan-bahan (*material*) ini sebagai penunjang dalam kegiatan penyediaan yang berkaitan dengan kondisi rekam medis yang ditemukan. Berdasarkan penelitian Aprilia et al (2020) faktor material yang menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat yaitu adanya rekam medis yang berupa lembaran formulir saja maupun adanya map yang terbuat dari kertas tipis dimana nomor rekam medis pasien menjadi tidak terlihat karena seringkali ditarik dan mengakibatkan robeknya rekam medis, kemudian map rekam medis berbahan plastik dan ditulis menggunakan spidol yang mengakibatkan nomor rekam medis tidak terlihat maupun tidak terbaca sehingga menyulitkan ketika pencarian rekam medis. Sejalan dengan penelitian Wulandari et al (2020) bahwa map yang rusak dan *misfile* rekam medis dapat berpengaruh terhadap lamanya waktu penyediaan rekam medis rawat jalan.

Kemudian, penelitian (Oktavia & Septiani, 2017) menyatakan bahwa rekam medis yang disimpan dengan kondisi tidak rapi dan tidak beraturan menyebabkan petugas merasa kesulitan dalam pengambilan rekam medis. Hal ini sesuai dengan Indradi (2017) bahwa dengan adanya *misfile* dapat mempersulit kegiatan mencari maupun mengambil kembali rekam medis. Oleh karena itu, kejadian *misfile* rekam medis berdampak pada proses pencarian dengan waktu yang lama dan menyebabkan rekam medis disediakan dengan terlambat.

4) Mesin (*Machine*)

Mesin (*machine*) ini berkaitan dengan alat-alat yang digunakan sebagai penunjang dalam kegiatan penyediaan. Berdasarkan penelitian Rahmawati et al (2020) faktor *machine* yang menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat yaitu kurangnya rak *filig* yang berdampak pada tercecernya rekam medis. Sejalan dengan penelitian Andria & Sugiarti bahwa tercecernya rekam medis di lantai terjadi akibat kekurangan rak penyimpanan sehingga petugas merasa kesulitan ketika menemukan rekam medis. Hal ini sesuai dengan Susilo & Kaho (2018) bahwa ketersediaan sarana prasarana dalam pencapaian sasaran dapat menjadi kekuatan organisasi, sehingga kekurangan rak penyimpanan ini dapat menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat.

Penyebab lain yang dapat mengakibatkan penyediaan rekam medis rawat jalan tidak tepat waktu dijelaskan oleh penelitian (Oktavia & Septiani, 2017) yaitu karena *tracer* yang belum tersedia. Sejalan dengan penelitian Andria & Sugiarti (2015) bahwa tidak adanya *tracer/outguide* menyebabkan petugas tidak mengetahui keberadaan rekam medis. Hal ini sesuai dengan (Gunarti, 2019) bahwa dengan adanya *tracer* dapat melacak rekam medis yang sedang digunakan dan mempermudah ketika melakukan pengembalian maupun penyimpanan kembali rekam medis, sehingga ketika tidak adanya *tracer* maka

keberadaan rekam medis pun tidak dapat diketahui atau tidak dapat dilacak yang berdampak pada lamanya waktu pencarian rekam medis dan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat.

Penelitian Sucipto & Purnama (2019) menyatakan bahwa jarak ruang penyimpanan dengan poliklinik yang jauh dan ruangan yang tidak berada pada satu lantai dapat menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan tidak tepat waktu. Sejalan dengan penelitian Rahmadhani & Anggina (2020) bahwa keterlambatan distribusi rekam medis terjadi karena jarak ruang penyimpanan dengan poliklinik yang jauh. Hal ini sesuai dengan Siswati (2018) bahwa perencanaan ruangan rekam medis harus dilakukan dengan baik dengan memperhatikan letak ruangan yang memiliki akses cepat dan mudah ke ruangan lain seperti rawat jalan maupun gawat darurat, sehingga jarak ruang penyimpanan yang jauh dengan poliklinik ini berdampak pada lamanya waktu distribusi rekam medis yang menyebabkan rekam medis disediakan dengan terlambat.

Adapun penyediaan rekam medis rawat jalan yang tidak tepat waktu disebabkan karena alat-alat yang berhubungan dengan teknologi dijelaskan oleh penelitian Aliefia et al (2020) bahwa penggunaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) seringkali mendadak *loading* atau *error* yang menyebabkan keterlambatan pelayanan karena SIMRS tersebut tidak bisa dijalankan. Sejalan dengan penelitian Wulandari et al (2020) bahwa Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Terintegrasi (SINERGIS) yang tidak dapat dijalankan menjadi penghambat pelayanan sehingga *tracer* pun tidak dapat dicetak. Hal ini sesuai dengan Indradi (2017) bahwa ketika mengakses sistem berbasis elektronik, dapat terjadi gangguan maupun hambatan seperti aliran listrik yang putus, kerusakan media penyimpanan, gangguan virus komputer, *hacker*, pencurian, *software* yang tidak stabil, memori yang terbatas, operator yang lupa *password*. Berdasarkan hambatan tersebut mengakibatkan

timbulnya gangguan pengaksesan dan menyebabkan kecepatan serta ketersediaan informasi menjadi terganggu (Indradi, 2017).

5) Cara (*Method*)

Cara (*method*) berkaitan dengan adanya prosedur maupun kebijakan sebagai penunjang dalam kegiatan penyediaan. Berdasarkan penelitian Aprilia et al (2020), faktor *method* yang menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan menjadi terlambat yaitu tidak tersedianya Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai penyediaan rekam medis rawat jalan sehingga petugas tidak mengetahui standar waktu penyediaan yang berlaku. Selain itu, penggunaan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang belum maksimal juga mengakibatkan keterlambatan penyediaan rekam medis rawat jalan, seperti penelitian Sucipto & Purnama (2019) bahwa alur penyediaan yang dilaksanakan kadang berubah-ubah. Sejalan dengan penelitian Andria & Sugiarti (2015) bahwa terdapat beberapa kegiatan penyediaan yang tidak dilakukan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) sehingga rekam medis disediakan dengan terlambat. Hal ini sesuai dengan (KARS, 2012) bahwa manfaat Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk syarat pelayanan atau akreditasi rumah sakit, sebagai dokumentasi tata cara pelaksanaan kegiatan, dan memberikan penjelasan mengenai pelaksanaan pekerjaan kepada petugas yang ada di rumah sakit, sehingga tidak tersedianya Standar Prosedur Operasional (SPO) mengakibatkan petugas tidak mengetahui pelaksanaan kerja maupun prosedur kerja yang baku yang menyebabkan penyediaan rekam medis menjadi terlambat.

Penelitian Rahmawati et al (2020) menjelaskan bahwa belum adanya evaluasi ketepatan waktu dapat menyebabkan penyediaan rekam medis rawat jalan tidak tepat waktu. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang diungkapkan oleh Susilo & Kaho (2018) bahwa ketersediaan dan kecukupan kebijakan, sistem manajemen,

dan prosedur dalam pencapaian sasaran dapat menjadi kekuatan organisasi, sehingga belum adanya evaluasi ketepatan waktu penyediaan rekam medis rawat jalan ini menunjukkan bahwa belum tersedia pula kebijakan untuk melakukan evaluasi tersebut dimana petugas akan melakukan pekerjaan seperti yang biasa dilakukan meskipun tidak tepat waktu dan menyebabkan rekam medis disediakan dengan terlambat.

Sementara itu, penelitian Wulandari et al (2020) menjelaskan mengenai keterlambatan penyediaan rekam medis disebabkan karena tidak tersedianya alur pendaftaran rawat jalan sehingga pasien tidak mengetahui prosedur pendaftaran dan mengakibatkan pasien harus menyiapkan persyaratan terlebih dahulu sehingga menjadi penghambat dalam penyelenggaraan pelayanan yang cepat. Hal ini sesuai dengan Herlambang (2016) bahwa faktor *method* berkaitan dengan metode maupun cara-cara yang efektif dan efisien agar tercapainya tujuan organisasi, sehingga tidak tersedianya alur pendaftaran rawat jalan ini mengakibatkan pasien tidak mengetahui cara-cara maupun prosedur pendaftaran termasuk persyaratan yang harus dilengkapi dimana proses pendaftaran tersebut akan menghabiskan waktu yang lama dan berdampak pula pada penyediaan rekam medis yang terlambat.

4. Simpulan dan Saran

Rata-rata waktu penyediaan rekam medis rawat jalan dari 7 artikel penelitian tidak sesuai standar ≤ 10 menit karena rata-rata waktunya berada pada rentang 11-20 menit. Sementara itu, 13 artikel menjelaskan bahwa keterlambatan penyediaan rekam medis rawat jalan disebabkan karena faktor 5M terdiri dari *Man* (kurangnya petugas berpendidikan rekam medis, ketidaksiplinan, kurangnya pengetahuan, pelatihan dan motivasi), *Money* (tidak tersedianya dana untuk penghargaan maupun kebutuhan rekam medis), *Material* (tidak tersedianya rekam

medis, kondisi rekam medis tidak rapi dan tidak beraturan, serta map rekam medis berbahan tipis maupun mudah rusak), *Machine* (tidak tersedianya sarana prasarana dan adanya gangguan teknis), *Method* (tidak tersedianya SPO, penggunaan SPO belum maksimal, tidak adanya evaluasi dan alur pendaftaran). Oleh karena itu, fasilitas pelayanan kesehatan direkomendasikan melakukan perhitungan tenaga kerja menggunakan metode *Work Load Indicator Staff Need* (WISN) berdasarkan beban kerja untuk mengetahui jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan, petugas diberikan penghargaan, motivasi, serta arahan agar terciptanya kualitas kerja yang baik, dilakukan perencanaan anggaran untuk pelatihan maupun seminar petugas dan kebutuhan sarana prasarana dalam menunjang proses penyediaan rekam medis, pembuatan map rekam medis dari bahan yang kuat agar tidak mudah robek, optimalisasi penggunaan *tracer* agar memudahkan ketika pencarian dan pengembalian rekam medis, diharapkan menghitung kebutuhan rak penyimpanan untuk menentukan jumlah rak yang dibutuhkan untuk beberapa tahun mendatang, diharuskan melakukan penyisiran rekam medis untuk menghindari kejadian *misfile* rekam medis, dan pembuatan SPO khusus mengenai penyediaan rekam medis rawat jalan serta melakukan evaluasi berkala terhadap kegiatan penyediaan.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya atas kesempatan melakukan penelitian ini dan tentunya bagi semua pihak yang telah mendukung dan membantu terselesainya penelitian ini.

6. Daftar Pustaka

Aliefia, B. N., Alfiansyah, G., & Muflihatin, I. (2020). Analisis Lama Waktu Penyediaan Berkas Rekam Medis Rawat Jalan Untuk Pasien Lama Poli Bedah Onkologi Di Rsal Dr. Ramelan Surabaya

- Tahun 2020. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 2(1), 41–49.
- Andria, F. D., & Sugiarti, I. (2015). Tinjauan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Di Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2), 51–57. <https://doi.org/10.33560/.v3i2.85>
- Aprilia, A. K. D., Nurmawati, I., & Wijayanti, R. A. (2020). Identifikasi Penyebab Keterlambatan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit Husada Utama Surabaya Tahun 2020. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 630–638. <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/j-remi/article/view/2130/pdf>
- Barbara, N. L. (2020). *Systematic Review dalam Kesehatan*. DEEPUBLISH.
- Depkes RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. Depkes RI. (2008). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit. Gunarti, R. (2019). *Manajemen Rekam Medis di Layanan Kesehatan*. Thema Publishing.
- Hartanto, Dwie, Y. S., & Pratama, T. W. Y. (2020). Analisa faktor yang menyebabkan lamanya penyediaan berkas rekam medis pada rawat jalan di rumah sakit islam muhammadiyah sumberrejo. *Jurnal Hospital Science*, 4(1), 134–140. <https://e-journal.stikesmuhbojonegoro.ac.id/index.php/JHS/article/download/175/115/>
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Gosyen Publishing.
- Indradi, R. (2017). *Rekam Medis* (Edisi 2). Universitas Terbuka.
- KARS. (2012). *Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi*.
- Kristina, I., Ambarwati, & Putra, Y. S. (2015). Tinjauan Waktu Penyediaan Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi. *Medicordhif Journal*, 2(1), 28–40.
- Oktavia, N., & Septiani, S. (2017). Gambaran Faktor – Faktor Keterlambatan Waktu Penyediaan Berkas Rekam Medis Poliklinik Jantung Di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu Tahun 2017. *Jurnal Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 3(1), 8–17.
- Rahmadhani, & Anggina, S. (2020). Tinjauan Lama Pelaksanaan Pendistribusian Berkas Rekam Medis Rawat Jalan di RSI Siti Rahmah Padang. *Administration & Health Information of Journal*, 1(1), 19–26. <http://ojs.stikeslandbouw.ac.id/index.php/ahi>
- Rahmawati, M. A., Nuraini, N., & Hasan, D. A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di RSU Haji Surabaya. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 511–518.
- Ritonga, Z. A., & Wannara, A. J. (2020). Faktor-faktor Penyebab Keterlambatan Waktu Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan Di RSU Madani Tahun 2019. *Ilmia Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 85–97.
- Samsudin, S., & E, W. (2019). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. CV. PUSTAKA SETIA.
- Sucipto, & Purnama, F. (2019). Analisis Faktor Penyediaan Berkas Rekam Medis Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam RSU Kota Tangerang Selatan. *Indonesian of Health Information Management Journal*, 7(1), 22–30.
- Sugiarsi, S., & Rohmadi. (2020). Literatur Review : Mengapa Rekam Medis Tidak Lengkap? *Indonesian of Health Information Management Journal*, 8(2), 45–52.
- Supriadi, & Damayanti, D. P. (2019). Tinjauan Waktu Penyediaan Berkas Rekam Medik Rawat Jalan Rumah Sakit X di Tangerang Selatan. *Jurnal Administrasi Bisnis Terapan*, 2(1), 1–8. <https://doi.org/10.7454/jabt.v2i1.68>
- Valentina. (2018). Tinjauan Lama Waktu Pendistribusian Rekam Medis Pada

- Pasien Rawat Jalan Di Rsu Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2016. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan; Vol 2 No 1 (2017): Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan*, 2(1), 248-254.
- Wulandari, D., Wicaksono, A. P., & Deharja, A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyediaan Berkas Rekam Medis Rj Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(2), 247-254.
file:///C:/Users/ASUS/AppData/Local/Temp/2238-7267-2-PB.pdf
- Zed, M. (2008). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Yayasan Obor Indonesia.

**Evaluasi Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)
di Pelayanan Rawat Jalan RSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran
Menggunakan Metode *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology*
(UTAUT)**

*The Evaluation of Hospital Management Information System
Implementation for Outpatient Services at RSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran
using Unified Theory Of Acceptance And Use Of Technology (UTAUT) method*

**Setya Wijayanta, S.T, M.Kes¹
Asharul Fahyudi, S.Kom, M.Kom²
Rizal Ginanjar, S.ST, M.TrKep³**

*1,2,3 Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : rmik@poltekkes-smg.ac.id*

Abstract

RSUD dr Gondo Suwarno Ungaran has used the SIMRS application in every unit, including the medical record section, but there are problems that arise in the application of the system, namely the use of the system is still low on sustainable information systems and there are still staff who do not know and understand in utilizing the Hospital Management Information System. In outpatient services there is often duplication of data and inaccuracies in patient data. The research method used is quantitative research using a survey approach and analyzed using SmartPLS software. This evaluation uses the UTAUT method. The results of this study are: The effect of the PE variable on BI has a parameter coefficient value of 0.260 and a tstatistic value of 1.169*. The effect of the EE variable on BI has a parameter coefficient value of 0.038 and a tstatistic value of 2.027 *. The effect of the SI variable on BI has a parameter coefficient value of 0.089 and a statistical value of 1.795*. The effect of the FC variable on BI has a parameter coefficient value of 0.260 and a tstatistic value of 2.217*. The conclusion of this study is that the independent variables (EE, SI and FC) have a positive and significant effect on the dependent variable (BI), while the variable (PE) has a positive but not significant effect. It can be seen that business expectations, social influences, and facilitating conditions are factors that must be improved because these factors affect officers in using SIMRS. Recommendations for improvement that have been proposed are: To develop (upgrade) the SIMRS application. Perform interoperability/integration of SIMRS with several service units/sections and other applications. Conduct socialization and provide training to officers in the use of SIMRS.

Keywords: *Outpatient services; The Evaluation of SIMRS; UTAUT*

Abstrak

RSUD dr Gondo Suwarno Ungaran sudah menggunakan aplikasi SIMRS di setiap unit, termasuk pada bagian rekam medis, namun adanya masalah yang timbul pada penerapan sistem yaitu penggunaan yang masih rendah terhadap sistem informasi berkelanjutan serta masih adanya staff yang belum tahu dan mengerti dalam memanfaatkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Pada pelayanan rawat jalan sering terjadi duplikasi data dan ketidakakuratan data pasien. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode pendekatan survei dan dianalisis menggunakan software SmartPLS. Evaluasi ini dengan menerapkan metode UTAUT. Hasil penelitian ini yaitu : Pengaruh variabel PE terhadap BI memiliki nilai koefisien parameter sebesar 0,260 dan nilai tstatistik sebesar 1,169*. Pengaruh variabel EE terhadap BI memiliki nilai koefisien parameter sebesar 0,038 dan nilai tstatistik sebesar 2,027 *. Pengaruh variabel SI terhadap BI memiliki nilai

koefisien parameter sebesar 0,089 dan nilai tstatistik sebesar 1,795*. Pengaruh variabel FC terhadap BI memiliki nilai koefisien parameter sebesar 0,260 dan nilai tstatistik sebesar 2,217*. Kesimpulan penelitian ini adalah Variabel independen (EE, SI dan FC) berpengaruh positif dan signifikan terhadap variabel dependen (BI), sedangkan untuk variabel (PE) berpengaruh positif namun tidak signifikan. Hal tersebut dapat diketahui bahwa ekspektasi usaha, pengaruh sosial, dan kondisi yang memfasilitasi merupakan faktor yang harus ditingkatkan karena faktor tersebut mempengaruhi para petugas dalam menggunakan SIMRS. Rekomendasi perbaikan yang telah diusulkan yaitu: Melakukan pengembangan (*upgrade*) aplikasi SIMRS. Melakukan interoperabilitas/integrasi SIMRS dengan beberapa unit/bagian pelayanan dan aplikasi lain. Mengadakan sosialisasi dan memberikan pelatihan kepada petugas dalam penggunaan SIMRS.

Kata kunci: *evaluasi SIMRS ; UTAUT; pelayanan rawat jalan*

1. Pendahuluan

Rumah Sakit adalah suatu bagian menyeluruh (integral) organisasi sosial dan medis, yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun preventif pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumah [WHO]. Rumah sakit harus selalu mengembangkan sistem pelayanan yang semakin baik dimana pelayanan yang baik dapat ditingkatkan dengan pengembangan pengelolaan organisasi rumah sakit secara lebih modern. Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit, perlu adanya faktor pendukung terkait dengan perekaman data pasien yang informatif, lengkap dan benar.

Rumitnya sistem pelaporan rumah sakit yang tidak real time menjadi kendala bagi rumah sakit, karena para decision maker membutuhkan data yang cepat dan akurat untuk menunjang dalam penentuan kebijakan. Sistem informasi manajemen di rumah sakit salah satu penerapannya melalui pelayanan dengan memanfaatkan teknologi informasi. Teknologi informasi bukan prasyarat mutlak bagi sebuah sistem informasi, namun untuk menghasilkan sistem informasi yang baik tidak akan ada tanpa bantuan kemampuan pemrosesan dari teknologi informasi [Scoot, 2002].

Sistem informasi yang digunakan di rumah sakit disebut Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). SIMRS adalah sebuah sistem komputer yang memproses dan mengintegrasikan seluruh

alur proses bisnis layanan kesehatan dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara cepat, tepat, dan akurat. SIMRS merupakan sarana pendukung yang sangat penting, bahkan dikatakan mutlak untuk mendukung pengelolaan operasional rumah sakit. SIMRS berfungsi dari sisi medis maupun bisnis. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pelayanan pasien dengan kualitas yang tinggi bergantung pada dokumentasi yang baik dari setiap pasien. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk dapat menghasilkan informasi yang dapat diandalkan, akurat, terkini, aman, dan relevan baik dari segi klinis maupun administratif [sabarguna 2007].

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu layanan yang diberikan rumah sakit di bawah instalasi rekam medis. Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) biasanya dalam satu hari dapat melayani ratusan pasien yang akan berobat di klinik yang telah disediakan oleh rumah sakit tersebut.

Berdasarkan survei awal di RSUD Ungaran sudah menggunakan aplikasi SIMRS di setiap unit, khususnya pada bagian rekam medis. Aplikasi SIMRS ini dinamakan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran (SIMRSUD Ungaran). Peran penting aplikasi SIM RSUD Ungaran ini sebagai alat mempermudah pengelolaan data pasien. Cara pemakaian aplikasi SIM RSUD Ungaran juga dilengkapi fitur keamanan menggunakan password ketika

hendak menggunakannya. Aplikasi SIM RSUD Ungaran ini telah diterapkan di dalam komputer dari berbagai unit pelayanan rekam medis diantaranya adalah unit TPPRJ, TPPRI, TPPGD, Koding/Indeksing, dan pelaporan. Namun adanya masalah yang timbul pada penerapan sistem yaitu penggunaan yang masih rendah terhadap sistem informasi berkelanjutan serta masih adanya staff yang belum tahu dan mengerti dalam memanfaatkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit sehingga dalam mengaplikasikan sistem tersebut banyak terjadi kesalahan seperti pada layanan registrasi dan billing system. Pada layanan ini sering terjadi duplikasi data dan ketidakakuratan data pasien.

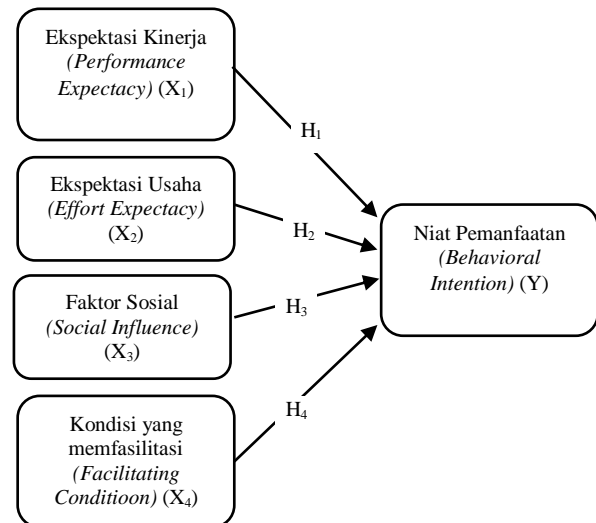
Untuk itu perlu diadakan suatu evaluasi sistem pada pengelolaan manajemen yang berjalan saat ini dikarenakan menangkap segala permasalahan yang ada, penulis menawarkan penyelesaian dalam melakukan evaluasi dengan menerapkan metode *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* (UTAUT) yaitu sebuah teori penerimaan teknologi informasi (IT acceptance) yang dikembangkan oleh [Venkatesh,2003].

Tujuan penelitian ini adalah menggali informasi minat untuk memanfaatkan teknologi yang dipengaruhi oleh faktor/variabel lain, dengan menerapkan metode UTAUT. Serta menghasilkan rekomendasi perbaikan berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan.

2. Metode

Metode penelitian yang digunakan di dalam penelitian ini adalah metode penelitian kuantitatif statistik dengan menggunakan metode pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah pengguna SIMRS secara langsung yaitu pasien pengguna layanan SIMRS pada unit Rawat jalan di RSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran.

Berikut adalah kerangka konsep dari penelitian ini.



Gambar 1. Kerangka konsep

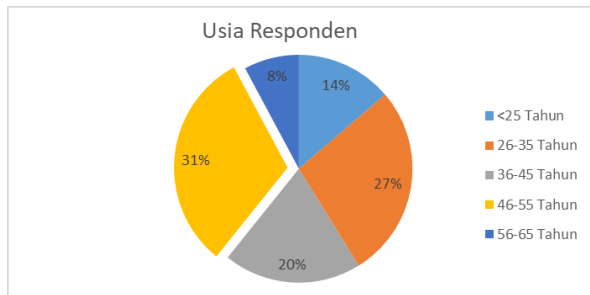
Data primer diperoleh dengan menggunakan metode survey yaitu dengan memberikan kuesioner yang merupakan modifikasi dari penelitian [Venkatesh,2003]. Uji statistik dilakukan untuk melihat pengaruh variabel independen terdiri dari Ekspektasi Kinerja, Ekspektasi Usaha, Faktor Sosial, dan Kondisi yang memfasilitasi.

3. Hasil dan Pembahasan

Hasil dan pembahasan Sample dalam penelitian ini adalah petugas Rumah Sakit yang menggunakan SIMRS pada unit Rawat jalan di RSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran. Penelitian dilakukan di RSUD Ungaran. Waktu pelaksanaan penelitian ini dilakukan selama dua bulan. Populasi dalam penelitian ini adalah petugas yang menggunakan SIMRS pada pelayanan Rawat Jalan di RSUD Ungaran. Sampel yang diteliti sebesar 51 orang.

a. Usia Responden

Berdasarkan hasil pengolahan data, diketahui bahwa jumlah petugas pengguna SIMRS dengan usia ≥ 25 tahun sebanyak 7 orang, usia 26–35 tahun sebanyak 14 orang, usia 36–45 tahun sebanyak 10 orang, usia 46–55 tahun sebanyak 16 orang, usia 56–65 tahun sebanyak 4 orang, dan tidak terdapat petugas pengguna SIMRS diatas usia 65 tahun. Presentase usia pengguna SIMRS disajikan dalam pie chart pada gambar 1

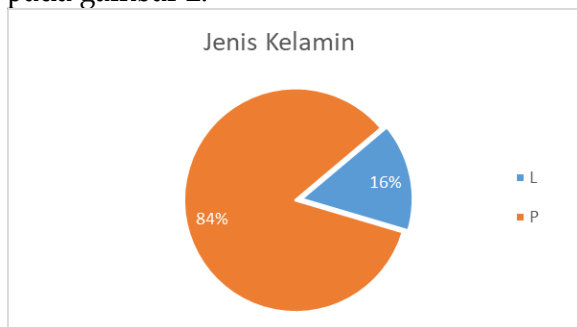


Gambar 1. Deskripsi usia responden

Berdasarkan gambar 1, dapat diketahui bahwa rata-rata petugas pengguna SIMRS dengan rentang usia tertinggi antara 46 sampai 55 tahun.

b. Presentase jenis kelamin Responden

Berdasarkan hasil pengolahan data, diketahui bahwa petugas pengguna SIMRS dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 8 orang, sedangkan petugas pengguna SIMRS dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 43 orang. Presentase jenis kelamin pengguna SIMRS disajikan dalam pie chart pada gambar 2.

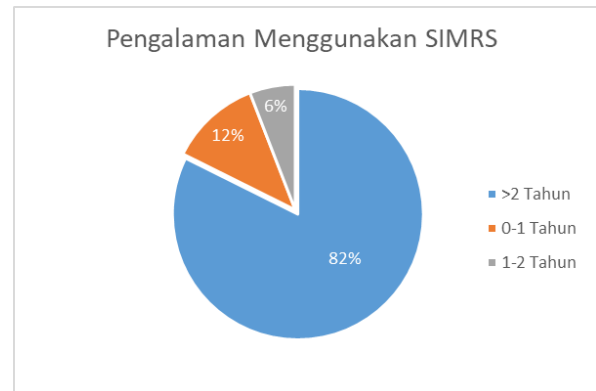


Gambar 2. Deskripsi jenis kelamin responden

Berdasarkan gambar 2, dapat diketahui bahwa rata-rata tertinggi petugas pengguna SIMRS adalah petugas pengguna SIMRS dengan jenis kelamin Perempuan.

c. Pengalaman Responden dalam menggunakan SIMRS

Berdasarkan hasil pengolahan data, diketahui bahwa pengalaman petugas dalam menggunakan SIMRS diantaranya adalah 0-1 tahun sebanyak 6 orang, 1-2 tahun sebanyak 3 orang, lebih dari 2 tahun sebanyak 42 orang. Presentase menggunakan SIMRS disajikan dalam pie chart pada gambar 1

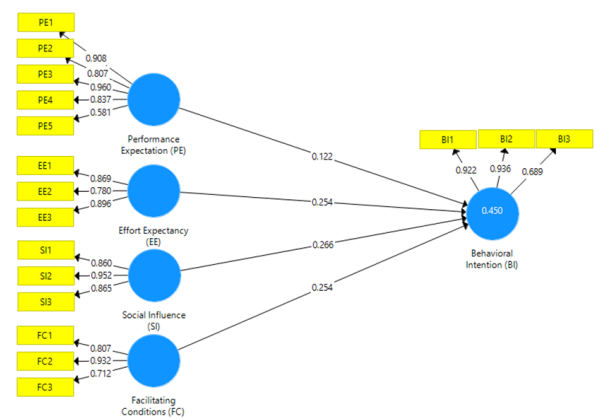


Gambar 3. Deskripsi Pengalaman menggunakan SIMRS responden

Berdasarkan gambar 3, dapat diketahui bahwa rata-rata tertinggi pengalaman petugas dalam menggunakan SIMRS adalah lebih dari 2 tahun

d. Hasil Uji Outer Model

Analisis outer model dilakukan dengan cara membentuk model pengukuran dan dilanjutkan dengan proses PLS Alogaritm. Proses tersebut dilakukan untuk menentukan weighting scheme dengan maksimum iterasi sebesar 300 (Imam Ghozali, 2014) sehingga setelah dilakukan proses PLS Alogaritm dihasilkan model pengukuran beserta nilai koefisien korelasi (loading factor) masing-masing variabel seperti yang tergambar pada Gambar 4



Gambar 4. Hasil Analisis Outer Model

Nilai loading factor diatas 0,7 sangat direkomendasikan, namun demikian loading factor 0,50 sampai 0,60 masih dapat ditolerir sepanjang model penelitian masih dalam tahap pengembangan (Imam Ghozali 2006).

1) *Convergent Validity*

Hasil *convergent validity* dapat dilihat pada Tabel 1

Tabel 1. Hasil *Convergent Validity* (Olahan SmartPLS, 202)

	BI	EE	FC	PE	SI	Ket
BI1	0,922					Signifikan
BI2	0,936					Signifikan
BI3	0,689					Tidak Signifikan
EE1		0,869				Signifikan
EE2		0,780				Signifikan
EE3		0,896				Signifikan
FC1			0,807			Signifikan
FC2			0,932			Signifikan
FC3			0,712			Signifikan
PE1				0,908		Signifikan
PE2				0,807		Signifikan
PE3				0,960		Signifikan
PE4				0,837		Signifikan
PE5				0,581		Tidak Signifikan
SI1					0,860	Signifikan
SI2					0,952	Signifikan
SI3					0,865	Signifikan

Berdasarkan deskripsi di atas, dapat diketahui bahwa terdapat dua item pernyataan yang memiliki nilai *loading factor* dibawah 0,7 yaitu item BI3 dan PE5. berdasarkan hal tersebut, maka kedua item tersebut dihapus.

Hasil perbaikan dari item pernyataan yang dihapus dalam indikator yang memiliki nilai *loading factor* dibawah 0,7 dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Hasil Perbaikan Pertama Pengukuran *Convergent Validity* (Olahan SmartPLS, 2021)

	BI	EE	FC	PE	SI	Ket
BI1	0,956					Signifikan
BI2	0,953					Signifikan
EE1		0,880				Signifikan
EE2		0,768				Signifikan
EE3		0,897				Signifikan
FC1			0,811			Signifikan
FC2			0,935			Signifikan
FC3			0,697			Tidak Signifikan
PE1				0,916		Signifikan
PE2				0,791		Signifikan
PE3				0,968		Signifikan
PE4				0,850		Signifikan
SI1					0,846	Signifikan
SI2					0,945	Signifikan
SI3					0,881	Signifikan

Berdasarkan deskripsi di atas, dapat diketahui bahwa terdapat item pernyataan yang memiliki nilai *loading factor* dibawah 0,7 yaitu item FC3. Berdasarkan hal tersebut, maka item tersebut dihapus.

Hasil perbaikan dari item pernyataan yang dihapus dalam indikator yang memiliki nilai *loading factor* dibawah 0,7 dapat dilihat pada tabel 3

Tabel 3. Hasil Perbaikan Kedua Pengukuran

Convergent Validity (Olahan SmartPLS, 2021)

	BI	EE	FC	PE	SI	Ket
BI1	0,956					Signifikan
BI2	0,954					Signifikan
EE1		0,880				Signifikan
EE2		0,768				Signifikan
EE3		0,897				Signifikan
FC1			0,752			Signifikan
FC2			0,974			Signifikan
PE1				0,916		Signifikan
PE2				0,791		Signifikan
PE3				0,968		Signifikan
PE4				0,850		Signifikan
SI1					0,846	Signifikan
SI2					0,945	Signifikan
SI3					0,881	Signifikan

Berdasarkan deskripsi di atas, dapat diketahui bahwa berdasarkan hasil perbaikan dari item pernyataan yang dihapus dalam indikator yang memiliki nilai *loading factor* dibawah 0,7. Semua item indikator dalam variabel menjadi di atas dari 0,7 semua dan bernilai valid.

2) *Discriminant Validity*

Tabel 4. Hasil *Discriminant Validity* (Olahan SmartPLS, 2021)

	BI	EE	FC	PE	SI
BI1	0,956	0,526	0,415	0,541	0,539
BI2	0,954	0,489	0,418	0,565	0,511
EE1	0,474	0,880	0,050	0,483	0,519
EE2	0,417	0,768	0,214	0,523	0,374
EE3	0,463	0,897	0,116	0,530	0,462
FC1	0,164	0,083	0,752	0,362	0,043
FC2	0,481	0,150	0,974	0,447	0,443
PE1	0,532	0,554	0,474	0,916	0,584
PE2	0,417	0,506	0,489	0,791	0,367
PE3	0,578	0,577	0,482	0,968	0,616
PE4	0,505	0,488	0,205	0,850	0,507
SI1	0,344	0,390	0,389	0,438	0,846
SI2	0,527	0,420	0,319	0,455	0,945
SI3	0,553	0,592	0,312	0,669	0,881

Berdasarkan Tabel 4.5 di atas, dapat diketahui bahwa hasil *discriminant validity* untuk masing-masing variabel adalah sebagai berikut:

a) *Discriminant validity* untuk variabel *behavior intention* (BI) adalah baik karena setiap item indikator masing-masing memiliki nilai korelasi lebih tinggi pada variabel yang sama dibandingkan dengan nilai korelasi dengan variabel lainnya. Dalam variabel ini memiliki 2 item pernyataan, dimana item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling rendah yaitu pada item BI2 sebesar 0,954, hal tersebut mengindikasikan bahwa item BI2 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling kecil dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel

independen BI. Sedangkan item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling tinggi yaitu pada item BI1 yaitu sebesar 0,956, hal tersebut mengindikasikan bahwa item BI1 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling besar dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen BI.

b) *Discriminant validity* untuk variabel *effort expectancy* (EE) adalah baik karena setiap item indikator masing-masing memiliki nilai korelasi lebih tinggi pada variabel yang sama dibandingkan dengan nilai korelasi dengan variabel lainnya. Dalam variabel ini memiliki 3 item pernyataan, dimana item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling rendah yaitu pada item EE2 sebesar 0,768, hal tersebut mengindikasikan bahwa item EE2 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling kecil dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen EE. Sedangkan item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling tinggi yaitu pada item EE3 yaitu sebesar 0,897, hal tersebut mengindikasikan bahwa item EE3 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling besar dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen EE.

c) *Discriminant validity* untuk variabel *facilitating conditions* (FC) adalah baik karena setiap item indikator masing-masing memiliki nilai korelasi lebih tinggi pada variabel yang sama dibandingkan dengan nilai korelasi dengan variabel lainnya. Dalam variabel ini memiliki 2 item pernyataan, dimana item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling rendah yaitu pada item FC1 sebesar 0,752, hal tersebut mengindikasikan bahwa item FC1 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling kecil dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen FC. Sedangkan item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling tinggi yaitu pada item FC2 yaitu sebesar 0,974, hal tersebut mengindikasikan bahwa item FC2 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling besar dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen FC.

d) *Discriminant validity* untuk variabel *performance expectancy* (PE) adalah baik karena setiap item indikator masing-masing memiliki nilai korelasi lebih tinggi pada variabel yang sama dibandingkan dengan nilai korelasi dengan variabel lainnya. Dalam variabel ini memiliki 4 item pernyataan, dimana item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling rendah yaitu pada item PE2 sebesar 0,791, hal tersebut mengindikasikan bahwa item PE2 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling kecil dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen PE. Sedangkan item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling tinggi yaitu pada item PE3 yaitu sebesar 0,968, hal tersebut mengindikasikan bahwa item PE3 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling besar dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen PE.

e) *Discriminant validity* untuk variabel *social influence* (SI) adalah baik karena setiap item indikator masing-masing memiliki nilai korelasi lebih tinggi pada variabel yang sama dibandingkan dengan nilai korelasi dengan variabel lainnya. Dalam variabel ini memiliki 3 item pernyataan, dimana item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling rendah yaitu pada item SI1 sebesar 0,846, hal tersebut mengindikasikan bahwa item SI1 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling kecil dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen SI. Sedangkan item yang memiliki nilai *cross loading factor* paling tinggi yaitu pada item SI2 yaitu sebesar 0,945, hal tersebut mengindikasikan bahwa item SI2 memiliki nilai diskriminan atau pembeda paling besar dibandingkan dengan item pernyataan lainnya pada variabel independen SI.

3) *Composite Reliability*

Berikut hasil *composite reliability* dan *cronbach alpha* yang dihasilkan menggunakan smartPLS

Tabel 5. Hasil *Composite Validity* (Olahan SmartPLS, 2021)

Variabel	Cronbach's Alpha	Composite Reliability	Keterangan
<i>Behavioral Intention (BI)</i>	0,903	0,954	Reliabel
<i>Effort Expectancy (EE)</i>	0,805	0,886	Reliabel
<i>Facilitating Conditions (FC)</i>	0,738	0,860	Reliabel
<i>Performance Expectation (PE)</i>	0,905	0,934	Reliabel
<i>Social Influence (SI)</i>	0,874	0,921	Reliabel

Berdasarkan Tabel 5 di atas, dapat diketahui bahwa hasil pengujian *composite reliability* untuk masing-masing variabel adalah baik. Hal tersebut karena semua variabel memiliki nilai *composite reliability* diatas 0,7 dan juga memiliki nilai *cronbach's alpha* diatas 0,6.

Dalam hasil pengukuran *composite reliability* ini diketahui bahwa variabel yang memiliki nilai reliabilitas paling rendah adalah variabel FC yaitu dengan nilai *composite reliability* sebesar 0,860 dan nilai *cronbach's alpha* sebesar 0,738. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwasanya variabel FC memiliki nilai pengujian reliabilitas yang paling rendah dibandingkan dengan variabel lainnya. Sedangkan variabel yang memiliki nilai reliabilitas paling tinggi adalah variabel BI yaitu dengan nilai *composite reliability* sebesar 0,954 dan nilai *cronbach's alpha* sebesar 0,903. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwasanya variabel memiliki nilai pengujian reliabilitas yang paling tinggi dibandingkan dengan variabel lainnya. Dari hasil pengukuran *outer model* di atas, dapat disimpulkan bahwa hasil pengukuran ini telah memenuhi validitas dan reliabilitas model. Sehingga dapat dilanjutkan untuk melakukan analisis inferensial menggunakan variabel moderat.

4) *Average Variance Extracted (AVE)*

Berikut ini adalah nilai yang AVE untuk masing - masing variabel dalam penelitian ini.

Tabel 6. Hasil *Average Variance Extracted* (Olahan SmartPLS, 2021)

Variabel	Average Variance Extracted (AVE)
<i>Behavioral Intention (BI)</i>	0,911
<i>Effort Expectancy (EE)</i>	0,723
<i>Facilitating Conditions (FC)</i>	0,757
<i>Performance Expectation (PE)</i>	0,781
<i>Social Influence (SI)</i>	0,795

Berdasarkan Tabel 6 di atas, dapat diketahui bahwa semua variabel penelitian memiliki nilai AVE yang baik. Hal tersebut

dikarenakan semua variabel memiliki nilai AVE lebih dari 0,7. Sehingga dapat dikatakan bahwa variabel penelitian ini memiliki kemampuan yang baik dalam mewakili skor data asli.

Dalam hasil pengukuran AVE ini diketahui bahwa variabel yang memiliki nilai AVE paling rendah adalah variabel EE yaitu sebesar 0,723. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwasanya variabel EE memiliki nilai validitas diskriminan atau validitas pembeda paling rendah dibandingkan dengan nilai validitas diskriminan pada variabel lainnya. Sedangkan variabel yang memiliki nilai emiliki nilai validitas diskriminan atau validitas pembeda paling tinggi adalah variabel BI yaitu dengan nilai AVE sebesar 0,911. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwasanya hubungan variabel BI nilai validitas diskriminan atau validitas pembeda yang paling tinggi dibandingkan dengan variabel lainnya.

e. Hasil Uji Inner Model

Tahap pengukuran evaluasi setelah *outer model* adalah *inner model*. Pada evaluasi ini dilakukan dengan melihat nilai koefisien parameter dan nilai T-Statistik serta signifikansi koefisien parameter tersebut. Nilai T-Statistik diperoleh dari hasil bootstrapping yang dilakukan dalam SmartPLS.

Dalam pengukuran *inner model* semua variabel model baik itu variabel independen, dependen digunakan dalam pengukuran *inner model*. Berikut ini hasil pengukuran evaluasi *inner model*.

Tabel 7 Hasil Evaluasi Pengukuran Inner Model (Olahan SmartPLS, 2021)

Variabel	Original Sample (O)	Standard Deviation (STDEV)	T-Table	T Statistics (O/STDEV)	P Values
<i>Effort Expectancy (EE) → Behavioral Intention (BI)</i>	0,280	0,138	1,675	2,027	0,043
<i>Facilitating Conditions (FC) → Behavioral Intention (BI)</i>	0,237	0,107	1,675	2,217	0,027
<i>Performance Expectation (PE) → Behavioral Intention (BI)</i>	0,178	0,152	1,675	1,169	0,243
<i>Social Influence (SI) → Behavioral Intention (BI)</i>	0,206	0,115	1,675	1,795	0,073

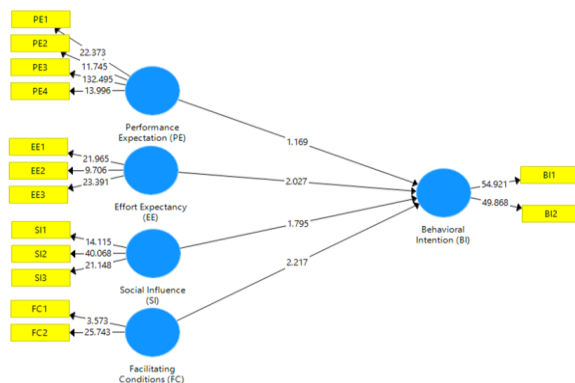
Berdasarkan Tabel 7 di atas, dapat diketahui bahwa diketahui bahwa tidak semua hubungan variabel memiliki nilai koefisien regresi positif dan nilai signifikansi lebih besar dari 1,675. Terdapat 2 hubungan variabel yang memiliki nilai

koefisien regresi positif dan memiliki nilai signifikansi lebih besar dari 1,675 yang berarti memiliki hubungan positif antara variabel independen dan dependennya. Berikut adalah hasil *R-Square* dalam Tabel 8

Variabel	R Square
Behavioral Intention (BI)	0,469

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa nilai *R-square* untuk variabel 'Niat Penggunaan' sebesar 0,469. Hal ini berarti bahwa persentase besarnya pengaruh *effort expectancy* (EE), *facilitating conditions* (FC), *performance expectancy* (PE), *social influence* (SI) adalah sebesar 46,9% sedangkan sisanya yaitu 53,1% dipengaruhi oleh faktor lain.

Evaluasi selanjutnya pada inner model dengan melihat path diagram yang menunjukkan seberapa besar pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Gambar 5 merupakan path diagram dalam model ini.



Gambar 3 Path Diagram (Olahan Smart PLS 2021)

f. Pengujian Hipotesis

Untuk uji simultan digunakan Uji T-statistic yang dimaksudkan untuk menguji signifikansi pengaruh variabel-variabel eksogen Xi secara keseluruhan terhadap variabel endogen Y. Pengujian ini dilakukan dengan cara membandingkan anatara nilai T yang dihasilkan dari perhitungan T-statistic dengan nilai T-tabel. Hipotesis nol akan diterima apabila nilai T-statistic lebih kecil dan nilai T-tabel ($T\text{-statistic} < T\text{-table}$), ini berarti hipotesis alternatif yang ditolak. Sebaliknya, hipotesis nol akan ditolak

apabila nilai T-statistic lebih besar atau sama dengan nilai T-tabel ($T\text{-statistic} > T\text{-table}$), ini berarti hipotesis alternatif yang diterima. Nilai T-tabel dapat diketahui berdasarkan taraf signifikansi 0,05 dengan jumlah observasi 51, yaitu 1,675. Tabel berikut ini merupakan hasil uji t-statistik.

Tabel 9 Uji Statistik Hipotesis (Olahan SmartPLS, 2021)

Hipotesis	X_i	Y	Koefisien Parameter	T Tabel	T Statistics
H0 ₁	PE	BI	0,024	1,675	1,169
H0 ₂	EE	BI	0,038	1,675	2,027
H0 ₃	SI	BI	0,089	1,675	1,795
H0 ₄	FC	BI	0,260	1,675	2,217

g. Pembahasan

Berdasarkan hasil pengujian hipotesis sebelumnya, dapat diketahui bahwa dari 4 hipotesis yang dibuat, terdapat 3 hipotesis yang diterima. Berikut ini akan dijelaskan pengaruh pada masing-masing variabel yang berpengaruh dan signifikan tersebut.

1) Pengaruh Variabel *Performance Expectation* Terhadap *Behavior Intention*

Berdasarkan hasil analisis inferensial didapatkan bahwa variabel *performance expectation* atau harapan kinerja tidak berpengaruh positif dan signifikan terhadap *behavioral intention* atau niat pemanfaatan. Hal tersebut terbukti bahwasannya pada pengaruh variabel *performance expectation* terhadap *behavioral intention* memiliki nilai koefisien parameter sebesar 0,260 dan nilai tstatistik sebesar 1,169*. Nilai estimasi digunakan untuk menjelaskan bahwa terdapat hubungan positif antara *performance expectation* terhadap *behavioral intention*. Sedangkan nilai t-statistik yang bernilai lebih besar dari t-tabel digunakan untuk menjelaskan tidak adanya hubungan yang signifikan antara *performance expectation* terhadap *behavioral intention*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel *performance expectation* memiliki hubungan positif namun tidak signifikan terhadap *behavioral intention*. Sehingga apabila dilakukan peningkatan pada *performance expectation* maka akan berdampak langsung namun tidak signifikan pada

peningkatan *behavioral intention* atau niat penggunaan petugas terhadap penggunaan SIMRSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran pada aktivitas pelayanan di Rumah Sakit.

2) Pengaruh Variabel *Effort Expectancy* Terhadap *Behavior Intention*

Berdasarkan hasil analisis inferensial didapatkan bahwa variabel *Effort Expectancy* atau harapan kinerja berpengaruh positif tetapi tidak signifikan terhadap *behavioral intention* atau niat pemanfaatan. Hal tersebut terbukti bahwasannya pada pengaruh variabel *Effort Expectancy* terhadap *behavioral intention* memiliki nilai koefisien parameter sebesar 0,038 dan nilai tstatistik sebesar 2,027 *. Nilai estimasi digunakan untuk menjelaskan bahwa terdapat hubungan positif antara *Effort Expectancy* terhadap *behavioral intention*. Sedangkan nilai t-statistik yang bernilai lebih besar dari t-tabel digunakan untuk menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara *Effort Expectancy* terhadap *behavioral intention*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel *Effort Expectancy* memiliki hubungan positif yang signifikan terhadap *behavioral intention*. Sehingga apabila dilakukan peningkatan pada *Effort Expectancy* maka akan berdampak langsung pada peningkatan *behavioral intention* atau niat penggunaan petugas terhadap penggunaan SIMRSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran pada aktivitas pelayanan di Rumah Sakit.

3) Pengaruh Variabel *Social Influence* Terhadap *Behavior Intention*

Berdasarkan hasil analisis inferensial didapatkan bahwa variabel *Social Influence* atau harapan kinerja berpengaruh positif dan signifikan terhadap *behavioral intention* atau niat pemanfaatan. Hal tersebut terbukti bahwasannya pada pengaruh variabel *Social Influence* terhadap *behavioral intention* memiliki nilai koefisien parameter sebesar 0,089 dan nilai tstatistik sebesar 1,795*. Nilai estimate digunakan untuk menjelaskan bahwa

terdapat hubungan positif antara *Social Influence* terhadap *behavioral intention*. Sedangkan nilai t-statistik yang bernilai lebih besar dari t-tabel digunakan untuk menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara *Social Influence* terhadap *behavioral intention*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel *Social Influence* memiliki hubungan positif yang signifikan terhadap *behavioral intention*. Sehingga apabila dilakukan peningkatan pada *Social Influence* maka akan berdampak langsung pada peningkatan *behavioral intention* atau niat penggunaan petugas terhadap penggunaan SIMRSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran pada aktivitas pelayanan di Rumah Sakit.

4) Pengaruh Variabel *Facilitating Conditions* Terhadap *Behavior Intention*

Berdasarkan hasil analisis inferensial didapatkan bahwa variabel *Facilitating Conditions* atau harapan kinerja berpengaruh positif dan signifikan terhadap *behavioral intention* atau niat pemanfaatan. Hal tersebut terbukti bahwasannya pada pengaruh variabel *Facilitating Conditions* terhadap *behavioral intention* memiliki nilai koefisien parameter sebesar 0,260 dan nilai tstatistik sebesar 2,217*. Nilai estimate digunakan untuk menjelaskan bahwa terdapat hubungan positif antara *Facilitating Conditions* terhadap *behavioral intention*. Sedangkan nilai t-statistik yang bernilai lebih besar dari t-tabel digunakan untuk menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara *Facilitating Conditions* terhadap *behavioral intention*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa variabel *Facilitating Conditions* memiliki hubungan positif yang signifikan terhadap *behavioral intention*. Sehingga apabila dilakukan peningkatan pada *Facilitating Conditions* maka akan berdampak langsung pada peningkatan *behavioral intention* atau niat penggunaan petugas terhadap penggunaan SIMRSUD dr. Gondo Suwarno Ungaran pada aktivitas pelayanan di Rumah Sakit.

h. Rekomendasi perbaikan

Berikut ini adalah beberapa usulan rekomendasi berdasarkan hubungan variabel yang berpengaruh dan diperkuat dengan argumen-argumen dari petugas mengenai saran, permasalahan, dan dukungan yang mereka sampaikan dalam pertanyaan terbuka pada kuesioner.

1) Melakukan pengembangan (*upgrade*) aplikasi SIMRS.

Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan responden pada saran yang diberikan yaitu "SIMRS agar diperbaharui sesuai dengan perkembangan teknologi saat ini dan tidak sering *error*, serta dapat mempercepat terwujudnya Rekam Medis Elektronik".

2) Melakukan interoperabilitas/integrasi SIMRS dengan beberapa unit/bagian pelayanan dan aplikasi lain.

Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan responden pada saran yang diberikan yaitu "SIMRS Perlu dilakukan Upgrade agar langsung bisa terintegrasi di setiap bagian dan dengan aplikasi lain di Rumah Sakit".

3) Mengadakan sosialisasi dan memberikan pelatihan kepada petugas dalam penggunaan SIMRS.

Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan responden pada saran yang diberikan yaitu "SIM harus lebih banyak dibenahi dan perlu perbaikan agar lebih mudah dalam mengentri, agar langsung bisa konek ke SEP".

4. Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai implementasi model UTAUT untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi niat penggunaan SIMRSUD dr. Gondo Suwarno pada pelayanan Rawat Jalan, maka dapat disimpulkan berikut ini.

a. Berdasarkan hasil pengujian model yang dilakukan, model didapatkan nilai R-Square pada variabel behavioral intention (BI) sebesar 0,469, yang diambil dari nilai *goodness of fit*. Hal tersebut

mengindikasikan bahwa hasil pengujian dengan menggunakan model UTAUT ini dapat diterima dengan baik.

b. Berdasarkan implementasi model penerimaan UTAUT dengan model konseptual penelitian yang telah dibuat dan dengan perhitungan menggunakan SmartPLS, maka didapatkan hasil bahwa variabel independen (*effort expectancy*, *social influence* dan *facilitating conditions*) berpengaruh positif dan signifikan terhadap variabel dependen (*behavioral intention*), sedangkan untuk variabel (*performance expectancy*) berpengaruh positif namun tidak signifikan. Hal tersebut dapat diketahui bahwa ekspektasi usaha, pengaruh sosial, dan kondisi yang memfasilitasi merupakan faktor yang harus ditingkatkan karena faktor tersebut mempengaruhi para petugas dalam menggunakan SIMRS.

c. Untuk meningkatkan niat penggunaan petugas terhadap penggunaan SIMRS dalam pelayanan rawat jalan, dapat direpresentasikan melalui pelaksanaan rekomendasi perbaikan yang telah diusulkan yaitu:

1) Melakukan pengembangan (*upgrade*) aplikasi SIMRS.

2) Melakukan interoperabilitas/integrasi SIMRS dengan beberapa unit/bagian pelayanan dan aplikasi lain.

3) Mengadakan sosialisasi dan memberikan pelatihan kepada petugas dalam penggunaan SIMRS.

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan untuk penelitian selanjutnya antara lain:

a. Pada penelitian selanjutnya, hendaknya dilakukan di unit atau bagian lain, sehingga dapat menambah jumlah populasi responden dapat memberikan hasil yang lebih tinggi dari model yang diuji.

b. Pada penelitian selanjutnya, hendaknya melakukan perbandingan pengujian di Rumah Sakit lain, dan indikator-indikator yang diambil dari sumber yang valid agar indikator

tersebut lebih valid dan reliable dalam mengukur konstruk yang digunakan.

5. Ucapan Terima Kasih

Untuk terselenggaranya penelitian ini, kami mengucapkan terima kasih kepada Poltekkes Kemenkes Semarang dimana sumber dana berasal, Direktur, Ketua Jurusan dan Sekretaris Jurusan RMIK dan Pihak Rumah Sakit dr. Gondo Suwarno Ungaran.

6. Daftar Pustaka

- Depkes RI. Sistem Kesehatan Nasional 2004. Jakarta: Depkes RI, 2004.
- Depkes RI. Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS). Jakarta: Depkes RI, 2002.
- Ghozali, Imam. (2006). Structural Equation Modeling: Metode Alternatif dengan PARTIAL LEAST SQUARE (PLS) (4th ed.). Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Jogiyanto H. Analisis dan Desain Sistem Informasi. Yogyakarta: Andi, 1999.
- Lippeveld T and Sauerborn R. A Framework For Designing Health Information Systems in Design and Implementation of Health Information Systems. Geneva: WHO, 2000.
- Levey and Loomba. Health Care Administration; a managerial perspective. Philadelphia : JB Lippincolt Co., 1976.
- Kendall KE. & Kendal JE. Analisis dan Perancangan Sistem, alih bahasa Thamin Abdul HA. Jakarta : Pearson Education Asia Pte Ltd, 2003.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No 34 Tahun 2017 tentang akreditasi rumah sakit.
- Susanto. 2002. Sistem Informasi Manajemen Konsep dan Pengembangannya. Universitas Padjajaran. Bandung: Penerbit Unggu Jaya.
- Sauerborn R and Lippeveld T. Introduction in : Lippeveld T. (ed). Design and Implementation of Health Information Systems. Geneva : WHO, 2000.
- Viswanath Venkatesh, Michael G. Morris, Gordon B. Davis, and Fred D. Davis, "User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View," *Management Information Systems Research Center, University of Minnesota*, vol. 27, September 2003.

Pengaruh Pembuatan Tutorial Terhadap Peningkatan Pemahaman Petugas Rekam Medis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tentang Pengisian Data pada Aplikasi SiDeKa-Pro

The Effect of Making Tutorials on Increasing Understanding of Medical Record Officers in Health Care Facilities about Data Filling in the SiDeKa-Pro Application

Hikmawan Suryanto¹
Madiah²

¹ Administrator Kesehatan; Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo

² Kepala Bidang Pelayanan dan Sumber Daya Kesehatan; Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo
Dengan alamat Jl. Suroyo No. 58, Kota Probolinggo
e-mail: hikmawan.suryanto.hs@gmail.com

Abstract

Medical record officers who are late in filling out data on SiDeKa-Pro application in 2020 are 53% and for January-March 2021 period are 31%. They were late in filling because there was no procedure and did not understand how to fill in the data. The purpose of this study was to determine the effect of making tutorials in the form of manuals and video tutorials on the level of understanding of medical record officers in health care facilities about data entry in the SiDeKa-Pro application. The research design used pure experimental, namely one group pretest and posttest experimental research. The population and sample are medical record officers who are in charge of data entry in SiDeKa-Pro application, as many as 24 people. The sampling technique used was purposive sampling. The results of the Wilcoxon test, the p-value is 0.000 (p-value <0.05). It can be concluded that there is an influence between the provision of tutorials in the form of manuals and videos on the level of understanding of health care facility managers about data entry in the SiDeKa-Pro application. The conclusion is that making tutorials has an effect on increasing the understanding of medical record officers in health care facilities.

Keywords: data filling; tutorial making; understanding improvement

Abstrak

Petugas rekam medis yang terlambat mengisi data pada aplikasi Sistem Pelaporan Dinas Kesehatan Kota Probolinggo (SiDeKa-Pro) tahun 2020 sebanyak 53% dan periode Januari-Maret 2021 sebanyak 31%. Petugas rekam medis terlambat mengisi karena belum adanya prosedur dan kurang memahami cara pengisian data. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pembuatan tutorial berupa buku manual dan video tutorial terhadap tingkat pemahaman petugas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tentang pengisian data di aplikasi SiDeKa-Pro. Desain penelitian menggunakan eksperimental murni, yaitu one grup *pre test* dan *post test experimental research*. Populasi dan sample adalah petugas rekam medis yang menjadi penanggung jawab pengisian data di aplikasi SiDeKa-Pro yaitu sebanyak 24 orang. Teknik pengambilan sample menggunakan *purposive sampling*. Hasil penelitian yaitu pada hasil Uji Wilcoxon, nilai p value sebesar 0,000 (p value < 0,05). Hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara pemberian tutorial berupa buku manual dan video terhadap tingkat pemahaman pengelola fasilitas pelayanan kesehatan tentang

pengisian data pada aplikasi SIDeKa-Pro. Kesimpulannya adalah pembuatan tutorial berpengaruh terhadap peningkatan pemahaman petugas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Kata kunci: pembuatan tutorial; pengisian data; peningkatan pemahaman

1. Pendahuluan

Di era digitalisasi seperti saat ini, penggunaan teknologi informasi mutlak untuk dilakukan, termasuk dalam bidang kesehatan. Pada bidang kesehatan, salah satu penggunaan teknologi informasi yaitu penyelenggaraan sistem informasi kesehatan. Menurut Reza (2019), kebutuhan data dan informasi kesehatan semakin meningkat, masyarakat semakin peduli dengan situasi kesehatan dan hasil pembangunan kesehatan yang telah dilakukan pemerintah, terutama terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan langsung dengan kesehatan mereka, sebab kesehatan menyangkut hajat hidup masyarakat luas dan semua orang butuh untuk sehat. Menurut Peraturan Pemerintah No. 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan pasal 26 ayat 1 huruf d menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan, wajib mengelola sistem informasi kesehatan.

Di Kota Probolinggo, sistem informasi kesehatan di tingkat kota menggunakan aplikasi SIDeKa-Pro. SIDeKa-Pro adalah Sistem Informasi dan Pelaporan Kesehatan yang digunakan oleh pengelola data di fasilitas pelayanan kesehatan dan *stakeholder* di wilayah Kota Probolinggo dalam upaya menjamin ketersediaan data, kualitas dan akses terhadap informasi kesehatan yang bernilai pengetahuan dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pengelolaan aplikasi SIDeKa-Pro didasari dari Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 54 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Sistem Informasi Pelaporan Dinas Kesehatan Kota Probolinggo. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang terdaftar dalam aplikasi SIDeKa-Pro, harus menginput data di atas sebagai bentuk pelaporan ke Dinas Kesehatan,

Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo. Hal ini sesuai dengan Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 54 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Sistem Informasi Pelaporan Dinas Kesehatan Kota Probolinggo pasal 4 ayat 1 yang berbunyi "setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan SIDeKa-Pro".

Pelaporan bulanan fasilitas pelayanan kesehatan bagi Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana berguna untuk melakukan pembinaan, pengawasan, dan pengendalian. Selain itu, data pelaporan juga berguna untuk menilai mutu fasilitas pelayanan kesehatan, taraf kesehatan masyarakat, dan pengaruh inflasi daerah. Oleh karena itu, pelaporan bulanan sangat penting dilakukan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Dwipa (2014) yang menyatakan bahwa laporan bulanan sangat penting sebagai dasar dalam pengambilan keputusan dalam upaya penanganan masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat. Kemudian, menurut hasil penelitian Zulkifli (2019) yang menyatakan bahwa laporan bulanan bermanfaat untuk mengetahui permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat serta merumuskan cara penanggulangan secara cepat dan tepat.

Saat ini, sudah ada 24 fasilitas pelayanan kesehatan yang terdaftar di aplikasi SIDeKa-Pro yang terdiri dari 4 rumah sakit, 6 puskesmas, dan 14 klinik. Berdasarkan hasil pemantauan di rekap absen pengisian data oleh fasilitas pelayanan kesehatan pada aplikasi SIDeKa-Pro, pada tahun 2020 terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang sama sekali tidak pernah melaporkan atau menginput datanya di aplikasi SIDeKa-Pro. Hal ini tidak sesuai dengan Peraturan

Pemerintah No. 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan pasal 4 ayat 2 yang berbunyi “data rutin harus dikumpulkan secara teratur oleh penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan, instansi pemerintah daerah, dan instansi pemerintah melalui pencatatan dan pelaporan”. Keadaan ini menjadi sebuah keprihatinan bagi Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo.

Selain terdapat fasilitas pelayanan kesehatan yang sama sekali tidak mengisi data pada aplikasi SiDeKa-Pro, terdapat pula yang terlambat mengisi data. Dikatakan terlambat mengisi jika pengisian data dilakukan di atas tanggal 5 pada bulan berikutnya dan dalam setahun ada bulan yang tidak terisi. Sehingga, dapat menimbulkan ketidaklengkapan pelaporan data.

Pada studi kasus ini, peneliti hanya membatasi pada pelaporan data kunjungan rawat jalan karena semua fasilitas pelayanan kesehatan, baik puskesmas, rumah sakit, dan klinik pasti mengisinya. Berikut data rekap absensi pengisian data kunjungan rawat jalan di SiDeKa-Pro tahun 2020 dan bulan Januari-Maret 2021.

Tabel 1. Distribusi Ketepatan Waktu Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mengisi Data Kunjungan Rawat Jalan pada Aplikasi SiDeKa-Pro Tahun 2020

Dimensi	Jawab			
	Terlambat		Tepat Waktu	
Ketepatan Waktu Pengisian Data	n	%	n	%
	13	53	11	47

Sumber data: Rekap Absen di Aplikasi SiDeKa-Pro, 2021

Berdasarkan hasil rekapitulasi data pada tabel 1, maka dapat disimpulkan bahwa 53% fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Probolinggo terlambat dalam mengisi data kunjungan rawat jalan di aplikasi SiDeKa-Pro. Standar ketepatan waktu yaitu berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) Nomor: 155/425.102/2021 tentang Pengisian Data

pada Aplikasi SiDeKa-Pro bahwa pengisian data paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya. Sehingga, jika petugas rekam medis pada fasilitas kesehatan menginput data pada aplikasi SiDeKa-Pro di atas tanggal 5 pada bulan berikutnya, maka fasilitas kesehatan dinyatakan tidak tepat waktu dalam pengisian data di aplikasi SiDeKa-Pro.

Tabel 2. Distribusi Ketepatan Waktu Fasilitas Pelayanan Kesehatan Mengisi Data Kunjungan Rawat Jalan pada Aplikasi SiDeKa-Pro Bulan Januari-Maret 2021

Dimensi	Jawab			
	Terlambat		Tepat Waktu	
Ketepatan Waktu Pengisian Data	n	%	n	%
	7	31	17	69

Sumber data: Rekap Absen di Aplikasi

Berdasarkan hasil rekapitulasi data pada tabel 2, maka dapat disimpulkan bahwa 31% fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Probolinggo terlambat dalam mengisi data kunjungan rawat jalan di aplikasi SiDeKa-Pro. Hal ini masih menjadi masalah karena pada konsep pareto, 80% efek disebabkan oleh 20% penyebabnya.

Menurut hasil survei awal melalui wawancara yang dilakukan kepada responden petugas rekam medis dari fasilitas pelayanan kesehatan yang terlambat mengisi, mereka terlambat atau bahkan tidak mengisi sama sekali data pada aplikasi SiDeKa-Pro karena belum adanya prosedur yang jelas mengenai pengisian data pada aplikasi SiDeKa-Pro. Para petugas rekam medis tersebut kurang memahami maksud dan cara pengisian data di aplikasi SiDeKa-Pro. Hingga saat ini, aplikasi SiDeKa-Pro belum memiliki tutorial dalam pengisian data sehingga masih ada petugas rekam medis dari fasilitas pelayanan kesehatan yang kebingungan ketika mengisi data di aplikasi SiDeKa-Pro. Oleh karena itu, peneliti membuat sebuah tutorial berupa buku manual dan video tutorial agar permasalahan tersebut dapat teratasi.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pembuatan tutorial berupa buku manual dan video tutorial terhadap tingkat pemahaman rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tentang pengisian data di aplikasi SiDeKa-Pro.

2. Metode

Desain penelitian menggunakan eksperimental murni, yaitu *one grup pre-test post-test experimental research*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas rekam medis yang menjadi penanggung jawab pengisian data di aplikasi SiDeKa-Pro pada fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Kota Probolinggo yaitu klinik, puskesmas, dan rumah sakit sebanyak 24 orang. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh petugas rekam medis yang menjadi penanggung jawab pengisian data di aplikasi SiDeKa-Pro pada fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Probolinggo sebanyak 24 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Hasil penelitian diuji menggunakan uji statistik untuk melihat pengaruh pembuatan tutorial berupa buku manual dan video tutorial terhadap peningkatan pemahaman pengelola fasilitas pelayanan kesehatan tentang pengisian data pada aplikasi SiDeKa-Pro.

3. Hasil dan Pembahasan

Pada hasil penilaian *pre-test* dan *post-test* ini, peneliti membagi tingkat pemahaman responden menjadi 3 kategori menurut Arikunto (2006), yaitu baik (nilai 76%-100%), cukup (nilai 56%-75%), kurang (nilai < 56%). Berdasarkan pengisian kuesioner oleh responden, hasil *pre-test* sebagai berikut:

Tabel 3. Distribusi Hasil *Pre-Test* Pengisian Data di Aplikasi SiDeKa-Pro pada Kegiatan Sosialisasi Tahun 2021

Kategori	Hasil	
	n	%
Baik	11	46
Cukup	8	33

Kurang	5	21
--------	---	----

Sumber data: Data Primer, 2021

Berdasarkan hasil rekapitulasi data pada tabel 3, maka dapat disimpulkan bahwa 21% responden masih memiliki pemahaman kurang mengenai pengisian data pada aplikasi SiDeKa-Pro. Sedangkan, sebanyak 46% responden telah memiliki pemahaman yang baik mengenai pengisian data pada aplikasi SiDeKa-Pro.

Tabel 4. Distribusi Hasil *Post-Test* Pengisian Data di Aplikasi SiDeKa-Pro pada Kegiatan Sosialisasi Tahun 2021

Kategori	Hasil	
	n	%
Baik	24	100
Cukup	0	0
Kurang	0	0

Sumber data: Data Primer, 2021

Berdasarkan hasil rekapitulasi data pada tabel 4, maka dapat disimpulkan bahwa 100% responden telah memiliki pemahaman baik mengenai pengisian data pada aplikasi SiDeKa-Pro. Setelah diberikan tutorial berupa buku manual dan video tutorial, ternyata tingkat pemahaman responden meningkat. Hal ini ditunjukkan dari peningkatan jumlah responden yang memiliki pemahaman baik sebesar 54%. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Parida (2019) yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh pembelajaran dengan menggunakan video tutorial terhadap prestasi belajar.

Setelah melakukan penilaian hasil *pre-test* dan *post-test*, peneliti melakukan uji beda atau uji komparatif dengan tujuan mengetahui ada atau tidaknya perbedaan tingkat pemahaman responden mengenai pengisian data pada aplikasi SiDeKa-Pro sebelum dan setelah diberikan tutorial berupa video dan buku manual menggunakan uji statistik pada aplikasi SPSS. Uji statistik yang digunakan adalah Uji Wilcoxon karena data berpasangan dalam satu kelas dan tidak berdistribusi normal (hasil uji normalitas Uji Saphiro-Wilk p value < 0,05). Setelah dilakukan Uji Wilcoxon, maka didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5. Output Uji Wilcoxon

Post_Test - Pre_Test	
Z	-4,006 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	<u>.000</u>

Sumber data: Output SPSS, 2021

Berdasarkan hasil Uji Wilcoxon pada tabel 5, nilai p value sebesar 0,000 (p value < 0,05). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat pemahaman responden pengisian data pada aplikasi SIDeKa-Pro sebelum dan setelah adanya tutorial berupa buku manual dan video.

Hal ini juga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara pemberian tutorial berupa buku manual dan video terhadap tingkat pemahaman petugas rekam medis fasilitas pelayanan kesehatan tentang pengisian data pada aplikasi SIDeKa-Pro. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Asadullah (2018) yaitu penggunaan media video tutorial, efektif secara signifikan meningkatkan tingkat pengetahuan dengan rata-rata hasil tes sebelum dan sesudah penayangan video didapat peningkatan nilai tes sebesar 54,95%. Maka dapat disimpulkan bahwa video tutorial dapat mempermudah responden memahami materi yang diberikan.

Kemudian, terkait dengan buku manual, menurut hasil penelitian Azadirachta (2017) menyatakan bahwa penggunaan media buku saku mempengaruhi pengetahuan dan praktik siswa. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Afandi (2020) yang menyatakan bahwa buku saku efektif meningkatkan pengetahuan responden. Oleh karena itu, maka dapat disimpulkan bahwa adanya buku manual atau buku petunjuk atau buku saku dapat meningkatkan pengetahuan responden.

4. Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa pembuatan tutorial, baik dalam bentuk buku manual

maupun video tutorial, berpengaruh terhadap peningkatan pemahaman petugas rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan tentang cara pengisian data di aplikasi SIDeKa-Pro. Saran untuk instansi adalah seluruh aplikasi yang digunakan oleh Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo perlu dilengkapi dengan tutorial, agar pengguna aplikasi tidak kesulitan dalam mengoperasikan aplikasi-aplikasi tersebut. Kemudian saran untuk penelitian selanjutnya yaitu mengukur lebih efektif mana antara buku manual atau video tutorial dalam meningkatkan pemahaman responden.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Plt Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana karena telah mengizinkan penelitian ini. Ucapan terima kasih dapat juga disampaikan kepada pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian.

6. Daftar Pustaka

- Afandi, Ahmad. (2020). Efektivitas Buku Saku Gizi Terhadap Peningkatan Pengetahuan Atlet Unimed Atletik Club (UAC). *Jurnal Kesehatan dan Olahraga*, 4(2), 12-21.
- Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asadullah, Muhammad. (2018). Efektivitas Media Video Dalam Peningkatan Pengetahuan Petani Terhadap Budidaya Edamame Di Kelompok Tani "Sederhana", Kelurahan Bandungan, Kabupaten Semarang. *Jurnal Sosial Ekonomi dan Kebijakan Pertanian*, 2(2), 94-100.
- Azadirachta, Fitria Laras. (2017). Pendidikan Gizi Menggunakan Media Buku Saku Meningkatkan Pengetahuan dan Praktik Konsumsi Sayur dan Buah pada Siswa Sekolah Dasar. *Jurnal Media*

- Gizi Indonesia*, 12(2), 107-115.
- Dwipa, Kadek Ponat. (2014). Faktor Penyebab Keterlambatan Pelaporan Bulanan Data Kesakitan (LB 1) Di Puskesmas Mlati I Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta. *Tugas Akhir*. Yogyakarta: Repository Universitas Gadjah Mada.
- Parida, Lis. (2019). Pengaruh Pembelajaran Video Tutorial Terhadap Prestasi Belajar. *Jurnal Ilmiah Teknologi Pendidikan*, 8(1), 12-21.
- Pemerintah Kota Probolinggo. (2017). *Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 54 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Sistem Informasi Pelaporan Dinas Kesehatan Kota Probolinggo*. Berita Daerah Kota Probolinggo Tahun 2017 Nomor 54.
- Pemerintah Kota Probolinggo. (2019). *Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 184 Tahun 2019 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo*. Berita Daerah Kota Probolinggo Tahun 2019 Nomor 184.
- Pemerintah Kota Probolinggo. (2020). *Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 139 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Atas Peraturan Walikota Nomor 184 Tahun 2019 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo*. Berita Daerah Kota Probolinggo Tahun 2020 Nomor 139.
- Pemerintah Kota Probolinggo. (2021). *Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Walikota Nomor 184 Tahun 2019 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo*. Berita Daerah Kota Probolinggo Tahun 2021 Nomor 3.
- Republik Indonesia. (2000). *Keputusan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 42 Tahun 2000 tentang Jabatan Fungsional Administrator Kesehatan dan Angka Kreditnya*. Departemen Pendayagunaan Aparatur Negara.
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144.
- Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan*. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126.
- Reza, Bobby. (2019). Pembuatan Sistem Pencatatan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) Dengan Extreme Programming Pada Kabupaten Brebes. *Jurnal Teknologi Informasi ESIT*, 7(1), 34-50.
- Zulkifli. (2019). Kajian Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) Wilayah Kerja Puskesmas Lakessi Kota Parepare. *Jurnal Ilmiah Manusia dan Kesehatan*, 2(3), 401-409.

Tinjauan Penyelesaian *Dispute* Klaim Rawat Inap Pasien *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) di RSUD Ajibarang Tahun 2020

Review of Resolving *Dispute* Claim on Inpatients of *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) In RSUD Ajibarang in 2020

Elijah¹
Aulia Ughti Ratriana²

¹ *Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Tirta Agung, Padalangan Banyumanik, Kota Semarang*

² *Puskesmas 2 Pekuncen, Kecamatan Ajibarang Kabupaten Banyumas
e-mail: elijah@poltekkes-smg.ac.id*

Abstract

Dispute claim are disagreement between BPJS Kesehatan and health facilities over claims caused by coding or medical. The dispute becomes a workload for the claim submission officers and affects the hospital revenue. We found that there 66 files in dispute category at RSUD Ajibarang in April-July 2020 with a percentage of 50,8%. The purpose of this study is to analyze the causes of disputed claims for inpatient treatment based on inputs and processes, to find the solution overview. This research uses a qualitative descriptive method with case study approach and the research subjects are 4 people. The research on human resources and facilities showed relatively good conditions. Regarding the technological factor, SIMRS development is needed, the planning factor requires the creation of a special SOP to handle the COVID-19 claim dispute issue and the claim process implementation factor is seen from the flow that is in accordance with existing regulations, an introduction to the procedure for inputting COVID-19 claims is needed on INA-CBG's application. So, it can be concluded that it is necessary to prepare SOP related to disaster cases in collecting claims in the INA-CBG's application and providing human resources who have special competencies for medical recorders.

Keywords : claim; COVID-19; dispute

Abstrak

Dispute klaim adalah ketidaksepakatan antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan atas klaim yang disebabkan oleh koding atau medis. Adanya *dispute* menjadi beban kerja bagi petugas pengajuan klaim dan berpengaruh dalam segi pendapatan rumah sakit. Ditemukan berkas dengan kategori *dispute* di RSUD Ajibarang pada bulan April-Juli 2020 sebanyak 66 berkas dengan persentase 50,8%. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis penyebab *dispute* klaim rawat inap berdasarkan input dan proses serta mengetahui gambaran penyelesaiannya. Jenis penelitian menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus serta subyek penelitian berjumlah 4 orang. Hasil penelitian pada faktor SDM dan sarana menunjukkan kondisi relatif baik. Terkait dengan faktor teknologi diperlukan pengembangan pada SIMRS, faktor perencanaan memerlukan pembuatan SOP khusus untuk menangani permasalahan *dispute* klaim COVID-19 dan pada faktor pelaksanaan proses pengklaiman dilihat dari alur sudah sesuai dengan regulasi yang ada, diperlukan adanya pengenalan mengenai tata cara penginputan klaim COVID-19 pada aplikasi INA-CBG's. Sehingga dapat disimpulkan diperlukan penyusunan SOP terkait kasus bencana dalam penginputan klaim di aplikasi INA-CBG's dan penyediaan tenaga SDM yang memiliki kompetensi khusus perekam medis.

Kata kunci : COVID-19; *dispute*; klaim

1. Pendahuluan

Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) melalui Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 wajib dilakukan dalam upaya penanggulangan COVID-19 sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan atas pertimbangan penyebaran COVID-19 yang berdampak pada meningkatnya jumlah korban, kerugian harta benda, meluasnya cakupan wilayah terdampak, serta menimbulkan implikasi pada aspek sosial ekonomi yang luas di Indonesia, maka dikeluarkan juga Keputusan Presiden Nomor 12 Tahun 2020 tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) Sebagai Bencana Nasional.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Republik, 2008). Salah satu fungsi rekam medis adalah aspek keuangan, dikatakan memiliki nilai uang karena isinya mengandung informasi yang dapat digunakan sebagai pedoman untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan di rumah sakit. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan yang dilakukan di rumah sakit hanya dapat diberikan apabila terdapat rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, kecuali pada kondisi gawat darurat.

Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang BPJS Kesehatan menyebutkan bahwa sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal vertikal maupun horizontal.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/446/2020 maka pembiayaan terhadap

penanganan pasien COVID-19 dapat diklaim ke Kementerian Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan ketentuan teknis di dalamnya. Informasi mengenai administrasi maupun pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien COVID-19 dalam pengajuan klaim tercantum dalam berkas rekam medis pasien. Verifikasi dilakukan 2 kali oleh verifikator BPJS Kesehatan untuk memastikan kesesuaian berkas dengan ketentuan sebagai berkas pasien COVID-19. Output hasil verifikasi BPJS Kesehatan terdiri dari 3 macam yaitu klaim sesuai, klaim tidak sesuai, dan klaim *dispute*. Apabila berkas tersebut telah sesuai, maka berkas tersebut dikirimkan ke Kemenkes, namun jika berkas tersebut tidak lengkap atau tidak sesuai dengan regulasi yang ada, maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas klaim tersebut ke rumah sakit dengan kategori *dispute*.

Apabila terjadi klaim *dispute* maka aliran kas rumah sakit akan terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim tersebut (Persi, 2016). Dampak yang ditimbulkan dengan adanya *dispute* klaim adalah beban kerja bagi petugas pengajuan klaim menjadi bertambah. Selain itu, adanya proses *dispute* klaim juga memiliki pengaruh yang sangat besar terutama dari segi pendapatan rumah sakit. *Dispute* klaim menjadi tanggung jawab bagian rekam medis untuk penyelesaiannya dengan Kementerian Kesehatan menggunakan data yang berasal dari surat keberatan pimpinan rumah sakit dan/atau dari berita acara hasil verifikasi BPJS Kesehatan yang diserahkan kepada Kementerian Kesehatan melalui sistem informasi jaminan COVID-19. Untuk surat keberatan atas klaim *dispute* dari pimpinan rumah sakit disampaikan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan cq Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan Kementerian Kesehatan secara *online* melalui alamat email disputeklaimcovid2020@gmail.com.

Penyelesaian klaim *dispute* oleh Tim bersifat final (KMK 446,2020).

RSUD Ajibarang merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas tipe C yang menjadi salah satu rumah sakit rujukan yang melayani pasien COVID-19. Jumlah sumber daya manusia di bagian rekam medis RSUD Ajibarang sebanyak 27 orang, dengan pembagian 1 orang sebagai kepala instalasi sekaligus analisis, 5 orang bagian *casemix*, 1 orang bagian *assembling* dan analisis, 1 orang bagian pelaporan dan *index*, 3 orang bagian *filling*, 1 orang bagian distribusi, 6 orang bagian pendaftaran rawat jalan, 9 orang bagian pendaftaran gawat darurat dan rawat inap. Setiap bagian sudah memiliki pembagian kinerja atau kontrak kerja masing-masing. Didapatkan data jumlah kasus klaim pasien rawat inap dengan COVID-19 pada bulan April-Juli 2020 sebanyak 130. Besar persentase *dispute* klaim dari verifikator BPJS adalah 66 (50,8%) berkas. Dari persentase *dispute* klaim, perlu analisis terkait masalah tersebut guna mengetahui faktor penyebab *dispute* klaim rawat inap pasien COVID-19 di RSUD Ajibarang.

2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi dengan instrumen penelitian *checklist* observasi dan wawancara dengan instrumen penelitian pedoman wawancara. Subjek dalam penelitian ini adalah petugas yang terlibat dalam pelaksanaan pengajuan klaim COVID-19 yang berjumlah 4 orang yaitu 1 orang kepala ruangan ICU selaku koordinator tim medis, 1 orang kepala instalasi rekam medis, 1 orang petugas koder sekaligus entri data, dan 1 orang petugas administrasi klaim. Objek dalam penelitian ini adalah sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dan teknologi.

3. Hasil dan Pembahasan

Analisis Faktor Penyebab *Dispute* Klaim COVID-19 Berdasarkan Input

a. Analisis Faktor Sumber Daya Manusia

Dari aspek sumber daya manusia yang dimaksud yaitu karakteristik petugas meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja. Hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 19 Februari–26 Februari 2021 diperoleh data jumlah keseluruhan SDM di bagian rekam medis RSUD Ajibarang berjumlah 27 orang.

1) Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh petugas pelaksana rekam medis memiliki usia produktif sebanyak 27 orang dengan persentase 100%, produktifitas kerja dari seluruh petugas pelaksana rekam medis semakin meningkat dan maksimal, tetapi masih terjadi kasus *dispute* klaim. Dari hal tersebut menunjukkan masih ada beberapa faktor yang mempengaruhi hasil kinerja. Usia produktif tidak menjamin tidak terjadinya kesalahan dalam kinerja sejalan dengan penelitian Utaminingsih (2014) yang mengatakan bahwa usia dan prestasi kerja saling terkait. Ada suatu keyakinan bahwa produktifitas kerja akan semakin menurun seiring bertambahnya usia. Usia produktif dianggap sudah mampu bekerja dengan maksimal dan menghasilkan barang maupun jasa (Utaminingsih, 2014).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin terbagi menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Petugas pelaksana rekam medis adalah perempuan sebanyak 16 orang dengan persentase 59,3%. Petugas yang menangani administrasi klaim COVID-19 di unit rekam medis sebanyak 3 orang yaitu kepala instalasi rekam medis,

petugas entri data dan koding, dan petugas administrasi klaim berjenis kelamin perempuan.

Penempatan petugas perempuan dikatakan tepat karena dalam pengajuan dan penanganan *dispute* klaim membutuhkan kesabaran dan ketelitian berkaitan dengan aturan yang ada belum memberikan kemudahan dalam pelaksanaannya, penyelesaian pengajuan berkasnya dapat sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Perbedaan jenis kelamin dapat mempengaruhi tingkat produktivitas seseorang. Secara umum, tingkat produktivitas laki-laki lebih tinggi dari perempuan. Namun, dalam keadaan tertentu terkadang produktivitas perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki, misalnya pekerjaan yang membutuhkan ketelitian dan kesabaran (Amron, 2009).

3) Pendidikan

Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan perlu dikelola oleh seseorang yang kompeten dan memiliki kewenangan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Hasil penelitian menunjukkan jenis pendidikan dari petugas pelaksana rekam medis adalah DIII Rekam Medis sebanyak 16 orang dengan persentase 59,3%. Petugas yang spesifik menangani klaim COVID-19 berjumlah 4 orang yaitu kepala instalasi rekam medis, petugas entri data dan koding, petugas administrasi klaim, dan kepala ICU memiliki latar belakang pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat, DIII Rekam Medis, S1 Manajemen, dan S1 Keperawatan Ners. Kepala instalasi rekam medis berperan sebagai koder dan entri data klaim rawat inap, petugas entri data dan koding berperan dalam input data ke dalam aplikasi INA CBGs dan koding, petugas administrasi berperan dalam

melengkapi persyaratan administrasi pengajuan klaim, dan kepala ICU berperan sebagai koordinator tim medis dalam pengajuan persyaratan klaim yang berhubungan dengan data klinis.

Berdasarkan data diatas, latar belakang petugas klaim hanya 1 orang dengan kompetensi dasar perekam medis. Hal ini mempengaruhi capaian kinerja bagian klaim. Dasar pendidikan dan kompetensi yang sesuai dengan tanggung jawab pekerjaan merupakan dasar utama dalam kecepatan penyelesaian klaim, untuk petugas dengan pendidikan selain perekam medis, maka perlu dilakukan beberapa pelatihan tambahan yang menunjang dalam pelaksanaan tugasnya. Meskipun dapat menunjang kinerja melebihi kompetensi dasar, akan lebih baik lagi jika yang menduduki bagian entri data memiliki kompetensi perekam medis atau memiliki pendidikan dasar D3 atau D4 Rekam Medis. Sehingga, penyelesaian *dispute* klaim bisa dilaksanakan lebih baik secara waktu, dan secara penyelesaiannya.

Sejalan dengan penelitian Adhanari (2005) yang menyatakan bahwa salah satu hal yang konkrit untuk mendorong peningkatan produktivitas tenaga manusia adalah pendidikan dan keterampilan agar mampu mengemban tugas dan pekerjaan dengan sebaik mungkin.

4) Masa Kerja

Masa kerja merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan yang dimiliki oleh seseorang. Dengan melihat masa kerjanya, kita dapat mengetahui berapa lama seseorang bekerja dan menilai sejauh mana pengalaman yang dimilikinya (Nabila, 2020).

Berdasarkan hasil penelitian, jumlah petugas pelaksana rekam medis di RSUD Ajibarang yang memiliki pengalaman kerja >3 tahun sebanyak 70,4% dibandingkan dengan petugas dengan masa kerja <3 tahun. Dengan angka tersebut diharapkan pengalaman yang diperoleh oleh petugas dapat meminimalisir terjadinya *dispute* klaim pasien rawat inap. Dengan adanya ketentuan dan pedoman verifikasi yang baru terkait dengan pengajuan klaim COVID-19, hal ini membutuhkan pemahaman lebih spesifik terhadap pelaksanaan pengajuan klaim.

b. Analisis Faktor Sarana dan Prasarana

Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan (KBBI, 2019). Berdasarkan hasil penelitian, sarana yang mendukung dalam pelaksanaan pengklaiman berkas rekam medis rawat inap pasien COVID-19 di RSUD Ajibarang yaitu komputer, pedoman verifikasi, telepon, dan jaringan internet telah tersedia dengan baik.

Tersedianya sarana yang memadai dengan kondisi yang baik berpengaruh terhadap pelaksanaan pengerjaan pengajuan klaim. Hal ini didukung dengan penelitian Valentina (2018) menyatakan bahwa sarana yang ada pada RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan masih kurang, seperti komputer, printer, dan tinta printer untuk masing-masing koder. Hal tersebut dapat memperlambat pekerjaan ketika salah satu sarana yang digunakan rusak.

Prasarana adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama dari terselenggaranya suatu proses (KBBI). Prasarana yang ada dalam proses pengajuan klaim pasien COVID-19 yaitu ruang rekam medis telah tersedia dengan baik dengan tata ruang yang berdekatan antara petugas koding dan

petugas entri data, ruang kepala instalasi rekam medis dan ruang penyimpanan. Sejalan dengan penelitian Nurdiah (2016) yang menunjukkan bahwa ruangan pengelolaan klaim di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya memiliki tata ruang yang kurang baik, sehingga berdampak pada proses pengajuan klaim yang tidak berjalan maksimal (Nurdiah, 2016).

Kondisi sarana prasarana turut mempengaruhi proses pelaksanaan pekerjaan. Adanya sarana yang baik namun tidak didukung dengan prasarana yang memadai dapat mengambat proses pengajuan klaim dan penanganan *dispute* klaim. Dalam proses pengajuan klaim dan penanganan *dispute* klaim, RSUD Ajibarang telah memiliki sarana prasarana yang tersedia dengan baik. Oleh karena itu, diharapkan petugas pelaksana rekam medis mampu melakukan pekerjaannya secara mudah, produktif, dan memiliki rasa nyaman sehingga dapat tercipta kualitas kerja yang baik.

c. Analisis Faktor Teknologi

Berdasarkan hasil penelitian, teknologi yang mendukung pelaksanaan pengklaiman berkas rekam medis rawat inap pasien COVID-19 di RSUD Ajibarang adalah Aplikasi INACBG's dan SIMRS. Aplikasi INACBG's dalam pengajuan klaim COVID-19 digunakan untuk menginputkan data pasien dan melampirkan *softfile* berkas-berkas penunjang administrasi klaim COVID-19. Dalam proses pengoperasiannya, terkadang aplikasi INA-CBG's bermasalah pada saat akan dilakukan pengiriman *online*.

RSUD Ajibarang menggunakan 2 macam SIMRS, yaitu SIMRS dari rumah sakit untuk data secara keseluruhan dan SIMRS yang diberi nama E-claim untuk melengkapi lampiran-lampiran yang diperlukan

dalam kegiatan pengentrian berkas klaim. Proses kegiatannya masih terdapat hambatan terkadang SIMRS tersebut tidak menampilkan data yang dibutuhkan. Sejalan dengan penelitian Nurdiah (2016) yang menyatakan bahwa aplikasi INA-CBG's terkadang mengalami *error* saat melakukan pengentrian berkas klaim rawat inap sehingga harus menunggu sekitar 5-10 menit, hal ini menghambat kerja petugas dalam proses pengklaiman dan mengakibatkan terjadinya penumpukan berkas.

Analisis Faktor Penyebab *Dispute* Klaim COVID-19 Berdasarkan Proses

a. Perencanaan

Pelaksanaan atau realisasi dari perencanaan dalam organisasi dapat diwujudkan dalam bentuk perencanaan pembuatan Standar Operasional Prosedur. Dari hasil wawancara dan observasi diperoleh data RSUD Ajibarang belum ada perencanaan pembuatan SOP tentang pengajuan berkas klaim dan penanganan *dispute* klaim untuk pasien COVID-19. Sebagai acuan pelaksanaan pengajuan klaim menggunakan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/446/2020.

SOP dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas dalam menyeimbangkan persamaan persepsi pelaksanaan regulasi yang ada. SOP juga menggambarkan adanya perencanaan yang dapat mengurangi jumlah *dispute* klaim akibat administrasi dan faktor medis. Belum tersedianya SOP dapat menjadi penyebab *dispute* klaim karena proses penanganan klaim COVID-19 belum memiliki pedoman teknis yang spesifik.

b. Pengorganisasian

Pelaksanaan atau realisasi dari pengorganisasian dalam organisasi dapat diwujudkan dalam pembentukan sebuah tim. Dari hasil penelitian yang

telah dilakukan, diperoleh data di RSUD Ajibarang dalam proses penanganan *dispute* klaim, telah dibentuk sebuah tim yaitu tim penyelesaian *dispute* yang dibagi berdasarkan kategori *dispute* pada berkas tersebut. Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's yang menyatakan bahwa salah satu upaya yang dilakukan rumah sakit untuk melaksanakan program pemerintah terkait BPJS salah satunya adalah dengan membangun tim rumah sakit.

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan suatu program sangat dipengaruhi dengan berjalannya alur sesuai dengan yang telah ditetapkan, begitu juga dengan proses klaim berkas rekam medis pasien COVID-19 di RSUD Ajibarang. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pengklaiman di RSUD Ajibarang dilihat dari alur yang ada telah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/446/2020.

Namun, dalam proses pengajuannya terdapat beberapa kendala seperti salah satu persyaratan pengajuan yaitu dilampirkannya hasil swab/pcr pada awal pandemi, tetapi reagen yang dibutuhkan belum ada sehingga bagian pelayanan dan keperawatan tidak dapat mengajukan kembali. Selain itu, tampilan data pada aplikasi INA-CBG's untuk pasien COVID-19 berbeda dengan pasien JKN. Hal ini berarti diperlukan adanya pedoman tambahan di lingkungan rumah sakit dalam menangani penyelesaian permasalahan *dispute* klaim tersebut.

d. Evaluasi

Evaluasi berdasarkan subjek evaluasi terdiri dari dua macam, yaitu evaluasi internal dan evaluasi eksternal. Berdasarkan hasil penelitian,

evaluasi internal terkait permasalahan *dispute* klaim COVID-19 di RSUD Ajibarang sudah dilaksanakan melalui komunikasi dan koordinasi dengan metode dalam jaringan. Evaluasi eksternal antara antara pihak BPJS Kesehatan pernah dilakukan sekali dengan metode dalam jaringan, namun belum dilakukan secara rutin.

Kegiatan evaluasi seperti pertemuan rutin atau rapat bulanan harus dilaksanakan karena dari evaluasi tersebut dapat memecahkan atau mencari jalan keluar atas suatu permasalahan terkait *dispute* klaim secara lebih cepat, kemudian sebagai penyampaian informasi terkait pernyataan apabila ada perubahan kebijakan baru sehingga akan mudah disampaikan serta sebagai alat koordinasi internal dan eksternal untuk menghindari perbedaan persepsi (Direktur Jenderal Otonomi Daerah Departemen Dalam Negeri, 2007).

Evaluasi memberikan informasi tingkat kemajuan dalam mencapai sebuah tujuan, berdasarkan evaluasi secara spesifik hasil evaluasi bisa mengetahui (1) tingkat penguasaan seseorang terhadap kompetensi yang ditetapkan berdasarkan standar dan kebutuhan organisasi, (2) Mengidentifikasi kendala yang dihadapi sehingga dapat dilakukan diagnosa serta memberikan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan objek evaluasi. (3) Mengukur tingkat efisiensi sebuah media, metode maupun sumber daya lainnya dalam pelaksanaan sebuah kegiatan dan (4) memberikan umpan balik dan informasi penting untuk memperbaiki kekurangan sebagai dan sebagai acuan dalam pengambilan keputusan.

Gambaran Penyelesaian *Dispute* Klaim Rawat Inap Pasien *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19) Bulan April-Juli 2020 di RSUD Ajibarang

Penyelesaian yang dilakukan untuk mengatasi *dispute* klaim di RSUD Ajibarang dilaksanakan dengan beberapa tahapan yaitu penerimaan informasi adanya *dispute* klaim dan dianalisa penyebabnya. Hasil analisa dikoordinasikan dengan tim penyelesaian guna tindak lanjut sesuai dengan kewenangan. Jika penyebab *dispute* berhubungan dengan coding atau data sosial maka langkah penyelesaian dilakukan oleh bagian rekam medis. Namun jika penyebab *dispute* berhubungan dengan medis, maka penyelesaian dilakukan oleh bagian pelayanan dan keperawatan. Setelah dikerjakan dan diperbaiki, berkas klaim tersebut diajukan kembali untuk diverifikasi.

Pelaksanaan alur yang ada sesuai dengan Kepmenkes nomor HK.01.07/MENKES/446/2020 dan alur penyelesaian teknis pada prosiding DPD Pormiki Jawa Tengah dengan tema “Kupas Tuntas *Dispute* Klaim BPJS dan COVID-19” pada 22 November 2020.

4. Simpulan dan Saran

Faktor penyebab *dispute* klaim berdasarkan input masih terdapat kendala pada faktor teknologi, di mana SIMRS yang digunakan terkadang tidak menampilkan data yang dibutuhkan dan jaringan internet yang terganggu, pada SDM dibutuhkan minimal lulusan perekam medik guna memperlancar proses input data sesuai ketentuan. Sedangkan faktor penyebab *dispute* klaim berdasarkan proses, masih terdapat kendala pada faktor perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi perlu penyusunan SOP khusus terkait kasus bencana dalam pengentrian klaim COVID-19.

Disarankan pimpinan rumah sakit untuk memberikan pelatihan tambahan terkait entri data pada INACBGs dan SIMRS apabila tidak bisa menambah SDM dengan latar belakang minimal DIII

perekam medis dan penyusunan SOP terkait penanganan penyakit akibat bencana atau *force majeure*.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kami sampaikan kepada Tim Sub-P2M Jurusan RMIK Poltekkes Kemenkes Semarang atas dukungannya demi kelancaran penelitian kami.

6. Daftar Pustaka

- Halawa, V. &. (2018). Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*.
Jurnal Sekolah Tinggi Ilmu Nobel Indonesia.
- KBBI. (2019). Kamus Besar Bahasa Indonesia (Online). Retrieved from <https://kbbi.web.id/sarana>
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/446/2020 tentang Petunjuk Teknis Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). (2020). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nabila, S. F. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 519-528.
- Sukamto, E. N. (2019). Faktor Penghambat Elektronik Klaim BPJS di Rawat Inap RSUD Ibnu Sina Gresik.
- Utaminingsih, A. (2014). Perilaku Organisasi Kajian Teoritik & Empirik Terhadap Budaya Organisasi, Gaya Kepemimpinan, Kepercayaan dan Komitmen. Malang: UB Press.

Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD dr. Adnaan Wd Payakumbuh Tahun 2021

Review of Code Accuracy with Pending Claims of BPJS Health in Patients at RSUD dr. Adnaan Wd Payakumbuh 2021

Oktamianiza¹
Isya Apda Reza²

^{1,2} D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Dharma Landbouw Padang
Jl. Jhoni Anwar No. 29F Ulak Karang Padang, Sumatera Barat
e-mail : oktamianiza@gmail.com

Abstract

The accuracy of the coding of a diagnosis is influenced by the clarity of writing and the completeness of the diagnosis. The right diagnosis will produce the right code data as well. If there is an error in coding, this will have an impact on claims for health care costs. This research was conducted at the Regional General Hospital dr. Adnaan WD Payakumbuh. This type of research is descriptive qualitative with in-depth interviews with the head of the medical record installation, inpatient coder, and case mix officers. The results showed that there were 3 human resources related to coding with educational qualifications of D3 Medical Record, coding SOPs and case mix SOPs already existed and had been implemented, the implementation of coding training was carried out, the implementation of the disease diagnosis code was still constrained because the resume did not match the status, insufficient supporting data, and incorrect placement of primary and secondary diagnoses, it takes several days for the revision of pending claims to be carried out to the doctor in charge of the patient (DPJP). In addition, the coder still has difficulty in reading the doctor's diagnosis, thus affecting the quality of the code and having an impact on pending claims.

Keywords: code accuracy; SOP; pending claim; BPJS health

Abstrak

Ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosa dipengaruhi oleh kejelasan penulisan dan kelengkapan diagnosa. Diagnosa yang tepat akan menghasilkan data kode yang tepat pula. Apabila terjadi kesalahan dalam pengodean hal ini akan berdampak terhadap klaim biaya pelayanan kesehatan. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adnaan WD Payakumbuh. Jenis penelitian ini adalah kualitatif deskriptif dengan wawancara mendalam dengan kepala instalasi rekam medis, coder rawat inap, dan petugas case mix. Hasil penelitian menunjukkan bahwa SDM terkait koding sudah ada sebanyak 3 orang dengan kualifikasi pendidikan D3 Rekam Medis, SOP pengkodean dan SOP case mix sudah ada dan sudah dilaksanakan, pelaksanaan pelatihan pengkodeans ada dilaksanakan, pelaksanaan kode diagnosa penyakit masih terkendala dikarenakan resume yang tidak sesuai dengan status, data penunjang anamesa yang kurang, serta penempatan diagnosis utama dan diagnosis sekunder tidak tepat, pelaksanaan revisi klaim pending diperlukan waktu beberapa hari untuk ke dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Disamping itu koder masih kesulitan dalam membaca diagnosa dokter, sehingga mempengaruhi kualitas kode dan berdampak terhadap pending klaim.

Kata Kunci : ketepatan kode; SOP; pending klaim; BPJS kesehatan

1. Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat berdasarkan Permenkes 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Rumah sakit didirikan, dimiliki dan diselenggarakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan swasta. Rumah sakit perlu meningkatkan kualitas dalam pelayanan kesehatan dengan dukungan dari berbagai aspek yang terkait salah satunya melalui penyelenggaraan rekam medis kesehatan (Permenkes No.3, 2020).

Rekam medis digunakan sebagai bukti tertulis atas seluruh tindakan serta pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien, dan sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan yang ikut serta dalam menangani serta merawat pasien. Rekam medis harus diselenggarakan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan pemerintah (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008), jika tidak terlaksana akan mengurangi mutu pelayanan dari unit rekam medis itu sendiri. Ada beberapa tahapan yang dilalui dalam pengelolaan rekam medis diantaranya adalah coding.

Coding merupakan salah satu bagian dari unit rekam medis yang mempunyai fungsi memberi kode pada diagnosis utama yang sesuai dengan aturan *ICD-10*. Tujuan penggunaan *ICD-10* ialah untuk menyeragamkan nama dari golongan penyakit serta faktor yang mempengaruhi kesehatan, manfaat *ICD-10* untuk mempermudah perekam yang sistematis, analisa, interpretasi dan perbandingan data, sedangkan dalam kegiatannya dapat mempermudah pelayanan dan penyajian informasi, tujuan epidemiologi umum dan manajemen kesehatan. (Abiyasa et al., 2012)

Pelaksanaan pengodean yang dilakukan pada berkas rekam medis harus dilakukan dengan sangat teliti lengkap dan akurat sesuai dengan kode diagnosis yang ada dalam *ICD-10*. Diagnosis harus

digunakan dokter dalam menyebutkan suatu penyakit yang diderita oleh seorang pasien atau suatu keadaan yang menyebabkan seorang pasien memerlukan atau menerima asuhan medis dengan tujuan untuk memperoleh pelayanan pengobatan, mencegah suatu masalah kesehatan menjadi buruk dan juga untuk peningkatan kesehatan (Oktamianiza, 2020).

Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan serta verifikasi pelayanan kesehatan. Kelengkapan dokumen klaim BPJS yang terdapat di rumah sakit meliputi rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, dan bukti pelayanan lainnya. Pihak rumah sakit berkewajiban untuk melengkapi dokumen persyaratan klaim BPJS Kesehatan sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk memperoleh penggantian biaya perawatan pasien sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's)*. (Valentina & Halawa, 2018)

Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi akan mengakibatkan keterlambatan dalam pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak dapat diklaim. Setelah tahapan verifikasi, BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk dapat diperiksa dan nantinya akan diajukan kembali pada bulan berikutnya. (Valentina & Halawa, 2018)

Data hasil survey awal yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum dr. Adnaan WD Payakumbuh pada tanggal 25 Februari 2021, peneliti mendapatkan permasalahan yang berhubungan dengan pending klaim berdasarkan berita acara verifikasi klaim di bulan September dan Oktober 2020, dari 44 berkas klaim pending pasien rawat inap, sebanyak 26 berkas merupakan kesalahan coding, 10 berkas

merupakan ketidaklengkapan pemeriksaan penunjang, 5 berkas karena salah *entry*, dan 3 berkas oleh administrasi.

2. Metode

Partisipan pada penelitian ini adalah 1 Kepala Rekam Medis, 2 *Coder* Rawat Inap, dan 1 petugas *Case Mix*. Cara pengumpulan data dalam penelitian menggunakan wawancara mendalam kepada partisipan dengan menggunakan tape recorder untuk merekam hasil wawancara dari partisipan serta pedoman wawancara yang digunakan sebagai panduan bagi peneliti dalam mengajukan pertanyaan sesuai dengan tujuan penelitian. Analisa data dalam penelitian ini meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan. (Sugiyono, 2015).

3. Hasil Dan pembahasan

Adapun jumlah informan dalam penelitian ini ada empat orang. Yakni kepala unit rekam medis, *Coder* Rawat inap dan petugas *Case Mix*. Setelah dianalisis maka ditemukan enam komponen sebagai hasil dari penelitian.

Komponen Input

a. SDM

Terkait dukungan dari rumah sakit terhadap pelaksanaan klaim seperti adanya pelatihan koding. Berdasarkan kutipan wawancara mendalam dengan informan yaitu sebagai berikut: *"Ada, karna sekarang pandemi jadi hanya lewat daring saja"*. (Informan 1). *"Dulu ada sekarang enggak, sekarang karna pandemi tidak di lakukan"*. (informan 2). *"Pelatihan ada karena masa pandemi ini kan lewat zoom aja"*. (informan 3)

Terkait seperti apa pengkodean yang tepat. Berdasarkan kutipan wawancara mendalam dengan informan yaitu sebagai berikut: *"Kode yang tepati tu menurut kak mengkode dengan diagnosa sesuai dengan yang ditulis dokter dan sesuai dengan panduan buku ICD-10, sesuai dengan aturan kaidah kodenya"*. (informan 2). *"Kan di rumah sakit ini ada tim verifikasinya ya, Kami sebagai koder*

tentu apa yang ditulis dokter sesuai itu yang di koding, Diagnosa Utama, Diagnosa Sekunder, dan penunjangnya. Nantik setelah sama kami kan nantik di verifikasi sama tim JKNnya ada dokternya, bisalah anamesanya terus terapi prosedurnya ini sesuai gak kodingnya yang dibuat DPJPnya". (informan 3)

Berdasarkan wawancara mendalam kepada partisipan pernah ikut serta dalam pelatihan terkait koding, namun itu dilaksanakan hanya melalui daring (zoom). Menurut *coder* pengkodean yang tepat yaitu mengkode sesuai dengan aturan kaidah kode dengan panduan buku ICD-10 dan mengkode sesuai dengan diagnosa utama, sekunder, dan penunjang yang telah di isi DPJP.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan (Fadlillah et al., 2020) tentang "Evaluasi Kinerja Petugas Koding & Klaim JKN RI di RSUP DR. Hasan Sadikin Bandung" menjelaskan kinerja petugas koding & klaim JKN RI. Dijelaskannya bahwa hasil yang didapatkan yaitu petugas koding dan klaim JKN rawat inap tidak pernah mendapatkan reward dari pimpinan apalagi mendapat pujian dan sertifikat penghargaan atas kinerja yang mereka capai sudah sesuai dengan prosedur yang ada, petugas koding dan klaim JKN rawat inap sudah pernah mengikuti pelatihan dan 3 kali seminar tentang rekam medis khususnya tentang Kodifikasi, sudah adanya SPO mengenai pelaksanaan koding dan klaim JKN rawat inap sehingga dapat memudahkan petugas dalam menjalankan tugasnya.

b. SOP

Terkait SOP pengkodean yang ada di rumah sakit. Berdasarkan kutipan wawancara mendalam dengan informan yaitu sebagai berikut: *"SOPnya ada"*. (informan 1). *"ada SOPnya"*. (informan 2). *"ada dek"*. (informan 3). *"ada dek"*. (informan 4).

Berdasarkan wawancara mendalam kepada informan di RSUD

dr. Adnaan WD Payakumbuh terkait kegiatan pengkodean dan juga pengklaiman apakah SOP sudah dijalankan. Berdasarkan kutipan wawancara mendalam dengan informan yaitu sebagai berikut: "Sudah, sudah sesuai". (informan 1). "Sudah, sesuai". (informan 2). "Sudah, sudah sesuai SOP". (informan 3). "Sudah, kita kerja ini sesuai dengan SOP". (informan 4)

Dapat disimpulkan bahwa untuk SOP berdasarkan wawancara mendalam mengenai SOP informan mengatakan ada SOP nya dan sudah dijalankan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sulisna, 2018) tentang "Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Kerja di Unit Kerja Rekam Medis RSUD DR.M.Djoelham Binjai" menjelaskan bahwa Standar Prosedur Operasional (SPO) rekam medis sangat berpengaruh kepada Rumah sakit dan juga kepada pasien karena berkas rekam medis memiliki nilai terhadap administrasi, hukum, penelitian, dokumentasi, dan medis.

Suatu standar/pedoman tertulis yang dipergunakan untuk mendorong dan menggerakkan suatu kelompok untuk mencapai tujuan organisasi. Standar operasional prosedur merupakan tatacara atau tahapan yang dibakukan dan yang harus dilalui untuk menyelesaikan suatu proses kerja tertentu. Standar operasional prosedur adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. (Sulisna, 2018).

Komponen Proses

a. Pelaksanaan kode diagnosa penyakit pasien rawat inap

Kendala yang dialami terkait pelaksanaan pengkodean. Berdasarkan kutipan wawancara mendalam dengan informan yaitu sebagai berikut: "Kendalanya itu, isi resume dengan status, kadang ada diagnosa utama di resumenya lain didalamnya lain atau memang belum ditulis atau lupa. Yang penting kita menyamakan antara resume dan statusnya. Intinya harus sama harus sinkron ya kan." (Informan 2). "Kendalanya ya ada sebagian di tulisan dokter, biasa kalau itu bisa tanya kepada teman, kalau gak sama dokter yang memverifikasikan, kalau betul betul memang ada keraguan di penulisannya tanya sama dokter yang berkaitan, sama dokter DPJPnya. Mungkin kalau misalnya ada yang gak lengkap atau beda misalnya di resume sama di statusnya itu di kembalikan ke DPJP dikembalikan ke ruangnya, nanti admin ruangan yang memeriksa kelengkapan tadi". (Informan 3). Berdasarkan wawancara mendalam mengenai pelaksanaan kode diagnosa penyakit masih terdapat kendala seperti pengisian resume yang tidak sesuai dengan status, penulisan diagnosa masih sulit terbaca oleh coder.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Kusumawati & Pujiyanto, 2018) tentang "faktor-faktor penyebab pending klaim rawat inap di RSUD Koja" menjelaskan ketidaklengkapan pengisian resume medis. Dijelaskan bahwa hasil yang didapatkan yaitu penyebab DPJP tidak dapat mengisi resume medis lengkap adalah waktu yang terbatas sedangkan jumlah pasien yang ditangani banyak, dan DPJP masih belum memahami kelengkapan data resume medis yang berhubungan dengan diagnosis. BPJS Kesehatan akan meminta konfirmasi apabila tidak terdapat data yang dibutuhkan dalam resume medis untuk proses verifikasi. Proses verifikasi membutuhkan kelengkapan data dalam resume medis yang menunjang diagnosis baik diagnosis primer maupun sekunder, yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik dan tanda - tanda vital, pemeriksaan

laboratorium, pemeriksaan radiologi beserta interpretasinya, tindakan spesifik, dan terapi. Semua hal tersebut harus sesuai dengan diagnosis pada resume medis. Apabila ada diagnosis yang tidak disertai pemeriksaan yang sesuai ataupun tanpa hasil pemeriksaan, maka berkas tersebut akan pending dan dikembalikan ke rumah sakit untuk konfirmasi.

b. Ketepatan kode diagnosa penyakit yang menyebabkan klaim pending

Berkas klaim pending akibat koding yang masih mengalami kendala saat diperbaiki. Berdasarkan kutipan wawancara mendalam dengan informan yaitu sebagai berikut: *"Ya seperti kelengkapan kodingnya, terus diagnosa ini tidak ada penunjang anamesanya terus dilengkapi sesuai dengan diagnosa yang tertera disini. Kelengkapan diagnosa prosedurnya, pengobatannya, obat pulangnya juga harus lengkap"* (informan 2). Ada kendala, seperti penempatan diagnosa utama dan sekunder yang klaim pending itu ada konfirmasi lagi ke DPJP-nya kadangkala DPJP-nya lagi cuti, tapi itu biasanya di informasikan dan di serahkan". (informan 3).

Maka dapat disimpulkan bahwa berkas klaim pending akibat koding yang masih mengalami kendala saat diperbaiki menyatakan terkendala karena kelengkapan koding, penunjang anamesa kurang, dan penempatan diagnosa utama dan sekunder.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Supriadi & Rosania, 2019) tentang "tinjauan berkas klaim tertunda pasien jkn rumah sakit hermina ciputat" menjelaskan selain itu terdapat 68 berkas tertunda dikarenakan tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan. Untuk hal ini kebanyakan dikarenakan kode diagnosa yang tidak sesuai. Terdapat 2 kode diagnosa yang digabung jadi 1, tidak ada kode diagnosa, dan kode diagnosa terhapus.

Kelengkapan penulisan diagnosa pada resume medis juga dapat

membantu coder dalam melaksanakan pengkodean klinis. Penulisan diagnosa yang lengkap dan spesifik dapat menjamin ketepatan pengkodean klinis. Selain itu, resume medis juga digunakan oleh pihak ketiga berupa asuransi untuk mengetahui kualitas asuhan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis terhadap pasien pada suatu institusi kesehatan

c. Pelaksanaan pengodean dan ketepatan kode diagnosa penyakit pada klaim pending

Terkait pelaksanaan yang dilakukan untuk mengurangi terjadinya pending klaim akibat koding. Berdasarkan kutipan wawancara mendalam dengan informan yaitu sebagai berikut: *"Untuk mengurangi klaim pending, DPJP harus melengkapi pengisian berkas rekam medis selengkap-lengkapnyanya. Di perbaiki kembali, dikaji ulang lagi dimana letak kesalahan, mana yang kurang."* (informan 2). *"Kalau kesalahan koding ya itu konfirmasi lagi nanti lagi dengan tim JKN verifikasi, kalau kesalahan koding itu langsung kami yg perbaiki, tapi kalau memang ada yang tidak cocok diagnosanya itu pergi ke DPJP"*. (informan 3). *"Klaim pending itu nanti dikembalikan oleh BPJS kesini, BPJS memberikan keterangan pendingnya dikarenakan apa. Misalnya pending dari IGD, tetapi kasus pendingnya bukan pending IGD, misalnya kode kak Dewi nanti dia merujuk ke status, diambilnya status, diberikannya ke dokter verifikator IGD ibuk Dila jadi ibuk nya menambahkan kasus IGDnya"*. (informan 4).

Berdasarkan kutipan wawancara mendalam terkait berapa lama perbaiki klaim pending dengan informan yaitu sebagai berikut: *"Kalau 1 berkas itu sehari, tapi kalau untuk pending karena anamesa dokter atau penempatan diagnosa itu butuh waktu lama kadang dokter tidak ada, paling lama itu seminggu lah kalau yang pending karena medis, karna diagnosa medis atau anamesa, tapi kalau ketepatan koding itu sehari udah siap"*. (informan 2). *"Biasanya secepatnya"*

kami langsung proses, misalnya yang dikasih klaim pending itu. Dia biasanya gitu terkait pencairan misalnya klaim itu sudah diserahkan di bulan Juni nanti diproseslah oleh orang BPJSnya setelah nanti 15 hari baru muncul klaim pendingnya, nanti diproses juga lah klaim pending itu nanti kan di carikan lagi, sekarang kan ndak berkas ini ke BPJS, hasil scannya kan. Nanti datanya dicarikan lagi klaimnya ini sama tim JKN. Mungkin dalam pencarian ini yg agak lama, kalau dulu udah dipisahkan ini yg pending berkasnya di pulangkan, sekarang tu enggak, dicariin lagi berkasnya atau lewat data scan". (informan 3).

Maka dapat disimpulkan bahwa untuk mengurangi terjadinya pending klaim akibat coding menyatakan diperbaiki kembali, dikaji ulang dimana kesalahannya. kesalahan coding diperbaiki coder biasanya sehari siap, tapi jika ada yang tidak cocok diagnosanya itu pergi ke DPJP akan butuh waktu berhari-hari setelah itu perbaikan dikembalikan ke tim verifikator. kegiatan monitoring dan evaluasi terkait pelaksanaan kualitas coding belum pernah dilakukan dikarenakan kegiatan pelaksanaan kualitas coding belum pernah dilakukan oleh pihak rumah sakit sampai saat sekarang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Pardede et al., 2020) tentang kelengkapan resume medis dan keakuratan kode diagnosis BPJS rawat inap di RSUD dr. M. Djamil Padang, Indonesia menyatakan, berdasarkan checklist observasi dalam kelengkapan resume medis dan keakuratan diagnosa klaim masih belum maksimal, masih terdapat ketidaklengkapan resume medis dan kode diagnosa yang di pending oleh pihak BPJS. Namun resume yang tidak lengkap serta kode yang tidak akurat tersebut masih bisa di perbaiki, perbaikan dilakukan secara bersama-sama oleh dokter, coder dan case manager.

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah oleh karenanya harus diagnosis yang ada dalam rekam medis diisi lengkap dan jelas sesuai arahan yang ada pada buku ICD-10. Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas coding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan. Untuk perbaikan berkas ini dilakukan revisi kode diagnosa yang sesuai lalu mencantumkan kode diagnosa untuk berkas yang belum tercantum kode diagnosanya (Oktavia & Azmi, 2019).

Berdasarkan hasil wawancara yang telah peneliti lakukan jika kesalahan kode akan langsung diperbaiki oleh koder, setelah itu diberikan kembali ke tim JKNnya. Pengisian rekam medis pasien yang lengkap harus menjadi perhatian baik DPJP, atau PPA agar dapat mengoptimalkan terlaksananya pelayanan, komunikasi, dan koordinasi serta biaya pelayanan pasien. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi diharapkan untuk meminimalisir terjadi pending klaim dimasa yang akan datang.

Komponen Output

a. Pending Klaim

Terkait syarat pengajuan klaim. Berdasarkan kutipan wawancara mendalam dengan informan yaitu sebagai berikut: *"Ada SEPnya biasanya kalo pasien dari poli nanti ada SEP dari rawat inap, rincian pembiayaannya, yang paling penting itu resumennya, kalau dia ada tindakan operasi lembaran op nya, nah terus ini obat, terus rincian biaya rawat inap, identitasnya seperti KTP sama kartu*

BPJSnya, dan surat permintaan rawat inap. Boleh KTP boleh KK, tambahan lagi untuk pasien stroke haemorrhagic itu harus ada lembaran ct-scan, yang berhubungan dengan diagnosa CAP." (informan 3). "KTP, resume, permintaan rawat inap, billing obat, billing tindakan, SEP. Di resume tu harus lengkap dibuekan, di resume pulng pasien yang rawat inap tu mulai dari asesmennyo, nyo masuak dari IGD atau dari poli harus lengkap, tekanan darahnya bara, ikonyo bara, lah diagiah terapi apo partamonyo, diagnosanyo lengkap, tindakannyo lengkap, dikode sudah tu tanda tangan dokter ado, nama dokter ado, sudah tu ado disuruah kembali tanggal bara untuak kontrol nyo kek gitulah. Tapi itu tu semua scananannyo soalnya untuak yg berkasnyo disimpan rumah sakit hasil scan yang dikirim ka BPJS." (informan4).

Berdasarkan kutipan wawancara mendalam terkait dampak klaim pending dengan informan yaitu sebagai berikut: "Pembayaran terlambat, kalau dipending sekian hari pula baru di cairkan." (informan 2). "Berkuranglah pencairan, dalam sistem pembagiaan jasa medis, kalau misalnya jumlah klaimnya banyak pending otomatisakan pembagian jasa medis kan berkurang gitu." (informan 3). "Dampak yang pertama itu tidak di bayar jasa rumah sakit, rumah sakit rugi, sedangkan kita sudah memberikan pelayanan ke pasien obat habis, semua sudah habis. Jadi dampaknya tidak dibayarkan. Itu jadi pembelajaran juga, kasus kasus itu sudah terbaca, jadi kasus kayak gini gak bisa dibayarkan." (informan 4)

Maka dapat disimpulkan bahwa syarat klaim seperti KTP, SEP, billing, pemeriksaan penunjang, resume kemudian syaratnya akan di scan dan dikirim ke BPJS untuk dokumen asli akan disimpan di rumah sakit. Terkait dampak pending klaim sangat berpengaruh pada terlambatnya pencairan dana, pembayaran jasa medis akan berkurang.

Klaim BPJS Kesehatan adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit

kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, namun untuk berkas yang tidak layak klaim atau pending (unclaimed) harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. (Nabila et al., 2020).

Berdasarkan hasil wawancara yang telah peneliti lakukan dampak rumah sakit akibat pending klaim yaitu terganggunya arus pendanaan rumah sakit yang mana rumah sakit telah memberikan pelayanan namun akibat pending pelayanan tersebut masih terpending dan belum bisa dibayarkan oleh pihak BPJS. Pending klaim juga berdampak pada jasa medis petugas juga akan berkurang. Pending klaim juga menyita waktu petugas untuk merivisi kembali berkas yang pending agar dana pending bisa dicairkan.

4. Kesimpulan dan Saran

1. Komponen *Input*

- a. Sumber Daya Manusia (SDM) sudah cukup dengan jenjang pendidikan terakhir yaitu D-3 rekam medis. Pelatihan koding hanya dilakukan daring pada saat pandemi.
- b. Standard Operasional Prosedur (SOP) koding, dan pengolahan data case mix sudah ada dan sudah dijalankan namun coder masih kesulitan dalam membaca tulisan dokter.

2. Komponen *Proses*

- a. Pelaksanaan pengkodean masih ada kendala dikarenakan resume yang tidak sesuai dengan status, penulisan diagnosa dokter yang sulit terbaca.
- b. Ketepatan koding terkendala pada kelengkapan koding, penunjang anamesa yang kurang, dan penempatan diagnosa utama dan sekunder.

- c. Pelaksanaan pengodean dan ketepatan kode pada klaim pending diperlukan perbaikan oleh coder, dokter dan tim verifikator untuk diajukan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan.
3. Komponen *Output*
Dampak akibat pending klaim yaitu terganggunya arus pendanaan rumah sakit yang telah memberikan pelayanan, serta jasa medis petugas juga akan berkurang.

Adapun saran terkait hasil penelitian ini adalah :

1. Sebaiknya instalasi rekam medis mengadakan pertemuan antara dokter, coder dan tim verifikasi untuk menyamakan persepsi tentang kelengkapan pengisian rekam medis dan koding guna tercapainya pengklaiman lebih baik lagi.
2. Rumah sakit perlu mengadakan kegiatan pelatihan khususnya pengkodean, untuk meningkatkan kinerja petugas rekam medis.
3. Rumah sakit perlu mengadakan monitoring dan evaluasi kinerja petugas secara berkala mengenai ketepatan pengkodean, kelengkapan syarat klaim dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pengisian lembar yang menjadi syarat yang diajukan pada BPJS. Sehingga hal tersebut dapat meminimalisir terjadinya pending klaim.

5. Ucapan Terima Kasih

Pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada Ketua Program Studi dan Ketua STIKES Dharma Landbouw yang telah banyak membantu sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini dan pihak-pihak yang telah memberikan masukan dan bantuan kepada peneliti.

6. Daftar Pustaka

- Abiyasa, M. T., Ernawati, D., & Kresnowati, L. (2012). Hubungan Antara Spesifisitas Penulisan Diagnosis Terhadap Akurasi Kode Pada RM 1 Dokumen Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. *Jurnal Visikes*, 11(2), 99-104.
- Fadlilah, nur amaliyatul, Ardianto, efri tri, & Farlinda, S. (2020). *Evaluasi Kinerja Petugas Koding & Klaim JKN di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung*. 1(4), 575-581.
- Frista, T. E., & Maisharoh. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Pengkodean Diagnosa Penyakit. *Administration & Health Information of Journal*, 1(2), 145-150.
- Herman, L. N., Farlinda, S., Ardianto, E. T., & Abdurachman, A. S. (2020). Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Di RSUP Dr. Hasan Sadikin. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 575-581. <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/j-remi/article/view/2030>
- Kusumawati, ayu nadya, & Pujiyanto. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25-28.
- Nabila, S. F., Santi, M. W., & Daharjo, A. (2020). *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo*. 1(4), 492-501.
- Oktavia, N., & Azmi, ici nur. (2019). Gambaran Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Dokumen Rekam Medik Pasien Skizofrenia Di RSKJ Soeprapto Bengkulu. *Akademi Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu*, 1(1), 41-57. http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ و رسانه های نوین&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chkh

- ashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component%0Ahttp://www.albayan.ae%0Ahttps://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=APLIKASI+PENGENA
- Oktamianiza. (2020). Literatur Riview Tentang Faktor Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar BPJS Kesehatan di RS. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda*, 322-327.
- Pardede, R., Hamama, L., & Edison. (2020). Kelengkapan Resume Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rsup Dr. M. Djamil Padang, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Medika Sainika*, 11(2), 300. <https://doi.org/10.30633/jkms.v11i2.787>
- 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). <https://doi.org/10.33560/.v3i2.88>
- Permenkes No.3. (2020). *Permenkes RI No 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit perlu disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan hukum*. 3, 1-80.
- PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008. (2008). Permenkes RI No 269/MENKES/PER/III/2008. In *Permenkes Ri No 269/Menkes/Per/lii/2008* (Vol. 2008, p. 7).
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan, Pendekatan Kuantitatif Kualitatif dan R&D*.
- Sulisna, A. (2018). *Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional kerja di Unit Kerja Rekam Medis RSUD dr. R.M.Djoelham Binjai*. 1(2), 87-94.
- Supriadi, & Rosania, S. (2019). Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018. *Jurnal Vokasi Indonesia*, 7(2), 19-26. <https://doi.org/10.7454/jvi.v7i2.145>
- Valentina, & Halawa, M. N. S. (2018). Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 3(2), 480-485.

Analisis Pelaksanaan SIMRS pada Unit Kerja Rekam Medis dengan Metode *Technology Acceptance Model (TAM)*

Analysis of Implemetation SIMRS in Medical Recording Unit with Technology Acceptance Model (TAM) Method

Deni Maisa Putra¹
Chairunnisa Mufli Hunna²
Washi Fadhila³

^{1,2,3} *Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKES Dharma Landbouw Padang
Dengan Alamat Jl. Jhoni Anwar No. 29 Ulakkarang Padang, Sumatera Barat
e-mail: denimaisaputra@gmail.com*

Abstract

Hospital Management Information System (SIMRS) is an application system used in the management of hospital services aimed at improving health services. The success of an information system depends on how users are willing to accept and use it to achieve organizational goals. The purpose of this study was to find out how the SIMRS was implemented in the medical record work unit with the TAM method. The method used in this study is a literature study to examine journals regarding the implementation of SIMRS in the medical record work unit with the tam method, the data collection used is using secondary data and analyzed descriptively by describing the existing facts, data analysis was carried out by looking for similarities, dissimilarities, views, summaries of several studies. The results of the 12 literature study journals show that in terms of the SIMRS components, they are not adequate and sufficient in providing services. The acceptance of the system by the user from the aspect of usefulness and the aspect of ease of knowing that the information system is already useful for users and easy to operate. The acceptance of the system from the attitude of the user is quite satisfied with the existence of the information system. Acceptance of information systems from the user's behavioral intentions assume good and have a desire to motivate other users. In addition, the acceptance of information systems depends on the real conditions of users where the information system increases their productivity which is reflected in the real conditions of use. To maintain user acceptance of the information system, it is hoped that the hospital will conduct regular training to improve user skills in order to avoid errors that can arise in the future and the hospital must meet the information system components to support the implementation of SIMRS.

Keywords: implementation of SIMRS; medical record and health information; technology acceptance model (TAM)

Abstrak

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan suatu aplikasi sistem yang digunakan dalam pengelolaan pelayanan rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Keberhasilan suatu sistem informasi tergantung bagaimana pengguna bersedia menerima dan menggunakannya untuk mencapai tujuan organisasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana Pelaksanaan SIMRS Pada Unit Kerja Rekam Medis Dengan Metode TAM. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi literatur untuk menelaah jurnal mengenai pelaksanaan SIMRS pada unit kerja rekam medis dengan metode tam, pengumpulan data yang digunakan yaitu menggunakan data sekunder dan dianalisis secara deskriptif yang dilakukan dengan cara mendeskripsikan fakta-fakta yang ada, analisa data dilakukan dengan mencari

kesamaan, ketidaksamaan, pandangan, ringkasan terhadap beberapa penelitian. Hasil dari 12 jurnal studi literatur bahwa dari segi komponen SIMRS belum memadai dan mencukupi dalam melakukan pelayanan. Penerimaan sistem oleh pengguna dari aspek kebermanfaatan dan aspek kemudahan diketahui sistem informasi tersebut sudah bermanfaat bagi pengguna dan mudah dioperasikan. Penerimaan sistem dari sikap pengguna cukup puas dengan adanya sistem informasi. Penerimaan sistem informasi dari niat perilaku pengguna berasumsi baik dan memiliki keinginan untuk memotivasi pengguna lain. Selain itu, penerimaan sistem informasi tergantung pada kondisi nyata pengguna dimana sistem informasi meningkatkan produktifitas mereka yang tercermin dari kondisi nyata penggunaan. Untuk tetap mempertahankan penerimaan pengguna terhadap sistem informasi tersebut, diharapkan pihak rumah sakit melakukan pelatihan secara berkala untuk meningkatkan keterampilan pengguna agar terhindar dari kesalahan yang bisa muncul kedepannya dan rumah sakit harus memenuhi komponen sistem informasi untuk menunjang pelaksanaan SIMRS.

Kata Kunci : pelaksanaan SIMRS; rekam medis & informasi kesehatan; technology acceptance model (TAM)

1. PENDAHULUAN

Salah satu parameter untuk menentukan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah data atau informasi dari rekam medis yang baik dan lengkap. Indikator mutu rekam medis yang baik adalah kelengkapan isi, akurat, tepat waktu dan pemenuhan aspek persyaratan hukum. Oleh sebab itu dalam pengelolaan rekam medis, setiap rumah sakit selalu mengacu kepada pedoman atau petunjuk teknis pengelolaan rekam medis yang dibuat oleh rumah sakit yang bersangkutan (Giyana, 2012).

Untuk memberikan pelayanan yang lebih berkualitas kepada pasien, rumah sakit membutuhkan sebuah sistem informasi (SI). Sistem Informasi (SI) mendukung alur kerja klinis dengan berbagai cara yang ada dan membantu meningkatkan perawatan pasien (Setiaji & Wahid, 2015). Tujuan pembuatan sistem informasi ialah untuk memudahkan pengolahan dan penyimpanan data sehingga menghasilkan informasi yang akurat dan tepat.

Berdasarkan Permenkes RI No. 1171/MENKES/PER/IV/2011 pasal 1 ayat 1 mengatur bahwa "Setiap rumah sakit wajib memiliki Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)". Oleh karena itu, rumah sakit mulai menerapkan sistem informasi

manajemen rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) ialah kumpulan dari beberapa kegiatan dan prosedur, dimana kegiatan prosedur dan kegiatan tersebut diatur dan saling terkait serta saling bergantung untuk memberikan informasi yang akurat dan tepat waktu. SIMRS dapat digunakan untuk mendukung proses fungsi manajemen dan membantu pengambilan keputusan. SIMRS memiliki banyak komponen antara lain, sumber daya manusia (SDM), perangkat keras (*hardware*), perangkat lunak (*software*), data, dan jaringan (Suyanto dkk, 2014).

Menurut penelitian Husni & Putra (2019), tentang "Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Pada Unit Kerja Rekam Medis Di Rsu 'Aisyiyah Padang'" menyatakan bahwa di antara faktor manusia terdapat kekurangan tanggung jawab dan disiplin personal untuk menginputkan data pasien. Di antara komponen organisasi diperlukan dukungan manajemen untuk meningkatkan kinerja, meningkatkan kualitas tenaga pelayanan medis, serta mereview dan mengevaluasi SOP dalam penerapan SIM rekam medis. Walaupun masih terdapat beberapa kendala dalam penyelenggaraan SIM rekam medis,

namun dari sisi teknologi penerapan SIM rekam medis sudah cukup baik.

Sejalan dengan penelitian D. M. Putra & Vadriasmu (2020), tentang “Analisis Penerapan Sistem Informas Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di TPPRJ Menggunakan Metode UTAUT Di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang” menyatakan bahwa penerapan SIMRS di TPPRJ berjalan dengan lancar dan sangat membantu petugas untuk meningkatkan efisiensi kerja. Namun, dalam implementasinya masih terdapat beberapa personal yang belum bertanggung jawab atas entri data dan tindakan disipliner. Hal ini disebabkan kurangnya dukungan dan motivasi dari manajemen kepada petugas.

Didukung oleh penelitian Afonso et al., (2017), tentang “Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Tk.III Dr. R. Soetarto Yogyakarta” menyatakan bahwa sebagian besar sumber daya manusianya tidak dapat menggunakan SIMRS. Hal ini dikarenakan kebiasaan karyawan yang sebelumnya masih menggunakan sistem manual membuat mereka sulit beradaptasi dengan kondisi tersebut. Selain itu, sumber daya manusia (staf IT) masih kurang atau tidak tersedia (D. M. Putra et al., 2021).

Keberhasilan suatu sistem informasi tidak hanya bergantung pada bagaimana sistem memproses input dan menghasilkan informasi dengan baik, tetapi juga pada cara pengguna bersedia menerima dan menggunakannya untuk mencapai tujuan organisasi (Sayekti & Putarta, 2016). Menurut teori Davis et al. (1989) menjelaskan bahwa “*Technology Acceptance Model (TAM)* merupakan model yang digunakan untuk memprediksi dan menjelaskan bagaimana pengguna teknologi sistem informasi menerima dan menggunakan teknologi yang berkaitan dengan pekerjaan pengguna. Tingkat penerimaan teknologi informasi (*Information Technology Acceptance*) ditentukan

oleh enam factor yaitu, variable dari luar (*external variable*), persepsi pengguna terhadap kemudahan dalam menggunakan teknologi (*Perceived Ease of Use*), persepsi pengguna terhadap kegunaan teknologi (*Perceived Usefulness*), sikap pengguna terhadap teknologi (*Attitude Toward Using*), niat perilaku (*Behavioral Intention*), dan pemakaian actual (*Actual Usage*).

Pada penelitian Nurhayati et al., (2019), tentang “Analisis Tingkat Penerimaan Pengguna Terhadap Teknologi Sistem Informasi Rekam Medis Di Pku Muhammadiyah Karanganyar” menjelaskan bahwa rata-rata tingkat penerimaan berdasarkan persepsi kebermanfaatan yaitu 3,48 yang ditafsirkan bahwa sistem memberikan manfaat bagi pengguna, sedangkan rata-rata tingkat penerimaan sistem berdasarkan persepsi pengguna 3,29 yang ditafsirkan bahwa sistem mudah dalam pengoperasian. Berdasarkan rata-rata tingkat penerimaan tersebut masih ada kendala dalam penggunaan sistem yaitu pada bagian tempat pendaftaran pasien rawat inap atau gawat darurat terkadang terjadi error jika ada nomor registrasi sama yang tidak bisa dibenahi oleh penggunaannya sehingga hanya bisa diatasi oleh staf IT saja (D. M. Putra et al., 2021).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik mengkaji tentang Analisis Pelaksanaan SIMRS pada Unit Kerja Rekam Medis dengan Metode *Technology Acceptance Model (TAM)* untuk mengetahui tingkat penerimaan pengguna terhadap sistem manajemen informasi kesehatan (SIMRS) di rumah sakit.

2. Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif deskriptif, yaitu penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran yang dianalisis dengan metode kajian literature review. Objek dalam penelitian ini adalah

SIMRS pada unit kerja rekam medis. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data sekunder yang merupakan data pendukung yang bersumber dari berbagai literature. Penelusuran literatur dan sumber pustaka dalam artikel ini diambil dan diakses melalui *google scholar*. Cara mencari jurnal tersebut yaitu dengan mengetikkan kata kunci "Analisis Implementasi SIMRS" sejak tahun 2010 dengan jumlah 643 artikel jurnal. Kata kunci kedua yang digunakan "Pelaksanaan SIMRS dengan metode TAM" sejak tahun 2010 terdapat 42 artikel jurnal, dari total semua artikel terdapat 12 artikel yang sesuai dengan topik. Tahun penerbitan sumber pustaka yang digunakan dalam penulisan *literature review* ini adalah 10 tahun terakhir yaitu dari tahun 2010 sampai 2020 dan referensi-referensi yang ada. Analisis data juga dilakukan dengan menggunakan teknik review literatur diantaranya mencari kesamaan (*compare*), cari ketidaksamaan (*contrast*), memberi pandangan (*critize*), bandingkan (*synthesize*), dan ringkasan (*summarize*).

3. Hasil Penelitian

Hasil penelitian didapatkan berdasarkan studi literatur dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Melakukan identifikasi komponen SIMRS pada unit kerja rekam medis

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Afonso et al. (2017) tentang Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Di Rumah Sakit Tk III 04.06.03 Dr.R.Soetarto Yogyakarta didapatkan hasil komponen SDM sudah mencukupi, namun karyawan yang ada rata-rata PNS dan Militer sehingga penguasaan ITnya belum begitu mendalam, komputer yang tersedia sudah ada tetapi belum begitu lengkap dan belum terintegrasi dan pada kebijakan/SOP dirumah

sakit sudah ada dan berjalan dengan semestinya (D. M. Putra et al., 2020).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Darmawanti et al. (2019) tentang Analisis Kualitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Dr. Fauziah Bireun didapatkan hasil komponen SDM sudah memadai namun masih banyak petugas yang kurang disiplin dalam menjalankan tugasnya, penyediaan komputer tidak merata dan banyak perangkat komputer yang rusak, sehingga pada saat menjalankan SIMRS sering terjadi masalah pada server, adanya ketidaksesuaian aplikasi, karena pada bagian pendaftaran menggunakan SIMRS, namun pada bagian rawat inap menggunakan aplikasi HMIS (Health Manajemen Information System), koneksi wifi yang digunakan belum bagus sehingga menghambat petugas dalam melakukan proses pelayanan (D. M. Putra & Alfauzain, 2021).

b. Menelaah dari Persepsi Kebermanfaatan (*Perceived Usefulness*)

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Setiawan et al. (2019) tentang Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Dengan Metode Technology Acceptance Model (TAM) di Rumah Sakit X didapatkan hasil kegunaan/kebermanfaatan SIMRS (*perceived usefulness*) diperoleh dari 79 responden menyatakan sebesar 0.595 (59.5%) dan memiliki kriteria nilai sedang. Hal ini menunjukkan bahwa pengguna kurang puas terhadap persepsi kegunaan/manfaat dari sistem tersebut sehingga masih terdapat kekurangan keterampilan terhadap sistem tersebut.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Y. W. S. Putra et al. (2018) tentang Analisis Penerimaan Sistem Informasi Rumah Sakit Padma Lalita Menggunakan TAM didapatkan hasil kebermanfaatan/ kegunaan (*Perceived*

Usefulness) memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel dependen *attitude toward using*. Berdasarkan hal tersebut diketahui bahwa jika kegunaan yang dirasakan pengguna mengalami peningkatan, maka sikap terhadap penggunaan akan mengalami peningkatan secara positif.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Supriyanti & Cholil (2016) tentang Aplikasi Technology Acceptance Model Pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta didapatkan hasil pengaruh antara persepsi manfaat berpengaruh positif terhadap sikap untuk menggunakan teknologi. Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa SIMRS memberikan manfaat yang sangat baik dan berguna bagi petugas atau pengguna serta berperan penting dalam tahap adopsi awal dari teknologi baru.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Jobor & Frolinda (2018) tentang Evaluasi SIMRS Menggunakan Metode Technology Acceptance Model (TAM) pada bagian Rawat Inap Abepura Jayapura Provinsi Papua didapatkan hasil terdapat hubungan positif dan signifikan antara *perceived ease of use* dengan *perceived of usefulness*, hal ini berarti bahwa keyakinan SIMRS mudah untuk dipelajari dan dioperasikan untuk tujuan yang diharapkan dalam pekerjaan, sehingga yakin bahwa SIMRS dapat memberikan manfaat untuk memudahkan pekerjaan mereka.

Dari hasil penelitian oleh Aribowo et al. (2019) tentang Evaluasi Implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit Gigi dan Mulut Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Ditinjau Dari Technology Acceptance Model didapatkan hasil terdapat hubungan positif dan signifikan antara *perceived ease of use* dengan *perceived of usefulness*. Hal ini menunjukkan bahwa SIMRS dapat diterima

dan dipahami oleh pengguna dan pengguna merasakan kemudahan untuk melakukan pekerjaannya.

Dari hasil penelitian oleh Nurhayati et al. (2019) tentang Analisis Tingkat Penerimaan Pengguna Terhadap teknologi Sistem Informasi Rekam Medis Di PKU Muhammadiyah Karanganyar didapatkan hasil tingkat penerimaan berdasarkan persepsi kebermanfaatannya yaitu 3,48 yang ditafsirkan bahwa sistem memberikan manfaat bagi pengguna, serta memungkinkan pengguna untuk menyelesaikan tugas dengan lebih cepat, meningkatkan kinerja dan produktivitas pengguna.

c. Menelaah dari Persepsi Kemudahan (*Perceived Ease of Use*)

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Setiawan et al. (2019) tentang Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Dengan Metode Technology Acceptance Model (TAM) di Rumah Sakit X didapatkan hasil penilaian terhadap dimensi *Perceived Ease Of Use* (PEOU) diperoleh dari 79 responden menyatakan sebesar 0.602 (60.2%) dan memiliki kriteria nilai sedang. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman pengguna terhadap suatu sistem teknologi cukup mudah untuk dioperasikan dan dipahami.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Y. W. S. Putra et al. (2018) tentang Analisis Penerimaan Sistem Informasi Rumah Sakit Padma Lalita Menggunakan TAM didapatkan hasil persepsi kemudahan (*Perceived Ease of Use*) memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel dependen *attitude toward using*. Berdasarkan hal tersebut terlihat bahwa ketika pengguna merasa sistem lebih mudah digunakan, maka sikap mereka akan meningkat secara positif.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Aji (2017) tentang Evaluasi Penerapan Sistem

Informasi Manajemen Rumah Sakit RSIA Bhakti Magetan Menggunakan TAM didapatkan hasil kemudahan dalam penggunaan didapatkan rata-rata penilaian sebanyak 79.95%. Hal ini menunjukkan bahwa pada sistem informasi manajemen rumah sakit mudah digunakan, namun masih ada beberapa penilaian yang menunjukkan bahwa sistem informasi yang dihasilkan belum sesuai dengan harapan pengguna/User, sehingga perlu adanya revisi dan pengembangan terhadap sistem informasi manajemen rumah sakit pada RSIA Bhakti Persada.

Dari hasil penelitian oleh Saputra & Misfariyan (2014) tentang Analisis penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Menggunakan Metode Technology Acceptance Model (TAM) didapatkan hasil yang dapat mempengaruhi user dalam menggunakan SIMRS yaitu variabel *Perceived Ease of Use* atau kemudahan menggunakan sistem informasi yang mempunyai hubungan positif dan signifikan terhadap variabel *Perceived Usefulness* atau manfaat sistem informasi. Berdasarkan hal tersebut diketahui bahwa SIMRS dapat diaplikasikan dengan mudah oleh petugas atau pengguna.

Dari hasil penelitian oleh Sevtiyani et al. (2020) tentang Analisis Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menggunakan Technology Acceptance Model di RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan didapatkan hasil persepsi kemudahan penggunaan SIM RSUD Kajen berpengaruh terhadap persepsi staff terkait manfaat SIM RSUD Kajen. Berdasarkan hal tersebut diketahui bahwa SIMRS mudah dijalankan oleh pengguna jika pengguna memahami kegunaan dari sistem informasi tersebut.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Supriyanti & Cholil (2016) tentang Aplikasi Technology Acceptance Model Pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta didapatkan hasil pengaruh antara persepsi kemudahan terhadap persepsi manfaat teknologi sudah signifikan. Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa SIMRS mudah digunakan oleh pengguna sehingga pengguna merasakan manfaat dari kemudahan penggunaan sistem informasi dalam melakukan pekerjaannya.

Dari hasil penelitian oleh Nurhayati et al. (2019) tentang Analisis Tingkat Penerimaan Pengguna Terhadap teknologi Sistem Informasi Rekam Medis Di PKU Muhammadiyah Karanganyar didapatkan hasil tingkat penerimaan berdasarkan persepsi kebermanfaatannya yaitu 3,48 yang ditafsirkan bahwa sistem memberikan manfaat bagi pengguna, serta memungkinkan pengguna untuk menyelesaikan tugas dengan lebih cepat, meningkatkan kinerja dan produktivitas pengguna.

d. Menelaah dari Sikap Terhadap Perilaku (*Attitude Toward Using*)

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Setiawan et al. (2019) tentang Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Dengan Metode Technology Acceptance Model (TAM) di Rumah Sakit X didapatkan hasil pada dimensi Attitude Toward Using diperoleh dari 79 responden menyatakan sebesar 0.594 (59.4%) dan memiliki kriteria nilai sedang. Hal ini menunjukkan sikap pengguna SIMRS pada dimensi Attitude Toward Using yang ada di rumah sakit cukup puas dengan adanya SIMRS.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Supriyanti & Cholil (2016) tentang Aplikasi Technology Acceptance Model Pada Sistem

Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta didapatkan hasil pengaruh antara persepsi manfaat dan persepsi kemudahan terhadap sikap untuk menggunakan teknologi sudah signifikan. Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa SIMRS dapat dioperasikan dengan mudah oleh pengguna dan pengguna merasakan manfaat dari sistem informasi tersebut sehingga pengguna bebas dari usaha dalam melakukan pekerjaannya.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Jobe & Frolinda (2018) tentang Evaluasi SIMRS Menggunakan Metode Technology Acceptance Model (TAM) pada bagian Rawat Inap Abepura Jayapura Provinsi Papua didapatkan hasil terdapat hubungan positif dan signifikan antara *perceived of usefulness* dengan *attitude toward using*, hal ini berarti bahwa keyakinan SIMRS bermanfaat, tidak bias, konsisten dan mudah dipahami untuk memberikan interaktivitas yang lebih tinggi bagi pengguna, sehingga pengguna kemudian merasakan tingkat kegunaan yang tinggi untuk mengoptimalkan pekerjaannya.

e. Menelaah dari Niat Perilaku Pengguna (*Behavioral Intention to Use*)

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Setiawan et al. (2019) tentang Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Dengan Metode Technology Acceptance Model (TAM) di Rumah Sakit X didapatkan hasil penilaian terhadap dimensi behavioral intention diperoleh dari 79 responden menyatakan sebesar 0.777 (77.7%) dan memiliki kriteria nilai baik. Berdasarkan uraian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pengguna berasumsi baik, dan berminat terhadap teknologi dan sistem tersebut, dan adanya dukungan dari direktur rumah sakit untuk tetap menggunakan teknologi, sehingga SIMRS yang ada di rumah sakit

dapat mendorong sikap dan niat petugas untuk tetap menggunakan, serta pengguna memiliki keinginan untuk memotivasi pengguna lain.

Dari hasil penelitian oleh Saputra & Misfariyan (2014) tentang Analisis penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Menggunakan Metode Technology Acceptance Model (TAM) didapatkan hasil variabel *Perceived Usefulness* atau manfaat menggunakan sistem informasi berpengaruh positif terhadap variabel *Intention to Use* atau niat perilaku. Berdasarkan hal tersebut diketahui bahwa SIMRS memberikan manfaat yang sangat baik dan berguna bagi petugas atau pengguna sehingga menimbulkan niat perilaku pengguna dalam menggunakan sistem informasi.

Dari hasil penelitian oleh Sevtiyani et al. (2020) tentang Analisis Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menggunakan Technology Acceptance Model di RSUD Kaje Kabupaten Pekalongan didapatkan hasil persepsi kemudahan penggunaan SIM RSUD Kaje berpengaruh terhadap niat menggunakan SIM RSUD Kaje. Berdasarkan hasil tersebut diketahui bahwa niat pengguna untuk menggunakan SIMRS muncul ketika pengguna merasa suatu sistem tersebut mudah digunakan, sederhana dan tidak membutuhkan banyak keterampilan.

Dari hasil penelitian oleh Aribowo et al. (2019) tentang Evaluasi Implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit Gigi dan Mulut Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Ditinjau Dari Technology Acceptance Model didapatkan hasil *perceived usefulness* dan *perceived ease of use* memiliki pengaruh positif terhadap *Behavioral intention*, sehingga dapat diketahui bahwa SIMRS sudah memberikan manfaat yang sangat baik dan bisa diterima

oleh pengguna dan SIMRS sudah bisa diterima oleh pengguna dan memberikan kemudahan bagi pengguna dalam melakukan pekerjaannya.

f. Menelaah dari Pemakaian Aktual Sistem (*Actual System Usage*)

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Setiawan et al. (2019) tentang Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Dengan Metode Technology Acceptance Model (TAM) di Rumah Sakit X didapatkan hasil penilaian terhadap dimensi actual usage diperoleh dari 79 responden menyatakan sebesar 0.694 (69.4%) dan memiliki kriteria nilai baik. Berdasarkan uraian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pengguna setuju dan meyakini bahwa sistem tersebut mudah digunakan dan meningkatkan produktivitas pengguna yang tercermin dari kondisi nyata penggunaan sistem tersebut.

Dari hasil penelitian oleh Saputra dan Saputra & Misfariyan (2014) tentang Analisis penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Menggunakan Metode Technology Acceptance Model (TAM) didapatkan hasil yang dapat mempengaruhi user dalam menggunakan SIMRS yaitu variabel Intention to Use (IT). Dalam hal ini niat perilaku memiliki pengaruh positif terhadap variabel pengguna sesungguhnya (Actual Use) dari teknologi. Hal ini menunjukkan bahwa pengguna puas menggunakan sistem dan mereka meyakini bahwa sistem tersebut mudah digunakan dan akan meningkatkan produktivitas mereka yang tercermin dari kondisi nyata penggunaan.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Jobe & Frolinda (2018) tentang Evaluasi SIMRS Menggunakan Metode Technology Acceptance Model (TAM) pada bagian Rawat Inap Abepura Jayapura Provinsi Papua

didapatkan hasil sikap terhadap penggunaan SIMRS (*attitude toward using*) berpengaruh positif dan signifikan terhadap penggunaan SIMRS secara aktual (*actual usage*). Berdasarkan hal tersebut diketahui bahwa pengguna mempelajari dan mengimplementasikan sistem secara aktif untuk meningkatkan performa pekerjaan serta menyatakan sudah menguasai dan mengaplikasikan SIMRS secara regular.

Dari hasil penelitian oleh A'yun et al. (2018) (D. M. Putra, 2021) tentang Analisis Penerimaan Sistem Informasi Pada Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo didapatkan hasil pengujian yang dilakukan peneliti variabel dan indikator yang dibangun telah sesuai dan memiliki pengaruh yang signifikan. Berdasarkan hal tersebut dapat diketahui bahwa tingkat penerimaan pengguna terhadap teknologi sudah baik dan dapat diterima oleh pengguna.

4. Pembahasan

Dalam melakukan telaah jurnal, dapat dilakukan dengan menggunakan teknik literature review antara lain menentukan kesamaannya (*compare*), menentukan ketidaksamaannya (*contrast*), berikan pandangan (*critize*), bandingkan (*synthesize*), dan ringkasan (*summarize*).

a. Kesamaan (*Compare*)

Kesamaan (*compare*) literature dari beberapa literature yang telah dianalisa terdapat kesamaan mendasar dari masing-masing artikel peneliti yaitu semua artikel menggunakan metode *Technology Acceptance Model* (TAM) dalam penelitiannya. Pada artikel satu, enam dan delapan juga memiliki kesamaan yaitu populasi dan sampel penelitian menggunakan seluruh pengguna SIMRS atau seluruh petugas rekam medis.

Dari hasil penelitian kesamaan dilihat dari komponen SIMRS pada artikel satu dan artikel dua diketahui pada komponen SDM sudah memadai namun masih ada petugas yang belum menguasai sistem informasi dan masih kurangnya disiplin petugas dalam melakukan pekerjaannya. Pada komponen perangkat keras (*hardware*) sudah tersedia namun pembagiannya kurang merata pada unit-unit lainnya serta terkadang masih terjdainya *error*.

Dari hasil penelitian kesamaan pada artikel empat, artikel enam dan artikel tujuh serta artikel delapan diketahui bahwa terdapat hubungan positif dan signifikan antara *perceived ease of use* dengan *perceived of usefulness*. Sejalan dengan artikel sembilan, artikel sepuluh, dan artikel sebelas juga diketahui bahwa terdapat hubungan positif dan signifikan antara *perceived ease of use* dengan *perceived of usefulness*. Persamaan juga terdapat dari artikel tiga, empat, delapan dan sembilan yang menjelaskan bahwa persepsi kebermanfaatan/ kegunaan (*Perceived Usefulness*) dan persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) memiliki pengaruh signifikan terhadap *attitude toward using*.

Selanjutnya, persamaan pada artikel tiga, enam, tujuh dan sepuluh memiliki kesamaan yaitu *perceived usefulness* dan *perceived ease of use* memiliki pengaruh positif terhadap *Behavioral intention*. Dan pada tiga, enam dan sembilan juga memiliki persamaan dimana sikap terhadap penggunaan SIMRS (*attitude toward using*) dan niat perilaku (*Behavioral intention*) memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap penggunaan SIMRS secara aktual (*actual usage*).

b. Ketidaksamaan (Contrast)

Ketidaksamaan (*contrast*) dari beberapa *literature review* tersebut juga ditemukan antara satu sama lain. Dilihat dari persepsi

kebermanfaata/kegunaan (*Perceived Usefulness*) pada artikel lima dijelaskan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) masih sulit digunakan oleh pengguna sehingga menghambat pengguna dalam melakukan pekerjaannya, namun dari segi kebermanfaatan penggunaan sistem informasi pengguna sudah merasakan manfaatnya karena dalam pengoperasiannya pengguna sudah memahami dalam pemakaian sistem informasi tersebut, sedangkan pada artikel tujuh dimana dari persepsi kemudahan penggunaan (*Perceived ease of use*) dijelaskan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) mudah digunakan oleh setiap pengguna dan dalam pengaplikasian sistem informasinya pengguna tidak merasa kesulitan sama sekali, namun kebermanfaatan dari sistem informasi tersebut belum mampu dirasakan oleh pengguna.

Selanjutnya ketidaksamaan pada artikel sembilan dimana persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) memiliki hubungan yang positif tetapi tidak signifikan secara statistik dengan sikap terhadap perilaku (*attitude toward using*). Ketidaksamaan juga terdapat pada artikel enam dan artikel tujuh dimana persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) dan persepsi kebermanfaatan (*perceived of usefulness*) tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap niat perilaku (*behavioral intention*).

c. Pandangan (Criticize)

Dari hasil penelitian yang peneliti telaah, dilihat dari komponen SDM, perangkat keras (*hardware*), perangkat lunak (*software*), jaringan dan pelaksanaan monitoring diketahui bahwa tiap komponennya belum memadai dan mencukupi untuk melakukan pelayanan. Untuk itu rumah sakit perlu melakukan sosialisasi dan pelatihan sosial

bagi pengguna yang belum menguasai sistem informasi, dan merekrut pengguna berdasarkan bidang studi atau kemampuannya serta rumah sakit harus membeli komputer lengkap untuk seluruh unit yang ada agar pengguna dapat memberikan pelayanan yang maksimal serta selalu melakukan monitoring pada pelaksanaan sistem informasi agar data yang dihasilkan valid.

Hasil telaah peneliti pada persepsi manfaat (*perceived usefulness*) kebermanfaatan dari sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) tersebut belum mampu dirasakan oleh pengguna, dan dari persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) masih sulit digunakan oleh pengguna sehingga menghambat pengguna dalam melakukan pekerjaannya. Untuk itu, setiap rumah sakit harus mensosialisasikan pengguna dan melatih setiap pengguna Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) agar pengguna dapat mengoptimalkan sistem informasi dalam pekerjaannya. Keberadaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) sangat penting, karena penggunaan sistem informasi elektronik akan mendorong dan mempercepat proses pelayanan. Oleh karena itu, diharapkan pihak rumah sakit dapat menerapkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) semaksimal mungkin.

d. Bandingkan (*Synthesize*)

Pada artikel tujuh dijelaskan bahwa sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dapat diaplikasikan dengan mudah atau tanpa kesulitan oleh petugas atau pengguna, namun manfaatnya belum bisa dirasakan oleh pengguna sehingga informasi yang dihasilkan menjadi tidak valid dan tidak tepat waktu sehingga keputusan yang diambil

menjadi tidak tepat. Hal ini tidak sesuai dengan teori *Technology Acceptance Model* (TAM) yang digunakan, karena pada metode ini terdapat konsep kebermanfaatan dari sebuah sistem informasi terhadap pengguna (*Perceived Usefulness*) dimana sebuah sistem informasi harus bermanfaat bagi setiap pengguna.

Selanjutnya pada artikel sebelas dijelaskan bahwa pengguna sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) sangat menerima adanya aplikasi tersebut, namun pengguna pada bagian pendaftaran (RI/IGD) menemukan hambatan seperti pengguna tidak bisa mengedit jika terjadi nomor registrasi yang sama maka pengguna harus menghubungi pihak IT. Hambatan tersebut menjadi salah satu hal yang bertolak belakang dengan teori *Technology Acceptance Model* (TAM) yang digunakan pada konsep kemudahan penggunaan (*Perceived ease of use*) yang dibahas oleh peneliti, dimana sebuah sistem informasi harus mudah digunakan dan diaplikasikan oleh setiap pengguna.

Selain itu, pada artikel sembilan persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) memiliki hubungan yang positif tetapi tidak signifikan secara statistik dengan sikap terhadap perilaku (*attitude toward using*), dan pada artikel enam dan artikel tujuh dimana persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) dan persepsi kebermanfaatan (*perceived of usefulness*) tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap niat perilaku (*behavioral intention*). Hal ini tidak sesuai dengan teori *technology acceptance model* (TAM) yang digunakan dalam penelitian, karena pada persepsi kebermanfaatan dan kemudahan penggunaan sistem informasi harus mempengaruhi sikap dan niat dari pengguna agar pengguna bisa mengoperasikan SIMRS secara maksimal.

e. Ringkasan (*Summarize*)

Ringkasan (*summarize*) dari duabelas artikel diatas dapat disimpulkan bahwa pada komponen SDM sudah memadai namun masih ada petugas yang belum menguasai sistem informasi dan masih kurangnya disiplin petugas dalam melakukan pekerjaannya. Pada komponen perangkat keras (*hardware*) sudah tersedia namun pembagiannya kurang merata pada unit-unit lainnya serta terkadang masih terjdainya *error*. Dan pada komponen perangkat lunak (*software*) terjadinya kendala dalam penggunaan sistem informasi oleh petugas karena sarana prasarana yang belum memadai.

Selanjutnya, penerimaan suatu sistem informasi tergantung dari manfaat yang dihasilkan oleh sistem tersebut (*perceived usefulness*), dimana sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang lengkap dan jelas dapat membantu pengguna dalam melakukan pekerjaannya, sehingga pengguna/user merasa bahwa sistem informasi tersebut bermanfaat atau berguna bagi pekerjaan pengguna. Selain itu penerimaan suatu sistem informasi tergantung dari kemudahan dalam menggunakan sistem (*perceived ease of use*), dimana sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang mudah dalam pengoperasiannya, sehingga pengguna tidak merasa kesulitan dan tidak memerlukan waktu yang lama untuk bisa melakukan pekerjaannya.

Penerimaan suatu sistem informasi juga tergantung pada sikap pengguna terhadap pengaplikasian sistem (*attitude toward using*), dimana sikap pengguna terhadap sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang ada di rumah sakit menyatakan cukup puas dengan adanya sistem informasi

dan petugas mampu memaksimalkan sistem informasi dalam pekerjaannya. Selain itu penerimaan suatu sistem informasi juga tergantung pada perilaku keinginan pengguna untuk menggunakan sistem informasi (*behavioral intention to use*), dimana niat pengguna untuk menggunakan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) berasumsi baik dan berminat terhadap teknologi dan sistem tersebut, sehingga dapat mendorong sikap dan niat petugas untuk tetap menggunakan sistem informasi dalam menyelesaikan tugas dan pekerjaannya. Serta penerimaan suatu sistem informasi tergantung pada kondisi nyata pengguna (*actual system usage*), dimana pada kondisi nyata pengguna puas menggunakan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dan mereka meyakini bahwa sistem tersebut mudah digunakan dan akan meningkatkan produktifitas mereka yang tercermin dari kondisi nyata penggunaan.

5. Kesimpulan dan Saran

a. Kesimpulan

Pada komponen Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) diketahui setiap komponennya belum memadai karena sarana prasarana yang ada belum merata pembagiannya pada setiap unit-unit yang ada dan masih sering terjadinya *error* ketika melakukan proses pelayanan. Dari persepsi manfaat (*perceived usefulness*) dari beberapa artikel yang peneliti analisis diketahui bahwa sistem informasi masih sulit digunakan oleh pengguna.

Dari persepsi kemudahan (*perceived ease of use*) diketahui dari beberapa artikel yang dianalisis bahwa sistem informasi tidak bermanfaat oleh pengguna. Dari persepsi sikap terhadap penggunaan sistem (*attitude toward using*) sikap pengguna terhadap sistem

informasi yang ada di rumah sakit cukup puas dengan adanya sistem informasi dan petugas mampu memaksimalkan sistem informasi dalam pekerjaannya.

Dari persepsi niat untuk menggunakan teknologi (*behavioral intention to use*) sebagian besar pengguna berasumsi baik dan berminat terhadap teknologi dan sistem tersebut, sehingga dapat mendorong sikap dan niat petugas untuk tetap menggunakan sistem informasi dalam menyelesaikan tugas dan pekerjaannya. Dari persepsi kondisi nyata pengguna (*actual system usage*) pengguna puas menggunakan sistem informasi dan mereka meyakini bahwa sistem tersebut mudah digunakan dan akan meningkatkan produktifitas mereka yang tercermin dari kondisi nyata penggunaan.

b. Saran

Sebaiknya penelitian ini lebih dikembangkan dengan kajian penelitian melihat data langsung ke rumah sakit tentang Analisis Pelaksanaan SIMRS Pada Unit Kerja Rekam Medis Dengan Metode Technology Acceptance Model (TAM) terhadap proses kegiatan SIMRS dirumah sakit khususnya pada bagian Rekam Medis.

6. Daftar Pustaka

- A'yun, A. F., Suharso, W., & Wahyuni, E. D. (2018). Analisis Penerimaan Sistem Informasi Pada Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo. *Jurnal Sains Komputer & Informatika (J-SAKTI)*, 2, 210-220.
- Afonso, M., Wulandari, D. A., & Ronald. (2015). Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Di Rumah Sakit TK III 04.06.03 Dr.R.Soetarto Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 772-781.
- Aji, M. B. (2017). Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Menejemen Rumah Sakit RSIA Bhakti Persada Magetan Menggunakan TAM. *Jurnal Ilmiah Teknologi Informasi*, 12(2), 31-56.
- Aribowo, T., Pribadi, F., & Dewanto, I. (2019). Evaluasi Implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit Gigi Dan Mulut Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Ditinjau Dari Technology Acceptance Model. *Assosiasi Dosen Muhammadiyah Magister Administrasi Rumah Sakit*, 4(1), 33-48.
- Darmawanti, Efendy, I., Hadi, A. J., & Idawati. (2019). Analisis Kualitas Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Dr. Fauziah Bireun. *Jurnal Biology Education*, November, 136-150.
- Deni Maisa Putra & Dila Vadriasmii. (2020). Analisis Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Di TPPERJ Menggunakan Metode UTAUT Di RS TK.III DR. Reksodiwiryo Padang. 1(1), 10-18.
- Giyana, F. (2012). Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol 1. Vol.
- Husni, M., & Putra, D. M. (2019). Analisis Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Pada Unit Kerja Rekam Medis Di RSU 'Aisyiyah Padang. *Jurnal Kesehatan Lentera'Aisyiyah*, 2(1), 19-26.
- Jober, & Frolinda, N. (2018). Evaluasi simrs menggunakan metode technology acceptance model (tam) pada bagian rawat inap rsud abepura jayapura provinsi papua. *Journal of Information Systems for Public Health*, 3(2), 1-8.
- Nurhayati, Arif, Y. W. T., & Hidayah, I. N. (2019). Analisis Tingkat Penerimaan Pengguna Terhadap Teknologi Sistem Informasi Rekam Medis Di PKU Muhammadiyah Karanganyar. 258-268.
- Permenkes RI No. 1171 / MENKES / PER / IV. (2011). *Sistem Informasi Rumah Sakit*.
- Putra, D. M. (2021). *Tinjauan Pelaksanaan*

- Kerahasiaan Rekam Medis Di Puskesmas Kuranji Padang.* 6(1), 58–66.
- Putra, D. M., & Alfauzain, A. (2021). Design Of Tracer Using Microsoft Access Unit In Medical Record Primary Health In Padang. *International Journal of Engineering, Science and Information Technology*, 1(3), 64–74.
- Putra, D. M., Yasli, D. Z., Leonard, D., & Yulia, Y. (2020). Penerapan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIM-PUS) Pada Unit Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Di Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang. *August 2019*, 67–72.
- Putra, D. M., Yuniar, M., & Fadhila, W. (2021). *Study Literature Review On Returning Medical Record Documents Using HOT-FIT Method.* 1(1), 61–65.
- Putra, D. S. H., & Kurniawati, R. (2019). Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Dengan Metode Technology Acceptance Model (TAM) di Rumah Sakit X. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(1), 31–36.
- Putra, Y. W. S., Kusrini, & Wibowo, F. W. (2018). Analisis Penerimaan Sistem Informasi Rumah Sakit Padma Lalita Menggunakan TAM. *Jurnal Creative Information Technology*, 5(3), 161–173.
- Saputra, E., & Misfariyan. (2014). Analisis Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Menggunakan Metode Technology Acceptance Model (TAM). *Jurnal Sains, Teknologi Dan Industri.*
- Sayekti, F., & Putarta, P. (2016). Penerapan *Technology Acceptance Model (TAM) Dalam Pengujian Model Penerimaan Sistem Informasi Keuangan Daerah.* 3, 196–209.
- Setiaji, H., & Wahid, F. (2015). *Masalah Implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit : Pelajaran dari Beberapa Proyek.* 97–105.
- Setiawan, D., Putra, H., & Kurniawati, R. (2019). Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Dengan Metode Technology Acceptance Model (TAM). *Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(1), 31–36.
- Sevtiyani, I., Sedyono, E., & Nugraheni, S. A. (2020). Analisis Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menggunakan Technology Acceptance Model di RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 61–66.

Perancangan Prototipe Aplikasi *e-Incident* Berbasis Android di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping

The Design of Android Based Application Prototype *e-Incident* at PKU Muhammadiyah Gamping Hospital

Dian Herawati¹
Nia Fararid Askar²
Dinar Nugroho Pratomo³

^{1,2,3} Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada
Dengan alamat Sekip Unit I Bulak Sumur, Catur Tunggal, Sleman DIY
e-mail : likes.sv@ugm.ac.id

Abstract

Recording and reporting of accidents and occupational diseases is a part of health information system that must be owned by the hospital. One of the efforts to achieve zero accidents is to take advantage of information technology such as android in increasing the effectiveness of recording and reporting OHS incident. The purpose of the study was to analyze the needs and create a prototype of an android based application. This research is qualitative with research and development design. The results show that it is necessary to add an incident reporting component related to hazardous and toxic substances. The application can answers the problems such as the delay in manual reporting and the documents are still fragmented. An *e-incident* application has a menu for reporting incidents, occupational diseases, and hazardous toxic substances. The menus have been made in accordance with OHS incident reporting standards in hospitals. The conclusion is that an android based *e-incident* application prototype has been made and can be accepted by users because it provides convenience and accuracy of data in OHS reporting in hospitals.

Keywords: android; application; occupational health and safety; prototype

Abstrak

Pencatatan dan pelaporan kecelakaan dan penyakit akibat kerja merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan yang harus dimiliki Rumah Sakit. Salah satu upaya mewujudkan *zero accident* adalah dengan memanfaatkan perkembangan teknologi informasi seperti android dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaporan. Tujuan penelitian adalah menganalisis kebutuhan dan membuat prototipe aplikasi berbasis android. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan desain *research and development*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perlu ditambahkan komponen pelaporan insiden terkait B3 (bahan berbahaya dan beracun) dalam sistem. Aplikasi dapat menjawab permasalahan yang selama ini dihadapi yaitu keterlambatan pelaporan manual dan dokumen masih terpisah-pisah. Menu aplikasi android telah dibuat sesuai dengan standar pelaporan insiden K3 di Rumah Sakit. Kesimpulan yang diperoleh bahwa prototipe aplikasi *e-incident* berbasis android telah dibuat dan dapat diterima oleh pengguna karena memberikan kemudahan dan keakuratan data dalam pelaporan K3 di Rumah Sakit.

Kata kunci: android; aplikasi; keselamatan dan kesehatan kerja; prototipe

1. Pendahuluan

Kecelakaan kerja adalah kecelakaan yang terjadi dalam hubungan kerja termasuk kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan dari rumah menuju tempat kerja atau sebaliknya (Permenaker RI No 7 tahun 2017). Menurut Peraturan Presiden nomor 7 tahun 2019, penyakit akibat kerja adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan/atau lingkungan kerja. Sebanyak 2,78 juta pekerja meninggal setiap tahun karena kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja (ILO, 2019).

Dalam Undang-Undang No 13 Tahun 2003, menyatakan bahwa upaya K3 harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya yang mempunyai risiko bahaya kesehatan termasuk Rumah Sakit (RS) dimana tidak hanya berisiko terhadap pekerja RS tetapi juga pasien maupun pengunjung termasuk bahaya infeksi virus Covid-19 yang saat ini belum bisa teratasi sepenuhnya (Safety School, 2018).

Salah satu upaya mewujudkan *zero accident* adalah dengan memanfaatkan perkembangan teknologi global dalam meningkatkan efektivitas pencatatan dan pelaporan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (ILO, 2019). Dunia kerja di era revolusi industri 4.0 terdorong untuk mengembangkan digitalisasi dan teknologi informasi (Stacey et al, 2017). Orang akan selalu terhubung dengan informasi digital di mana dan kapan saja sehingga dapat diterapkan dalam keselamatan dan kesehatan kerja (Maciejewski and Dimova, 2016).

Sistem pelaporan insiden kecelakaan dan penyakit akibat kerja selama ini dijalankan secara manual berbasis kertas di Rumah Sakit Muhammadiyah Gamping masih menimbulkan permasalahan seperti keterlambatan pelaporan, data kejadian insiden tidak *up to date*, file masih terpisah-pisah, dan penyajian informasi kurang mendukung baik saat akreditasi Rumah Sakit maupun dalam pembiayaan oleh BPJS Ketenagakerjaan. Penggunaan aplikasi sangat memberikan kemudahan

dalam hal pelaporan, inspeksi, *safety patrol*, induksi dan informasi K3 lainnya karena memiliki kelebihan di antaranya kecepatan, *real time*, mudah diakses, simpel, efisien, dan respon cepat (Pelindo, 2019).

Pada era digital, hampir semua aspek kehidupan tidak luput dari sentuhan aplikasi dan sudah menjadi kebutuhan pokok, ditunjang oleh ketersediaan berbagai aplikasi dan fiturnya, digitalisasi membuka peluang untuk diterapkan di semua lini kehidupan termasuk bidang K3. Oleh karena itu dibutuhkan perancangan prototipe aplikasi pelaporan insiden terkait keselamatan dan kesehatan kerja berbasis android di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

2. Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain *research and development* dan mengikuti tahap-tahap pengembangan sistem informasi dengan metode *prototyping*. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping pada bulan April - Oktober tahun 2021. Subyek penelitian ini adalah Ketua Tim K3 Rumah Sakit dan supervisor K3 pada beberapa bagian instalasi Rumah Sakit. Metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam, *focus group discussion*, observasi, dan studi dokumentasi.

3. Hasil dan Pembahasan

Analisis Kebutuhan

Pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping masih bergabung dengan pelayanan medis sehingga petugas K3 tidak hanya mengurus bidang K3 tetapi juga pelayanan medis termasuk *patient safety*. Hal ini menjadi beban ganda Rumah Sakit yang memiliki tanggung jawab menjaga keselamatan pasien (*patient safety*) serta keselamatan dan kesehatan kerja bagi petugas maupun pengunjung Rumah Sakit (Safety School, 2018 dan Permenkes No 66 tahun 2016). Tim K3 Rumah Sakit diketuai oleh seorang manajer pelayanan medis dan jajaran supervisor di setiap instalasi yaitu

instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, instalasi gawat darurat dan instalasi bedah sentral. Koordinasi K3 belum dilakukan secara rutin dalam jangka waktu tertentu, tetapi biasanya dilakukan paling tidak 3 bulan sekali atau jika ada insiden terkait K3.

Pelaporan K3 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping dilakukan secara manual berbasis kertas pada masing-masing instalasi dan dilaporkan kepada ketua Tim K3 Rumah Sakit. Akibat beban ganda petugas maka masalah yang ada adalah pelaporan K3 menumpuk berbulan-bulan pada tiap instalasi sehingga seolah terabaikan, terjadi keterlambatan pelaporan kepada ketua Tim K3 Rumah Sakit akibatnya pelaporan K3 tidak menjadi prioritas kepada jajaran direksi manajemen Rumah Sakit. Pelaporan K3 menjadi perhatian hanya saat ada insiden kecelakaan kerja dan data insiden tidak terekam secara *real time* sehingga laporan kurang akurat. Pengisian *form* pelaporan insiden kecelakaan kerja juga belum semua terpenuhi karena petugas harus menulis manual padahal mempunyai tanggung jawab lain pada pelayanan medis. Untuk pelaporan penyakit akibat kerja sampai dengan saat ini belum dilakukan secara optimal karena belum tercatat dalam dokumen manual K3 di Rumah Sakit.

Berdasarkan hasil wawancara dan *focus group discussion* didapatkan informasi bahwa pihak petugas K3 Rumah Sakit saat ini kesulitan dalam mencari dokumen K3 karena file masih terpisah-pisah dan jika membutuhkan dokumen saat pelaksanaan akreditasi Rumah Sakit juga mengalami kesulitan. Padahal keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit atau yang dikenal dengan K3RS masuk dalam penilaian sistem akreditasi rumah sakit oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Dalam SNARS 2017 pada kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit terdapat bab mengenai Manajemen Fasilitas dan Keselamatan atau dikenal dengan MFK (Kemenkes, 2017). Kondisi saat ini di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping, tim Teknologi Informasi (TI) belum menjadikan

sistem aplikasi K3 sebagai prioritas, masih berfokus pada rekam medis elektronik dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Oleh karena itu, tim K3 sangat membutuhkan adanya aplikasi pelaporan insiden terkait keselamatan dan kesehatan kerja di Rumah Sakit yang terintegrasi sehingga pelaporan dapat lebih mudah dilaksanakan. Harapan dari adanya kemudahan sistem aplikasi sangat diharapkan oleh tim K3 Rumah Sakit sekaligus sebagai pemacu untuk terlaksananya pelaporan K3 secara tertib, akurat dan optimal.

Sistem android yang ditawarkan dalam perancangan prototipe aplikasi pelaporan insiden terkait K3 di Rumah Sakit mendapat dukungan dari pihak Rumah Sakit khususnya tim K3 dan manajemen. Android adalah *operating system* untuk alat komunikasi seperti ponsel pintar dan komputer tablet. Sistem ini dikembangkan oleh *Open Handset Alliance* dipimpin oleh *google*. Android memiliki komunitas pengembang yang besar membuat aplikasi "apps" yang memperluas fungsionalitas dari perangkat (Manjunath, 2013). Pada era digital dimana hampir semua aspek kehidupan sekarang tidak luput dari sentuhan aplikasi digital di mana dan kapan saja sehingga dapat diterapkan dalam keselamatan dan kesehatan kerja (Maciejewski and Dimova, 2016). Aplikasi berbasis android tersebut menjadi sarana komunikasi digital yang bertujuan untuk mempercepat pelaporan awal kecelakaan kerja, mengefektifkan tindak lanjut K3, mempermudah penerapan K3 dan monitoring serta sebagai sarana komunikasi (Pelindo, 2019).

Berdasarkan hasil *focus group discussion* dengan tim K3 RS PKU Muhammadiyah Gamping mendapat informasi bahwa kebutuhan menu dalam aplikasi pelaporan terkait insiden keselamatan dan kesehatan kerja meliputi :

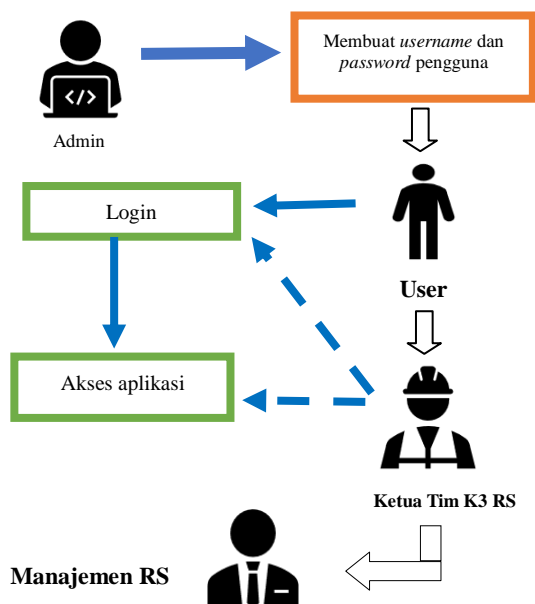
- a. pelaporan insiden kecelakaan kerja
- b. pelaporan insiden penyakit akibat kerja
- c. pelaporan insiden terkait B3 (bahan berbahaya dan beracun).

Perancangan Dan Pembuatan Prototipe

Berdasarkan hasil dari tahap analisis kebutuhan, kemudian dibuat rancangan sistem aplikasi android dengan nama *e-incident*. Aplikasi ini dikembangkan dengan metode *prototyping*. Metode ini mengadopsi pendekatan pengembangan *software* yang berbasis eksperimen dan pengalaman. *Prototyping* memproduksi versi awal dari sebuah *software* yang merupakan gambaran dari *software* yang akan dikembangkan di masa depan secara keseluruhan yang memungkinkan pengembang melakukan eksperimen kemudian melakukan kontak dengan calon pengguna untuk mendapat masukan perbaikan bagi produksi *software* di masa depan (Budde, et al., 2011).

Perancangan desain proses diawali dengan membuat diagram *use case* dan *activity diagram*. Pengguna adalah tim K3 Rumah Sakit beserta jajaran teknis yang dapat mengakses aplikasi dan melaporkan insiden yang terjadi di lingkungan Rumah Sakit. Semua tim teknis K3 dapat masuk mulai dari menu login, menu utama dan fitur yang tersedia. Namun untuk menjamin kerahasiaan data, personel yang bisa login dalam aplikasi berdasar *data based* yang dikelola oleh admin Rumah Sakit.

Berikut *use case* dan *activity diagram* pada aplikasi *e-incident* :

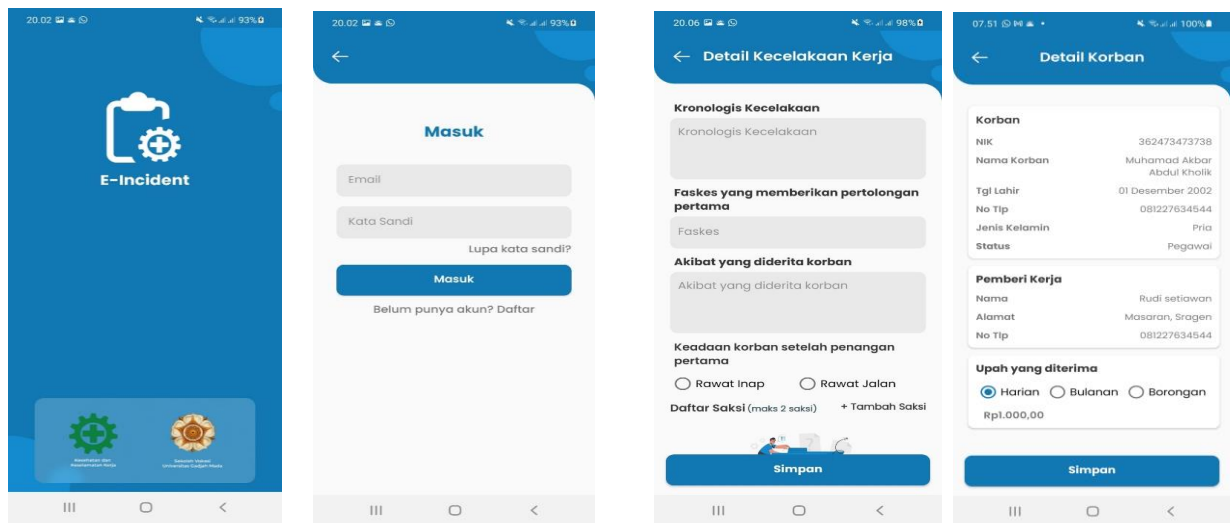


Gambar 1. Diagram Alur Sistem Pelaporan K3 di Rumah Sakit

Sistem pelaporan K3 di Rumah Sakit berbasis android dapat dioperasikan oleh beberapa *user* diantaranya tim teknis K3, supervisor K3, dan ketua tim K3 yang telah mendapat *username* dan *password* dari admin. Semua *user* dapat membuat laporan serta melihat notifikasi sistem terkait pelaporan K3 dari semua unit instalasi. *User* dari tim teknis K3 bertugas untuk melaporkan insiden K3 melalui sub menu ambil gambar secara *real time* melalui sistem android, memasukkan data-data korban dan saksi dalam insiden. Supervisor K3 bertugas untuk verifikasi pelaporan insiden K3 dan melengkapi data-data yang dibutuhkan dalam *form* pelaporan yang tersedia dalam aplikasi. Ketua tim K3 RS mendapat notifikasi laporan insiden K3 dan bertugas melaporkan kepada manajemen RS.

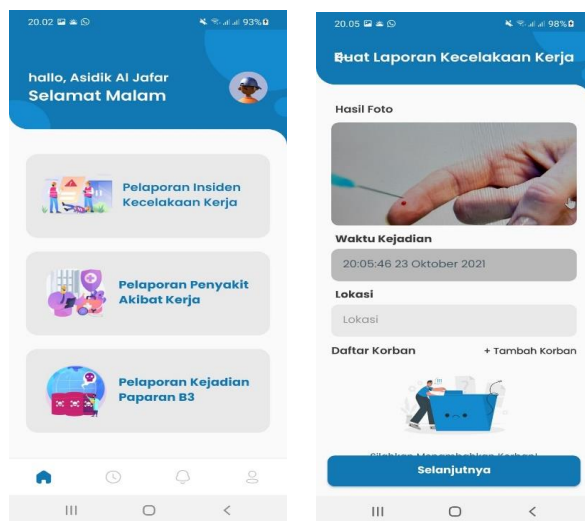
Proses selanjutnya adalah pembuatan desain *user interface* yang dilakukan dengan mengakomodasi masukan dari pengguna aplikasi. Pada pengembangan prototipe, setelah kebutuhan pengguna selesai diidentifikasi kemudian dibuatlah desain *user interface* sebagai bentuk interpretasi pengembang sistem terhadap keinginan pengguna terkait sistem yang akan dibangun. Persepsi pengembang bisa jadi berbeda dengan persepsi calon pengguna, karena itu desain *user interface* menjadi media untuk berkomunikasi dan menyamakan persepsi (Rinkus, et al., 2005). Dalam langkah desain *user interface* tim K3 RS PKU Muhammadiyah Gamping memberi masukan dimana fitur-fitur yang ada dalam aplikasi disesuaikan dengan representasi tenaga kerja yang ada di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

Berikut desain *user interface* dari aplikasi:



Gambar 2. Desain User Interface Halaman Login

Setelah membuat desain *interface*, maka aplikasi dibuat prototipe yang berisi menu aplikasi yang di dalamnya terdapat sub menu kamera yang dapat digunakan untuk mengambil data realtime saat terjadi insiden dan selanjutnya ada sub menu form pelaporan insiden yang harus diisi. Format dalam pelaporan insiden dalam aplikasi disesuaikan dengan format yang digunakan oleh Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.



Gambar 2. Desain User Interface Menu Aplikasi

Aplikasi dapat diterima dengan baik oleh pengguna karena menjawab permasalahan yang selama ini dihadapi yaitu keterlambatan pelaporan secara manual dan dokumen masih terpisah-pisah. Prototipe aplikasi *e-incident* telah dibuat dengan menu pelaporan insiden kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, dan B3. Desain dan menu aplikasi berbasis android telah dibuat sesuai dengan standar pelaporan insiden K3 di Rumah Sakit.

4. Simpulan dan Saran

Prototipe aplikasi *e-incident* berbasis android telah dibuat dan dapat diterima oleh pengguna karena memberikan kemudahan dan keakuratan data dalam pelaporan K3 di Rumah Sakit.

5. Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada yang telah mendanai penelitian ini. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping yang bersedia menjadi mitra dalam penelitian.

6. Daftar Pustaka

- Budde, R., Kautz, K., Kuhlenkamp, K., & Zullighoven, H. (2011). *Prototyping - an Approach to Evolutionary Development*. Berlin: SpringerVerlag.
- Collins et al. (2020). Mixed-Methods Evaluation of Real-Time Safety Reporting by Hospitalized Patients and Their Care Partners: The MySafeCare Application. *Journal Patient Safety* ;Vol 16(2): e75–e81.
- Diva, L.R., Adianto, Khairansyah, M.D. (2018). Perancangan Aplikasi Pelaporan Unsafe Action Dan Unsafe Condition Berbasis Android Di Proyek Konstruksi. *Proceeding 2nd Conference On Safety Engineering*. ISSN No. 2581 - 1770.
- Han, J. et al. (2020). Development and Effects of a Mobile Application for Safety Incident Prevention among Hospitalized Korean Children: A pilot Study of Feasibility and Acceptability. *Journal of Pediatric Nursing*. Volume 51: e69-e76.
- Hayatunnisa, N.U., Soepangat, S & Windyaningsih, C. (2020). Analisis Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta Tahun 2018. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit*; Vol 4(1).
- ILO. (2019). *Safety And Health At The Heart Of The Future Of Work*. 1st published. Switzerland. Available at : <http://www.ilo.org/>
- Kabukye, J.K, Keizer, N., and Cornet, R. (2020). Assessment of organizational readiness to implement an electronic health record system in a low-resource settings cancer hospital: A cross-sectional survey. *PLoS ONE*; Vol 15(6): e0234711.
- Khoja, S., Scott, R. E., Casebeer, A. L., Mohsin, M., Ishaq, A. F. M., & Gilani, S. (2007). e- Health readiness assessment tools for healthcare institutions in developing countries. *Telemedicine and E-Health*, 13(4), 425–431. <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.0064>
- Maciejewski, M.; Dimova, M. (2016). *The Ubiquitous Digital Single Market, Fact Sheets On The European Union*. Available at: <http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/>
- Manjunath. (2013). *Membuat Aplikasi Android dengan Cardova*. Jakarta: Gramedia.
- Mulyanto, A. (2009). *Sistem Informasi: Konsep dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Pelindo, (2019). *Digitalisasi Mudahkan Pengawasan K3*. Press Release No: PRS.02/HUMAS/II-2019.
- Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI No 3 tahun 1998 Tentang Tata Cara Pelaporan dan Pemeriksaan Kecelakaan.
- Peraturan Menteri Ketenagakerjaan RI No 7 tahun 2017 Tentang Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja Indonesia.
- Peraturan Presiden RI Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Penyakit Akibat Kerja.
- Ridley, John. (2008). *Ikhtisar Kesehatan & Keselamatan Kerja Edisi Ketiga*. Jakarta: Erlangga.
- Rinkus, S., Walji, M., Johnson-Throop, K., Malin, J., Turley, J., Smith, J., et al. (2005). Human-centered design of distributed knowledge management system. *Journal of Biomedical Informatics*, 4-17.
- Safety School. (2018). Peranan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di Rumah Sakit. Available at : <https://indonesiasafetycenter.org/peranan-k3-di-rumah-sakit/> [Accessed 4 March 2021]
- Stacey, N.; Ellwood, P.; Bradbrook, S.; Reynolds, J.; Williams, H. (2017). *Key trends and drivers of change in information and communication technologies and work location Foresight on new and emerging risks in OSH (EU-OSHA, Bilbao)*.
- Simanjuntak, R. (2012). *Analisis Kebutuhan Rumah Sakit dalam Penerapan Sistem Informasi Manajemen di RSUD Dr. F.L. Tobing Sibolga*. Universitas Gadjah Mada.

Undang-undang Nomor 13 tahun 2003
tentang Ketenagakerjaan.

Whitten, J. (2004). *Modetode Desain dan
Analisa Sistem*. Yogyakarta: Andi Offset.

Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Pelepasan Informasi Rekam Medis untuk Klaim Asuransi Non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang

Overview of the Procedure for Release of Medical Record Information for Non-JKN Insurance Claims at RSUD dr. R. Soetrasno Rembang

Bayu Eko Wahyudi¹
Rizkiyatul Amalia²

*^{1,2}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Dengan alamat Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik
E-mail: salmamufidatun090107@gmail.com*

Abstract

The use of medical records for reimbursement of medical expenses or insurance claims that state the identity of the patient must obtain written consent from the patient or his heirs. Based on preliminary observations at RSUD dr. R. Soetrasno Rembang, it is known that 24 requests for medical record information for non-JKN insurance claims from April to June 2020, 75% of which found requests that did not comply with standard operating procedures, namely the absence of patients' written consent. The purpose of this study was to describe the implementation of the procedure for releasing medical record information for non-JKN insurance claims at RSUD dr. R. Soetrasno Rembang. This type of research is descriptive qualitative. Data collection methods used are observation and interviews. The subjects of this study were information release officers, medical record unit management, insurance agent and part of the process of releasing medical record information. Data analysis used is non-statistical analysis technique. The results showed the implementation of procedure for releasing medical record information for non-JKN insurance claims at RSUD dr. R. Soetrasno Rembang is not accordance with the SOP, there are procedures that are not followed, namely requests for release of information are still being served even though they do not attach written consent from the patient.

Keywords: information release procedure; information release requirements; retrieval of information release results

Abstrak

Pemanfaatan rekam medis untuk keperluan penggantian biaya kesehatan atau klaim asuransi yang menyebutkan identitas pasien harus mendapat persetujuan secara tertulis dari pasien atau ahli warisnya. Berdasarkan observasi awal di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang, diketahui permintaan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN pada bulan April sampai Juni 2020 sebanyak 24 permintaan. Sebesar 75% permintaan ditemukan belum sesuai standar prosedur operasional, yaitu tidak adanya persetujuan tertulis dari pasien. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran pelaksanaan prosedur pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang. Jenis penelitian berupa deskriptif kualitatif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi dan wawancara. Subjek penelitian ini adalah petugas pelepasan informasi, kepala instalasi rekam medis, agen asuransi dan sebagian proses pelepasan informasi rekam medis. Analisis data yang digunakan yaitu teknik analisis nonstatistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan prosedur pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang belum sesuai dengan SPO, ada prosedur yang tidak ditaati yaitu permintaan pelepasan informasi tetap dilayani meskipun tidak melampirkan persetujuan tertulis dari pasien. Persyaratan yang harus dipenuhi belum lengkap, yaitu kurang surat kuasa pasien. Proses pengambilan pelepasan informasi sudah sesuai dengan SPO dan pernyataan responden.

Kata kunci: pengambilan hasil pelepasan informasi; persyaratan pelepasan informasi; prosedur pelepasan informasi

1. Pendahuluan

Rumah sakit menurut Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pasal 29 ayat (1) disebutkan bahwa rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis. Rekam medis dapat digunakan sebagai alat komunikasi antar pemberi pelayanan kesehatan, sehingga rekam medis harus dikelola oleh petugas yang profesional.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis, menjelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dijelaskan lebih lanjut pada Bab IV Pasal 10 ayat (1) bahwa informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Bab V Pasal 12 juga dijelaskan bahwa berkas rekam medis secara fisik adalah milik sarana pelayanan kesehatan sedangkan isi rekam medis berupa ringkasan rekam medis adalah milik pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Siswati, Sri Adinda dan Rury Agnesia tentang tinjauan pelaksanaan pelepasan informasi medis kepada pihak ketiga untuk klaim asuransi di rumah sakit umum muhammadiyah taman puring Jakarta tahun 2018, permintaan pelepasan informasi medis belum seluruhnya sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), ditemukan 5 (12%) tidak dilengkapi surat permintaan pelepasan informasi medis.

Proses pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang, dibedakan untuk klaim asuransi JKN dan klaim asuransi non-JKN, pada proses pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi JKN sudah terstruktur, sudah dibentuk tim dengan Surat Keputusan Direktur dan sudah berjalan dengan baik, sedangkan proses pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN belum dibentuk tim khusus, hanya berpedoman pada SPO. Oleh karena itu, penulis ingin meneliti tentang pelaksanaan prosedur pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN.

Berdasarkan observasi awal di Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang, diketahui permintaan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN pada bulan April sampai dengan bulan Juni 2020 sebanyak 24 permintaan, sebesar 75% ditemukan permintaan yang belum sesuai standar prosedur operasional, yaitu tidak adanya persetujuan tertulis dari pasien. Pasien hanya melampirkan fotokopi identitas diri/Kartu Tanda Penduduk (KTP), hal ini dikhawatirkan adanya ketidaktepatan terkait masalah kerahasiaan informasi medis tersebut, apabila kerahasiaan informasi pasien tidak dijaga dengan baik oleh pihak rumahsakit, tidak menutup kemungkinan informasi pasien akan disalahgunakan oleh pihak yang tidak bertanggung jawab.

2. Metode

Jenis penelitian berupa deskriptif kualitatif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi dan wawancara.

3. Hasil dan Pembahasan

Gambaran Alur Permintaan Pelepasan Informasi Rekam Medis untuk Klaim Asuransi Non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang

- a. Pemohon datang langsung ke Instalasi Rekam Medis, pada jam kerja;

- b. Pemohon membawa formulir isian asuransi, bukti kuitansi atau kartu pasien dari rumah sakit dan identitas diri/fotokopi KTP pasien;
- c. Petugas pelepasan informasi menyiapkan dokumen rekam medis dan mengajukan ke DPJP, untuk melengkapi formulir isian asuransi.

Menurut Rustiyanto (2009), alur pemberian informasi rekam medis kepada pihak ketiga seperti asuransi yang pertama harus ada surat kuasa dari pasien. Pemegang kuasa harus menunjukkan identitas diri. Selain itu juga belum sesuai dengan Permenkes 269 tahun 2008 pasal 12 ayat (4) yang menyebutkan bahwa "Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dicatat atau di-copy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu".

Menurut Huffman (1994) menyebutkan bahwa formulir pelepasan informasi setidaknya memuat unsur-unsur yang meliputi nama perorangan atau institusi yang akan menerima informasi dan tanda tangan pasien/kuasa.

Dalam pelaksanaan permintaan pelepasan informasi untuk klaim asuransi non-JKN, masih ditemukan belum lengkapnya pengisian formulir permintaan pelepasan informasi seperti tidak adanya surat kuasa pasien.

Identifikasi Standar Prosedur Operasional Pelepasan Informasi Rekam Medis di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang

- a. Permintaan pelepasan informasi rekam medis dilayani di Instalasi Rekam Medis pada jam kerja;
- b. Pemohon membawa formulir isian asuransi, bukti kuitansi atau kartu pasien dari rumah sakit dan identitas diri/fotokopi KTP pasien;
- c. Permintaan pelepasan informasi rekam medis dari pihak lain (asuransi) tetap diberikan meskipun tidak ada persetujuan tertulis dari pasien;

- d. Pemohon membubuhkan nama dan tanda tangan di buku serah terima pelepasan informasi rekam medis.

Penelitian yang dilakukan oleh Salma Rosyada tentang tinjauan prosedur pelepasan informasi dalam menjamin kerahasiaan pasien kepada pihak asuransi di RSUD R.A Kartini Jepara Tahun 2019, Menurut SPO yang berlaku, alur permintaan pelepasan informasi yaitu pemohon datang ke bagian umum dengan membawa surat permintaan pengisian formulir asuransi. Kemudian surat akan didisposisikan ke bagian administrasi rekam medis yang nanti akan diagendakan. Kemudian, petugas administrasi rekam medis menyerahkan formulir pelepasan informasi kepada pemohon untuk diisi. Lalu, petugas membuat bon pinjam dan menyerahkan ke bagian penyimpanan untuk pinjam dokumen rekam medis. Berikutnya, petugas menghubungi DPJP untuk diminta mengisi formulir asuransi, kemudian petugas membuat slip pembebanan biaya pembuatan formulir asuransi dan menyarankan pemohon untuk membayar di kasir. Setelah formulir terisi petugas meminta bukti pembayaran dan meminta pemohon menandatangani bukti penyerahan formulir asuransi.

Menurut Rustiyanto (2009) alur pemberian informasi rekam medis kepada pihak ketiga seperti asuransi yang pertama harus ada surat kuasa dari pasien. Pemegang kuasa harus menunjukkan identitas diri. Selain itu juga belum sesuai dengan Permenkes 269 Tahun 2008 pasal 12 ayat (4) yang menyebutkan bahwa "Ringkasan rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat dicatat atau di-copy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarga pasien yang berhak untuk itu". Pemberian dan pemaparan isi dokumen rekam medis, sebagai petugas rekam medis harus mengetahui alur dan prosedur dalam memberikan dan memaparkan isi dokumen rekam medis kepada orang lain atau pihak tertentu yang

ingin mengetahui data medis pasien. Sedangkan menurut Depkes RI (2006) dalam pemberian informasi medis petugas harus mengikuti prosedur yang berlaku, informasi medis dapat diberikan apabila pasien menandatangani serta memberikan surat kuasa kepada pihak ketiga untuk mendapatkan informasi medis mengenai dirinya, hal ini bertujuan untuk melindungi rumah sakit dari tuntutan yang lebih jauh.

Pelaksanaan prosedur pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang sudah sesuai dengan SPO, namun ada prosedur yang tidak ditaati yaitu permintaan pelepasan informasi tetap dilayani meskipun tidak melampirkan persetujuan tertulis dari pasien.

Persyaratan yang harus Dipenuhi dalam Proses Pelepasan Informasi Rekam Medis untuk Klaim Asuransi Non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang

Syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh pemohon dalam proses pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang yaitu pemohon membawa formulir isian asuransi, fotokopi KTP pasien dan surat kuasa pasien. Meskipun pada pelaksanaannya pemohon tetap dilayani meskipun tidak melampirkan surat kuasa pasien.

Menurut Hadiyasa (2016) "Persyaratan yang dibutuhkan untuk pelepasan informasi rekam medis adalah Kartu Tanda Penduduk, Kartu Keluarga, Surat Rujukan, Fotokopi kartu peserta asuransi dan lain-lain." Menurut J. Guwandi (1994) "Permintaan keterangan medis, misalnya dari pihak asuransi harus ada surat pernyataan persetujuan tertulis dari pasien atau keluarga dekatnya. Surat tersebut diserahkan kepada rumah sakit untuk disimpan di dalam berkas rekam medis sebagai alat bukti jika ada tuntutan kelak."

Hasil tersebut menunjukkan syarat-syarat pelepasan informasi untuk klaim non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno

Rembang sudah sesuai dengan teori, hanya saja kurang kelengkapannya, yaitu surat kuasa dari pasien.

Gambaran Alur Pengambilan Hasil Pelepasan Informasi Rekam Medis untuk Klaim Asuransi Non-JKN Di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang

- a. Pemohon datang mengambil setelah menghubungi/dihubungi petugas;
- b. Membayar di kasir sebesar Rp. 15.000,- sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Rembang No 7 tahun 2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soetrasno Rembang;
- c. Membubuhkan nama terang dan tanda tangan di buku serah terima dengan melampirkan fotokopi kuitansi pembayaran dan fotokopi KTP sebagai bukti pengambilan.

Menurut (Hadiyasa, 2016) "Prosedur yang telah ditetapkan untuk mengambil pemeriksaan penunjang atau resume medis guna klaim asuransi yaitu apabila pihak ketiga merupakan petugas asuransi yang menjadi mitra kerjasama dari pasien, harus membuat surat ijin secara tertulis atau surat hak kuasa (tidak dengan lisan atau kuitansi pembayaran) yang ditandatangani oleh pasien yang bersangkutan, jika bukan pasien tersebut yang mengambil (famili atau orang lain).

Hasil alur pengambilan hasil pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang sudah sesuai dengan SPO yang ada. Di SPO tertulis pemohon membubuhkan nama terang dan tanda tangan di buku serah terima, bahwa isi (ringkasan) rekam medis telah diberikan. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan responden, pihak yang mengambil menuliskan nama dan menandatangani di buku serah terima pelepasan informasi rekam medis sebagai bukti pengambilan dilampiri fotokopi kuitansi dan fotokopi KTP masing-masing 1 lembar.

4. Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

- a. Gambaran alur permintaan pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang, dalam pelaksanaan permintaan pelepasan informasi untuk klaim asuransi non-JKN, masih ditemukan belum lengkapnya pengisian formulir permintaan pelepasan informasi seperti tidak adanya surat kuasa pasien.
- b. Pelaksanaan prosedur pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang belum sesuai dengan SPO, ada prosedur yang tidak ditaati yaitu permintaan pelepasan informasi tetap dilayani meskipun tidak melampirkan persetujuan tertulis dari pasien.
- c. Persyaratan yang harus dipenuhi dalam proses pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang sesuai dengan teori, hanya saja kurang kelengkapannya, yaitu surat kuasa dari pasien.
- d. Hasil alur pengambilan hasil pelepasan informasi rekam medis untuk klaim asuransi non-JKN di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang sudah sesuai dengan SPO yang ada. Di SPO tertulis pemohon membubuhkan nama terang dan tanda tangan di buku serah terima, bahwa isi (ringkasan) rekam medis telah diberikan.

Saran

- a. Merevisi atau memperbaiki Standar Prosedur Operasional Pelepasan Informasi Rekam Medis yang sudah ada, dengan menambahkan langkah prosedur apabila permintaan pelepasan informasi tidak dilengkapi surat kuasa/persetujuan tertulis dari pasien tidak dapat dilayani.
- b. Menyediakan formulir pelepasan informasi, jika pihak asuransi tidak

menyertakan formulir pelepasan informasi/surat kuasa pasien.

- c. Dibuatkan *X-Banner* yang isinya tentang alur permintaan pelepasan informasi rekam medis, persyaratan pelepasan informasi, diletakkan di lobi rumah sakit, agar pemohon dapat melihat persyaratan yang dibutuhkan dan menyiapkan persyaratan dengan lengkap.
- d. Membuat informasi ke media *online* RSUD dr. R. Soetrasno Rembang tentang alur permintaan, persyaratan dan alur pengambilan pelepasan informasi rekam medis.

5. Daftar Pustaka

- Atmoko, Tjipto. 2012. *Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah*. Skripsi Unpad. Jakarta.
- Azwar, Azrul. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Bungin, Burhan. 2011. *Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana Predana Media Group.
- Darmawi, Herman. 2006. *Manajemen Asuransi*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Depkes RI. 1997. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta : Depkes RI.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta : Depkes RI.
- Hartatik, Indah Puji. 2014. *Buku Praktis Mengembangkan SDM*. Jogjakarta. Laksana.
- Hatta, Gemala. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Huffman, Edna, K. 1994. *Health Information Management*. Tenth Edition: Physicians Record Company, Berwyn, Illinois.
- Hutahaean, J. 2014. *Konsep Sistem Informasi*. Yogyakarta: CV Budi Utama.

- Insani, Istyadi. 2010. *Pengembangan Kapasitas Sumber Daya Manusia Daerah Daam Rangka Peningkatan Transparansi dan Akuntabilitas Pengelolaan Keuangan Daerah*.
- Jusuf, M. Hanafiah. Amir, Amri. 2016. *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan. Edisi Kelima*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes RI. 2013. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kitab Undang-Undang Hukum Pidana*.
- Laksmi, Fuad dan Budiantoro. 2015. *Manajemen Perkantoran Modern*. Depok: RajaGrafindo Persada.
- Moleong, Lexy J. 2017. *Metodologi Penelitian Kualitatif. Edisi Revisi*. Cetakan 37. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Moekijat. 2008. *Administrasi Perkantoran*. Bandung: Mandar Maju.
- Nazir, Moh. 2011. *Metode Penelitian Edisi Ketujuh*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2012 Tentang Rahasia Kedokteran*. Jakarta.
- Rustiyanto, Ery. 2009. *Etika Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sailendra, Annie. 2015. *Langkah-Langkah Praktis Membuat SOP*. Cetakan Pertama. Trans Idea Publishing, Yogyakarta.
- Saryono. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta. Mitra Cindekia.
- Soeparto, Pitono. 2008. *Etik dan Hukum di Bidang Kesehatan*. Jakarta: Airlangga University Press.
- Sugiyono. 2014. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Susanto, Edy. Sugiharto. 2017. *Manajemen Informasi Kesehatan IV* . Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Suyanto, Bagong. Sutinah. 2011. *Metode Penelitian Sosial. Edisi Revisi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran*. Jakarta.
- Undang-undang No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta.
- Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta.