

ANALISIS KETEPATAN KODE DIAGNOSA OBSTETRI TERHADAP KELANCARAN KLAIM BPJS RS.X KOTA BENGKULU

Nofri Heltiani*, Nurwahyu Asroni, Tri Endah Suryani

^{1,2,3)}STIKes Sapta Bakti
E - mail : nofrihelti11@gmail.com

ANALYSIS OF THE ACCURACY OF THE OBSTETRICAL DIAGNOSIS CODE OF THE SMOOTHNESS OF CLAIMS BPJS RS.X BENGKULU CITY

ABSTRACT

Background: The obstetric code is a code that is more detailed and has differences from other disease codes, so errors often occur in enforcing the code. Based on observations of 10 obstetric claim files submitted to BPJS, it was found that 6 (60%) files were pending due to diagnoses and codes entered on medical resumes that were not in accordance with BPJS, which resulted in delays in the claim payment process to the hospital. This study aims to analyze the accuracy of the obstetrical diagnosis code for the smoothness of BPJS RS.X claims in Bengkulu City.

Subjects and Method: This type of research is descriptive with a cross sectional approach. The population in this study were 137 obstetrical claim files for 2021 with a sample of 58 files taken by simple random sampling. The data used in this study were primary and secondary data which were processed univariately.

Results: 31(53%) obstetric files smooth BPJS claims and 27(47%) non-current BPJS claim files with details 3(5%) incomplete claim files, 22(38%) incorrect obstetric code and 2(3%) incomplete documentation

Conclusion: Most of the accuracy of the obstetric diagnosis code experienced smoothness of the BPJS when it was verified by the BPJS verifier.

Keywords: Accuracy; BPJS; Claims; Obstetrics; Smoothness.

ABSTRAK

Latar Belakang: Kode obstetri merupakan kode bersifat lebih rinci dan memiliki perbedaan dengan kode penyakit lainnya, sehingga sering terjadi kesalahan dalam penegakan kode. Berdasarkan hasil observasi dari 10 berkas klaim obstetri yang diajukan ke BPJS diketahui 6(60%) berkas mengalami *pending* yang disebabkan diagnosa dan kode yang diinputkan pada resume medis tidak sesuai dengan BPJS sehingga berdampak terlambatnya proses pembayaran klaim ke rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis ketepatan kode diagnosa obstetri terhadap kelancaran klaim BPJS RS.X Kota Bengkulu.

Subjek dan Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 137 berkas klaim obstetri tahun 2021 dengan sampel 58 berkas yang diambil secara *simple random sampling*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder yang diolah secara univariat.

Hasil: 31(53%) berkas obstetri lancar klaim BPJS dan 27(47%) berkas tidak lancar klaim BPJS dengan rincian 3(5%) tidak lengkap berkas klaim, 22(38%) tidak tepat kode obstetri dan 2(3%) tidak lengkap pendokumentasian.

Keseimpulan: Ketepatan kode diagnosis obstetri hampir sebagian besar mengalami kelancaran BPJS pada saat dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS.

Kata Kunci: BPJS; Kelancaran; Ketepatan; Klaim; Obstetri.

PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengatakan rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai komponen pendukung terlaksananya program JKN yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang berkaitan dengan pembiayaan kesehatan menggunakan metode pembayaran *prospective* yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan dengan pola pembayaran dikenal dengan *casemix*

Casemix merupakan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber biaya perawatan yang mirip/sama pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software* INA-CBG's (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Sistem pembayaran INA-CBG's menggunakan klaim yang nantinya akan dibayarkan BPJS dengan pengajuan biaya perawatan pasien BPJS dari rumah sakit yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulannya (Ardhitya & Perry, 2015).

Dalam proses klaim, berkas yang diajukan harus lengkap dan sesuai prosedur yang berlaku,

sehingga rumah sakit wajib melengkapi berkas klaim sebelum diajukan kepada pihak BPJS untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif yang telah ditetapkan INA-CBG's (Evi Alifia Harnanti, 2018).

Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang menyatakan bahwa hal-hal yang berpengaruh terhadap proses klaim BPJS di antaranya berkas klaim tidak lengkap, isi klaim tidak sesuai dan waktu pengajuan berkas terlalu lama.

Selain berkas klaim yang harus lengkap, salah satunya adalah kelengkapan informasi medis yang harus ditandatangani Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) mempengaruhi kelancaran klaim BPJS, hal penting lainnya yang sangat mempengaruhi kelancaran pengajuan klaim adalah kesesuaian kode pada lembar resume medis (rumah sakit) dengan kode pada INA-CBG's.

Dalam pendokumentasian rekam medis kode diagnosa dan tindakan pada ICD-10 dan ICD-9-CM merupakan salah satu data penting dan digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan. Diagnosa harus dikode dengan tepat dan akurat serta tepat waktu sehingga dapat digunakan untuk pengambilan keputusan rekam medis (Oktavia, 2017).

Kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter serta profesionalisme *coder* (Purwanti, 2016). Apabila penulisan diagnosa pada berkas rekam medis tidak tepat, maka dapat mempengaruhi ketepatan dalam pengkodean dan dapat berdampak terhadap biaya pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan ketidaktepatan pengelolaan data pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan (Made dkk, 2020).

Selain itu ketidakakuratan pengkodean juga berpengaruh terhadap kelancaran proses klaim yang menyebabkan berkas klaim yang diajukan mengalami *pending* sehingga dikembalikan oleh verifikator BPJS ke rumah sakit untuk diperbaiki.

Ketepatan dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangat penting karena berkaitan dengan kelancaran pengajuan klaim BPJS dan pembiayaan pelayanan kesehatan baik pembiayaan yang ditanggung sendiri maupun BPJS.

Berdasarkan survey pendahuluan di RS.X Kota Bengkulu kasus obstetri merupakan kasus yang ditangani dari 15 kasus terbesar di RS.X Kota Bengkulu. Data tiga tahun terakhir menunjukkan pada tahun 2019 jumlah kunjungan 272 pasien dengan berkas klaim yang mengalami gagal purif 64(24%) berkas, tahun 2020 jumlah kunjungan 87(68%) pasien dengan berkas klaim gagal purif 27(31%) berkas dan tahun 2021 jumlah kunjungan 137(64%) pasien.

Hasil observasi awal yang dilakukan terhadap 10 berkas klaim obstetri yang diajukan

ke BPJS diketahui 4(40%) berkas lolos verifikasi dan 6(60%) berkas mengalami *pending* yang disebabkan karena informasi koding (berkaitan dengan diagnosa dan kode yang diinputkan pada resume medis tidak sesuai dengan BPJS), dengan rincian 3(30%) berkas harus ditambahkan kode tindakan persalinan, 1(10%) berkas salah kode pada karakter ke-4 dan 2(2%) berkas salah kode karena berbeda antara kode dari BPJS dengan kode pada resume medis yang dilihat berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang.

Dari 6(60%) berkas klaim yang mengalami *pending* salah satunya adalah pasien *sectio cesarea* terjadi pendarahan *post-partum placenta* dikode (O72.1) tetapi pada hasil laporan operasi jumlah hemoglobin <500 cc sehingga hanya bisa dikode sebagai persalinan dengan anemia biasa. Kode dapat diakui sebagai pendarahan *post-partum* apabila jumlah hemoglobin >500 cc.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *casemix* diketahui bahwa berkas klaim yang dikembalikan verifikator BPJS disebabkan adanya perbedaan antara kode yang dituliskan *coder* rumah sakit berdasarkan diagnosa yang ditegaskan dokter pada lembar resume medis dengan kode pada saat analisis koding yang tidak sesuai dengan peraturan dan berita acara BPJS ketika verifikasi klaim oleh verifikator BPJS dengan menggunakan aplikasi *venika*, serta tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung penegakan diagnosa sehingga berkas klaim obstetric mengalami *pending* dan dikembalikan ke rumah sakit untuk diperbaiki kembali.

Hal ini sejalan dengan (Indawati, 2019) dalam penelitiannya mengatakan bahwa berkas klaim yang dikembalikan ke rumah sakit dikarenakan informasi koding yang tidak tepat dan berkas klaim belum lengkap, dimana kedua hal tersebut merupakan syarat utama untuk lolos verifikasi.

Pengembalian berkas klaim ke rumah sakit dikarenakan ketidakakuratan kode diagnosa berdampak terlambatnya proses pembayaran klaim sehingga menyebabkan kerugian material dan juga berpengaruh terhadap mutu rekam medis serta beban kerja *coder* akan bertambah (Irmawati dkk, 2018). Oleh sebab itu, sebelum klaim diajukan ke BPJS sangat penting untuk dilakukan audit rekam medis terhadap kelengkapan berkas klaim dan keakuratan kode sehingga pengajuan klaim tidak mengalami *pending*.

Berdasarkan uraian di atas, melihat kode obstetri bersifat lebih rinci dan memiliki perbedaan dengan kode penyakit lainnya sehingga sering kali terjadi kesalahan dalam penegakan kode, maka pertanyaan penelitian dapat dirumuskan yaitu bagaimanakah ketepatan kode diagnosis kasus obstetric terhadap kelancaran klaim BPJS. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketepatan kode diagnosis kasus obstetric terhadap kelancaran BPJS.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 137 berkas klaim

kasus obstetri yang diajukan ke BPJS pada periode Januari s.d Desember 2021 dengan sampel 58 berkas yang diambil secara *simple random sampling*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder yang diolah secara univariat.

HASIL PENELITIAN

1. Ketepatan Kode Diagnosis Obstetri RS.X Kota Bengkulu

Tabel 1. Ketepatan Kode Diagnosa Obstetri RS.X Kota Bengkulu

Kode Diagnosis	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tepat	36	62
Tidak Tepat	22	38
Jumlah	58	100

Sumber : Data sekunder terolah, 2022

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa 36(62%) berkas tepat kode diganosa obstetri dan 22(38%) berkas tidak tepat kode diganosa obstetri.

2. Kelancaran Klaim BPJS Kasus Obstetri

Tabel 2. Kelancaran Klaim BPJS Kasus Obstetri

Klaim BPJS	Jumlah (n)	Persentase (%)
Lancar	31	54
Tidak Lancar	27	46
Jumlah	58	100

Sumber : Data sekunder terolah, 2022

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa 31(54%) berkas obstetri lancar klaim BPJS dan 27(46%) berkas tidak lancarklaim BPJS pada kasus Obstetri.

PEMBAHASAN

1. Ketepatan Kode Diagnosa Obstetri RS.X Kota Bengkulu

Ketepatan kode diagnosa merupakan ketepatan penulisan kode penyakit yang sesuai dengan klasifikasi ICD-10 dan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi.

Coder bertanggungjawab atas ketepatan kode diagnosa yang ditetapkan. Oleh karena itu, apabila diagnosa yang ditegaskan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) kurang jelas/tidak tepat dan tidak lengkap sebelum menetapkan kode diagnosa, maka harus dikomunikasikan terlebih dahulu dengan DPJP untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, dan *coder* menetapkan kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10 (Hamid, 2013).

Berdasarkan tabel 1 ketepatan kode diagnosa obstetri diketahui 36(62%) berkas tepat kode dan 22(38%) berkas tidak tepat. Ketidaktepatan kode obstetri dilihat dari lima katagori, yaitu sebanyak 3(14%) berkas salah jumlah karakter, 11(50%) berkas salah *Complication Of Delivery* (O00-O99)/kode Ibu, 8(36%) salah *Method Of Delivery* (O80.0-084.9)/kode tindakan dan tidak terdapat kesalahan *Outcome Of Delivery* (Z37.0-Z37.9)/kode Anak pada berkas.

Berdasarkan observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap diketahui pada saat menentukan kode, petugas koding menemukan kesulitan membaca tulisan DPJP berupa ketidakjelasan penulisan diagnosa yang ditegaskan maka harus dilakukan

klarifikasi, akan tetapi dalam melakukan klarifikasi seringkali membutuhkan waktu cukup lama dikarenakan DPJP tidak selalu ada di rumah sakit, sehingga *coder* akan menghubungi apabila DPJP ada jadwal di rumah sakit. Agar klarifikasi tercapai maka untuk melakukan pengkodean, *coder* harus melihat riwayat perawatan, pengobatan, gejala pada lembar anamnesa dan pemeriksaan fisik.

Sejalan dengan (Susanti, 2018) dalam penelitiannya mengatakan pada saat menentukan kode klaim BPJS *coder* menemukan kesulitan terkait diagnosa yang ditegaskan oleh dokter dan singkatan yang sulit dipahami maka *coder* harus melakukan klarifikasi, dan ketika proses klarifikasi tidak berhasil *coder* menggunakan Rule MB1-MB5 untuk memilih kembali atau reseleksi kode diagnosa utama.

Selain itu dalam proses menentukan kode diagnosa, *coder* hanya mengkode dengan melihat diagnosanya saja tanpa membaca hasil laporan penunjang dan resume medis yang mendukung penegakan diagnosa tersebut. (Ningtyas et al., 2019) dalam penelitiannya mengatakan informasi yang diperlukan untuk menunjang ketepatan kode diagnosa kasus persalinan di antaranya lembar resume (*discharge summary*) yang berfungsi untuk mengetahui diagnosa yang ditegaskan dokter, lembar hasil pemeriksaan laboratorium berfungsi untuk mengetahui kondisi tertentu pada pasien, lembar Hasil Pemeriksaan Radiografi (USG) berfungsi untuk mengetahui kondisi janin, *informed consent* dan laporan operasi.

Hal tersebut sejalan hasil penelitian (Alik, 2016) ketidaktepatan pengkodean diagnosa obstetri disebabkan antara lain terdapat penulisan diagnosa kurang jelas dan kurang spesifik, tulisan dokter sulit dibaca dan menggunakan singkatan yang tidak baku sehingga menyulitkan *coder* dalam menetapkan kode, dan juga *coder* sering tidak membaca rekam medis seutuhnya seperti (tidak membaca laporan penunjang, hasil patologi anatomi, lembar operasi) tetapi hanya melihat diagnosanya pada ringkasan keluar (resume medis).

Menurut (Meilany et al., 2020) faktor ketepatan pemberian kode diagnosa adalah hasil pemeriksaan penunjang medis. Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang medis mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosa karena dapat dijadikan sebagai informasi pendukung apabila diagnosa yang ditetapkan oleh tenaga medis kurang jelas atau tidak lengkap. Kode dapat dinyatakan tepat apabila sudah sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM berdasarkan dari diagnosa yang didukung dengan adanya informasi penunjang seperti hasil laboratorium dan hasil patologi anatomi.

Selain itu, faktor yang mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosa adalah kelengkapan pengisian informasi medis. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group's* (INACBG's) Bab IV bagian H dijelaskan bahwa kelengkapan isi rekam medis yang ditulis dokter akan sangat membantu petugas koding dalam

memberikan kode diagnosa dan tindakan yang tepat. Sejalan dengan hasil penelitian Wariyanti (2014) kelengkapan informasi medis dan keakuratan dokumen rekam medis sangatlah penting, jika informasi medis tidak lengkap maka kode diagnosis yang dihasilkan menjadi tidak tepat.

2. Kelancaran Klaim BPJS Kasus Obstetri

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa 31(54%) berkas obstetri lancar klaim BPJS dan 27(46%) berkas obstetri tidak lancar klaim BPJS. Berkas klaim kasus obstetri sebanyak 31(53,4%) memiliki kode diagnosa tepat yang didukung dengan kelengkapan berkas klaim dan kelengkapan dokumentasi.

Kelengkapan berkas klaim, ketepatan kode diagnosa dan kelengkapan dokumentasi menjadi faktor yang mempengaruhi kelancaran klaim dan menjadi dasar disetujuinya penangihan biaya verifikasi oleh BPJS kepada rumah sakit, sehingga biaya pelayanan kesehatan yang sudah dikeluarkan akan dibayarkan tepat waktu oleh BPJS dan akan berdampak baik terhadap rumah sakit karena tidak mengalami kesulitan pada biaya operasional ataupun mengalami kerugian.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Ariyanti & Gifari, 2019) mengatakan kelengkapan informasi medis dan ketepatan kode diagnosa menjadi menjadi faktor yang mempengaruhi klaim BPJS untuk disetujui penangihan biaya verifikasi oleh BPJS kepada rumah sakit.

Ketidaklancaran klaim BPJS dianalisis dari tiga katagori, yaitu ketidaklengkapan berkas

klaim sebanyak 3(5%), ketidaktepatan kode obstetri 22(38%) dan ketidaklengkapan pendokumentasian 2(3%).

a. Ketidaklengkapan Berkas Klaim

Kelengkapan berkas klaim berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap diketahui berkas yang diperlukan untuk pengajuan klaim BPJS meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), laporan individual pasien, laporan penunjang pasien, resume medis, formulir verifikasi JKN (INA-CBG's), surat keterangan (surat perintah rawat inap, surat *emergency*, surat rujukan) dan identitas pasien (KTP dan kartu BPJS).

Ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan ke BPJS dari hasil penelitian diketahui 2(66,7%) berkas tidak lengkap laporan penunjang pasien dan 1(33,3%) berkas tidak lengkap resume medis.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap, berkas pengajuan klaim yang tidak lengkap disebabkan oleh tidak lengkapnya laporan pemeriksaan penunjang dan resume medis karena tidak dilakukannya pengecekan kelengkapan berkas klaim oleh petugas bagian *assembling* dan kurangnya pengecekan kembali oleh *coder* dan penginput data INA-CBG's di bagian *casemix*.

Sejalan dengan Molanda, dkk (2015) dalam penelitiannya mengatakan ketidaklengkapan dokumen klaim terutama pada berkas pendukung atau berkas penunjang pasien yang merupakan bagi dari kelengkapan dokumen

dan prosedur klaim dikarenakan kurangnya perhatian dan pemahaman petugas terhadap kelengkapan dokumen rekam medis. Hal ini menjadi salah satu penyebab pengembalian berkas klaim karena berdasarkan Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2004 dijelaskan bahwa verifikator BPJS berhak melakukan konformasi kepada petugas apabila tidak adanya bukti-bukti, maka klaim dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki (Irmawati dkk, 2018).

Kekurangan lembar penunjang dan resume medis akan berdampak pada ketepatan kode yang akan ditegaskan, keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan serta akan menyebabkan berkas tersebut tidak terklaim dan harus dikembalikan untuk dilengkapi.

Menurut (Pitaloka & Ningsih, 2021) kelengkapan berkas klaim menjadi pertimbangan untuk kelancaran proses klaim BPJS seperti tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang pada berkas syarat pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap, sementara kasus diagnosa pada tindakan atau prosedur yang dilakukan tersebut memerlukan laporan penunjang sehingga pihak verifikator BPJS meminta kelengkapan dengan cara mengembalikan berkas klaim tersebut.

Sejalan dengan (Rahmatiqah et al., 2020) berkas rekam medis pasien merupakan faktor yang sangat penting dalam pengklaiman BPJS. Kelengkapan berkas pasien ini menunjukkan kepada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS.

Petugas klaim BPJS harus melakukan pemeriksaan kelengkapan berkas klaim untuk memastikan bahwa BPJS memberikan pembiayaan dengan tepat dan sesuai dengan spesifikasi jenis-jenis rawatan.

b. Ketidaktepatan Kode Obstetri

Ketidaktepatan kode obstetri RS.X Kota Bengkulu disebabkan oleh 3(14%) berkas salah jumlah karakter, 11(50%) berkas salah kode ibu (*Complication Of Delivery*) dan 8(36%) salah kode tindakan (*Complication Of Delivery*).

Berdasarkan hasil wawancara pada penanggung jawab *casemix* kode diagnosa yang tidak tepat dan *coder* sulit membaca tulisan DPJP sehingga harus melakukan konfirmasi walaupun resume medis dan pedokumentasian sudah lengkap, akan tetapi seringkali DPJP tidak berada di tempat, sementara *coder* harus segera melakukan pengkodean dikarenakan berkas klaim harus segera dikirim sehingga menghambat kelancaran proses klaim.

Sejalan dengan (Alik, 2016) dalam penelitiannya mengatakan ketepatan kode pada saat klaim masih rendah disebabkan adanya beberapa diagnosa yang memerlukan konfirmasi pada DPJP walapun resume medis dan kode diganosa sudah lengkap dan tepat, akan tetapi DPJP terkadang tidak ada di tempat dan harus menunggu DPJP, tidak adanya tim verifikator internal rumah sakit yang melakukan verifikasi berkas klaim serta petugas yang melakukan input data klaim ke dalam *software* INA-CBG's bukan

berlatarbelakang rekam medis akibatnya menghambat proses klaim.

Ketepatan kode diagnosa obstetri akan mempengaruhi kelancaran klaim BPJS karena tingkat ketepatan berguna untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, pelaporan nasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Alik, 2016).

Kode diagnosa yang tidak tepat dapat menjadi masalah sehingga klaim BPJS tidak dapat dibayarkan karena melanggar ketentuan yang telah ditetapkan BPJS. Apabila *coder* melakukan pengodean diagnosa penyakit yang salah, maka akan berpengaruh pada jumlah pembayaran klaim yang berbeda dari pembayaran seharusnya (Ariyanti & Gifari, 2019).

Ketepatan pengkodean pada rekam medis sangatlah dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya dalam proses kelancaran pengklaiman. Oleh sebab itu tingkat ketepatan kode sangat diperhatikan apabila kode diagnosis tidak tepat akan berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan, hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena pembayaran klaim yang berbasis INA-CBG's dilihat dari hasil pengkodean yang ditetapkan oleh *coder*.

Untuk klaim agar dapat terverifikasi dengan lancar membutuhkan kode diagnosa yang tepat dan persyaratan yang lengkap. Keakuratan kode diagnosa dan tindakan sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan pembayaran biaya kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dampak yang akan terjadi dari ketidaktepatan kode obstetri akan mempengaruhi terhadap biaya perawatan dan obat-obatan yang dikonsumsi serta mempengaruhi proses pengajuan klaim ke BPJS. Sejalan dengan penelitian (Ayu, 2012) dampak dari ketidaksesuaian dalam pengkodean suatu diagnosis akan berpengaruh terhadap klaim biaya perawatan, administrasi rumah sakit serta kualitas pelayanan yang ada di rumah sakit tersebut.

Menurut (Alik, 2016) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ketepatan penegakan kode diagnosis berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan yang akan diberikan, hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena pembayaran klaim yang berbasis INA-CBGs ditentukan dari hasil pengkodean yang ditetapkan petugas coding.

Sejalan dengan penelitian (Ariyanti & Gifari, 2019) penentuan kode diagnosa yang tidak tepat dapat menjadi masalah berakibat klaim BPJS tidak dapat dibayarkan. Jika hal ini terus-menerus terjadi, dampak lebih lanjut yang akan terlihat adalah penurunan pendapatan rumah sakit menjadi yang akan berdampak operasional rumah sakit yang ganggu.

c. Ketidaklengkapan Pendokumentasian

Ketidaklengkapan pendokumentasian berkas klaim yang diajukan ke BPJS sebesar 2(3%) berkas pada item autentikasi. Dari hasil observasi diketahui berkas klaim yang tidak lengkap pendokumentasian tersebut disebabkan tidak adanya tanda tangan DPJP pada lembar resume medis dengan alasan keterbatasan waktu DPJP mengingat banyaknya pasien yang harus ditangani.

Tanda tangan DPJP mempunyai peranan penting dalam pembayaran klaim, karena tanda tangan merupakan tanda keaslian dokumen dan syarat mutlak pengajuan klaim yang diatur dalam perjanjian kontrak kerjasama antar rumah sakit dengan BPJS. Secara hukum tanda tangan yang terdapat pada resume medis adalah keabsahan dari resume medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Pasal 4 ayat (2).

Menurut Novita (2016) dalam penelitiannya mengatakan kelengkapan pendokumentasian berkas pasien menunjukkan pada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS. Akan tetapi pada pengajuan klaim BPJS masih ditemukan ketidaklengkapan pendokumentasian, seperti berkas klaim pasien yang belum terisi lengkap beserta dengan diagnosa dan tanda tangan DPJP. Penandatanganan lembar resume medis sangat penting sebagai tanda keabsahan dan persetujuan dokter yang merawat atas isi resume medis tersebut (Khotimah, S., & Nuraini et al., 2018).

Tidak adanya tanda tangan pada resume medis membuat berkas klaim tidak bisa di *grouping* sehingga dapat terjadi penundaan (*pending*) klaim BPJS dan pengembalian ke pihak rumah sakit untuk dilengkapi. Penundaan dan pengembalian berkas klaim menyebabkan pembayaran klaim ditunda dan *cash flow* rumah sakit menjadi menurun sehingga mempengaruhi dana operasional rumah sakit dikarenakan hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS.

Kelengkapan pendokumentasian dalam pengajuan klaim penting untuk diperhatikan, selain lengkap pengajuan klaim juga harus tepat waktu agar proses klaim berjalan dengan lancar. Apabila ditemukan ketidaklengkapan pada berkas klaim maka dapat menyebabkan penolakan oleh verifikator BPJS sehingga berkas klaim harus dikembalikan kepada rumah sakit agar segera dilengkapi (Lubis & Rizki, 2019)

PENUTUP

Ketepatan kode diagnosa obstetri sebagian besar mengalami kelancaran BPJS pada saat dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

Alik, A. T. N. 2016. Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa Obstetric Terhadap Kelancaran Klaim Bpjs Di Rsud Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan. *Indonesian of Health Information Management Journal*, Vol.4 No.1.

Ardhitya, T & Perry, A. 2015. *Faktor-Faktor yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nusantoro

Semarang.

- Ayu, R. D. V. 2012. Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama dan Ketepatan Kode ICD-10 pada Pasien Umum di RSUD Kota Semarang Triwulan I. *UDiNus Repository*, 14.
- Gifari, M & Ariyanti, F. 2019. *Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap*. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat 2019 Vol.8 No.4.
- Hamid. 2013. *Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang*. Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Harnanti, E. 2018. Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit UNS. *Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Indawati, L. 2019. *Analisis Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, Vol.7 No.2.
- Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. 2018. *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD R.A Kartini Jepara*. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Vol.1 No.1
- Lubis, F & Rizki, K. 2019. *Tinjauan Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis pada Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pasien Penderita Diabetes Melitus Terhadap Klaim BPJS di Rumah Sakit Umum IPI Medan Tahun 2018*. Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda Vol.3 No.1.

- Made, I., Adiputra, S., Luh, N., Devhy, P., Intan, K., & Sari, P. 2020. Gambaran Ketepatan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan I pada Pasien Rawat Inap di RSUD Sanjiwani Gianyar. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol.8 No.2.
- Malonda, T. D., Rattu, A. J. M., & Soleman, T. 2015. *Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano*. *Jikmu*, Vol.5 No.5.
- Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., & Wariyanti, A. S. 2019. *Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, Vol4 No.1.
- Novita, M. 2016. *Analisis Pencairan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014*. Universitas Andalas.
- Pitaloka, S & Ningsih, N. 2021. *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, Vol.1 No.12.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Oktavia, N. 2017. *Gambaran Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Jiwa dengan Skizofrenia Pada DRM Rawat Inap Ruang Murai B di RSKJ Soeprapto Bengkulu*. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management)*, Vol2 No.2.
- Rahmatiq, C., Sulrieni, I. N., & Novita Sary, A. 2020. *Kelengkapan Berkas Rekam Medis Dan Klaim Bpjs Di Rsud M.Zein Painan*. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, Vol.11 No.1.
- Susanti, M. E. 2018. *Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN Di RSUD Darmayu Ponorogo*. *Global Health Science*, Vol.3 No.3.
- Wariyanti, A. S. 2014. *Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013*. *Kesehatan Masyarakat*, 13.

ANALISIS PELAKSANAAN SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN PUSKESMAS (SP3) DI PUSKESMAS PANAWANGAN KABUPATEN CIAMIS

Farhah Dheya Lestary, Dewi Lena Suryani
Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
E - mail : farhahdheya21@gmail.com

ANALYSIS IMPLEMENTATION OF THE PUSKESMAS RECORDING AND REPORTING SYSTEM (SP3) AT PUSKESMAS PANAWANGAN CIAMIS REGENCY

ABSTRACT

Background: The Puskesmas Recording and Reporting System (SP3) is a comprehensive recording and reporting activity based on the concept of a health center's working area and useful in supporting health center management. Through SP3, health centers are required to record activities and report regularly to the District Health Office. Based on the initial survey, Puskesmas Panawangan has used an application or website in the reporting section, but the recording section is not yet computerized, resulting in officers having to do the work twice. The health center has facilitated infrastructure but has not fully maximized it. Some officers at the Puskesmas have also not attended SP3 training. The purpose of the study was to determine the implementation of the Puskesmas Recording and Reporting System (SP3) at the Panawangan Health Center, Ciamis Regency.

Subjects and Method: Qualitative research with a phenomenological approach. The research was conducted at the Panawangan Health Center in Ciamis Regency. The research subjects consisted of 1 key informant, 5 main informants, and 1 supporting informant. The research instruments used were interview guidelines, observation sheets, cell phones for recording, notebooks, and stationery. Data collection was done through interviews and observation.

Results: This There is someone who manages SP3, but there are no medical record graduates, and additional staff are needed for the nutrition program and Pustu. Not all staff have attended SP3 training. The recording and reporting system at Panawangan Health Center has not used a guidebook, or there is no guidebook. Computer facilities are still lacking, so in recording and reporting health centers, officers use privately owned facilities. Internet services are available, but sometimes there are obstacles.

Conclusion: The recording and reporting system at Panawangan Health Center has been implemented, and the submission of SP3 reports to the District Health Office has also been carried out on time.

Keywords: Implementation, System, Recording, Reporting, Puskesmas

ABSTRAK

Latar Belakang: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) ialah aktivitas pencatatan maupun pelaporan yang komprehensif berdasarkan konsep wilayah kerja puskesmas serta berguna dalam mendukung manajemen Puskesmas. Melalui SP3, puskesmas wajib mencatatkan kegiatan dan melaporkan secara berkala ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Berdasarkan survei awal, Puskesmas Panawangan sudah

menggunakan aplikasi atau website pada bagian pelaporan hanya saja pada bagian pencatatan belum berbasis komputersasi sehingga mengakibatkan petugas harus mengerjakan pekerjaan dua kali. Puskesmas sudah memfasilitasi sarana prasarana namun belum sepenuhnya maksimal. Sebagian petugas di Puskesmas juga belum mengikuti pelatihan SP3. Tujuan penelitian untuk mengetahui pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) di Puskesmas Panawangan Kabupaten Ciamis.

Subjek dan Metode: Jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Panawangan Kabupaten Ciamis. Subjek penelitian terdiri dari 1 informan kunci, 5 informan utama, serta 1 informan pendukung. Instrumen penelitian menggunakan pedoman wawancara, lembar observasi, *handphone* untuk merekam, buku catatan, dan alat tulis. Pengumpulan data dengan wawancara dan observasi.

Hasil: Sudah ada yang mengelola SP3, namun belum tersedia tenaga khusus lulusan rekam medis serta perlu penambahan petugas di program gizi dan di Pustu. Tidak semua petugas pernah mengikuti pelatihan SP3. Sistem pencatatan maupun pelaporan belum menggunakan buku pedoman atau belum adanya buku panduan. Fasilitas komputer masih kurang sehingga dalam pencatatan dan pelaporan puskesmas petugas menggunakan fasilitas milik pribadi. Layanan internet sudah tersedia namun terkadang ada kendala.

Keseimpulan: Sistem pencatatan serta pelaporan di Puskesmas Panawangan terlaksana dan penyampaian laporan SP3 ke Dinas Kesehatan Kabupaten juga telah dilakukan tepat waktu.

Kata kunci: Pelaksanaan, Sistem, Pencatatan, Pelaporan, Puskesmas

PENDAHULUAN

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 tahun 2016 mengenai Fasilitas Pelayanan Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan yaitu fasilitas yang disediakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah atau masyarakat untuk layanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memberikan layanan kesehatan dasar, salah satu contohnya yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019 mengenai Puskesmas, Pusat Kesehatan Masyarakat yaitu layanan kesehatan primer yang melakukan upaya kesehatan masyarakat serta kesehatan perseorangan dengan memprioritaskan

upaya kesehatan promotif serta preventif di wilayah kerjanya.

Pusat kesehatan masyarakat harus menyampaikan laporan kegiatan dari hasil pencatatan sesuai dengan arah serta kepentingan yang sudah ditetapkan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota secara berkala yang mencatat hasil pemantauan, perhitungan, dan pengukuran setiap tahapan upaya kesehatan yang dilakukan (Kemenkes RI, 2019). Salah satu sumber informasi manajemen puskesmas yaitu Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP), yang sekarang lebih dikenal dengan istilah Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3). Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas adalah aktivitas pencatatan serta pelaporan yang komprehensif berdasarkan

konsep daerah kerja puskesmas (Mardini *et al.*, 2020).

Sistem pencatatan dan pelaporan sangat penting karena data hasil kegiatan puskesmas sebagai informasi di puskesmas serta tingkat manajemen di atasnya, maka dari itu berguna dalam melihat masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat dan mencari solusi penanganannya dengan cepat. Sistem pencatatan dan pelaporan tersebut dapat dimanfaatkan sebagai penunjang manajemen puskesmas, yang meliputi persiapan, pergerakan, penerapan, pemantauan, pengelolaan, dan evaluasi (Zulkifli *et al.*, 2019). Ada beberapa komponen pokok yang mewujudkan kegiatan manajemen, yaitu: komponen manusia (*man*), bahan (*materials*), alat (*machine*), cara (*method*), uang (*money*) serta sasaran (*market*) (Herlambang, 2016).

Standar akreditasi puskesmas 2.3.17 tahun 2016 juga menyoroti pentingnya pencatatan dan pelaporan berupa pengelolaan data dan informasi serta standar 8.4 manajemen informasi rekam medis. Maka dari itu, jika pencatatan di puskesmas tidak terdokumentasi dengan baik, akan memengaruhi pemenuhan dari standar akreditasi (Armiami, 2017). Tanpa ada pencatatan dan pelaporan, jadi tidak akan ada *feedback* dari lintas sektor yang menunjukkan sistem apa yang harus di evaluasi. Selain itu, jika tidak ada pencatatan serta pelaporan semua program puskesmas yang dilakukan tidak akan terdokumentasikan bentuknya sebagai informasi untuk pengambilan keputusan (Sulaiman, 2021).

Studi Pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Panawangan dalam pengiriman laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten, Puskesmas Panawangan sudah termasuk yang memiliki persentase ketepatan waktu. Puskesmas Panawangan telah memanfaatkan aplikasi atau website dibagian pelaporan hanya saja dibagian pencatatan belum berbasis komputerisasi sehingga mengakibatkan petugas mesti menyelesaikan pekerjaan dua kali. Puskesmas sudah memfasilitasi sarana dan prasarana namun belum sepenuhnya maksimal. Puskesmas Panawangan juga belum dilaksanakan pelatihan pengolahan data dan pelatihan komputer bagi penanggungjawab program puskesmas.

Penelitian Daniyanti & Firdaus (2020) di Puskesmas Grajagan Kabupaten Banyuwangi dalam penyampaian laporan SP3 ke Dinas Kesehatan sudah dilakukan tepat waktu. Banyak faktor yang menjadi kendala dalam proses SP3 diantaranya koordinator SP3 masih merangkap dengan tugas yang lainnya, tidak adanya dana khusus untuk pelaksanaan SP3, buku panduan pembuatan laporan SP3 belum ada, serta pencatatan masih dilakukan dengan manual.

Oleh karena itu peneliti tertarik mengeksplorasi mengenai pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) di Puskesmas Panawangan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan ialah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Informan penelitian terdiri dari 7 orang yakni 1 informan kunci (kepala

puskesmas), 5 informan utama (pemegang program), dan 1 informan pendukung (petugas di Pustu). Instrumen penelitian ini ialah pedoman wawancara, lembar observasi, serta menggunakan bantuan *handphone* untuk merekam, buku catatan, dan alat tulis. Pengumpulan data yaitu melalui wawancara dan pengamatan atau observasi. Tahapan pada penelitian dimulai dari tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap akhir. Analisis data melalui tiga tahapan yaitu reduksi data, penyajian data, serta simpulan.

HASIL PENELITIAN

1. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Man

Sudah ada yang mengelola SP3, namun belum tersedia tenaga khusus lulusan rekam medis untuk pelaksanaan pencatatan dan pelaporan serta perlu penambahan petugas untuk di program gizi dan di Pustu. Petugas yang biasa mengelola pencatatan dan pelaporan di Puskesmas Panawangan sebagian besar belum pernah mengikuti pelatihan SP3 terkecuali pemegang program promosi kesehatan yang pernah mengikuti pelatihan SP3 dari Dinas Kesehatan.

Masa kerja petugas yang biasa mengelola pencatatan dan pelaporan di Puskesmas Panawangan berbeda-beda. Masa kerja pemegang program gizi, pemegang program promosi kesehatan, dan pemegang program surveilans penyakit di Puskesmas Panawangan masih terbilang baru artinya masih belum memiliki pengalaman cukup sebagai penanggung jawab

atas pelaksanaan pencatatan dan pelaporan. Masa kerja pemegang program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), pemegang program imunisasi, dan pelaksana di Pustu terbilang cukup lama dan cukup berpengalaman sebagai pelaksana atas pencatatan serta pelaporan.

2. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Money

Alokasi dana guna mendukung kegiatan sistem pencatatan dan pelaporan memanfaatkan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang tersedia di Puskesmas Panawangan. Dana tersebut digunakan untuk pengadaan dan pemeliharaan sarana prasarana, transportasi, serta sosialisasi.

3. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Materials

Buku pedoman atau buku panduan dalam penerapan Sistem Pencatatan maupun Pelaporan Puskesmas hingga kini belum ada di Puskesmas Panawangan. Formulir SP3 ada dan tersedia, formulir pencatatan terdiri dari rekam medis dan buku register. SOP SP3 di Puskesmas Panawangan sudah tersedia, sehingga petugas mempunyai pedoman kerja dalam menjalankan kegiatannya.

4. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Machine

Sarana prasarana yang digunakan dalam menunjang pelaksanaan pencatatan dan pelaporan yaitu Alat Tulis Kantor (ATK), komputer, printer, dan koneksi internet. Sarana prasarana

lain yang digunakan dalam menunjang pelaksanaan pencatatan dan pelaporan yaitu *handphone*, karena *website* yang digunakan bisa diakses di *handphone*. di Pustu sendiri untuk komputer atau laptop belum terfasilitasi. Komputer dirasakan masih kurang, sehingga dalam menunjang pencatatan dan pelaporan puskesmas menggunakan fasilitas pribadinya, petugas membawa laptop sendiri dari rumah. Layanan internet juga sudah tersedia namun terkadang ada kendala.

5. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Method

Pelaksana pencatatan dilakukan di dalam juga luar gedung. Kegiatan pencatatan dan pelaporan ini sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) di mana petugas mencatat setiap kegiatan yang dilakukan, kemudian data dari hasil kegiatan tersebut diolah untuk diserahkan kepada pemegang program. Pemegang pogram merkapitulasi hasil laporan kegiatan program dan diserahkan hasil laporannya untuk diketahui oleh Kepala Puskesmas. Seluruh yang tercatat nantinya dijadikan suatu informasi berupa laporan yang disampaikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten. Pengiriman laporan SP3 di Puskesmas Panawangan ke Dinas Kesehatan telah dilaksanakan tepat waktu. Bentuk pengiriman laporan yaitu ada yang *soft file* yang dikirim melalui email atau aplikasi dan ada *hard file*.

Beberapa program yang ada di Puskesmas Panawangan sudah memanfaatkan sistem

informasi pencatatan dan pelaporan. Penerapan sistem informasi untuk di gizi memanfaatkan Elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (*e-PPGBM*), program KIA menggunakan *eKohort*, program imunisasi menggunakan Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK), dan program surveilans penyakit menggunakan sistem Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR) atau *Early Warning Alerts Respons System (EWARS)*.

Ada petunjuk atau arahan yang disampaikan pimpinan atau kepala puskesmas kepada pemegang program. Petunjuk atau arahan tersebut biasa dilaksanakan dalam rapat, kumpulan, ataupun lokakarya bulanan. Koordinasi dan komunikasi juga berjalan lancar dan baik. Koordinasi dan komunikasi rutin dilakukan secara langsung di lingkungan puskesmas melalui lokakarya mini maupun tidak langsung melalui grup *WhatsApp*.

6. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Market

Pencatatan serta pelaporan penting dilaksanakan dalam menyediakan data bagi puskesmas dan akan menghasilkan informasi yang bisa dijadikan acuan untuk evaluasi kinerja puskesmas. Informasi dari SP3 dimanfaatkan sebagai penyusunan perencanaan tahunan, bahan pemantauan dan evaluasi, tolak ukur kinerja petugas sehingga petugas puskesmas akan tahu kekurangan serta sejauh mana program tersebut sudah dijalankan. Hasil pengelolaan dari SP3

diperlukan bagi puskesmas, pengelola program, dinas kesehatan, dan lintas sektor.

PEMBAHASAN

1. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Man

Sumber daya manusia (SDM) adalah *input* paling penting untuk mencapai keberhasilan. Puskesmas selaku lembaga penyelenggara layanan kesehatan mempunyai tanggung jawab atas layanan kesehatan primer, termasuk penyelenggaraan pencatatan serta pelaporan yang merupakan hasil dari informasi manajemen Puskesmas. Tanggung jawab tersebut membutuhkan SDM yang cukup, baik kuantitas maupun kualitas (Passapari et al., 2018).

Sejalan dengan hasil penelitian Handayuni (2019) SDM di Puskesmas cukup baik, tetapi penempatan pekerjaannya tidak sesuai jurusan atau bidangnya, yang melakukan pencatatan serta pelaporan yaitu lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, di Puskesmas Nanggalo memiliki satu tenaga profesional DIII Rekam Medis, itupun diletakkan di bagian piker. Penambahan SDM sebaiknya lulusan DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai Permenpan No 30 Tahun 2013.

Petugas yang biasa mengelola pencatatan ataupun pelaporan di Puskesmas Panawangan belum pernah mengikuti pelatihan yang dapat meningkatkan kemampuan atau keterampilan berkaitan dengan sistem pencatatan dan pelaporan terkecuali pemegang program promosi Kesehatan yang pernah mengikuti pelatihan. Menurut Apriliana & Nawangsari (2021)

pelatihan dilakukan untuk mengembangkan tenaga kerja yang terkait dengan kapasitas atau keahlian staf atau pekerja yang telah menempati posisi atau pekerjaan spesifik di suatu perusahaan atau badan usaha.

Sejalan dengan penelitian Pamungkas & Widyastuti (2016) petugas belum pernah mengikuti pelatihan mengenai SP3. Pelatihan dapat meningkatkan performa staf/pegawai sehingga program yang dijalankannya dapat mencapai sasaran yang optimal. Dengan mengikuti Pendidikan SP3, keahlian sumber daya manusia bertambah dalam mengelola data menjadi informasi kesehatan.

Masa kerja petugas yang biasa mengelola pencatatan dan pelaporan di Puskesmas Panawangan berbeda-beda. Ada yang terbilang cukup lama dan cukup berpengalaman ada juga yang terbilang baru 1-3 tahun artinya masih belum cukup berpengalaman. Menurut Arrazi dalam Siagian (2019) masa kerja adalah mengarah pada seberapa lama seseorang telah bekerja pada setiap pekerjaan atau jabatan, sehingga dapat dikatakan bahwa masa kerja yang lama menunjukkan bahwa seseorang memiliki pengalaman yang lebih daripada rekan kerja yang lainnya. Sebagaimana dijelaskan dalam penelitian Muamarizal et al (2015) masa kerja adalah faktor pribadi yang dipengaruhi oleh perilaku dan keyakinan seseorang yang dapat mempengaruhi kemajuan karir. Idealnya, bekerja semakin lama akan meningkatkan kompetensi seseorang dan meningkatkan tingkat keterampilannya.

2. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Money

Dana untuk pencatatan dan pelaporan memanfaatkan bantuan operasional kesehatan yang ada di Puskesmas Panawangan. Dana tersebut digunakan untuk kepentingan dalam menunjang pencatatan dan pelaporan puskesmas.

Satu faktor yang mempengaruhi kinerja ialah pembiayaan. Biaya adalah sejumlah uang yang diberikan serta dikeluarkan untuk mencapai suatu tujuan (Ritonga & Mansuri, 2017). Hasil penelitian yang sejalan adalah penelitian Daniyanti & Firdaus (2020) Di Puskesmas Grajagan tidak ada dana khusus untuk SP3, namun disiapkan untuk transportasi, pertemuan, serta pengiriman laporan SP3.

3. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Materials

Puskesmas Panawangan saat ini belum tersedia buku pedoman atau buku panduan SP3 yang dipakai dalam menunjang kelancaran pelaksanaan SP3. Pelaksanaan kegiatan SP3 dilakukan berdasarkan pengalaman kegiatan rutin petugas yang dilakukan sebelumnya. Kegiatan program berjalan lancar apabila didukung aspek hukum tertulis yang terdokumentasi dalam bentuk petunjuk pelaksanaan program (Passapari *et al.*, 2018).

Pengelolaan SP3 ditata dalam suatu pedoman yang terdiri dari buku 1 berisi mengenai konsep dasar sistem informasi manajemen dan sistem pencatatan serta pelaporan puskesmas. Buku II seri A berisi batasan operasional SP3,

buku II seri B berisi intruksi pengisian formulir pencatatan, dan Buku II Seri C berisi petunjuk pengisian formulir laporan. Buku III berisi instruksi untuk memproses dan menggunakan data. Hasil penelitian selaras dengan penelitian Sary *et al* (2021) bahwa belum tersedianya petunjuk teknis SP3 di puskesmas wilayah Dinas Kesehatan Pasaman Barat atau puskesmas belum memiliki buku pedoman SP3. Kegiatan program SP3 melihat contoh dari pengalaman petugas sebelumnya.

Formulir SP3 ada dan tersedia. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Pamungkas & Widyastuti (2016) untuk formulir SP3 sudah tersedia. Hasil penelitian lain yang selaras adalah penelitian Tahir *et al* (2015) sarana pendukung administrasi seperti formulir laporan SP3 sudah tersedia dan tidak menjadi masalah di puskesmas.

SOP SP3 di Puskesmas Panawangan sudah tersedia. Penelitian yang dilakukan oleh Sayuti (2012) SOP amat dibutuhkan, karena bukan saja sebagai pedoman dalam bekerja, tetapi juga sebagai alat ukur dan evaluasi untuk mengamati kinerja pegawai atau seluruh orang yang menjalankan tugasnya. Tujuan dibuatnya SOP ini untuk membantu petugas menjaga kesesuaian dalam setiap melaksanakan pekerjaan sehari-hari serta memiliki pedoman kerja yang jelas. SOP sangat dibutuhkan, karena bukan hanya sebagai pedoman bekerja, tetapi juga sebagai alat untuk mengukur dan mengevaluasi kinerja pegawai. Tujuan penyusunan SOP ini untuk membantu petugas menjaga kesesuaian dan memiliki

pedoman kerja yang jelas dalam melakukan pekerjaan sehari-hari.

4. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek *Machine*

Puskesmas Panawangan dalam pelaksanaan kegiatan pencatatan dan pelaporan sudah tersedia Alat Tulis Kantor (ATK), perangkat keras seperti laptop, komputer, dan printer. Fasilitas komputer dirasa masih kurang sehingga dalam pencatatan dan pelaporan puskesmas petugas menggunakan laptop pribadinya. Layanan internet juga sudah tersedia namun terkadang ada kendala.

Tersedianya fasilitas pendukung seperti komputer, printer, layanan internet dalam pengelolaan SP3 dapat memberikan kemudahan bagi para penggunanya serta dapat meningkatkan efektifitas kerja. Hal ini selaras dengan penelitian Pamungkas & Widyastuti (2016) sarana prasarana yang ada yaitu perangkat keras dirasa kurang seperti ketersediaan komputer, tidak seluruh program disediakan komputer di ruangan masing-masing sehingga petugas membawa laptop sendiri dari rumah. Hal tersebut mempengaruhi proses pencatatan dan pelaporan karena apabila komputer terbatas pengerjaan laporan akan mengalami hambatan.

5. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek *Method*

Mekanisme pencatatan serta pelaporan di Puskesmas Panawangan dimulai dari petugas mencatat setiap kegiatan yang dilakukan, kemudian data dari hasil kegiatan tersebut diolah

untuk dilaporkan ke pemegang program. Pemegang program melakukan rekapitulasi dan meyerahkan hasil laporannya untuk diketahui oleh Kepala Puskesmas. Selanjutnya pemegang program mengirimkan laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Ciamis. Penelitian yang dilakukan oleh Daniyanti & Firdaus (2020) koordinator SP3 meminta laporan bulanan dari setiap pemegang program, kemudian koordinator SP3 menyusun rekapitulasi laporan yang selanjutnya dikumpulkan menjadi satu, didokumentasikan dan dijadikan sebuah informasi berupa laporan. Pelaporan SP3 dilaksanakan oleh koordinator SP3 untuk diverifikasi yang kemudian dicek terlebih dahulu oleh kepala puskesmas lalu ditandatangani, dan jika laporan lengkap, kemudian dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

Pengiriman laporan SP3 di Puskesmas Panawangan ke Dinas Kesehatan telah dilaksanakan tepat waktu yaitu sebelum tanggal 5 disetiap bulannya dan sebelum Hari Selasa setiap minggunya. Selaras dengan penelitian yang dilaksanakan Passapari et al (2018) bahwa ketepatan waktu pelaporan merupakan faktor utama dalam alur laporan, mengingat dibutuhkan pada waktu-waktu tertentu atau secara berkala sebagai bahan perumusan kebijakan. Keterlambatan dalam memberikan atau menerima laporan juga dapat menghambat mekanisme dalam proses pengambilan keputusan.

Media penyerahan laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten di Puskesmas Panawangan

yaitu *soft file* yang dikirim melalui *email* atau aplikasi dan ada *hard file*. Hal ini selaras dengan penelitian Pamungkas & Widyastuti (2016) yaitu pelaporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikirim melalui *email*. Selain *email*, Dinas Kesehatan juga membutuhkan laporan bentuk *hardcopy*.

Sebagian program yang ada di Puskesmas Panawangan sudah memanfaatkan sistem informasi untuk pencatatan dan pelaporannya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Pamungkas & Widyastuti (2016) Puskesmas Talagabodas sudah memanfaatkan teknologi informasi yang dikenal dengan Sistem Informasi Kesehatan, seperti program P2M dan imunisasi yang telah memanfaatkan sistem informasi untuk keperluan pelaporan dengan Sistem SKDR atau disebut juga *EWARS* dan di program kesehatan lingkungan sudah menggunakan sistem informasi yaitu sistem HSP (*Hygiene Sanitasi Pangan*).

Selama ini seluruh petugas dalam melakukan pekerjaannya mendapatkan petunjuk atau arahan yang disampaikan pimpinan yaitu kepala puskesmas. Petunjuk atau arahan tersebut biasa dilaksanakan dalam rapat, kumpulan, ataupun lokakarya bulanan. Petunjuk atau arahan tersebut penting dalam melakukan sesuatu agar tujuan yang diharapkan tercapai (Fazrien & Domai, 2014). Selaras dengan penelitian Madyarti (2021) bahwa pemimpin dalam memberikan tugas kepada para bawahannya selalu disertai dengan petunjuk dan arahan. Adanya petunjuk dan arahan dari atasan maka

petugas bisa melakukan tugasnya sesuai dengan target yang akan dicapai oleh organisasi.

Koordinasi dan komunikasi yang dilakukan di Puskesmas Panawangan berjalan lancar dan baik. Koordinasi dan komunikasi dilakukan rutin secara langsung di lingkungan puskesmas dengan pertemuan, evaluasi, atau melalui lokakarya mini maupun secara tidak langsung melalui grup *WhatsApp*. Penelitian Zulkifli *et al* (2019) bahwa semakin baik koordinasi yang dilakukan oleh petugas SP3 maka implementasi SP3 akan semakin baik. Oleh karena itu, dalam meningkatkan implementasi SP3 di Puskesmas, disarankan agar Kepala Puskesmas melaksanakan rapat dengan seluruh petugas untuk menilai pencatatan dan pelaporannya, misalnya dalam lokakarya bulanan atau rapat minimal setiap 3 bulan untuk menilai penerapan SP3.

6. Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) Aspek Market

Pencatatan serta pelaporan sangat penting karena suatu pekerjaan tanpa adanya pencatatan dan pelaporan tidak akan ada artinya. Pencatatan dan pelaporan juga penting dilaksanakan dalam menyediakan data bagi puskesmas dan akan menghasilkan informasi yang bisa dijadikan acuan untuk evaluasi kinerja puskesmas. Selaras dengan penelitian Ghaniy *et al* (2020) informasi yang dihasilkan SP3 penting serta bisa digunakan menjadi bahan untuk mengevaluasi persoalan kesehatan yang muncul. Penelitian lain yang dilakukan oleh

Zulkifli et al (2019) bahwa pengelolaan pencatatan dan pelaporan penting untuk pembentukan *Plan Of Action* (POA), telaah lokakarya mini puskesmas, serta sebagai bahan untuk pemantauan dan evaluasi pelaksanaan.

Pemanfaatan Informasi hasil SP3 di Puskesmas Panawangan dimanfaatkan untuk dasar perencanaan dan tolak ukur kinerja, bahan evaluasi, menentukan target tahun selanjutnya, pengambilan kebijakan, membuat rencana tindak lanjut terhadap suatu kejadian. Sejalan dengan penelitian Pamungkas & Widyastuti (2016) hasil pengolahan data SP3 digunakan guna menilai dan mengetahui seberapa baik suatu program mencapai target, mengetahui upaya apa yang perlu dilakukan untuk mempermudah pada saat melakukan perencanaan, membuat rencana tindak lanjut berdasarkan kekurangan program tersebut, dan bisa dimanfaatkan bagi semua program yang ada di puskesmas sebab saling terkait.

Banyak pihak juga yang membutuhkan hasil dari pengelolaan SP3 yaitu dinas Kesehatan, puskesmas, pengelola program, dan lintas sektor. Penelitian yang dilakukan oleh Suryani (2013) bahwa Sistem Pencatatan maupun Pelaporan Puskesmas dirancang untuk memenuhi kepentingan manajemen tingkat yang lebih tinggi dalam bentuk pembinaan, perumusan kebijakan, dan dibutuhkan puskesmas untuk meningkatkan upaya kesehatan di wilayah tersebut.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan disimpulkan bahwa sudah ada yang mengerjakan, tetapi belum terdapat petugas

husus lulusan rekam medis untuk SP3 melainkan dilakukan oleh pemegang program. Masa kerja petugas yang biasa mengelola pencatatan dan pelaporan berbeda-beda. Pemegang program belum sempat mengikuti pelatihan SP3. Sumber dana untuk pencatatan dan pelaporan diambil dari bantuan operasional kesehatan puskesmas. Dimanfaatkan untuk kepentingan dalam menunjang pencatatan dan pelaporan puskesmas seperti pengadaan dan pemeliharaan sarana prasarana serta transportasi. Sistem pencatatan serta pelaporan di Puskesmas Panawangan belum menggunakan buku pedoman atau belum adanya buku panduan SP3. Formulir SP3 ada, SOP SP3 di Puskesmas Panawangan juga sudah tersedia. Tersedia alat tulis kantor, perangkat keras seperti laptop, komputer, dan printer. Fasilitas komputer masih kurang sehingga dalam pencatatan dan pelaporan puskesmas petugas menggunakan laptop pribadinya. Layanan internet sudah tersedia namun terkadang ada kendala. Mekanisme pencatatan dan pelaporan sudah sesuai dengan SOP yang ada. Penyampaian laporan SP3 ke Dinas Kesehatan Kabupaten telah dilakukan tepat waktu. Media pengiriman laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten yaitu *soft file* dan ada *hard file*. Sebagian program di Puskesmas juga telah memanfaatkan sistem informasi seperti *e-Kohort*, *e-PPGBM*, ASIK, dan Laporan Surveilans Puskesmas. Terdapat petunjuk atau arahan yang disampaikan pimpinan/ kepala puskesmas kepada seluruh petugas dalam melakukan pekerjaannya. Koordinasi dan komunikasi dilakukan rutin

secara langsung maupun secara tidak langsung. Pencatatan dan pelaporan penting dilaksanakan dalam menyediakan data bagi puskesmas dan akan menghasilkan informasi yang dimanfaatkan untuk dasar perencanaan, tolak ukur kinerja, bahan evaluasi, dan pengambilan kebijakan. Sistem Pencatatan maupun Pelaporan Puskesmas ini ditujukan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten. Banyak pihak juga yang membutuhkan hasil dari pengelolaan SP3 yaitu puskesmas, pengelola program, dan lintas sektor. Saran bagi Puskesmas mengusulkan pelatihan tentang SP3 ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan memberikan kesempatan kepada petugas untuk mengikuti pelatihan tersebut agar petugas kedepannya akan semakin memahami dan mengetahui data dan informasi yang disusun dalam laporan SP3, penyediaan SDM lulusan DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang kompeten guna meningkatkan sistem pencatatan dan pelaporan agar datanya konsisten dan bermutu, buku panduan perlu diadakan sebagai pedoman untuk pelaksanaan SP3, penambahan fasilitas komputer karena merupakan kebutuhan dasar untuk pelaksanaan SP3.

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa Novita, T. S., Alfita, D., & Kurniawan. (2021). Analisis Pelaksanaan Program Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Pasaman Barat. *Jurnal Kesehatan Medika Sainika*, 11(Juni), 1–10.
- Apriliansa, S. D., & Nawangsari, E. R. (2021). Pelatihan dan pengembangan sumber daya manusia (sdm) berbasis kompetensi. *Forum Ekonomi*, 23(4), 804–812. <https://doi.org/10.30872/jfor.v23i4.10155>
- Armiaati. (2017). Pengaruh Sistem Pencatatan dan Pelaporan terhadap Mutu Data Puskesmas di Kota Banjarbaru. *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(1), 52–58. <https://ojs.uniska-bjm.ac.id/index.php/ANN/article/view/1166>
- Arrazi, A. (2019). *Pengaruh Gaji Dan Masa Kerja Terhadap Kinerja Karyawan (Survey Pada Karyawan Adminstrasi Di Lembaga Pendidikan Islam Yayasan Al-Mutaqqin Kota Tasikmalaya)*. Fakultas Ekonomi Universitas Galuh.
- Daniyanti, E. S., & Firdaus, N. (2020). Analisis Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) di Wilayah Kerja Puskesmas Grajagan Kecamatan Purwoharjo Kabupaten Banyuwangi. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan*, 11(3), 85–92.
- Erwin Passapari, & Sudirman, A. R. A. C. N. (2018). Evaluasi Pelaksanaan Program Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (Sp2Tp) Di Puskesmas Kawua Kecamatan Poso Selatan Kabupaten Poso. *Jurnal Kesehatan Prima*, 1, 139–150.
- Fazrien, A., & Domai, T. (2014). Peran Pemimpin dalam Pencapaian Kinerja Pegawai (Studi pada Badan Kepegawaian Daerah Kota Malang). *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, 2(4), 603–607.
- Ghaniy, R. A., Efendi, S., Wulan, S., & Triyanto, D. (2020). Analisis Penerapan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) Puskesmas Sukamerindu Kota Bengkulu. *VISIKES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 19(1), 83–97. <http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/article/view/3764>
- Hadi, A. A. R. (2021). *Penelitian Kualitatif*. CV. Pena Persada.
- Handayuni, L. (2019). Analisis Pelaksanaan Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas Di Puskesmas Nanggalo Padang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 151. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.231>
- Herlambang, S. (2016). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Gosyen Publishing.
- Kemenkes RI. (2019a). *Permenkes RI Nomor 31*

- Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas. Kementerian Kesehatan RI.
- Kemendes RI. (2019b). *Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Kementerian Kesehatan RI.
- Madyarti, G. M. (2021). *Peran Pemimpin Dalam Memotivasi dan Meningkatkan Kinerja Pegawai*. 291–297.
- Mardini, H., Anwary, A. Z., & Anggraeni, S. (2020). *Analisis Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) di Puskesmas Tampa Kabupaten Barito Timur Tahun 2020*.
- Muamarizal, S. Samsudin., & M. (2015). Pengaruh Pengalaman Kerja Dan Penilaian Prestasi Kerja Terhadap Pengembangan Karir Karyawan pada PT. Jasarharja Putera Cabang Pekanbaru. *JOM FEKON*, 2 No 1(1), 1–21.
- Pamungkas, Gugum; Widyastuti, D. (2016). Kajian Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) di Upt Puskesmas Talagabodas Kecamatan Lengkung Kota Bandung Tahun 2016. *Jurnal Sehat Masada*, X(2), 1–16. <http://ejurnal.stikesdhh.ac.id/index.php/Jsm/article/view/37>
- Pemerintah Indonesia. (2016). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Pemerintah Indonesia.
- Ritonga, Z. A., & Mansuri, I. (2017). Evaluasi Pelaksanaan Program Sistem Pencatatan. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 2(2), 292–306.
- Sayuti, A. J. (2012). Pentingnya Standar Operasional Prosedur Kerja Untuk Meningkatkan Kinerja Karyawan Dalam Perusahaan. *Jurnal Ilmiah*, IV(03)(3), 1–5.
- Sulaiman, E. S. (2021). *Manajemen Kesehatan: Teori dan Praktik di Puskesmas*. UGM Press.
- Suryani, N. D. S. (2013). Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Dompu Provinsi NTB PROVINSI NTB. *Kesmas*, 7, 27–32. <https://media.neliti.com/media/publications/24960-ID-sistem-pencatatan-dan-pelaporan-terpadu-puskesmas-sp2tp-di-wilayah-dinas-kesehat.pdf>
- Tahir, I., Ali, L., Syaw, A., & Saptautra, K. (2015). *Evaluasi Pelaksanaan Program Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas Di Puskesmas Abeli Kota Kendari Tahun 2015 Evaluation of Implementation Program of the Integrated System for Recording and Reporting in the Local Government Clinic of Abeli Ken*. 1–8. <https://media.neliti.com/media/publications/183588-ID-evaluasi-pelaksanaan-program-sistem-penc.pdf>
- Zulkifli, Makhrajani Majid, & Darmawan Ukkas. (2019). Kajian Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (Sp2Tp) Wilayah Kerja Puskesmas Lakessi Kota Parepare. *Jurnal Ilmiah Manusia Dan Kesehatan*, 2(3), 401–409. <https://doi.org/10.31850/makes.v2i3.184>

TINGKAT KEPUASAN PASIEN TERHADAP WEBSITE PENDAFTARAN *ONLINE* RAWAT JALAN MENGGUNAKAN METODE *END USER COMPUTING SATISFACTION* (EUCS)

Septi Jamiatul Muslimah, Dewi Lena Suryani Kurniasih, Endang Triyanti,
Epi Edward Lutfi⁴⁾

Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

E - mail: septijamiatulmuslimah2000@gmail.com

LEVEL OF PATIENT SATISFACTION WITH THE ONLINE REGISTRATION WEBSITE OF OUTPATIENT PATIENTS USING THE END USER COMPUTING SATISFACTION (EUCS) METHOD

ABSTRACT

Background: The government is currently creating an innovative system, called the online registration system, in tandem with the advancement of information technology, this system aims to make patient registration easier and reduce on the length of time people must wait in line to get the a queue number. The implementation of online registration at the Singaparna Medika Citrautama (SMC) Hospital still has problems, such as running into errors, for patients to be satisfied with online registration, it must comply with particular standards, considering that patient satisfaction is an indicator of the quality of health services. With using the End User Computing Satisfaction (EUCS) method at Singaparna Medika Citrautama (SMC) Hospital, this research aims to determine the level of patient satisfaction with the outpatient online registration website.

Subjects and Method: This study uses a type of quantitative research with a descriptive approach. With 97 patients as the sample, incidental sampling was used to select the sample. use a questionnaire sheet to retrieve data. Univariate data analysis is used in the analysis.

Results: Based on research result, the levels of satisfaction based on the content dimension are very satisfied by 18.6% and 74.2% satisfied, the accuracy dimensions are very satisfied by 27.8% and 58.8% satisfied, the format dimensions are very satisfied by 18.6% and 72.2% satisfied, the ease of use dimensions are very satisfied by 29.9% and 66% satisfied, and the timeliness dimensions are very satisfied by 20.6% and 76.3% satisfied.

Conclusion: Although there are still problems with its use, including the occurrence of errors, patient satisfaction with the online registration website shows good results.

Keywords: patient satisfaction, online registration, EUCS method

ABSTRAK

Latar Belakang: Beriringan berkembangnya teknologi informasi, pemerintah dewasa ini membuat sistem baru yaitu sistem pendaftaran *online*, yang bermaksud memudahkan registrasi pasien, mengurangi jumlah antrian untuk mendapatkan nomor antrian. Pendaftaran *online* di RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC) dalam pelaksanaannya masih menyisakan permasalahan seperti mengalami kesalahan saat dijalankan,

pendaftaran *online* harus memenuhi standar agar pasien merasa puas dengan pendaftaran *online*, karena kepuasan pasien ialah bagian indikator kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap *website* pendaftaran *online* rawat jalan menggunakan metode *End User Computing Satisfaction (EUCS)* di RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC).

Subjek dan Metode: Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Pemilihan sampel memakai *incidental sampling* dengan sampel 97 pasien. Pengambilan data menggunakan lembar kuesioner. Analisis data yang dipakai dalam analisis yaitu univariat.

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian, tingkat kepuasan berdasarkan dimensi isi yaitu sangat puas sebesar 18,6% dan puas 74,2%, dimensi keakuratan sangat puas sebesar 27,8% dan puas 58,8%, dimensi bentuk sangat puas sebesar 18,6% dan puas 72,2%, dimensi kemudahan sangat puas sebesar 29,9% dan puas 66%, dan dimensi ketepatan waktu sangat puas sebesar 20,6% dan puas 76,3%.

Keseimpulan: Kepuasan pasien terhadap *website* pendaftaran *online* menunjukkan hasil yang baik, meskipun masih terdapat permasalahan dalam penggunaannya yaitu terjadinya *error*.

Kata kunci: kepuasan pasien, pendaftaran *online*, metode EUCS

PENDAHULUAN

Fasilitas kesehatan ialah bidang yang tak lepas akibat popularitas yang sedang trend dewasa ini. Teknologi informasi ialah satu diantara unsur yang paling mempengaruhi kelangsungan hidup manusia. Kemajuan dalam ilmu pengetahuan dan teknologi mengakibatkan semakin banyaknya orang yang terdidik dan berpengetahuan luas, sehingga mampu memilih serta menuntut pelayanan kesehatan yang berkualitas (Rumana et al, 2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 30 Tahun 2019 Rumah sakit yaitu instansi fasilitas kesehatan yang memberikan layanan kesehatan secara prima untuk pasien gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap. Rumah sakit selaku lembaga layanan general memerlukan sistem informasi yang tepat dan dipercaya, juga pas untuk mengoptimalkan fasilitas kepada pasien. Pelayanan pasien di fasilitas kesehatan dimulai dengan pasien mendaftarkan di ruang pendaftaran

sampai dengan pasien menerima rekam medis yang dipakai guna memperoleh pelayanan kesehatan (Rumana et al, 2021).

Beriringan dengan perkembangan teknologi informasi, suatu organisasi, perusahaan atau lembaga dituntut agar bisa mengoptimalkan mutu serta kualitas suatu sistem informasi supaya mampu bersaing di masa globalisasi. Kini, pemerintah telah menciptakan metode baru yakni pendaftaran *online*. Keberadaan layanan pendaftaran *online* ini sudah selayaknya mencukupi keperluan semua lapisan masyarakat, khususnya yang akan berobat ke dokter tanpa menunggu lama untuk mendaftar (Rumana et al, 2021). Loker rawat jalan ialah pelayanan pertama yang diperoleh pasien serta berinteraksi langsung dengannya serta merupakan bagian dari institusi medis yang bertugas untuk menangani pendaftaran juga penerimaan pasien rawat jalan yang datang ke fasilitas kesehatan (Listyorini dan Kalbuadi, 2017). Pendaftaran *online* ditujukan

agar memudahkan cara registrasi pasien. Memiliki metode pendaftaran *online* sudah tidak asing lagi untuk kalangan masyarakat terutama bagi instansi kesehatan akan membuat sejumlah tugas seperti lebih gampang dan cepat untuk diselesaikan. Sehingga bisa meningkatkan pentingnya kepuasan pasien. Kepuasan pasien harus selalu dipertimbangkan karena mencakup kualitas individual dari kualitas layanan yang disediakan.

Kepuasan pasien ialah suatu persepsi dari pasien dengan mempertimbangkan keinginan dengan realita atas layanan yang sudah diberikan. Dilihat dari segi penggunaannya, maka permintaan pengguna dan minat pengguna terhadap aplikasi akan terus bertambah. Akan tetapi dalam pelaksanaannya masih menyisakan masalah, kepuasan pengguna tentang sistem tersebut dapat diukur memakai metode *End User Computing Satisfaction* (EUCS) (Rumana *et al*, 2021). Metode EUCS adalah cara menilai evaluasi secara keseluruhan bahwa pemakai sudah puas dengan sistem informasi dan yakin bahwa sistem informasi disediakan kepada pemakai sesuai dengan keperluan informasi pemakai. Pengukuran tingkat kepuasan tersebut ditinjau berdasarkan 5 ragam dimensi yaitu isi (*content*), keakuratan (*accuracy*), bentuk (*format*), kemudahan (*ease of use*) dan ketepatan waktu (*timeliness*) (Doll J dan Torkzadeh, 2013). Berdasarkan hasil penelitian Nanda Aula (2021) di RSUP Fatmawati terdapat pengguna atau pasien yang tidak puas dengan aplikasi pendaftaran *online* dikarenakan desain *interface*

kurang *user friendly*, sering terjadi *error* pada saat proses pengolahan data. Sedangkan hasil penelitian Dede Abdurahman (2020) di RS Majalengka terdapat pasien yang tidak puas terhadap aplikasi dikarenakan masih terjadi ketidaksesuaian antara informasi yang disampaikan pada aplikasi dengan fakta yang ada di lapangan.

Pendaftaran *online* di RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC) dimulai sejak Desember 2020, pendaftaran ini sudah 4 kali mengalami perubahan yang awalnya berbasis aplikasi, kemudian dirubah menjadi berbasis website dikarenakan tidak semua pasien memiliki handphone. Pendaftaran *online* berbasis *website* mengalami 2 kali perubahan sistem yang disesuaikan dengan bridging ke Vclaim BPJS. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC) terhadap pasien yang melakukan pendaftaran *online*, terdapat pasien yang tidak puas sebanyak 3 orang dengan pendaftaran *online* karena sistem pendaftaran *online* tidak sebanding dengan kebutuhan, pendaftaran *online* mengalami kesalahan saat dijalankan yaitu pendaftaran *online* gangguan atau *loading* dalam waktu yang cukup lama, informasi yang diberikan tidak tepat waktu.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini ialah kuantitatif dengan desain deskriptif. Penelitian ini dilakukan di RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC) pada bulan Februari-Maret 2023. Sampel penelitian ini ialah pasien *online* rawat jalan di

RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC) sebanyak 97 pasien. Teknik pengambilan sampel menggunakan *incidental sampling*. Teknik pengumpulan data dilaksanakan dengan melalui survei dengan instrumen penelitian memakai kuesioner. Analisis data memakai analisis univariat..

(58,8%) dan responden terendah dengan umur 56-65 tahun sebanyak 6 responden (6,2%). Responden didominasi dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 60 responden (61,9%) sementara untuk laki-laki yaitu sebanyak 37 responden (38,1%).

HASIL PENELITIAN

1. Alur Pendaftaran Online

Alur pendaftaran pasien *online* di RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC) yaitu sebagaimana dalam Standar Prosedur Operasional, yaitu:

- a. Pasien sudah mendaftar di situs rsudsmc.id;
- b. Pasien memiliki *barcode* sebagai bukti pendaftaran;
- c. Jika *barcode* tidak keluar karena kendala jaringan, pasien bisa menanyakan ke petugas pendaftaran rawat jalan;
- d. Kemudian *barcode* di *scan* di mesin KIOSK;
- e. Jika *scan* gagal pasien melakukan perbaikan ke loket 4;
- f. Kemudian pasien menunggu di poliklinik yang dituju;
- g. Khusus untuk pasien poli dalam, bedah, syaraf dan jantung pasien terlebih dahulu menyimpan berkas di loket 5 pendaftaran rawat jalan.

2. Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 1 di atas membuktikan bahwa responden tertinggi yaitu dengan rentang umur 26-45 tahun sebanyak 57 responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No	Komponen	Jumlah	Persentase
1	Umur		
	17-25 tahun	14	14,4%
	26-45 tahun	57	58,8%
	46-55 tahun	20	20,6%
	56-65 tahun	6	6,2%
2	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	37	38,1%
	Perempuan	60	61,9%
3	Pendidikan		
	SD	10	10,3%
	SMP	21	21,6%
	SMA	57	58,8%
	D3	3	3,1%
	S1	5	5,2%
	S2	1	1%
4	Pekerjaan		
	Buruh	11	11,3%
	IRT	46	47,4%
	lainnya	7	7,2%
	Tidak Bekerja	19	19,6%
	Wiraswasta	14	14,4%

Responden tertinggi berdasarkan pendidikan yaitu Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanyak 57 responden (58,8%), berbeda halnya dengan terendah yaitu Magister (S2) sebanyak 1 responden (1%). Pekerjaan dari pasien beragam yaitu Buruh, Ibu Rumah Tangga (IRT), Wiraswasta, Tidak Bekerja dan Lainnya, untuk jumlah tertinggi dari Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 46 responden (47,4%), kemudian

lainnya sejumlah 7 responden (7,2%) dan Tidak Bekerja sejumlah 19 responden (19,6%).

3. Kepuasan Pasien Berdasarkan Metode *End User Computing Satisfaction (EUCS)*

a. Dimensi Isi (*Content*)

Tabel 2. Distribusi Tingkat Kepuasan Pasien Terkait Dimensi Isi (*Content*)

Nilai	Skala Pengukuran	Frekuensi	Persentase (%)
1	Sangat Tidak Puas	0	0%
2	Tidak Puas	0	0%
3	Kurang Puas	7	7,2%
4	Puas	72	74,2%
5	Sangat Puas	18	18,6%
Total		97	100%

Berdasarkan tabel 2 di atas menunjukkan bahwa tingkat kepuasan responden tentang dimensi isi (*content*) *website* pendaftaran *online* yang merasa kurang puas sebanyak 7 responden dengan persentase 7,2%, merasa puas sebanyak 72 responden dengan persentase 74,2% dan merasa sangat puas sebanyak 18 dengan persentase 18,6%.

b. Dimensi Keakuratan (*Accuracy*)

Tabel 3. Distribusi Tingkat Kepuasan Pasien Terkait Dimensi Keakuratan (*Accuray*)

Nilai	Skala Pengukuran	Frekuensi	Persentase (%)
1	Sangat Tidak Puas	0	0%
2	Tidak Puas	0	0%
3	Kurang Puas	13	13,4%
4	Puas	57	58,8%
5	Sangat Puas	27	27,8%
Total		97	100%

Berdasarkan tabel 3 di atas membuktikan bahwa tingkat kepuasan responden mengenai dimensi keakuratan (*accuracy*) *website* pendaftaran *online* yang merasa kurang puas

sejumlah 13 responden dengan persentase 13,4%, merasa puas sejumlah 57 responden dengan persentase 58,8% dan merasa sangat puas sebanyak 27 dengan persentase 27,8%.

c. Dimensi Bentuk (*Format*)

Tabel 4. Distribusi Tingkat Kepuasan Pasien Terkait Dimensi Bentuk (*Format*)

Nilai	Skala Pengukuran	Frekuensi	Persentase (%)
1	Sangat Tidak Puas	0	0%
2	Tidak Puas	0	0%
3	Kurang Puas	9	9,3%
4	Puas	70	72,2%
5	Sangat Puas	18	18,6%
Total		97	100%

Berdasarkan tabel 4 di atas membuktikan bahwa tingkat kepuasan responden tentang dimensi bentuk (*format*) *website* pendaftaran *online* yang merasa kurang puas sebanyak 9 responden dengan 9,3%, merasa puas sebanyak 70 dengan persentase 72,2% dan merasa sangat puas sebanyak 18 dengan persentase 18,6%.

d. Dimensi kemudahan (*Ease of Use*)

Tabel 5. Distribusi Tingkat Kepuasan Pasien Terkait Dimensi Kemudahan (*Ease of Use*)

Nilai	Skala Pengukuran	Frekuensi	Persentase (%)
1	Sangat Tidak Puas	0	0%
2	Tidak Puas	0	0%
3	Kurang Puas	4	4,1%
4	Puas	64	66%
5	Sangat Puas	29	29,9%
Total		97	100%

Berdasarkan tabel 5 di atas membuktikan bahwa tingkat kepuasan responden tentang dimensi kemudahan (*ease of use*) *website* pendaftaran *online* yang merasa kurang puas sebanyak 4 responden dengan persentase 4,1%,

merasa puas sebanyak 64 responden dengan persentase 66% dan merasa sangat puas sebanyak 29 responden dengan persentase 29,9%.

e. Dimensi Ketepatan Waktu (*Timeliness*)

Tabel 6. Distribusi Tingkat Kepuasan Pasien
Terkait Dimensi Ketepatan Waktu (*Timeliness*)

Nilai	Skala Pengukuran	Frekuensi	Persentase (%)
1	Sangat Tidak Puas	0	0%
2	Tidak Puas	0	0%
3	Kurang Puas	3	3,1%
4	Puas	74	76,3%
5	Sangat Puas	20	20,6%
Total		97	100%

Berdasarkan tabel 6 di atas membuktikan bahwa persepsi responden tentang dimensi ketepatan waktu (*timeliness*) *website* pendaftaran *online* yang merasa kurang puas sebanyak 3 responden dengan persentase 3,1%, merasa puas sebanyak 74 responden dengan persentase 76,3% dan merasa sangat puas sebanyak 20 responden dengan persentase 20,6%.

4. Permasalahan Penggunaan *Website* Pendaftaran *Online*

Pendaftaran pasien rawat jalan di RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC) salah satunya yaitu bisa melalui pendaftaran *online* yang bisa diakses melalui *website*. Berdasarkan hasil penelitian permasalahan yang terjadi dalam penggunaan *website* pendaftaran *online* yaitu pada saat menginputkan data pada *website* terjadi kesalahan (*error*) atau mengalami *loading* yang lama.

PEMBAHASAN

1. Alur Pendaftaran *Online*

Terdapat standar prosedur operasional mengenai pendaftaran pasien *online*. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Terkait izin praktik dan pelaksanaan praktik Kedokteran BAB 1 pasal 1 ayat 10 Standar Prosedur Operasional ialah sebuah instrumen perintah atau tahapan yang telah distandarkan guna menyelesaikan suatu tugas kerja tertentu. Alur prosedur sudah sesuai pada pelaksanaannya yaitu apabila terdapat kesalahan dalam melakukan *scan barcode* atau diinput dimesin KIOSK, jika *scan* gagal pasien diarahkan ke loket 4 untuk melakukan perbaikan pendaftaran. Sejalan dengan hasil penelitian Tami et al (2021) tentang “Implementasi Pendaftaran *Online* Pasien Rawat Jalan terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul” menunjukkan bahwa pelayanan pendaftaran *online* sudah sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang didalamnya tercantum bagaimana ketentuan petugas dalam menerima serta melayani pasien dengan baik saat mendaftar *online*.

2. Karakteristik Responden

a. Umur

Sebagian besar responden berumur 26-45 tahun dengan jumlah 57 responden (58,8%). Menurut Trisnantoro (2006) dalam Muhith et al (2017) kebutuhan individu terhadap produk atau layanan tertentu akan bertambah meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Hasil penelitian ini konsisten dengan

penelitian terdahulu yang dilaksanakan oleh Habibi et al (2019) menunjukkan bahwa jumlah responden terbanyak yaitu umur 26-45 tahun dengan jumlah 45 responden (78,9%).

b. Jenis Kelamin

Sebagian besar yang berkunjung berobat ke rumah sakit berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 60 responden (61,9%). Menurut Rangkuti (2006) dalam Kristina et al (2017) menjabarkan bahwa tingginya angka kejadian sakit pada perempuan daripada laki-laki mengakibatkan perempuan memerlukan lebih banyak layanan kesehatan. Hasil tersebut juga terdapat pada penelitian yang dilaksanakan oleh Tami et al (2021) membuktikan bahwa responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 67 (62%) sementara untuk laki-laki sebanyak 41 (38%).

c. Pendidikan

Responden terbanyak berpendidikan Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanyak 57 responden (58,8%). Menurut Notoatmodjo (2005) dalam Kristina et al (2017) menjabarkan bahwa tingkat pendidikan seseorang ialah aspek yang dapat berpengaruh terhadap keinginan dan tanggapan terhadap layanan kesehatan. Hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian yang sudah dilaksanakan oleh Rumana et al (2021) mengutarakan bahwa kebanyakan pendidikan terakhir responden ialah Sekolah

Menengah Atas (SMA) sebanyak 56 responden (53,3%).

d. Pekerjaan

Responden dengan pekerjaan terbanyak yakni Ibu Rumah Tangga (IRT) dengan jumlah 46 (47,4%) responden. Menurut Rizal dan Jalpi (2018) individu yang mempunyai pekerjaan cenderung lebih aktif dalam menuntut dan memberikan kritik terhadap kualitas layanan yang diperoleh ketika merasa kurang memuaskan dibandingkan dengan mereka yang tidak bekerja. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang dilaksanakan oleh Muhammad et al (2020) menyebutkan bahwa mayoritas jenis pekerjaan paling banyak yakni IRT sejumlah 32 responden (25,4%).

3. Kepuasan Pasien Berdasarkan Metode *End User Computing Satisfaction (EUCS)*

a. Dimensi Isi (*Content*)

Diketahui bahwa tingkat kepuasan secara keseluruhan yaitu 72 responden (74,2%) merasa puas. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi sistem pendaftaran *online* sangat jelas. Dimensi isi (*content*) ialah suatu hal yang primer, isi dari sebuah sistem informasi harus sesuai dengan kebutuhan pemakai serta harus selalu diperbaharui (Adrianti dan Hosizah, 2018). Hal ini tak selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Nanda et al (2021) yaitu responden untuk dimensi isi (*content*) sebanyak 51 (69,9%) tidak puas dan 22 (30,1%) puas

terhadap aplikasi pendaftaran *online* di RSUP Fatmawati.

b. Dimensi Keakuratan (*Accuracy*)

Diketahui bahwa tingkat kepuasan secara keseluruhan yaitu 57 responden (58,8%) merasa puas. Dimensi keakuratan (*accuracy*) menunjukkan nilai puas yang paling rendah atau kecil. Pada dasarnya dalam menyediakan informasi yang akurat perlu mengurangi kesalahan agar *output* yang dihasilkan tepat dan benar. Dimensi keakuratan (*accuracy*) merupakan suatu yang bertujuan untuk memeriksa apakah suatu sistem mempunyai tingkat keakuratan yang baik, tingkat keakuratan ini bisa dilihat dari banyaknya jumlah kesalahan yang dihasilkan saat mengolah data (Adrianti dan Hosizah, 2018). Hal ini selaras dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Dede et al (2020) yaitu responden untuk dimensi keakuratan (*accuracy*) sebanyak 13 (8,7%) tidak puas, 54 (54%) puas dan 28 (37,3%) sangat puas terhadap aplikasi rumah sakit Majalengka *mobile*.

c. Dimensi Bentuk (*Format*)

Diketahui bahwa tingkat kepuasan secara keseluruhan yaitu 70 responden (72,2%) merasa puas. Hal tersebut menunjukkan bahwa desain yang ditampilkan memudahkan pengguna.

Menurut Risdiyanto (2014) dalam Azzahrah et al (2020) dimensi bentuk (*format*) dalam menyajikan sebuah informasi yang telah dihasilkan oleh sistem informasi

mencerminkan mutu sistem informasi tersebut. Hal ini konsisten dengan penelitian terdahulu yang dilaksanakan oleh Adrianti dan Hosizah (2018) yaitu responden untuk dimensi bentuk (*format*) sebanyak 10 (21,7%) cukup, 20 (43,4%) baik dan 16 (34,7%) sangat baik terhadap sistem informasi elektronik (E-Puskesmas).

d. Dimensi Kemudahan (*Ease of Use*)

Diketahui bahwa tingkat kepuasan secara keseluruhan yaitu 64 responden (66%) merasa puas. hal tersebut menunjukkan bahwa sistem pendaftaran *online* sangat nyaman dan mudah digunakan. Menurut Doll dan Torkzadeh (1988) dalam Rumana et al (2021) Dimensi kemudahan (*ease of use*) digunakan untuk mengukur kepuasan pemakai dalam hal kemudahan pengguna atau *user friendly* dalam memakai sistem tersebut seperti proses *input* data, memproses data dan pencarian informasi yang diperlukan. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Adrianti dan Hosizah (2018) yaitu responden untuk dimensi kemudahan (*ease of use*) sebanyak 2 (4,3%) cukup, 33 (71,7%) baik dan 11 (23,9%) sangat baik terhadap sistem informasi elektronik (E-Puskesmas).

e. Dimensi Ketepatan Waktu (*Timeliness*)

Diketahui bahwa tingkat kepuasan secara keseluruhan yaitu 74 responden (76,3%) merasa puas. Hal tersebut menunjukkan bahwa informasi yang disajikan oleh *website* pendaftaran *online* diberikan secara cepat.

Menurut Rasman 2012 dalam Rumana *et al* (2021) Dimensi ketepatan waktu (*timeliness*) adalah aspek utama dari sebuah sistem informasi, semakin cepat sistem tersebut menghasilkan *output*, semakin tinggi pula tingkat kepuasan pengguna yang dicapai. Hal ini konsisten dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Alfiansyah *et al* (2020) yaitu responden untuk dimensi ketepatan waktu (*Timeliness*) yaitu dengan kriteria baik dengan persentase 65,66% terhadap *Electronic Health Record* (EHR) di Unit Rekam Medis Pusat RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

4. Permasalahan Penggunaan Website Pendaftaran Online

Permasalahan yang terjadi pada penggunaan website pendaftaran *online* yaitu sering terjadinya kesalahan atau *error* dalam menginputkan data pada *website* dan mengalami *loading* yang lama. Permasalahan dalam penggunaan *website* pendaftaran *online* tersebut dapat menyebabkan kembalinya ke tahap awal penginputan data, sehingga mengharuskan pendaftaran melakukan isi data mulai dari awal lagi. Hal ini konsisten dengan penelitian yang dilakukan oleh Septian (2021) mengenai Penerapan Sistem Pelayanan Aplikasi Pendaftaran *Online* di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta yaitu adanya faktor permasalahan penggunaan pendaftaran *online* yaitu jika dalam masa perawatan atau kesalahan saat pendaftaran *online*, maka aplikasi

pendaftaran tidak dapat diakses dan pasien tidak dapat mendaftar secara *online*.

PENUTUP

Alur prosedur pendaftaran *online* di RSUD Singaparna Medika Citrautama (SMC) sudah sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO). Karakteristik responden penelitian berdasarkan umur pasien terbanyak dengan rentang umur 26-45 tahun, jenis kelamin mayoritas perempuan, tingkat pendidikan terbanyak berpendidikan terakhir SMA dan status pekerjaan terbanyak yakni bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT).

Tingkat kepuasan pasien tentang dimensi isi terhadap *website* pendaftaran *online* secara keseluruhan menunjukkan bahwa pasien merasa puas dengan persentase 74,2%. Sehingga dimensi isi telah sesuai dengan kebutuhan pengguna. Tingkat kepuasan pasien tentang dimensi keakuratan terhadap *website* pendaftaran *online* secara keseluruhan menunjukkan bahwa pasien merasa puas dengan persentase 58,8%. Sehingga dimensi keakuratan sebagian besar telah menghasilkan informasi yang akurat dalam mengolah data.

Tingkat kepuasan pasien tentang dimensi bentuk terhadap *website* pendaftaran *online* secara keseluruhan menunjukkan bahwa pasien merasa puas dengan persentase 72,2%. Sehingga dimensi bentuk dapat diterima dengan baik karena berdampak pada kualitas sistem informasi yang dihasilkan. Tingkat kepuasan pasien tentang dimensi kemudahan terhadap *website* pendaftaran

online secara keseluruhan menunjukkan bahwa pasien merasa puas dengan persentase 66%. Sehingga dimensi kemudahan mudah untuk digunakan atau *user friendly* yang berdampak dalam proses masukan dan keluaran yang menghasilkan suatu informasi.

Tingkat kepuasan pasien tentang dimensi ketepatan waktu terhadap *website* pendaftaran *online* secara keseluruhan menunjukkan bahwa pasien merasa puas dengan persentase 76,3%. Sehingga dimensi ketepatan waktu dapat menghasilkan suatu informasi yang cepat dan tepat waktu. Pendaftaran *online* pasien sering terjadinya permasalahan yaitu mengalami kesalahan atau *error* dalam menginputkan data pada *website* pendaftaran *online*.

Mayoritas pasien merasa puas dengan pendaftaran *online* rawat jalan, maka dari itu pihak rumah sakit harus lebih menjaga dan mempertahankan pelayanan pendaftaran *online* agar tetap berkualitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurahman, D, dan B Budiman. 2020. "Analisa Kepuasan Pengguna Aplikasi Rumah Sakit Majalengka Mobile Menggunakan Metode End-User Computing Satisfaction." *INFOTECH journal* 6: 10–17.
- Adrianti, Hera, dan Hosizah. 2018. "Pengaruh Faktor End User Computing Satisfaction (EUCS) Terhadap Manfaat Nyata Pengguna Sistem Informasi Elektronik (E-Puskesmas) di Puskesmas Sawah Besar Jakarta." *Indonesia of Health Information Management Journal* 6(2): 63–69.
- Alfiansyah, Gamasiano, Sifail Andar Fajeri, Weka Maya Santi, dan Juwita Selvia Swari. 2020. "Evaluasi Kepuasan Pengguna Electronic Health Record (EHR) Menggunakan Metode EUCS (End User Computing Satisfaction) di Unit Rekam Medis Pusat RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo." *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* 11(3): 258–63.
- Azzahrah, Fitri, Yesica Aprillia, Putri Adian, dan Wasis Budiarto. 2020. "Analisis Kepuasan Pengguna Mobile E-Health berdasarkan Metode End User Computing Satisfaction (Studi di 5 Puskesmas di Kota Surabaya) Mobile E-Health Satisfaction Analysis based on End User Computing Satisfaction Method (Study in 4 Primary Healthcare Cent." *Jurnal Kesehatan* 11(3).
- Doll J, William, dan Gholamreza Torkzadeh. 2013. "The Measurement of End-User Computing Satisfaction." *MIS Q* 12(2): 259–74.
- Habibi, Alpan, Fauzan Hakim, dan Fanny Sylvia Azizi. 2019. "Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan Dengan Minat Kunjungan Ulang Rawat Jalan Di RSIA PKU Muhammadiyah Cipondoh." *Jurnal JKFT: Universitas Muhammadiyah Tangerang* 4(2).
- Kristina, Pendrita Jennie, Tavip Dwi Wahyuni, dan Wahidyanti Rahayu H. 2017. "Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan Pengguna BPJS Di RSI G Kabupaten Malang." *Nursing News* 2(3): 310–20.
- Listyorini, Puguh Ika, dan Rezky Paska Kalbuadi. 2017. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecepatan Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Di Balai

- Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.” *Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan* 7(2): 36–43.
- Menkes RI. 2007. “Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.”
- Menkes RI. 2019. “Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.” (1107): 1–106.
- Muhammad, Diki, Almasyhuri, dan Lusi Agus Setiani. 2020. “Evaluasi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit Sekarwangi Cibadak Kabupaten Sukabumi.” *Jurnal Ilmiah Ilmu Terapan Universitas Jambi* 4(2): 174–86.
- Muhith, Abdul, Sandu Siyoto, dan Risna Elvia Rahmah. 2017. “Hubungan Karakteristik Pasien Pengguna Kartu BPJS Dengan Persepsi Tentang Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Deket Kabupaten Lamongan.” *Medica Majapahit* 9(1): 72–83.
- Rizal, Achmad, dan Agus Jalpi. 2018. “Analisis Faktor Internal Penentu Kepuasan Pasien Puskesmas Kota Banjarmasin.” *Al Ulum Sains dan Teknologi* 4(1): 1–6.
- Rumana, Nanda Aula et al. 2021. “Kepuasan Pasien terhadap Aplikasi Pendaftaran Online Menggunakan Metode EUCS (End User Computing Satisfaction) di RSUP Fatmawati.” *Journal of Hospital Management* 4(1).
- Septian, Esa. 2021. “Penerapan Sistem Pelayanan Aplikasi Pendaftaran Online di Rumah Sakit Umum Pusat Dr . Sardjito Yogyakarta.” *Matra Pembaruan* 5(1): 53–64.
- Tami, Yuni, Sumarni, dan Raden Jaka Sarwadhamana. 2021. “Implementasi Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul.” *Indonesian Journal of Hospital Administration* 4(2).

ANALISIS SIMRS PADA BAGIAN PENDAFTARAN PASIEN MENGUNAKAN METODE *PIECES* DI RSKIA UMMI KHASANAH

Supriyanti, Syamsu Windarti*, Muhammad Muslim,

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Akbidyo
E-mail : supriyanti10102010@gmail.com

SIMRS ANALYSIS IN PATIENT REGISTRATION USING THE *PIECES* METHOD AT RSKIA UMMI KHASANAH

ABSTRACT

Background: Hospitals need fast and accurate patient registration services because they are responsible for organizing health efforts. Utilization of information technology is the solution, namely a hospital management information system as a tool to support patient services that will. Ummi Khasanah Hospital has used a hospital management information system in providing services, but there are still problems complained of by registration officers. The strategy to reduce the risk of this problem is to analyze the *PIECES* method.

Subjects and Method: The type of research used is descriptive qualitative. This research was conducted at RSKIA Ummi Khasanah with 3 registrars. Data collection techniques using interview techniques using interview guidelines and observation using an observation checklist.

Results: The results of the study show that based on the performance aspect, the information system operate according to the needs of the registration officer even though several menus cannot be used. The general information aspect is quite accurate, the economic aspect has not produced economic value because the hospital management information system cannot be integrated with other information systems. The control aspect has been running well, namely, there are restrictions on access and there is system security in the form of the availability of passwords and usernames, the efficiency and service aspect is appropriate because the hospital management information system can be used easily and speeds up the service process.

Conclusion: Based on the results of this analysis, the hospital management information system has been used well in the patient registration section but several menus and features cannot be used optimally.

Keywords: *SIMRS*, patient registration, *PIECES* method.

ABSTRAK

Latar Belakang: Rumah sakit sebagai penanggung jawab penyelenggaraan upaya kesehatan membutuhkan kecepatan dan keakuratan dalam pelayanan pendaftaran pasien. Penggunaan teknologi informasi adalah solusinya yaitu SIMRS sebagai media pendukung dalam melayani pasien yang akan melakukan pendaftaran. RSKIA Ummi Khasanah telah menggunakan SIMRS dalam memberikan pelayanan, akan tetapi masih terdapat permasalahan yang dikeluhkan oleh petugas pendaftaran. Upaya yang dapat dilakukan untuk meminimalisir permasalahan tersebut adalah dengan analisis SIMRS dengan metode *PIECES* (*Performance, Information, Economic, Control, Efficiency dan Service*).

Subjek dan Metode: Jenis penelitian yang digunakan yaitu kualitatif deskriptif. Penelitian ini dilakukan di RSKIA Ummi Khasanah terhadap 3 orang petugas

pendaftaran. Teknik pengumpulan data menggunakan teknik wawancara menggunakan pedoman wawancara dan observasi menggunakan checklist observasi.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan aspek *performance*/kinerja, sistem informasi beroperasi sesuai dengan kebutuhan petugas pendaftaran meskipun terdapat beberapa menu yang belum dapat digunakan. Aspek *information*/informasi yang dihasilkan akurat, aspek *economic* belum menghasilkan nilai ekonomis karena SIMRS tidak dapat terintegrasi dengan sistem informasi lainnya. Aspek *control* telah berjalan dengan baik yaitu telah terdapat pembatasan hak dan adanya keamanan sistem dalam bentuk tersedianya *password* dan *username*, aspek *efficiency* dan *service* sudah sesuai karena SIMRS mudah digunakan dan mempercepat proses pelayanan.

Kesimpulan: Berdasarkan hasil analisis tersebut SIMRS telah digunakan dengan baik pada bagian pendaftaran pasien akan tetapi terdapat beberapa menu dan fitur yang belum dapat digunakan secara maksimal.

Kata kunci: SIMRS, Pendaftaran pasien, metode *PIECES*.

PENDAHULUAN

Salah satu upaya untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu adalah dengan pengelolaan data pasien yang baik yaitu dengan memanfaatkan teknologi informasi (Erawantini, 2019). Rumah sakit sebagai penanggungjawab penyelenggaraan upaya kesehatan, membutuhkan kecepatan dan keakuratan dalam pelayanan pendaftaran pasien. Teknologi informasi sebagai media pendukung dalam memberikan pelayanan terhadap pasien yang akan melakukan pendaftaran baik pasien rawat jalan, gawat darurat maupun pasien rawat inap. RSKIA Ummi Khasanah dalam pelayanannya telah menggunakan teknologi informasi yang demikian untuk melakukan pelayanan kepada pasien.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 82 tahun 2013, pada pasal 3 ayat (1) menyatakan setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit). RSKIA Ummi Khasanah telah menggunakan SIMRS dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Berdasarkan

studi pendahuluan pada bagian pendaftaran di RSKIA Ummi Khasanah diketahui bahwa terdapat permasalahan yang dikeluhkan oleh petugas pendaftaran. Permasalahan yang timbul dari pendaftaran pasien antara lain pada aspek ekonomi yaitu SIMRS tidak dapat terhubung atau berjalan dengan sistem aplikasi lain seperti aplikasi *Virtual Claim (V-Claim)* dan aplikasi pencetak label identitas pasien.

Petugas harus menyalin Surat *Eligibilitas Peserta (SEP)* dari *V-Claim* ke SIMRS atau sebaliknya, SEP keluar melalui *V-Claim* bukan melalui SIMRS. Pada SIMRS telah terdapat item untuk mencetak label pencetak label identitas pasien akan tetapi saat dicetak, ukuran label yang keluar tidak sesuai dengan kebutuhan petugas pendaftaran. Pada aspek kelengkapan sistem informasi pendaftaran pasien pada item alamat bagi pasien yang berasal dari luar kota dapat keluar secara otomatis, akan tetapi alamat yang keluar tidak sesuai dengan identitas pasien yang sebenarnya.

Analisis SIMRS menggunakan metode *PIECES* pernah dilakukan sebelumnya oleh

Marwati (2021), dan diketahui bahwa hasil dari analisis tersebut menjelaskan metode *PIECES* dapat memberikan masukan dan saran untuk upaya perbaikan sistem. Hasil penelitian tersebut juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nirwana (2020) pada RSUD Sidoarjo yang menjelaskan bahwa metode *PIECES* dapat memberikan referensi untuk upaya perbaikan sistem. Oleh karena itu, dilakukan penelitian terkait analisis SIMRS pada bagian pendaftaran pasien di RSKIA Ummi Khasanah menggunakan metode *PIECES* yaitu *Performance, Information, Economic, Control, Efficiency* dan *Service*. Dengan metode ini diharapkan dapat menguraikan kelemahan SIMRS pada bagian pendaftaran pasien ke dalam 6 faktor.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah metode deskriptif kualitatif yaitu untuk memberikan deskripsi atau gambaran tentang suatu keadaan yang sebenarnya terkait objek yang diteliti berupa SIMRS pada bagian pendaftaran di RSKIA Ummi Khasanah. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan teknik wawancara kepada 3 orang petugas pendaftaran menggunakan pedoman wawancara dan teknik observasi dengan cara mengamati secara langsung terkait penggunaan SIMRS pada bagian pendaftaran pasien menggunakan *checklist* observasi. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan metode *PIECES*.

Menurut Whitten dalam Nirwana (2020) analisis *PIECES* dibagi lagi menjadi beberapa sub kategori sebagai berikut:

1. *Performance* (Kinerja), untuk menilai atau memperbaiki kinerja dari sistem informasi manajemen rumah sakit. Adapun indikator pada aspek *performance* terdiri dari :
 - a) *Throughput* yaitu penilaian terhadap sistem dari banyaknya kerja yang dilakukan pada beberapa periode waktu.
 - b) *Respon times* yaitu delay rata-rata antara transaksi dan respon dari transaksi tersebut.
 - c) *Completeness* yaitu tingkat dimana implementasi penuh dari fungsi yang diharapkan telah tercapai.
 - d) *Audibility* yaitu kecocokan dimana keselarasan terhadap standar dapat diperiksa.
 - e) Kelaziman Komunikasi yaitu tingkat dimana *interface* standar, protokol, dan bandwidth digunakan.
 - f) *Consistency* yaitu penggunaan desain dan teknik dokumentasi yang seragam pada keseluruhan proyek pengembangan perangkat lunak.
 - g) Toleransi kesalahan yaitu kerusakan yang terjadi pada saat program mengalami kesalahan.
 - h) *Generality* yaitu luas aplikasi potensial dari komponen program.
2. *Information* (Informasi), untuk menilai informasi yang dihasilkan oleh sistem informasi manajemen rumah sakit. Adapun

- indikator pada aspek *Information* terdiri dari :
- a) *Accuracy* yaitu informasi atas hasil evaluasi seharusnya memiliki tingkat ketepatan tinggi.
 - b) *Relevancy*, dimana informasi yang dihasilkan sesuai dengan kebutuhan.
 - c) Penyajian informasi, dimana informasi disajikan dalam bentuk yang sesuai.
 - d) *Flexibility* yaitu informasi dapat disesuaikan dengan kebutuhan
 - e) Kelaziman data yaitu penggunaan struktur atau tipe data standar pada seluruh program.
 - f) *Expandibility* yaitu tingkat arsitektur data atau prosedural dapat diperluas.
3. *Economic* (Ekonomi), merupakan penilaian sistem berdasarkan nilai ekonomi yang dihasilkan oleh sistem informasi manajemen rumah sakit. Adapun indikator pada aspek *economic* terdiri dari :
- a) *Reusability* (Dapat digunakan kembali), tingkat dimana sebuah program atau sebagian dari program tersebut dapat digunakan kembali di dalam aplikasi yang lain.
 - b) *Resource* (Sumber Daya), yaitu jumlah sumber daya yang digunakan dalam pengembangan sistem, meliputi sumber daya manusia dan sumber daya ekonomi.
4. *Control* (Pengendalian), untuk menilai atau memperbaiki tingkat keamanan dari sistem informasi manajemen rumah sakit. Adapun indikator pada aspek *control* berupa :
- a) *Integrity* yaitu tingkat akses ke perangkat lunak atau data oleh orang yang tidak berhak dapat dikontrol.
 - b) Keamanan, yaitu mekanisme yang mengontrol atau melindungi program dan data.
5. *Efficiency* (efisiensi), untuk menilai tingkat kemudahan dalam penggunaan sistem informasi manajemen rumah sakit. Adapun indikator pada aspek *efficiency* berupa :
- a) *Usability*, yaitu usaha yang dibutuhkan untuk mempelajari, mengoperasikan, menyiapkan *input* dan menginterpretasikan *output* suatu program.
 - b) *Maintanability* merupakan usaha yang diperlukan untuk mencari dan membetulkan kesalahan pada sebuah program.
6. *Service* (Layanan), untuk mengetahui tingkat pelayanan yang diberikan sistem informasi manajemen rumah sakit terhadap kepuasan pengguna. Adapun indikator pada aspek *service* berupa :
- a) *Acuracy* yaitu ketelitian komputasi dan kontrol.
 - b) *Reliability* yaitu tingkat dimana suatu program dapat dipercaya melakukan fungsi yang diminta.
 - c) Kesederhanaan yaitu tingkat dimana sebuah program dapat dipahami tanpa kesukaran.

HASIL PENELITIAN

Wawancara dilakukan untuk mengetahui *performance, information, economic, control, efficiency* dan *service* dari SIMRS bagian pendaftaran pasien. Wawancara mendalam dilakukan secara langsung terhadap 3 informan.

Tabel 1. Karakteristik Informan

No	Kode Informan	Jenis Kelamin	Usia	Informan
1.	A	P	23Th	Staf RM
2.	B	P	25Th	Staf RM
3.	C	P	28Th	Staf RM

1. Aspek Kinerja (*Performance*)

a. Hasil (*Troughput*)

Output yang dihasilkan SIMRS telah sesuai dengan kebutuhan petugas pendaftaran. Petugas pendaftaran hanya perlu menginputkan NIK pasien. Setelah NIK diinput maka data sosial pasien akan secara otomatis keluar, akan tetapi masih ditemukan kendala yang dialami oleh petugas pendaftaran yaitu saat mendaftarkan pasien yang berasal dari luar kota data sosial pasien berupa alamat pasien yang muncul tidak sesuai dengan identitas yang sebenarnya. Berikut hasil wawancara terhadap informan:

"Telah sesuai, saat mendaftarkan pasien hanya perlu memasukkan NIK pasien saja kemudian data pasien akan keluar secara otomatis" (informan A)

"Kalau sampai saat ini telah sesuai dengan kebutuhan, kalau kurangnya itu saat masukan NIK terkadang ada yang alamatnya tidak sesuai" (informan C)

Pendaftaran pasien yang berasal dari luar kota untuk alamat seperti Provinsi, Kabupaten, Kecamatan dan Kelurahan yang

muncul tidak sesuai dengan yang ada di KTP serta dusun atau jalan dan domisili pasien tidak dapat keluar secara otomatis.

b. Waktu respon (*respon times*)

SIMRS dapat memproses perintah dengan cepat, akan tetapi pada saat tertentu masih terjadi *loading* akibat komputer yang menyala 24 jam dan masih terjadi *error* akibat banyaknya pasien yang mendaftar. Berikut hasil wawancara terhadap informan:

"3-5 menit kalau pasien baru, pasien lama sekitar 3 menit. Kendalanya pernah terjadi kendala loading, kemungkinan dikarenakan komputer hidup 24 jam" (Informan C).

"Iya tapi kadang ada error mungkin karena pasien banyak, lalu ada yang terlewat satu akan jadi error. Kalau saat error mungkin sekitar 5 sampai 7 menit" (Informan B).

c. Kelengkapan (*Completeness*)

Menu-menu pada SIMRS pada bagian pendaftaran pasien telah lengkap akan tetapi belum dapat digunakan secara maksimal. Berikut hasil wawancara terhadap informan:

"Telah sesuai kebutuhan, akan tetapi untuk cetak SEP kita harus memakai 2 aplikasi V-claim dan SIMRS. Menu-menumnya sudah ada akan tetapi tidak dapat di pakai" (Informan C).

"Sudah sesuai dengan kebutuhan akan tetapi untuk pelaksanaannya memang belum 100%" (Informan A).

Dari banyaknya menu label pada SIMRS bagian pendaftaran ada yang tidak dapat dicetak fisik, terdapat menu yang dapat di cetak akan tetapi ukurannya tidak sesuai kebutuhan dan terdapat menu yang tidak bisa digunakan sesuai dengan fungsinya. Label yang dapat dicetak seperti gambar 1.



Gambar 1. Cetak label

Label yang dapat dicetak hanya beberapa saja di antaranya yaitu antrean poliklinik, tracer dan ekspedisi rekam medis.



Gambar 2. Login

Hasil observasi terkait kelengkapan fitur sistem menunjukkan hasil yang sesuai dengan hasil wawancara yaitu pada menu login terdapat pengaturan untuk pergantian shift dari pagi, siang dan malam, akan tetapi menu pergantian shift tersebut tidak digunakan sesuai dengan fungsinya.

2. Aspek Informasi (*Information*)

a. Akurat (*Accuracy*)

Informasi dapat dikatakan akurat dan tepat bila data yang dihasilkan sesuai dengan yang telah diinputkan di awal.

“Telah sesuai, sesuai dengan apa yang telah diinputkan di awal” (Informan A)

Diketahui informasi yang dihasilkan SIMRS pada bagian pendaftaran pasien sesuai

dengan data yang telah terinput dengan lengkap pada sistem.

b. Kesesuaian (*Relevancy*)

Informasi yang dihasilkan oleh SIMRS telah sesuai dengan kebutuhan akan tetapi dalam pelaksanaannya belum maksimal.

“Telah sesuai, untuk laporan rawat jalan sudah bisa langsung nentuin 10 besar penyakit. Akan tapi kalau laporan rawat inap masih manual” (Informan A)

Informasi berupa laporan rawat inap belum dapat ditarik langsung melalui SIMRS sehingga dalam pengerjaannya masih dilakukan secara manual menggunakan excel.

3. Aspek Ekonomi (*Economic*)

a. Dapat digunakan kembali (*Reusability*)

Melalui hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa SIMRS belum terintegrasi dengan aplikasi V-Claim.

“SIMRS belum terintegrasi dengan V-Claim. Cetak label pasien juga harus buka aplikasi namanya zebra designer.” (Informan B)

Fitur untuk cetak label identitas pasien telah tersedia dalam SIMRS, akan tetapi tidak digunakan karena ukuran label yang keluar tidak sesuai dengan kebutuhan petugas pendaftaran.

b. Sumber Daya (*Resource*)

Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa terkait sosialisasi telah dilakukan saat pertama kali saat SIMRS diterapkan.

“Sudah pernah pelatihan bersama dengan pihak vendor saat pertama kali SIMRS digunakan, sosialisasi dilakukan kepada semua yang menggunakan SIMRS.” (Informan B)

Petugas yang baru pada bagian pendaftaran perlu belajar otodidak dengan melihat buku pedoman yang ada dan akan diarahkan oleh petugas pendaftaran yang telah bekerja lebih lama.

4. Aspek Pengendalian (Control)

a. Keamanan (Security)

Petugas pendaftaran telah memiliki *username* dan *password* masing-masing.

Berikut hasil wawancara dengan informan:

“sudah ada username sendiri-sendiri, jadi kalau semisal saya ingin mengakses di bagian lain tidak bisa.” (Informan A)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa petugas pendaftaran memiliki hak akses yang berbeda pada setiap unit pelayanan.

5. Aspek Efisiensi (Efficiency)

a. Kegunaan (Usability)

Petugas dapat menggunakan SIMRS dengan mudah untuk mendaftarkan pasien dan pengolahan data menjadi lebih cepat.

“Lebih cepat untuk mendaftarkan pasien hanya perlu masukan NIK kemudian data akan otomatis keluar, kalau pengelolaan data lebih cepat.” (Informan B)

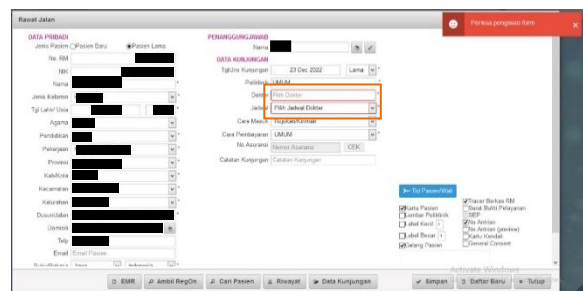
Petugas pendaftaran hanya perlu menginput NIK pasien kemudian data sosial pasien akan keluar secara otomatis .

6. Aspek Pelayanan (Service)

Melalui hasil wawancara yang telah dilakukan, diketahui jika pada form pendaftaran pasien terdapat item yang belum terisi maka pendaftaran pasien tidak dapat disimpan.

“Tidak bisa disimpan kalau ada yang belum di isi, akan muncul peringatan” (Informan C)

Hasil wawancara tersebut juga didukung dengan hasil observasi yang menunjukkan bahwa sistem akan mengeluarkan peringatan berwarna merah dengan tulisan “periksa pengisian form.”



Gambar 3. Tampilan notifikasi error simrs

Pada gambar 3 diketahui bahwa pada setiap item yang belum terisi akan tampak garis berwarna merah.

PEMBAHASAN

Berikut analisis dari setiap aspek SIMRS bagian pendaftaran RSKIA Ummi Khasanah:

1. Sudut Pandang Aspek Kinerja (Performance)

Analisis kinerja memiliki peranan penting untuk mengetahui apakah proses atau prosedur yang ada dapat ditingkatkan kinerjanya. Analisis kinerja menunjukkan seberapa jauh sistem informasi dalam mencapai tujuan yang diinginkan (Marwati, 2021).

a. Hasil (Throughput)

Penerapan SIMRS telah sesuai dengan kebutuhan para pengguna dalam hal penyajian data-data pasien misalnya dengan

menggunakan SIMRS, pendaftaran pasien menjadi lebih cepat. Akan tetapi, dalam penggunaan SIMRS masih ditemukan kendala yang dialami oleh petugas pendaftaran. Kendala yang terjadi yaitu alamat pasien yang berasal dari luar kota tidak sesuai dengan yang seharusnya serta dusun dan domisili pasien tidak keluar secara otomatis.

Penerapan SIMRS pada bagian pendaftaran pasien harus bermanfaat sesuai dengan yang diharapkan para pengguna dan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai atau sasaran yang dituju. Penerapan SIMRS dilakukan untuk mempermudah dan mempercepat proses kerja terkait pelayanan pendaftaran pasien. Hal tersebut didukung dengan Sholehah, dkk (2020) bahwa penerapan SIMRS pada unit pendaftaran rawat jalan dapat memberikan manfaat dan membantu petugas sesuai dengan kebutuhannya dalam melaksanakan pelayanan kepada pasien.

b. Waktu respon (*Respon time*)

SIMRS dapat diakses dengan cepat untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan atau pada saat proses pelayanan pendaftaran pasien berlangsung. Pendaftaran pasien dapat berjalan dengan rata-rata waktu 2-5 menit setiap pasien, dapat disimpulkan bahwa pendaftaran pasien tidak membutuhkan waktu yang lama. SIMRS dapat berjalan dengan baik apabila jaringan atau komputer tidak bermasalah serta kinerja petugas yang baik. Hal tersebut sesuai dengan Witanti dan

Abdilah (2018) yang mengungkapkan bahwa sistem informasi harus dapat mempercepat dalam hal pencarian informasi.

Melalui hasil wawancara tersebut juga diketahui bahwa masih terdapat *loading*. Meski *loading* tersebut jarang terjadi, diperlukan upaya untuk menghindari kendala jaringan agar tidak mengganggu saat proses pendaftaran pasien sedang berlangsung maupun saat proses pencarian informasi sedang dilakukan. Permasalahan yang serupa terdapat pada hasil penelitian Nirwana dan rachmawati (2020) yang menyebutkan bahwa komputer mengalami proses *loading* yang memakan waktu lama merupakan beberapa hal yang sering dikeluhkan oleh pengguna SIMRS.

c. Kelengkapan (*Completeness*)

Cetak label identitas pasien dilakukan dengan menggunakan aplikasi lain, hal tersebut dikarenakan ukuran label yang keluar saat di cetak tidak sesuai dengan kebutuhan petugas pendaftaran. Terdapat juga menu yang tidak dapat difungsikan yaitu menu cetak surat SEP, hal tersebut dikarenakan SIMRS belum *bridging* dengan BPJS. Menu pergantian *shift* juga tidak digunakan karena menu tersebut tidak berpengaruh dari segi pembagian waktu kerja maupun tidak digunakan sebagai tanda presensi *shift* kerja.

Kelengkapan berarti tingkat penerapan penuh dari suatu fungsi yang diharapkan telah tercapai. Penerapan yang dimaksud yaitu penerapan penuh fungsi yang ada pada

SIMRS tersebut. Mulai dari apakah fungsi suatu menu dapat dijalankan atau menu dapat berfungsi secara optimal sehingga dapat membantu pengguna dalam menyelesaikan pendaftaran pasien. Menurut Nirwana dan Rachmawati (2020), suatu sistem informasi akan lebih bermanfaat untuk mendukung aktivitas ketika fungsi-fungsi yang diharapkan dapat tercapai untuk mengoperasikan sistem informasi.

2. Sudut Pandang Aspek Informasi (Information)

a. Akurat (Accuracy)

SIMRS pada pendaftaran pasien telah memberikan informasi yang lengkap dan akurat. Data pasien dan laporan yang dihasilkan oleh SIMRS telah sesuai dengan apa yang telah diinputkan diawal. Sebuah informasi dikatakan akurat berarti suatu informasi yang dihasilkan memiliki tingkat ketepatan yang tinggi. Jika informasi yang dihasilkan kurang akurat maka dapat mempengaruhi dalam pengambilan suatu keputusan. Menurut Handayani (2018) menyatakan bahwa informasi menjadi kunci keberhasilan suatu komunikasi, sehingga informasi harus akurat agar dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan.

b. Kesesuaian (Relevancy)

Informasi yang dihasilkan oleh SIMRS telah sesuai dengan kebutuhan akan tetapi dalam pelaksanaannya belum maksimal. SIMRS belum dapat menghasilkan laporan yang dibutuhkan rumah sakit seputar pasien

rawat inap, hal tersebut dikarenakan pelayanan pasien rawat inap belum menggunakan SIMRS. Menurut Setyawan (2016), SIMRS dapat dikatakan memenuhi aspek *relevancy* jika semua fungsi yang ada sesuai dengan kebutuhan pengguna dan dapat membantu pekerjaan menjadi lebih cepat. Oleh karena itu, SIMRS masih perlu terus dilakukan peningkatan.

3. Sudut Pandang Aspek Ekonomi (Economic)

a. Dapat digunakan kembali (Reusability)

SIMRS telah terdapat fitur untuk mencetak label identitas pasien, akan tetapi ukuran label yang dicetak tidak sesuai dengan kebutuhan petugas pendaftaran. Perlu adanya penyesuaian antara fitur yang sudah ada dengan kebutuhan petugas pendaftaran untuk mempercepat proses pelayanan. Menilik dalam hasil penelitian Nurhayati (2021) yang mengatakan bahwa jika SIMRS dapat digunakan kembali untuk sistem yang lain, SIMRS tidak membutuhkan sumber daya yang banyak dalam pengolahan datanya.

Petugas pendaftaran juga harus *mengcopy – paste* nomor kartu keanggotaan BPJS untuk dapat mencetak surat SEP, hal tersebut karena SIMRS masih belum terintegrasi dengan BPJS sehingga perlu dilakukan *bridging*. *Bridging system* adalah menyelaraskan dua sistem yang berhubungan tanpa adanya intervensi dari masing-masing sistem satu sama lain sehingga keamanan tetap terjaga (Wahyudin dkk, 2019). *Bridging* dapat meningkatkan efektivitas pelayanan

pendaftaran pasien dan sebagai proses yang berhubungan dengan *V-Claim* dapat dikerjakan dengan lebih mudah dan cepat. Penerapan *bridging* SIMRS dengan *V-Claim* juga dapat membuat proses antrian pendaftaran pasien menjadi lebih cepat.

b. Sumber Daya (*Resource*)

penerapan SIMRS di RSKIA Ummi Khasanah telah dilakukan sosialisasi dan pelatihan penggunaan SIMRS. Akan tetapi, untuk petugas baru belum pernah diadakan pelatihan sehingga petugas pendaftaran yang baru perlu belajar melalui petugas lain dan juga mempelajarinya secara otodidak menggunakan buku pedoman yang ada. Pelatihan dalam penggunaan SIMRS penting dilakukan dalam mencapai tujuan untuk meningkatkan kinerja petugas pendaftaran. Menurut Nirwana (2020) menyatakan bahwa pelatihan penggunaan SIMRS mempunyai peran penting untuk suatu organisasi dalam mencapai tujuan.

4. Sudut pandang Pengendalian (*Control*)

Username dan *password* yang dimiliki oleh setiap petugas disediakan oleh pihak vendor sehingga tidak semua orang dapat mengakses SIMRS. Masing-masing petugas hanya dapat mengoperasikan sistem informasi tersebut sesuai dengan unit kerja masing-masing, seperti hanya petugas pendaftaran pasien yang dapat mengakses form pendaftaran dan dapat mendaftarkan pasien. Hal tersebut telah sesuai dengan hasil penelitian

Supriyatna (2015) yang menyatakan bahwa sebaik-baiknya suatu sistem jika tidak disertai dengan pengendalian dan keamanan yang baik maka sistem akan menjadi sangat lemah sehingga pihak luar sistem sangat mudah untuk masuk dan mengacaukan sistem tersebut.

5. Sudut Pandang Aspek Efisiensi (*Efficiency*)

pengguna SIMRS pada bagian pendaftaran pasien dapat mengoperasikan SIMRS dengan baik dan tidak terdapat kesulitan dalam pendaftaran pasien. Petugas dapat dengan mudah memasukkan data sosial pasien saat proses pendaftaran pasien, pengolahan data maupun mengartikan hasil yang dihasilkan oleh SIMRS. Pernyataan tersebut juga sesuai dengan Hanif (2019) yang menyatakan bahwa sebuah sistem informasi harus mudah digunakan oleh pengguna baik pemula maupun yang telah handal.

6. Sudut Pandang Aspek Pelayanan (*Service*)

Sistem dapat membantu petugas dalam ketelitian dengan adanya peringatan berwarna merah dengan tulisan “periksa pengisian form”, jika terdapat form yang belum terisi maka akan muncul peringatan berwarna merah sehingga dapat memudahkan petugas pendaftaran saat terjadi *human error*. Menurut Supriyatna (2015), pelayanan terhadap konsumen sangatlah penting, konsumen yang dimaksud adalah pengguna sistem informasi tersebut.

PENUTUP

Melalui hasil penelitian terkait analisis SIMRS menggunakan metode *PIECES* di RSKIA Ummi Khasanah maka dapat disimpulkan bahwa *Performance* pada SIMRS bagian pendaftaran pasien telah beroperasi dengan baik. Akan tetapi masih terdapat kendala terkait item alamat yang tidak sesuai sehingga pihak vendor perlu melengkapi daftar alamat pada sistem informasi untuk pasien yang berasal dari luar kota untuk kesesuaian dengan identitas pasien yang sebenarnya agar petugas pendaftaran tidak melakukan *input* manual. *Information* yang dihasilkan SIMRS dapat memberikan kualitas informasi yang akurat, akan tetapi terdapat laporan yang belum bisa ditarik otomatis.

Saat pertama kali diterapkan, sudah dilakukan pelatihan penggunaan SIMRS. Akan tetapi selanjutnya bagi petugas baru harus mempelajari SIMRS melalui petugas yang lebih lama bekerja dibagian pendaftaran dan belajar secara otodidak melalui *user* manual SIMRS. Penerapan SIMRS belum menghasilkan *economic* karena SIMRS belum dapat terintegrasi dengan beberapa aplikasi pendukung pelayanan lainnya. Pengguna SIMRS telah memenuhi aspek *control* yaitu pendaftaran pasien telah memiliki *username* dan *password*, dari segi keamanan juga telah diterapkan dengan baik. Penggunaan SIMRS telah memenuhi aspek *efficiency* karena petugas pendaftaran dapat dengan mudah mempelajari, mengoperasikan sistem. SIMRS dapat mempercepat proses pelayanan dan pengolahan data serta *service* yang diberikan

SIMRS telah sesuai dengan kebutuhan untuk mengurangi terjadinya *human error*.

DAFTAR PUSTAKA

- Erawantini, F., dan Wibowo, N. S. (2019). Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Sistem Pendukung Keputusan Klinis. *Jurnal Teknologi Informasi dan Terapan (J-TIT)*. 6 (2): 75-78. <http://jtit.polije.ac.id/index.php/jtit/article/view/115/100>
- Handayani, I., Febriyanto, E., dan Sholichin, K. R. P. (2018). Penerapan Viewboard Sebagai Media Informasi Sidang Skripsi pada PESSTA + di Perguruan Tinggi. *Jurnal technomedia (TMJ)*. 2 (2): 55-65. <https://ijc.ilearning.co/index.php/TMJ/article/view/324/37> [Diakses 23 Maret 2023]
- Hanif, A (2019). Sistem Informasi Sederhana Menggunakan Spreadsheet dan Macro Untuk Usaha Mikro Informal. Seminar Nasional Teknologi Komputer dan Sains (SAINTEKS). <https://prosiding.seminar-id.com> [Diakses 21 Maret 2023]
- Marwati. (2021). Analisis Sistem Informasi Registrasi Pasien dengan Metode *PIECES* di Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Kabupaten Gowa. Skripsi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan: Makassar. <https://repositori.uin-alauddin.ac.id/19170/1/MARWATI-FKIK.pdf>
- Nirwana, D. A., dan Rachmawati, E. (2020). Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Pendaftaran Umum Dengan Menggunakan Metode *PIECES* RSUD Sidoarjo. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. 1 (3): 264-274. <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/j-remi/article/view/2057> [Diakses 20 Oktober 2022 jam 15:21]
- Nurhayati, Widodo, S., Suhartanto, A. (2021). Evaluasi Sistem Informasi Rekam medis di Rumah Sakit Brayat Minulya. *Jurnal Nusantara Hasana*. 1 (4): 79-

95. <https://www.neliti.com/id/publications/348633/evaluasi-sistem-informasi-rekam-medis-di-rumah-sakit-brayat-minulya> [Diakses 10 Mei 2023]
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 82 tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. <https://www.kemhan.go.id/itjen/wp-content/uploads/2017/03/bn87-2014.pdf> [24 Oktober 2022]
- Setyawan, D. (2016). Analisis Implementasi Pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada RSUD Kardinah tegal. *Jurnal Indonesia Komupter dan Teknologi Informasi*. 1 (2): 54-61. <https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/ijcit/article/view/1503/1124> [Diakses 23 Maret 2023]
- Sholehah, F., Rachmawati, E., Wicaksono, A. P., dan Chaerunisa, A. (2021). Evaluasi Sistem Informasi Pendaftaran Rawat Jalan BPJS Dengan Metode *PIECES* RSUD Sidoarjo. *Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*. 2 (2): 297-303. <https://publikasi.polije.ac.id/> [Diakses 24 Oktober 2022]
- Supriyatna, A. (2015). Analisis dan Evaluasi Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Perpustakaan Dengan Menggunakan *PIECES FRAMEWORK*. *Jurnal pilar Nusa Mandiri*. 11 (1): 43-52. <https://ejournal.nusamandiri.ac.id/index.php/pilar/article/view/411/361> [Diakses 09 Mei 2023]
- Wahyudin, Y., Suhada, S., Hidayatullah, T., Firmansyah, D. A. (2019). Rancangan Bangun Bridging Sistem Aplikasi SIMRS dan Aplikasi *Virtual Claim* di Rumah Sakit Islam Assyifa Sukabumi. *Jurnal Swabumi*. <https://ejournal.bsi.ac.id/ejurnal/index.php/swabumi/article/view/5926/0> [Diakses 09 Mei 2023]
- Witanti, W., dan Abdilah, G. (2018). Sistem Informasi Pelayanan Kesehatan Sebagai Upaya Peningkatan Kinerja E-Government. Seminar Nasional Sistem Informasi Indonesia. <https://si.its.ac.id> [Diakses 20 Maret 2023]

ANALISIS KESIAPAN *BRIDGING* SIMRS DAN *V-CLAIM* DI RUMAH SAKIT PRATAMA KOTA YOGYAKARTA

Edvy Permata Putri¹⁾, Imtinan Nasywa Syakira¹⁾, Marko Ferdian Salim²⁾,
Friska Miftachul Janah³⁾

¹⁾*Program Studi D-4 Manajemen Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi,
Universitas Gadjah Mada*

²⁾*Departemen Layanan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada*

³⁾*Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta*

E – mail : markoferdiansalim@ugm.ac.id

READINESS ASSESSMENT FOR *BRIDGING* SIMRS AND *V-CLAIM* IN PRATAMA HOSPITAL YOGYAKARTA

ABSTRACT

Background: Hospital Information System (SIMRS) and Virtual Claim (V-Claim) are information systems used by hospitals in providing services. However, the different systems between SIMRS and V-Claim will have an impact on the effectiveness and efficiency of patient services, for example the patient registration process. Yogyakarta City Primary Hospital is conducting bridging between SIMRS and V-Claim so it is necessary to know the readiness level of the bridging system.

Subjects and Method: This research method used a mixed methods with an exploratory design at the Yogyakarta City Primary Hospital in June-August 2022. This research was started with qualitative research and then continued with quantitative. Collecting data using interview techniques, observation, and questionnaires.

Results: The SIMRS and V-Claim bridging systems have been successfully implemented at Yogyakarta Pratama Hospital with the support of man, money, machine, material, and method aspects that are well integrated with each other. The TRL measurement results show that the level of readiness for implementing the bridging system at the Yogyakarta City Pratama Hospital is at level 8.

Conclusion: The SIMRS and V-Claim bridging systems have been successfully implemented at Yogyakarta Primary Hospital. Improving the Yogyakarta Pratama Hospital IT team to make repairs and improvements to TRL indicators that have not reached the maximum up to TRL level 9.

Keywords: Bridging, SIMRS, Technology Readiness Level, V-Claim

ABSTRAK

Latar Belakang: Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) dan *Virtual Claim* (*V-Claim*) merupakan sistem informasi yang digunakan oleh rumah sakit dalam pelayanan. Namun, sistem yang berbeda antara SIMRS dan *V-Claim* akan berdampak pada efektivitas dan efisiensi pelayanan pasien, misalnya proses pendaftaran pasien. Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta telah melakukan *bridging* sistem SIMRS dengan *V-Claim* sehingga perlu diketahui tingkat kesiapan *bridging* sistem tersebut.

Subjek dan Metode: Metode penelitian ini menggunakan *mixed method* dengan desain *exploratory* di Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta pada bulan Juni-Agustus tahun

2022. Penelitian ini diawali dari penelitian kualitatif dan kemudian dilanjutkan dengan kuantitatif. Pengumpulan data menggunakan teknik wawancara, observasi, dan kuesioner. **Hasil:** Bridging sistem SIMRS dan V-Claim telah berhasil diterapkan di Rumah Sakit Pratama Yogyakarta dengan dukungan *aspek man, money, machine, material, dan method* yang saling terintegrasi dengan baik. Hasil pengukuran TRL diketahui bahwa tingkat kesiapan penerapan bridging sistem di Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta berada pada level ke 8.

Keseimpulan: Bridging sistem SIMRS dan V-Claim telah berhasil diterapkan di Rumah Sakit Pratama Yogyakarta. Sebaiknya tim IT Rumah Sakit Pratama Yogyakarta melakukan perbaikan dan peningkatan terhadap indikator-indikator TRL yang belum tercapai maksimal hingga ke TRL level 9.

Kata kunci: *Bridging, SIMRS, Technology Readiness Level, V-Claim*

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan serta memulihkan penyakit individu, kelompok dan ataupun masyarakat (Azwar, 1996). Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bidang yang telah memanfaatkan perkembangan teknologi tersebut, baik yang bersifat klinis maupun non klinis. Penggunaan teknologi informasi dalam pelayanan kesehatan memberikan kontribusi pada efektifitas pelayanan kesehatan meskipun masih terdapat hambatan dan kendala yang dihadapi misalnya: sumberdaya manusia, finansial, kebijakan, dan faktor keamanan (Agus Sudaryanto & Irdawati, 2008).

Salah satu teknologi tersebut yaitu Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). SIMRS merupakan suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat,

dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Sistem ini dijadikan sebagai alat komunikasi antara tenaga Kesehatan dan juga sebagai alat dalam bersaing di era teknologi informasi ini untuk meningkatkan kualitas pelayanan Kesehatan di rumah sakit tersebut.

Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta telah menerapkan SIMRS dalam menunjang pelayanan kesehatan kepada pasien sejak 2016 dan telah bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk memudahkan verifikasi data pasien BPJS yang berkunjung ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Aplikasi *Virtual Claim (V-Claim)* merupakan sistem berbasis *software* yang difasilitasi oleh pihak BPJS dalam melakukan pelayanan kesehatan untuk pasien BPJS di rumah sakit. Pasien menjadi sangat penting dalam proses pelayanan kesehatan berikutnya, termasuk validasi identitas pasien yang menggunakan jaminan BPJS. Sistem yang berbeda antara SIMRS dan *V-Claim* berdampak pada efektif dan efisiensi proses pendaftaran pasien karena

petugas harus membuka kedua aplikasi tersebut untuk memvalidasi pasien BPJS dengan (SEP) Surat Eligibilitas Peserta (BPJS Kesehatan, 2018). Sehingga dalam hal ini, untuk meningkatkan kualitas pendaftaran pasien, Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta sedang mempersiapkan proses penyatuan dua *system* yaitu SIMRS dan *V-Claim* yang disebut dengan *bridging*.

Menurut Humas BPJS Kesehatan, (Humas BPJS Kesehatan, 2014), *Bridging sistem* adalah menyelaraskan dua sistem yang berbeda tanpa adanya intervensi dari masing-masing sistem satu sama lain sehingga keamanan data tetap terjaga. Dengan adanya *bridging* ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan administrasi, hemat sarana prasarana, pengolahan data dan proses klaim BPJS. Hubungan kedua sistem tersebut dikelola dengan *web service* yang akan membatasi akses ke masing-masing sistem sehingga keamanan data tetap terjaga (Humas BPJS Kesehatan, 2014). Penggunaan *bridging* ini sangat bermanfaat dalam proses pelayanan pasien.

Technology Readiness Level (TRL) atau dapat diartikan sebagai Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT) merupakan sebuah metode yang digunakan sebagai pengukuran kematangan suatu sistem atau teknologi tertentu. Dalam artian lain, TRL merupakan suatu indikator yang mengukur seberapa siap teknologi sistem tersebut diterapkan dalam kehidupan sehari-hari dan digunakan oleh pengguna. Dalam TRL, terdapat 9 tingkatan yang menunjukkan kesiapan

teknologi, dengan tingkat 1 merupakan kesiapan teknologi paling rendah yang mana teknologi tersebut masih berupa sebuah penelitian yang akan dikembangkan di masa yang akan datang, dan tingkat 9 merupakan tingkat kesiapan teknologi tertinggi yang mana teknologi yang telah diuji dan dikatakan berhasil jika teknologi tersebut dapat dioperasikan.

Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta telah melakukan *bridging* sistem SIMRS dengan *V-Claim* sehingga perlu diketahui tingkat kesiapan *bridging* sistem tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kesiapan rumah sakit dalam melakukan *bridging* sistem SIMRS dengan *V-Claim*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode *mixed method* dengan desain *exploratory* di Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta pada bulan Juni-Agustus tahun 2022. Penelitian ini diawali dari penelitian kualitatif dan kemudian dilanjutkan dengan kuantitatif. Penelitian kualitatif bertujuan untuk menganalisis dan menggali informasi tentang kesiapan *bridging* sistem melalui teknik wawancara terkait aspek *man, money, material, machine, dan method* (Emerson & John F, 1960). Sedangkan penelitian kuantitatif dilakukan melalui pengisian kuesioner untuk mengukur tingkat kematangan *bridging* sistem yang dikembangkan. Pengukuran TRL memiliki 9 level (tingkat) dan setiap level memiliki indikator capaian, untuk penjelasan lebih lengkap dapat dilihat pada tabel 1 (Dikti,

2016). Subjek penelitian ini adalah tim Informasi dan Teknologi (IT) Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta sebanyak 5 orang. Sedangkan objek penelitian yaitu *bridging* sistem SIMRS dan V-Claim.

Tabel 1. Jenis *Technology Readiness Level*

Jenis	Isi
TRL 1	Prinsip dasar dari teknologi diteliti dan dilaporkan
TRL 2	Formulasi konsep dan/atau aplikasi formulasi
TRL 3	Pembuktian konsep fungsi dan/atau karakteristik penting secara analitis dan eksperimental
TRL 4	Validasi komponen/ subsistem dalam lingkungan laboratorium
TRL 5	Validasi komponen/subsistem dalam suatu lingkungan yang relevan
TRL 6	Demonstrasi model atau prototipe sistem/ subsistem dalam suatu lingkungan yang relevan
TRL 7	Demonstrasi prototipe sistem dalam lingkungan sebenarnya
TRL 8	Sistem telah lengkap dan handal melalui pengujian dan demonstrasi dalam lingkungan sebenarnya
TRL 9	Sistem benar-benar teruji/terbukti melalui keberhasilan pengoperasian.

Pengukuran dimulai dari tingkat 1 atau tingkat terendah. Apabila jumlah ketercapaian indikator pada suatu level $\geq 80\%$, maka pengukuran dapat dilanjutkan pada tingkat TRL berikutnya (lebih tinggi). Namun, apabila ketercapaian $< 80\%$, maka tingkat kesiapaan pengembangan sistem tersebut sudah mencapai tingkat TRL terakhir (Dikti, 2016).

HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Pratama

Rumah Sakit Pratama Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta merupakan rumah sakit tipe D yang beralamat di Jl. Kolonel Sugiyono No. 98,

Brontokusuman, Kecamatan Mergangsan, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta. Rumah Sakit Pratama memiliki visi yaitu menjadi rumah sakit yang bermutu, terjangkau, berbudaya dan menjadi kebanggaan masyarakat Kota Yogyakarta. Kemudian misi dari Rumah Sakit Pratama yaitu mengedepankan keamanan dan keselamatan pasien dan petugas dalam memberikan pelayanan, mewujudkan manajemen rumah sakit yang unggul dan berbudaya serta meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan sesuai standar (RS Pratama Yogyakarta, 2023).

Rumah Sakit Pratama berupaya untuk meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan sesuai standar. Salah satu wujud dari upaya tersebut yaitu mengembangkan dan mengimplementasikan SIMRS dan V-Claim yang bermanfaat untuk pelayanan rumah sakit. Sejauh ini Rumah Sakit Pratama telah memiliki dua versi SIMRS yang sesuai dengan kebutuhan pengguna. *Virtual Claim* atau yang biasa disebut *V-Claim* telah digunakan Rumah Sakit Pratama sejak tahun 2016. Terdapat beberapa perkembangan dalam pengembangan aplikasinya. Pada tahun 2021 *V-Claim* ini merupakan aplikasi *single user*, dimana hanya satu orang yang dapat menggunakannya dalam satu waktu. Namun, setelah dilakukan pembaharuan *V-Claim* dapat digunakan oleh banyak orang dengan akun yang berbeda. Pengembangan teknologi informasi di Rumah Sakit Pratama juga diwujudkan melalui *bridging* antara SIMRS dan *V-Claim* mengikuti kebutuhan pengguna yang dimulai sejak tahun 2022 (RS Pratama Yogyakarta, 2023).

2. Analisis Unsur Manajemen dalam Bridging Sistem

a. Aspek *Man* (Sumber Daya Manusia)

Hasil penelitian kami mengenai pendidikan petugas IT (Informasi dan teknologi) yang mengelola *project bridging* di Rumah Sakit Pratama Yogyakarta berjumlah 2 orang dengan kualifikasi pendidikan yang sesuai yaitu 1 orang petugas lulusan D3 jurusan Komputer dan Sistem Informasi dan 1 petugas lulusan S1 jurusan Teknologi Informasi.

"Petugas IT Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta ada lima orang, yang memegang project bridging ada 2 orang"

Informan A

Hasil penelitian petugas IT Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta berjumlah lima orang memiliki pembagian tugas masing-masing. Dari lima orang petugas IT terdapat tiga orang berperan sebagai *programmer*. Kemudian, dari tiga orang *programmer* hanya dua orang yang memegang *project bridging sistem* dengan rincian satu petugas pada bagian *Virtual Claim* dan satu petugas pada bagian antrian.

Kualifikasi pendidikan dari petugas IT Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta yaitu minimal D3 Sistem Informasi, standar ini dibuat oleh pemerintah Kota Yogyakarta saat melakukan pembukaan lowongan pekerjaan untuk bagian petugas IT di Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta. Petugas IT

yang bertugas dalam *project bridging* ini sudah memenuhi kualifikasi minimum yang ditetapkan. Kesiapan *project bridging* pada bagian kualifikasi pendidikan petugas IT telah tercukupi 100% untuk *project bridging* ini.

Kemudian dalam persiapan pengembangan *bridging sistem* ini tidak diperlukan pelatihan secara khusus untuk *project bridging* karena pembagian tugas pun dilakukan berdasarkan kepakaran masing-masing petugas IT. Tim IT Rumah Sakit Pratama berjumlah 5 orang dengan pembagian tugas sebagai *IT support*, *programmer*, *maintenance*, dan *coding*.

b. Aspek *Material*

Aspek material dalam proses *bridging SIMRS* dengan V-Claim mencakup menu registrasi pasien dan input data pasien. SIMRS di Rumah Sakit Pratama memiliki beberapa spesifikasi menu *dashboard*, pendaftaran, reservasi, admisi, pemeriksaan, *billing*, BPJS, pemeriksaan awal, ketersediaan *bed*, dan TPPRI. Terdapat dua versi SIMRS yang digunakan, versi lama digunakan pada tahun 2016 hingga tahun 2021. Sedangkan versi baru, digunakan dari tahun 2021 hingga sekarang. Saat ini SIMRS sedang dilakukan *bridging* dengan *Virtual Claim* yang harapannya dapat memudahkan petugas dalam melakukan pelayanan. SIMRS ini digunakan oleh seluruh pegawai yang bertugas melakukan pelayanan kepada pasien.

Saat ini SIMRS dan *Virtual Claim* masih memiliki sistem yang terpisah. Sistem yang terpisah ini berdampak seperti tidak efisiensinya proses pelayanan pasien, petugas juga membutuhkan waktu dalam melakukan pelayanan, contohnya dalam satu kali pelayanan petugas harus membuka SIMRS dan V-Claim (*double entry*) sehingga membuat waktu tunggu pasien semakin lama karena data yang belum terintegrasi.

c. Aspek *Machine*

Infrastruktur yang digunakan untuk pelaksanaan *bridging* yaitu *brainware*, *software*, dan *hardware*. Sebelum adanya pelaksanaan *bridging*, infrastruktur ini telah terpenuhi dan telah siap dalam melakukan *bridging*. Untuk informasi lengkapnya tersaji pada tabel berikut.

Tabel 2. Infrastruktur *Bridging* Sistem

No.	<i>Software</i>	Fungsi
1.	<i>Notepad</i>	Mengetik koding
2.	<i>Xampp</i>	Simulasi
3.	<i>Apache</i>	sebagai <i>Web server</i>
4.	<i>MySQL</i>	sebagai <i>Database server</i>
5.	<i>Google Chrome</i>	sebagai <i>Browser</i>
6.	<i>Postman</i>	Aplikasi yang berfungsi sebagai REST CLIENT untuk uji coba REST API
7.	<i>Sublime</i>	Membuat atau mengedit suatu aplikasi

Sedangkan untuk *hardware* yang digunakan adalah satu unit *PC (Personal Computer) Desktop* untuk masing-masing petugas IT, 1 unit *PC Server*, dan

menggunakan koneksi internet yang telah disediakan oleh Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta sebelumnya. Kesiapan infrastruktur teknologi pada *project bridging* telah tercukupi 100%.

d. Aspek *Money* (Anggaran)

Rumah Sakit Pratama memiliki anggaran namun terbatas karena tidak ada anggaran khusus untuk *project bridging* SIMRS dan V-Calim. Anggaran untuk *project bridging* ini diambil dari anggaran tahunan rutin unit IT.

.....untuk pengajuan anggaran sebenarnya bisa dilakukan, namun harus ditentukan tahun sebelumnya agar bisa disahkan pada bulan oktober sesuai dengan ketentuan rumah sakit pemerintah.....

Keterbatasan anggaran menyebabkan berbagai permasalahan, diantaranya pelaksanaan *bridging* berjalan lama karena tidak menyertakan pihak ketiga. Petugas IT melakukan *bridging* bersamaan dengan tugas-tugas yang lain, keterbatasan dana ini juga membuat petugas IT harus mengatur anggaran yang ada agar anggaran rutin tahunan bisa diterapkan sebagai dana yang dapat digunakan untuk *project bridging*.

Untuk total pengeluaran *project bridging* yaitu sekitar 10-15 juta rupiah untuk pengadaan display, updating perangkat, dan pembaruan aplikasi mengikuti jika ada revisi dari pihak internal atau dalam hal ini tenaga kesehatan lain yang juga menggunakan aplikasi ini seperti dokter,

perawat, perekam medis, laboran, dan lain-lain. Anggaran rutin tahunan penunjang bridging ini juga digunakan untuk pemeliharaan alat, pembaruan aplikasi, dan perbaikan peralatan IT lain yang sudah dilaksanakan sebelum *project bridging*, sehingga saat *bridging* akan dilaksanakan, baik dari *hardware*, *software* sudah siap untuk digunakan.

e. *Aspek Method*

Metode dari aspek IT yang digunakan dalam *bridging* sistem ini yaitu interoperabilitas sistem. Sesuai aturan dari Permenkes 82 tahun 2013 pasal 5 ayat 3, SIMRS harus dapat mengkomunikasikan data (interopabilitas) dengan aplikasi yang dikembangkan oleh pemerintah dan sistem informasi manajemen fasilitas layanan kesehatan lainnya. Sebelum melakukan interoperabilitas sistem ini, petugas IT juga mendapatkan sosialisasi dari BPJS cabang Yogyakarta untuk memberikan gambaran bagaimana bentuk serta fungsi dari berbagai item-item data sesuai katalog yang diberikan oleh BPJS.

Kemudian dari aspek pengguna perlu juga dilakukan sosialisasi proses *bridging* ini agar berhasil. Tujuan utama dari *bridging* ini yaitu memberi kemudahan bagi pengguna, seperti menjembatani sistem yang sedang berjalan sehingga proses input data berjalan lebih efektif dan efisien. Berikut tahapan kegiatan dalam *bridging* sistem di Rumah Sakit Pratama Yogyakarta.

Tabel 3. *Timeline Bridging* Sistem

No.	Kegiatan	Waktu
1.	Pemberitahuan pengadaan <i>bridging</i> oleh pihak BPJS	Desember 2021
2.	Mulai pembuatan aplikasi <i>bridging</i> oleh Tim IT Rumah Sakit Pratama	Januari-Februari 2022
3.	<i>User acceptance test</i>	17 Juli 2022
4.	Persetujuan akses live dari pihak BPJS	25 Juli 2022
5.	Sosialisasi aplikasi <i>bridging</i> ke user	

3. Hasil Pengukuran TRL

Pengukuran TRL *bridging* sistem SIMRS dengan V-Claim dimulai dari level 1 hingga ke level yang lebih tinggi.

Tabel 4. Level 1 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Asumsi dan hukum dasar yang akan digunakan pada teknologi baru telah ditentukan	100%
2.	Formulasi konsep dan/atau aplikasi formulasi	100%
3.	Pembuktian konsep fungsi dan/atau karakteristik penting secara analitis dan eksperimen	80%
		93%

Level pertama menjadi prinsip dasar dari teknologi diteliti dan dilaporkan yang terdiri dari beberapa indikator TRL seperti tabel diatas. Prinsip dasar diadakannya *bridging* ini dibuktikan dengan adanya katalog atau buku panduan dari BPJS untuk melakukan *bridging*. Hasil pengukuran TRL pada level ini menghasilkan nilai sebesar 93%. Berdasarkan hasil pengukuran tersebut ($\geq 80\%$), maka dapat dilanjutkan ke level berikutnya.

Tabel 5. Level 2 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Peralatan dan sistem yang akan digunakan, telah teridentifikasi	80%
2.	Desain secara teoritis dan empiris telah teridentifikasi	90%
3.	Komponen-komponen teknologi yang akan dikembangkan, secara terpisah dapat bekerja dengan baik	100%
		90%

Hasil pengukuran TRL pada level ini menghasilkan nilai sebesar 90%. Berdasarkan hasil pengukuran tersebut ($\geq 80\%$), maka dapat dilanjutkan ke level berikutnya. Pada level 2 ini merupakan formulasi konsep dan/atau aplikasi formulasi.

Tabel 6. Level 3 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Telah dilakukan percobaan laboratorium untuk menguji kelayakan penerapan teknologi tersebut	100%
2.	Pengembangan teknologi tersebut dengan langkah awal menggunakan model matematik sangat dimungkinkan dan dapat disimulasikan	100%
3.	Teknologi layak secara ilmiah (studi analitik, model/simulasi, eksperimen)	90%
		96%

Hasil pengukuran TRL pada level 3 ini menghasilkan nilai 96%. Pada level ini merupakan pembuktian konsep fungsi dan/atau karakteristik penting secara analitis dan eksperimental. Berdasarkan hasil pengukuran tersebut ($\geq 80\%$), maka dapat dilanjutkan ke level 4.

Tabel 5. Level 7 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Persyaratan sistem untuk aplikasi menurut pengguna telah diketahui (keinginan adopter)	100%
2.	Hasil percobaan laboratorium terhadap komponen-komponen yang menunjukkan bahwa komponen tersebut dapat beroperasi	90%
3.	Integrasi sistem teknologi dan rancang bangun skala laboratorium telah selesai (<i>low fidelity</i>)	100%
		96%

Hasil pengukuran TRL pada level ini menghasilkan nilai sebesar 96%. Berdasarkan hasil pengukuran tersebut ($\geq 80\%$), maka dapat dilanjutkan ke level berikutnya. Level 4 ini sudah mulai melakukan percobaan pembuatan dengan tujuan validasi komponen atau subsistem dalam lingkungan laboratorium.

Tabel 6. Level 8 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Persiapan produksi perangkat keras telah dilakukan	100%
2.	Integrasi sistem selesai dengan akurasi tinggi (<i>high fidelity</i>), siap diuji pada lingkungan	100%
3.	Proses produksi telah direview oleh bagian manufaktur	100%
		100%

Level kelima dengan topik validasi komponen/subsistem dalam suatu lingkungan yang relevan diperoleh nilai 100% dari indikator yang ada artinya level kesiapan bisa lanjut ke level berikutnya ($\geq 80\%$).

Tabel 9. Level 6 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Bagian manufaktur/pabrikasi menyetujui dan menerima hasil pengujian laboratorium	90%

2.	Prototipe telah teruji dengan akurasi/fidelitas laboratorium yang tinggi pada simulasi lingkungan operasional (yang sebenarnya di luar laboratorium), dan	85%
3.	Hasil Uji membuktikan layak secara teknis (<i>engineering feasibility</i>).	80%
		85%

Hasil pengukuran TRL pada level ini menghasilkan nilai sebesar 85 %. Berdasarkan hasil pengukuran tersebut ($\geq 80\%$), maka dapat dilanjutkan ke level berikutnya. Demonstrasi model atau prototipe sistem/subsistem dalam suatu lingkungan yang relevan merupakan indikator keenam dari level kesiapan teknologi.

Tabel 10. Level 7 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Peralatan, proses, metode dan desain Teknik telah diidentifikasi	100%
2.	Proses dan prosedur fabrikasi peralatan mulai diujicobakan	90%
3.	Hampir semua fungsi dapat berjalan dalam lingkungan/kondisi operasi	100%
		90%

Hasil pengukuran TRL pada level 7 menghasilkan nilai sebesar 90 %. Berdasarkan hasil pengukuran tersebut ($\geq 80\%$), maka dapat dilanjutkan ke level 8. Level 7 merupakan demonstrasi prototipe sistem dalam lingkungan sebenarnya.

Tabel 11. Level 8 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Bentuk, kesesuaian dan fungsi komponen kompatibel dengan sistem operasi	80%
2.	Uji seluruh fungsi dilakukan dalam simulasi lingkungan	70%

	operasi	
3.	Siap untuk produksi skala penuh (kapasitas penuh)	70%
		73%

Hasil pengukuran TRL pada level ini menghasilkan nilai sebesar 73 %. Berdasarkan hasil pengukuran tersebut ($< 80\%$), maka dinyatakan bahwa TRL *bridging* sistem berada pada level 8. Untuk lanjut ke level berikutnya, indikator pada level 8 harus melebihi nilai 80 % sesuai ketentuan pengukuran TRL. Pada level 8 ini menggambarkan bahwa *bridging* sistem telah terbukti bekerja atau berfungsi dalam kondisi sebagaimana yang diharapkan.

Kemudian untuk melihat capaian indikator TRL pada level 9, peneliti melakukan pengukuran dan didapatkan hasil seperti yang tersaji pada tabel berikut.

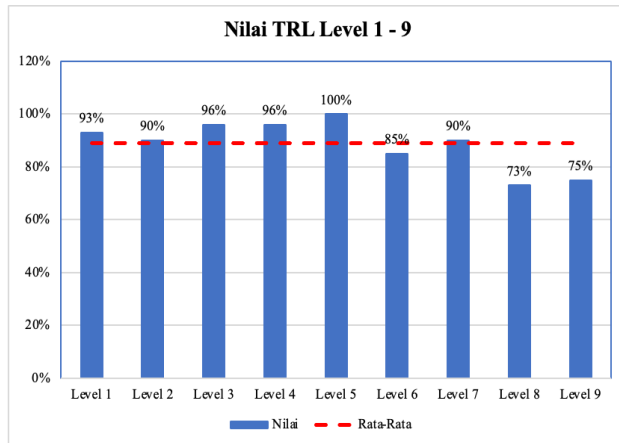
Tabel 12. Level 9 TRL

No.	Indikator	Nilai
1.	Konsep operasional telah benar-benar dapat diterapkan,	70%
2.	Teknologi telah teruji pada kondisi sebenarnya,	80%
		75%

Hasil pengukuran TRL pada level 9 menghasilkan nilai sebesar 75 %. Hal ini membuktikan bahwa pengukuran pada level 9 tidak memenuhi capaian indikator karena capaian indikator level 8 juga belum terpenuhi ($< 80\%$).

Hasil pengukuran TRL level 1 hingga level 9 secara berturut-turut yaitu 93%, 90%, 96%, 100%, 85%, 90%, 73%, dan 75%. Secara keseluruhan hasil pengukuran TRL didapatkan nilai rata-rata TRL 89 %. Namun, ketercapaian TRL tingkat terakhir yang diakui hanya pada

level 8 karena didapatkan hasil nilai < 80% pada level 8 (73%). Indikator-indikator tersebut telah disesuaikan dengan capaian dari konsep pengujian menggunakan instrumen TRL.



Gambar 1. Nilai TRL Level 1 - 9

PEMBAHASAN

Bridging sistem BPJS Kesehatan dengan SIMRS bertujuan untuk memudahkan pasien BPJS dalam melakukan proses verifikasi dan registrasi, sehingga dapat dilakukan dalam satu proses registrasi. Jika fasilitas kesehatan (rumah sakit, klinik, dan puskesmas) tidak melakukan *bridging* sistem, maka pasien harus melakukan dua kali antrian yaitu pada saat verifikasi kepesertaan, dan registrasi (RSD Kalisat Jember, 2019). Menurut penelitian di Australia, strategi penerapan *e-Health* terintegrasi memerlukan tata kelola dan kepemimpinan antar profesional yang kuat untuk memastikan keamanan, kualitas dan integrasi perawatan, didukung oleh standar untuk data, metadata dan pesan yang aman; terminologi yang umum; alat pendukung keputusan

elektronik terintegrasi; pengelolaan kualitas data dan tata kelola informasi (M. Kurniawan & Harjoko, 2021).

Semua aspek penunjang *bridging* sistem mulai dari aspek *man, money, machine, material* dan *method* harus saling terintegrasi dan mendukung satu sama lainnya. Misalnya, aspek anggaran menjadi hal yang penting untuk keberlanjutan dari proses *bridging* sistem karena dalam pengembangan suatu sistem dibutuhkan biaya yang memadai agar komponen didalamnya berkualitas dan berpengaruh terhadap kerja sistem hingga pelayanan yang diberikan. Anggaran yang kurang pada proses pengelolaan sistem informasi berakibat kurang berkembangnya sistem serta berdampak pula pada sumber daya yang ada di rumah sakit untuk mendukung keberlangsungannya menjadi terbatas (A.- Kurniawan, 2021).

Di era teknologi saat ini, beberapa sistem banyak yang dikembangkan dengan ketentuan yang berbeda-beda sehingga akan sangat sulit jika disinkronisasi. Dalam hal ini SIMRS dan *V-Claim* merupakan sistem yang sama-sama memberikan pelayanan administrasi dalam bidang Kesehatan khususnya pasien BPJS. Kedua sistem tersebut masih memiliki ketentuan masing-masing dan cara kerja yang berbeda. Cara kerja yang berbeda berpengaruh terhadap efisiensi dan efektifitas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Dengan diadakannya *bridging* sistem, diharapkan dapat memudahkan petugas dalam melakukan pendaftaran dan mempersingkat

waktu *entry* data pasien dikarenakan hanya satu kali *entry*. *Bridging* sistem adalah menyelaraskan dua sistem yang berbeda tanpa adanya intervensi dari masing-masing sistem satu sama lain sehingga keamanan data tetap terjaga (Wahyuni & Sugiarti, 2017). Dengan begitu, antrian pasien tidak akan menumpuk dan pasien tidak perlu mengantri lama sehingga tercipta efisiensi proses pelayanan pasien, terutama peserta BPJS. Selain itu, proses verifikasi pasien lebih cepat saat berobat di rumah sakit.

Bagi rumah sakit, adanya *bridging* sistem ini dapat meningkatkan efektivitas proses *entry* data, efisiensi penggunaan sumber data, serta lebih cepat dalam proses pengelolaan klaim, piutang, dan verifikasi. Pelayanan administrasi peserta juga dapat meningkat, menghemat sumber daya manusia serta sarana dan prasarana. Perekaman data pelayanan dan proses pengajuan klaim serta insentif pelayana berdasarkan beban kerja menjadi lebih cepat diselesaikan (Wahyudin et al., 2019)

Istilah lain dari *bridging* sistem ini yaitu interoperabilitas yang diartikan sebagai kemampuan sistem informasi yang berbeda, perangkat dan aplikasi (sistem) untuk mengakses, bertukar, mengintegrasikan, dan menggunakan data secara kooperatif secara terkoordinasi (HIMSS, 2023). Sesuai aturan dari Permenkes 82 tahun 2013 pasal 5 ayat 3, SIMRS harus dapat mengkomunikasikan data (interopabilitas) dengan aplikasi yang dikembangkan oleh pemerintah dan sistem informasi manajemen

fasilitas layanan kesehatan lainnya (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

PENUTUP

Bridging sistem SIMRS dan V-Claim telah berhasil diterapkan di Rumah Sakit Pratama Yogyakarta dengan dukungan *aspek man, money, machine, material, dan method* yang saling terintegrasi dengan baik. Hasil pengukuran TRL level 1 hingga level 9 secara berturut-turut yaitu 93%, 90%, 96%, 100%, 85%, 90%, 73%, dan 75%. Ketercapaian level TRL terakhir yaitu pada level 8 dan rata-rata secara keseluruhan yaitu 89 %. Sebaiknya tim IT Rumah Sakit Pratama Yogyakarta melakukan perbaikan dan peningkatan terhadap indikator-indikator TRL yang belum tercapai maksimal hingga ke TRL level 9.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus Sudaryanto, & Irdawati. (2008). Pemanfaatan Teknologi dalam Pelayanan Kesehatan. *Berita Ilmu Keperawatan* , 1(1), 47–50.
- Azwar, A. (1996). Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan (Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan : Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*, 190–192.
- BPJS Kesehatan. (2018). *User Manual Aplikasi VClaim v. 1.4.0*. 0–17.
- Dikti. (2016). Peraturan Menteri Kementerian Riset, Teknologi, Dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia. *Direktorat Riset Dan Pengabdian Masyarakat, Deputi Bidang Penguatan Riset Dan Pengembangan, Kementerian Riset Dan Teknologi / Badan Riset Dan Inovasi Nasional*, 879, 7.
- Emerson, H., & John F, P. (1960). 5 Unsur Manajemen. *5 Unsur Manajemen*.

- HIMSS. (2023). *Interoperability in Healthcare*.
<https://www.himss.org/resources/interoperability-healthcare>
- Humas BPJS Kesehatan. (2014). *Bridging System Perpendek Antrean Pelayanan*.
- Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 82 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Peraturan Menteri Kesehatan*, 87, 1–36.
- Kurniawan, A.-. (2021). Penyusunan rencana strategis sistem informasi dan teknologi informasi di rumah sakit jiwa grhasia daerah istimewa yogyakarta. *Journal of Information Systems for Public Health*, 6(3), 43.
<https://doi.org/10.22146/jisph.46182>
- Kurniawan, M., & Harjoko, A. (2021). Implementasi bridging system aplikasi sikda generik dengan p-care bpjs kesehatan di kabupaten lamongan. *Journal of Information Systems for Public Health*, 5(2), 53–62.
- RS Pratama Yogyakarta. (2023). *Profil RS Pratama Yogyakarta*.
<https://rspratama.jogjakota.go.id/page/visi-misi>
- RSD Kalisat Jember. (2019). *Bridging SIMRS VKLAIM BPJS*.
<https://rsdkalisat.jemberkab.go.id/index.php/promosi-kesehatan/blog-with-right-sidebar/119-brdiging-simrs-vklaim-bpjs#:~:text=Bridging%20System%20BPJS%20Kesehatan%20adalah,dengan%20sistem%20lainnya%20secara%20langsung>.
- Wahyudin, Y., Suhada, S., Hidayatulloh, T., & Firmansyah, D. A. (2019). Rancang Bangun Bridging System Aplikasi Simrs Dan Aplikasi Virtual Claim Di Rumah Sakit Islam Assyifa Sukabumi. *Swabumi*, 7(1), 84–89.
<https://doi.org/10.31294/swabumi.v7i1.5926>
- Wahyuni, N., & Sugiarti, I. (2017). Implementasi Pengisian Formulir Informed Consent Kasus Bedah Umum Sebagai Salah Satu Bukti Transaksi Terapeutik Di Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2017. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki)*, 5(36), 05–18.

ANALISIS FAKTOR PENGHAMBAT IMPLEMENTASI SISTEM INFORMASI KESEHATAN UNTUK SENSUS HARIAN RAWAT INAP DI RSUD MUNTILAN

Dina Tsani Wulandari¹⁾, Marko Ferdian Salim²⁾, Bagus Setyadi Nugraha³⁾,
Okky Susiana Hartati⁴⁾, Watik Muldyanti⁵⁾

¹⁾Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

²⁾Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan Sekolah Vokasi Universitas Gadjah
Mada, Yogyakarta

^{3) 4) 5)}Instalasi Rekam Medis RSUD Muntilan, Kab. Magelang, Jawa Tengah

E - mail :markoferdiansalim@ugm.ac.id

ANALYSIS OF INHIBITING FACTORS IN THE IMPLEMENTATION OF HEALTH INFORMATION SYSTEM FOR DAILY INPATIENT CENSUS AT RSUD MUNTILAN

ABSTRACT

Background: Improving the quality and efficiency of hospital services through the daily inpatient census requires the implementation of a good health information system. RSUD Muntilan already has an Inpatient Daily Census module in the health information system, but the implementation is still done manually, causing data inaccuracy. Therefore, this study aims to analyze the inhibiting factors of health information system implementation in Inpatient Daily Census activities at RSUD Muntilan.

Subjects and Method: This research is a qualitative research and a case study research design. The data collection methods were observation, documentation studies, and interviews with medical record reporting officers and ward admin officers.

Results: The inhibit factors of the implementation of health information system for inpatient daily census are man including the lack of ward admin staff, money is the absence of a budget for training/socialization and for adding ward admin officers, method is the absence of electronic inpatient daily census SOP, material are inaccurate bed data and entry dates.

Conclusion: The inhibit factors of the health information implementation for daily inpatient census activities are man, money, method, and material.

Keywords: daily census of inpatient care; fishbone

ABSTRAK

Latar Belakang: Peningkatan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit melalui sensus harian rawat inap memerlukan implementasi sistem informasi kesehatan (SIK) yang baik. RSUD Muntilan telah memiliki modul Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) dalam SIK, tetapi pelaksanaannya masih dilakukan secara manual, menyebabkan masalah ketidakakuratan data. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor penghambat implementasi SIK dalam kegiatan SHRI di RSUD Muntilan.

Subjek dan Metode: Jenis penelitian ini yaitu penelitian kualitatif dan menggunakan rancangan penelitian studi kasus. Sampel yang diambil mencakup masing-masing satu orang petugas admin bangsal dan petugas pelaporan yang dipilih secara acak dari populasi yang terdiri dari tujuh orang petugas admin bangsal dan dua orang petugas pelaporan. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi, studi dokumentasi, dan wawancara.

Hasil: Faktor yang menjadi penghambat implementasi SIK adalah faktor *man* meliputi kurangnya petugas admin bangsal, *money* yaitu tidak adanya anggaran untuk pelatihan/sosialisasi dan penambahan petugas admin bangsal, *method* yaitu tidak adanya SOP sensus harian rawat inap secara elektronik, *material* yaitu data tempat tidur dan tanggal masuk yang tidak akurat.

Kesimpulan: Faktor-faktor yang menjadi penyebab tidak digunakannya SIK dalam kegiatan sensus harian rawat inap adalah faktor *man, money, method, dan material*.

Kata kunci: sensus harian rawat inap; faktor penghambat; sistem informasi kesehatan

PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan yang diberikan Rumah Sakit umum meliputi pelayanan medik dan penunjang medik; pelayanan keperawatan dan kebidanan; pelayanan kefarmasian; dan pelayanan penunjang. Pelayanan penunjang yang dimaksud terdiri atas: pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan; dan pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga non kesehatan. Pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan terdiri atas: pelayanan laboratorium; pelayanan rekam medik; pelayanan darah; pelayanan gizi; pelayanan sterilisasi yang tersentral; dan pelayanan penunjang lain (Peraturan Pemerintah, 2021).

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumah-

sakit, salah satu kewajiban rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan rekam medis yang dilakukan oleh tenaga perekam medis dan informasi kesehatan. Kegiatan yang diselenggarakan oleh tenaga perekam medis dan informasi kesehatan antara lain registrasi pasien; pendistribusian data; pengisian informasi klinis; pengolahan informasi; penginputan data untuk klaim pembiayaan; penyimpanan; penjaminan mutu; dan transfer isi (Kemenkes RI, 2022).

Sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan dapat memuaskan pelanggannya. Kualitas pelayanan yang diberikan dapat menunjukkan baik atau buruknya mutu pelayanan rumah sakit. Mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit akan terjamin jika didukung oleh data dan informasi yang baik dan akurat dalam bentuk laporan rumah sakit. Salah satu data yang berperan penting yang perlu dimiliki rumah sakit yaitu sensus harian rawat inap (SHRI) (Ningtyas *et al.*, 2020). Sensus harian rawat inap merupakan

kegiatan yang bertujuan untuk memperoleh informasi semua pasien awal, pasien masuk, pasien pindahan, pasien keluar sembuh, pasien dipindahkan, pasien pulang atas permintaan sendiri, pasien dirujuk, pasien melarikan diri, dan pasien meninggal pada rentang waktu < 48 jam dan > 48 jam dihitung selama 24 jam dari pukul 00.00 – 24.00. Selain itu, SHRI dapat digunakan untuk mengetahui tingkat penggunaan tempat tidur dan menghitung ketersediaan sarana/fasilitas pelayanan kesehatan (Rustianto, 2021). Pengisian sensus setiap harinya dilakukan oleh petugas pada masing-masing ruang rawat inap dan dikumpulkan kepada petugas rekam medis bagian pelaporan untuk direkapitulasi dan diolah menjadi informasi yang bermanfaat bagi internal maupun eksternal dalam bentuk laporan dan berguna untuk pengambilan keputusan (Christianingtyas, 2021).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun, 2017 tentang Strategi E-Kesehatan Nasional, sejalan dengan penetrasi teknologi informasi dan komunikasi (TIK) yang telah merambah menyatu ke semua segi kehidupan implementasi TIK dalam bidang kesehatan dapat meningkatkan kualitas, aksesibilitas, dan kesinambungan upaya kesehatan serta kecepatan proses kerja terutama di fasilitas pelayanan kesehatan serta mengoptimalkan aliran data sehingga meningkatkan ketersediaan data dan informasi kesehatan yang berkualitas. Dari tahun ke tahun kebutuhan akan pengembangan SIK di fasilitas pelayanan kesehatan semakin meningkat, hal ini

berkesesuaian dengan tujuan yang digalakkan oleh pemerintah, yaitu meningkatkan kualitas, efisiensi dan efektivitas pengelolaan, dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dalam pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2015). Teknologi yang efektif dapat mengurangi kesalahan klinis dan meningkatkan manajemen informasi layanan kesehatan (Sligo et al., 2017). Data yang dikumpulkan ini akan sangat membantu dalam menyediakan layanan kesehatan yang tepat dan efektif dengan memungkinkan berbagi data dan melakukan perhitungan analitik untuk memberikan perencanaan strategis dan pengambilan keputusan yang lebih baik (Augustine & Keikhosrokiani, 2022). Penggunaan sistem informasi dalam proses pengambilan keputusan meningkatkan efisiensi layanan yang diberikan kepada pelanggan sehingga menyediakan profesional yang berkualitas dan terkini untuk bekerja di layanan kesehatan (Silva Holmes et al., 2016).

Dari hasil observasi awal di RSUD Muntilan, diketahui bahwa sistem informasi kesehatan (SIK) yang dimiliki rumah sakit tidak digunakan dalam kegiatan sensus harian rawat inap. Selama ini kegiatan sensus harian rawat inap masih dilakukan secara manual. Berdasarkan wawancara dengan petugas pelaporan, pelaksanaan sensus harian rawat inap yang masih dilaksanakan secara manual mengakibatkan kurangnya efektivitas pekerjaan petugas pelaporan dan dapat menyebabkan ketidakakuratan data yang dikarenakan kesalahan

perhitungan secara manual. Hal tersebut merupakan hal yang harus ditangani untuk meminimalisir kesalahan dalam pencatatan sensus harian rawat inap dan juga sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan no 24 tahun 2022 yang mewajibkan penyelenggaraan rekam medis elektronik bagi seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia.

Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Analisis Faktor Penghambat Implementasi Sistem Informasi Kesehatan untuk Sensus Harian Rawat Inap di RSUD Muntilan”.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Populasi dalam penelitian ini terdiri dari tujuh orang petugas admin bangsal dan dua orang petugas pelaporan. Keseluruhan populasi ini merupakan sumber data yang relevan untuk memahami peran dan tanggung jawab masing-masing posisi. Dalam penelitian ini, dipilih sampel satu orang petugas admin bangsal dan satu orang petugas pelaporan sebagai perwakilan dari populasi tersebut. Pemilihan sampel dilakukan dengan pertimbangan praktis, serta untuk memperoleh wawasan yang lebih mendalam tentang tugas dan tanggung jawab petugas admin dan petugas pelaporan secara individual. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara, observasi, dan studi dokumentasi dengan instrumen berupa pedoman wawancara, alat tulis, alat perekam suara. Teknik

analisis data yang digunakan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

HASIL PENELITIAN

Sistem informasi yang digunakan oleh RSUD Muntilan untuk melakukan kegiatan pelayanan dan billing pasien adalah Sistem Informasi Kesehatan (SIK), namun karena beberapa alasan, SIK tidak digunakan untuk kegiatan sensus harian rawat inap. Selama ini kegiatan sensus harian rawat inap dilakukan secara manual menggunakan formulir yang sudah tersedia.

a. Aspek Man

Dari hasil penelitian yang dilakukan penulis bahwa SDM di bagian pelaporan berjumlah 2 orang berlatar belakang pendidikan D3 rekam medis, sedangkan petugas admin bangsal berjumlah 1 orang per bangsal dengan latar belakang yang berbeda, yaitu SMA dan D3. Pelaksanaan sensus harian rawat inap di RSUD Muntilan belum dilakukan secara elektronik menggunakan sistem informasi yang ada sehingga dilakukan secara manual menggunakan formulir SHRI. Faktor yang menghambat implementasi SIK untuk kegiatan sensus harian rawat inap terkait dengan sumber daya manusia adalah tidak adanya petugas admin bangsal di *shift* siang dan malam, sehingga tidak ada petugas yang melakukan pemulangan pasien di jam *shift* siang dan malam. Hal ini berdasarkan hasil wawancara kepada informan sebagai berikut:

“Hanya shift pagi saja, shift pagi saja soalnya per bangsal adminnya ada satu-satu” (Informan 2)

“...nah admin bangsal ini hanya ada setiap jam pagi jam kerja pagi dan setiap tanggal merah libur jadi ketika ada pasien pulang sore malam atau tanggal merah itu tidak bisa langsung dikeluarkan dari sistem, jadi dikeluarkan di hari berikutnya, nah disitu ga sinkronnya antara pasien dan keluarnya ada keterlambatan pengeluaran...” (Informan 1)

b. Aspek Money

Faktor yang menghambat implementasi SIK untuk sensus harian rawat inap yaitu tidak adanya anggaran untuk sosialisasi dan pelatihan serta tidak adanya anggaran dari rumah sakit untuk menambah petugas admin bangsal untuk shift siang dan malam.

“...Kalau untuk penyamaan persepsi itu ada sosialisasi dulu pernah ada sosialisasi Kalau tidak salah di awal tahun 2022 tetapi karena tidak rutin jadi itu baru berjalan sekali sementara untuk petugas admin bangsanya sudah rolling jadi ada yang tidak tahu kalau ada sosialisasi untuk pengisian sensus untuk anggarannya tidak ada anggaran dari rumah sakit...” (Informan 1)

“Kalau pas saya itu tidak ada sosialisasi tapi saya mempelajari yang sebelum-sebelumnya terus nanti saya pelajari sendiri, jadi saya membuka billing-nya SIM RS nya pasien yang masuk per tanggal ini berapa Lalu nanti dicatat yang pulang berapa atau yang pindah atau

pasien yang dipindahkan berapa nanti bisa ketemu – otodidak” (Informan 2)

c. Aspek Method

Berdasarkan hasil penelitian dengan informan, pengelolaan unit rekam medis berdasarkan unsur *methods* (metode) pengelolaan belum ada SOP SHRI secara elektronik. SOP adalah sistem yang disusun untuk memudahkan, merapikan, dan menertibkan pekerjaan kita. Sistem ini berisi urutan proses melakukan pekerjaan dari awal sampai akhir (Ekotama, S, 2015). Faktor yang menghambat implementasi SIK pada kegiatan sensus harian rawat inap yaitu tidak adanya SOP SHRI secara elektronik. Hal ini berdasarkan pendapat informan sebagai berikut:

“Ada, SOP nya itu buat sensus manual” (Informan 2)

d. Aspek Material

Faktor yang menghambat implementasi SIK untuk kegiatan SHRI berkaitan dengan data yang tidak akurat. Hal ini berdasarkan pendapat dari informan sebagai berikut:

“Tetapi di bangsal itu mulai dihitung ketika pasien sudah masuk di bangsal, pasiennya itu secara fisik sudah ada di bangsal gitu lho, dan Itu sering terjadi selisih ketika pasien terdaftar rawat inap di admisi tengah malam misalnya jam 23 kemudian diantar ke bangsal itu jam 1 yang berarti beda hari. Nah itu tanggal masuk pasiennya sudah berbeda antara SIM RS dengan buku penerimaan rawat inap yang ada di bangsal. Jadi untuk penulisan sensusnya akan selisih satu nah disitu untuk efektivitasnya

yang kurang jitu dan akurat nya juga kurang”
(Informan 1)

“Belum, kalau untuk efektifnya belum karena sensus harian rawat inap harus double check jadi harus melihat SIM RS dan buku register penerimaan pasien rawat inap dan di situ ada selisih antara SIM RS dan buku register”
(Informan 1)

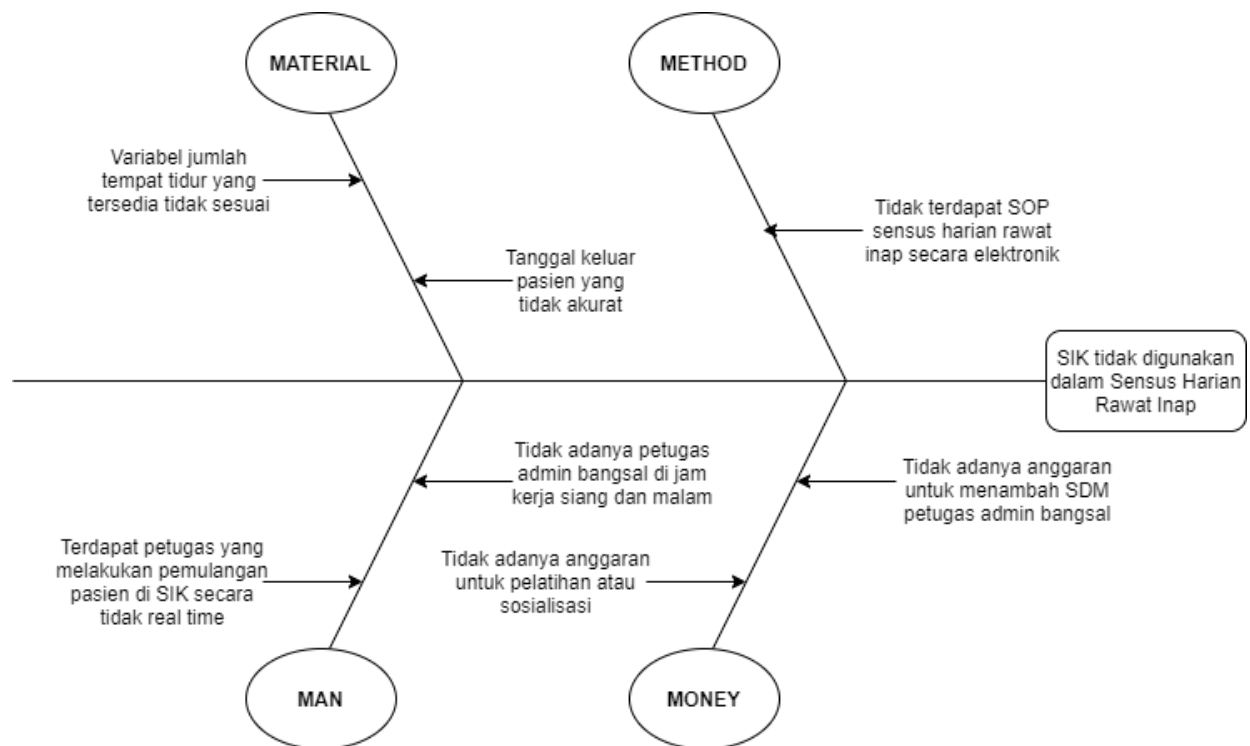
“Tanggal masuknya ada yang tidak sesuai”
(Informan 2)

e. Aspek Machine

Tidak ditemukan faktor yang signifikan dalam unsur mesin dengan tidak digunakannya SIK dalam pelaksanaan SHRI, karena telah terpenuhinya sarana dan prasarana. Hal tersebut

terbukti dengan sudah adanya komputer untuk masing-masing petugas pelaporan dan juga petugas admin bangsal. Selain itu pada SIK yang digunakan juga sudah terdapat modul Sensus Harian Rawat Inap yang dapat digunakan jika aspek material nya yang berupa variabel jumlah tempat tidur dan tanggal masuk dan keluar pasien sudah dievaluasi dan diperbaiki pada pelaksanaannya kelak, karena sistem informasi yang baik adalah kombinasi perangkat keras dan perangkat lunak yang baik.

Faktor-faktor penghambat implementasi SIK untuk SHRI ditunjukkan dengan diagram tulang ikan atau *fishbone* sebagai berikut :



Gambar 1. Diagram Fishbone Analisis 5M

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti menemukan beberapa faktor penghambat

implementasi SIK untuk SHRI ditunjukkan dengan diagram tulang ikan (disebut juga diagram Ishikawa atau diagram sebab-akibat) yang merupakan teknik grafis untuk menunjukkan beberapa sebab dari peristiwa atau fenomena tertentu (Coccia, 2018) :

a. Faktor *man*

Faktor *man* yaitu SDM yang terlibat pada suatu aktivitas untuk mencapai sebuah tujuan (Ferly et al., 2020). Rumah sakit merupakan perusahaan pelayanan jasa, dimana produk yang dihasilkan sifatnya tidak berwujud (*intangible*) dan berasal dari pemberi pelayanan tersebut yang dalam hal ini adalah petugas atau SDM (Suaedi, 2017). Pada kasus ini merujuk kepada petugas yang melakukan SHRI yaitu petugas admin bangsal dengan mengidentifikasi pengetahuan petugas, latar belakang pendidikan, dan jumlah petugas. Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan, petugas admin bangsal sudah mengetahui definisi kegiatan sensus harian rawat inap serta definisi variabel-variabel yang terdapat di formulir SHRI. Namun yang menghambat implementasi SIK untuk kegiatan sensus harian rawat inap berdasarkan faktor *man* adalah tidak adanya petugas admin bangsal pada *shift* siang dan malam, sehingga jika terdapat pasien yang pulang pada jam-jam tersebut, maka status pasien di SIK akan dikeluarkan secara tidak *real time* di hari berikutnya.

Menurut (Notoatmodjo, 2018) ada dua aspek yang dilihat dalam sumber daya manusia, yakni kuantitas dan kualitas. Berdasarkan teori dan hasil penelitian, peneliti berasumsi SDM

dalam pengolahan rekam medis sudah cukup dan sudah sesuai dengan latar belakang D3 Rekam Medis. Sedangkan untuk petugas admin bangsal sudah memiliki latar belakang yang sesuai namun belum cukup karena tidak ada *shift* siang dan malam. Menurut (Komarasari, 2016) jumlah sumber daya manusia yang tepat dan dengan kompetensi yang baik akan mempengaruhi keterandalan suatu pekerjaan, kapasitas dan kompetensi sumber daya manusia saling berhubungan. Jika beban kerja tidak berlebihan maka pengeluaran pasien di waktu *shift* siang atau malam dapat dilakukan oleh petugas bangsal atau perawat di *shift* tersebut. Namun jika perawat melakukan tugas non-keperawatan maka akan memiliki dampak yang krusial bagi kelancaran jalannya perawatan pasien (Safar et al., 2022). Agar kegiatan dapat berjalan dengan baik maka dibutuhkan pembagian kerja, yang merupakan perincian pekerjaan ke dalam tugas yang sangat spesifik dan berulang (Masram & Mu'ah, 2015). Setelah dilakukan analisis beban kerja, penambahan SDM sesuai bidang pekerjaan dapat dilakukan agar meringankan beban kerjanya petugas (Makalalag et al., 2017).

b. Faktor *money*

Faktor *money* pada penelitian ini yaitu biaya untuk mengadakan pelatihan atau sosialisasi kepada petugas sensus harian rawat inap serta anggaran penambahan SDM. Berdasarkan hasil wawancara, petugas admin bangsal yang baru mempelajari cara sensus harian rawat dari petugas yang sudah lebih lama bekerja dikarenakan tidak adanya anggaran untuk

pelatihan atau sosialisasi kepada SDM untuk mendukung pengoperasian SIK serta tidak adanya anggaran untuk menambah SDM petugas admin bangsal untuk *shift* siang dan malam.

Hal ini sejalan dengan (Ferly *et al.*, 2020) yang menjelaskan bahwa salah satu penghambat pelaksanaan kegiatan sensus harian rawat inap adalah karena petugas belum pernah mengikuti ataupun mengadakan pelatihan tentang sensus harian rawat inap. Untuk mewujudkan pelaksanaan sensus harian rawat inap secara elektronik maka diperlukan anggaran untuk melakukan pelatihan atau sosialisasi kepada SDM yang berkaitan. Sosialisasi berkala penting dilakukan, karena apabila ada petugas baru yang dimutasi sedangkan mereka tidak mengetahui SOP tersebut. Sosialisasi dan pelatihan dalam penelitian ini berkaitan dengan alur pemanfaatan SIK untuk kegiatan SHRI, serta cara menggunakan SIK dan cara menginput data pasien dengan baik. Pemberian pelatihan berpengaruh terhadap keterampilan yang dimiliki oleh admin dalam pelaksanaan sensus harian rawat inap (Devi *et al.*, 2021). Sosialisasi bisa dilakukan dalam bentuk lisan dan pemberian dokumen SOP yang berisi uraian dan bagan (*flowchart*) (Stiyawan *et al.*, 2018). Selain itu perencanaan anggaran untuk menambah SDM juga diperlukan karena menurut Notoadmojo salah satu aspek yang dilihat dalam SDM yakni kuantitas (Ulfa, 2018).

c. Faktor *material*

Aspek material berkaitan dengan ketiadaan spesifikasi kualitas dari bahan baku dan bahan

penolong yang digunakan, ketidaksesuaian dengan spesifikasi kualitas bahan baku dapat berpengaruh pada produk (Ferly *et al.*, 2020). Bahan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah isian data-data yang ada di formulir sensus harian rawat inap. Faktor yang menghambat implementasi SIK untuk kegiatan sensus harian rawat inap berdasarkan faktor materialnya adalah variabel jumlah tempat tidur yang tidak sesuai dengan lapangan dan tanggal masuk pasien yang tidak akurat yang dapat menghasilkan data yang tidak sesuai. Jumlah tempat tidur yang tersedia akan mempengaruhi perhitungan indikator pelayanan rumah sakit yang datanya digunakan untuk pengambilan keputusan guna memberikan layanan kesehatan yang berkualitas tergantung pada berbagai faktor termasuk model perawatan, kebutuhan pasien, kebijakan nasional, dan keadaan setempat (Ravaghi *et al.*, 2020). Tingkat pemanfaatan tempat tidur dapat sangat membantu dalam pengambilan keputusan yang realistis dan efektif (Usman *et al.*, 2015). Ketidakakuratan dalam pengisian data sensus harian berakibat pada informasi yang kurang berkualitas dimana informasi yang berkualitas haruslah akurat, lengkap, dan reliabel (Wahab, 2019).

d. Faktor *method*

Faktor *method* yang dimaksud dalam penelitian ini adalah SOP (Standar Operasional Prosesur) kegiatan sensus harian rawat inap. SOP berguna untuk mengetahui alur prosedur pengisian dan pengolahan sensus harian rawat inap (Devi *et al.*, 2021). Faktor yang menghambat implementasi SIK untuk sensus

harian rawat inap berdasarkan faktor metode (*method*) adalah SOP sensus harian masih menunjukkan pelaksanaan sensus harian rawat inap secara manual. Sejalan dengan hasil penelitian (Ambarwati et al., 2022) kegiatan pelaporan rumah sakit dapat terhambat karena masih menggunakan SOP yang mengatur pelaporan secara manual, sedangkan SOP yang mengatur pelaporan berbasis elektronik belum ada.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian peneliti berasumsi unsur *method* (metode) dalam pengolahan rekam medis harus ada karena sistem yang disusun untuk memudahkan, merapikan, dan menertibkan pekerjaan (Suhartina, 2019). Sehingga sebelum dilaksanakannya pelaksanaan sensus harian rawat inap secara elektronik maka perlu adanya SOP yang berisi petunjuk pelaksanaan sensus harian rawat inap secara elektronik agar pelaksanaannya dapat lebih teratur. Hal ini sejalan dengan penelitian (Suyanto et al., 2014) yang mengidentifikasi bahwa ketidaklengkapan SOP menjadi akar masalah utama belum optimalnya implementasi SIK. Faktor tersebut menjadi penting karena SOP menjadi panduan yang terdokumentasi secara formal, jelas, lengkap, dan rinci mengenai proses, tugas, dan peran setiap individu atau kelompok yang dilakukan sehari-hari di dalam suatu organisasi (Suyanto et al., 2014).

e. Faktor *machine*

Machine merupakan teknologi dan infrastruktur yang digunakan untuk memberi kemudahan dan menciptakan efisiensi kerja

(Saputro & Pramudyo, 2022). Sistem informasi manajemen sangat bergantung dari komponen-komponen dalam menghasilkan sistem informasi yang sesuai dengan kebutuhannya. Sistem informasi yang baik adalah kombinasi *software*, *hardware*, dan jaringan telekomunikasi yang baik juga (Emiritus, 2022). Kesenjangan yang terjadi dalam pelaksanaan komponen tersebut akan menghasilkan informasi yang kurang akurat, kurang detail, kurang tepat waktunya dan kurang relevan akan mengakibatkan kesalahan dalam pengambilan keputusan pada perusahaan atau organisasi (Frisdayanti, 2018).

PENUTUP

Berdasarkan aspek *man*, tidak ada petugas admin bangsal untuk *shift* siang dan malam sehingga terdapat pasien yang dipulangkan secara tidak *real time* di SIK. Berdasarkan aspek *method*, belum terdapat SOP Sensus Harian Rawat Inap dengan petunjuk pelaksanaan secara elektronik. Berdasarkan aspek *money*, tidak adanya anggaran untuk pelatihan dan anggaran untuk menambah SDM petugas admin bangsal. Berdasarkan aspek *method*, tidak terdapat SOP sensus harian rawat inap secara elektronik. Berdasarkan aspek *material*, variabel jumlah tempat tidur yang tersedia tidak sesuai serta tanggal keluar pasien yang tidak akurat.

DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati, M., Noor, H. L., Ulhaq, M. Z., Sari, D. P., Harian, S., & Inap, R. (2022). *Analisis Keterlambatan Pelaporan Rumah Sakit Berbasis Elektronik*. 516–519.

- Augustine, C. A., & Keikhosrokiani, P. (2022). A Hospital Information Management System With Habit-Change Features and Medial Analytical Support for Decision Making. *International Journal of Information Technologies and Systems Approach (IJITSA)*, 15, 1–24.
- Christianingtyas, Y. D. (2021). *Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan Sensus Harian di Ruang Melati Berdasarkan Analisis Fishbone di RSUD Kota Madiun*. 746.
- Coccia, M. (2018). The Fishbone Diagram to Identify, Systematize and Analyze the Sources of General Purpose Technologies. *Journal of Social and Administrative Sciences*, 4(4), 291–303. <https://ssrn.com/abstract=3100011>Electroniccopyavailableat: <https://ssrn.com/abstract=3100011>Electronic copyavailableat:<https://ssrn.com/abstract=3100011>
- Devi, I. I., Nuraini, N., Erawantini, F., & Setiawan, D. (2021). *Analisis Faktor Penyebab Ketidaksesuaian Pencatatan Sensus Harian Rawat Inap dengan SIMRS di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso*. 3(1), 109–118.
- Emiritus. (2022). *What is Information System? Definition, Examples, & Facts* | Emeritus India. <https://emeritus.org/in/learn/information-system/>
- Ferly, F., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2020). Analisis Pelaksanaan Sensus Harian Rawat Inap di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 594–603. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2163>
- Frisdayanti, A. (2018). Peranan brainware dalam sistem informasi manajemen jurnal ekonomi dan manajemen sistem informasi. *Sistem Informasi*, 1(September), 60–69. <https://doi.org/10.31933/JEMSI>
- Kemenkes RI. (2015). *Rencana Aksi Kegiatan Pusat Data dan Informasi 2015 - 2019*. 1.
- Kemenkes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2017 tentang Strategi E-Kesehatan Nasional. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, 1635, 1–47. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/139565/permenkes-no-46-tahun-2017>
- Kemenkes RI. (2022). PMK Nomor 24 tentang Rekam Medis. *Pemerintah RI*, 33(1).
- Komarasari, W. (2016). Pengaruh Kapasitas Sumber Daya Manusia, Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Pengendalian Intern Akuntansi Terhadap Keterandalan Pelaporan Keuangan Daerah (Pada SKPD Kabupaten Bantul Bagian Akuntansi dan Keuangan). *Jurnal Telaah & Riset Akuntansi*, 2(2), 65–66. <https://doi.org/10.1021/om050941q>
- Makalalag, D., Agushybana, F., & Mawarni, A. (2017). Evaluasi Sistem Informasi Pelayanan Rekam Medis di RSJ Prof. Dr. V.L. Ratumbusang Provinsi Sulawesi Utara dengan Pendekatan Hot Fit Model. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 5(2), 82–93. <https://doi.org/10.14710/jmki.5.2.2017.82-93>
- Masram, & Mu'ah. (2015). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Zifatama. <https://anyflip.com/vosfx/puhx/basic/201-229>
- Ningtyas, A. M., Herwanto, G. B., Sulistiyo, W., Layanan, D., & Ilmu, D. (2020). ' Resik ' sebagai Sistem Informasi untuk Identifikasi Berkas Rekam Medis Ganda di Rumah Sakit Umum Daerah X Daerah Istimewa Yogyakarta. 5(2).
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Peraturan Pemerintah. (2021). *Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan*. 086146.
- Ravaghi, H., Alidoost, S., Mannion, R., & Bélorgeot, V. D. (2020). Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5023-z>
- Rustianto, E. (2021). *Sistem Pelaporan Rumah Sakit*. UGM PRESS. https://www.google.co.id/books/edition/SISTEM_PELAPORAN_RUMAH_SAKIT/aXZ

- QEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Safar, A., Rachmawaty, R., & ... (2022). Analytical Description of Non-Nursing Task Performed by Nurses in Hospital of Baubau City. *Indonesian Contemporary ...*, 7(1), 36–43. <https://journal.unhas.ac.id/index.php/icon/article/view/21729>
- Saputro, Y., & Pramudyo, C. S. (2022). *ANALISIS 5M (Man , Material , Machine , Money & Methode) Dalam Pengembangan Teknologi Pertahanan Di Indonesia (Studi Kasus : Pt Len Industri)*. November, 96–103.
- Silva Holmes, E., Ribeiro dos Santos, S., Fraga Almeida, A., Dantas de Oliveira, J. H., Alves de Carvalho, G. D., de Cássia Tavares da Fonsêca, L., de Sousa Costa, M. B., Barbosa Medeiros, J., & de Andrade Lima Neto, E. (2016). Health Information Systems In The Decision-Making Process In Primary Care. *International Archives of Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.3823/1873>
- Sligo, J., Gauld, R., Roberts, V., & Villa, L. (2017). A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation. *International Journal of Medical Informatics*, 97(2017), 86–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.09.007>
- Stiyawan, H., Mansur, M., & Noor, V. M. M. (2018). Dampak Tidak Patuh Terhadap Pelaksanaan SOP Alur Rawat Jalan di Rumah Sakit “X” Malang. *Ekspektra : Jurnal Bisnis Dan Manajemen*, 2, 01–16. <https://doi.org/10.25139/ekt.v2i1.641>
- Suaedi, F. (2017). Pengertian Pengembangan Kompetensi Kerja Sumber Daya Manusia dalam Rangka Meningkatkan Pelayanan di Rumah Sakit Haji Surabaya. *Jurnal Al Tijarah*, 3(1), 79–102.
- Suhartina, I. (2019). Analisis Efektivitas SOP Pelaksanaan Penyimpanan Berkas Rekam Medis Di Puskesmas Lawang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 128. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.226>
- Suyanto, Taufiq, H., & Indiaty. (2014). *Faktor Penghambat Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di RSUD Blambangan Banyuwangi Inhibiting Factors in Hospital Information System Implementation at Blambangan General Hospital Banyuwangi*. 28(2), 141–147.
- Ulfa, H. M. (2018). Analisis Unsur Manajemen dalam Pengolahan Rekam Medis di Rumah Sakit TNI AU Lanud Roesmin Nurjadin. *KESMARS: Jurnal Kesehatan Masyarakat, Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit*, 1(1), 20–25. <https://doi.org/10.31539/kesmars.v1i1.146>
- Usman, G., Memon, K. N. a., & Shaikh, S. (2015). Bed Occupancy Rate and Length of Stay of Patients in Medical and Allied Wards of a Tertiary Care Hospital. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*, 27(2), 367–370.
- Wahab, S. (2019). Tinjauan Pengelolaan Sensus Harian Rawat Inap Guna Menunjang Sistem Informasi Rumah Sakit (RL1) di RSAU Dr Salamun Bandung. *Jurnal INFOKES-Politeknik Piksi Ganeshha* 99, 96–101.

HUBUNGAN PENCAPAIAN PANDU PTM DENGAN DIABETES MELITUS

Fatima Nur Misana, Izzatul Mardiah Saini, Nurzahara Bagus, Kemal N. Siregar

Universitas Indonesia

E - mail : Izzatulmardiah46@gmail.com

RELATIONSHIP OF PANDU PTM ACHIEVEMENT WITH DIABETES MELLITUS

ABSTRACT

Background: Non-communicable disease (NCD) has been the leading cause of death in Indonesia. To prevent that, the government of the Republic of Indonesia made some policies that resulted in programs such as Pandu PTM. Pandu PTM is an approach for early detection and monitoring of NCD risk factors which is integrated and done through Posbindu PTM

Aims: This research aims to know the relationship between the implementation of Pandu PTM with the incident numbers of diabetes melitus in Indonesia

Subjects and Method: This research was done through March–April 2023. This research was done through observational analytic design with an ecological study approach. The samples used were the 34 provinces of Indonesia. The data being used was secondary data which was obtained from Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 and Health Profile Year 2018. The independent variable was the achievement of Pandu PTM in percent and the dependent variable was the diabetes melitus prevalence. The data was then analyzed using simple linear regression

Results: The result shows that there was no relationship between Pandu PTM implementation with diabetes melitus incident number in Indonesia ($p\text{-value} = 0,067$)

Conclusion: The implementation of Pandu PTM was not supported by expert health workers and there was still little awareness among the society. It was suggested to increase the expertise of health workers and increase people's awareness of the importance of early detection of NCD risk factors.

Keywords: Diabetes Melitus Pandu PTM, Non-communicable disease

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyakit tidak menular telah menjadi penyebab utama kematian di Indonesia. Untuk menanggulangnya, pemerintah Republik Indonesia membuat beberapa kebijakan yang menghasilkan program seperti Pandu PTM. PANDU PTM merupakan suatu pendekatan faktor risiko PTM untuk deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM terintegrasi yang dilaksanakan melalui kegiatan Posbindu PTM.

Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pelaksanaan Pandu PTM dengan angka kejadian diabetes melitus di Indonesia

Subjek dan Metode: Penelitian dilakukan dari Maret-April 2023. Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan studi ekologi. Sampel dalam penelitian ini adalah provinsi di Indonesia yang berjumlah 34 Provinsi. Data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dari Riskesdas Tahun 2018 dan Profil Kesehatan Tahun 2018. Variabel independen adalah persentase capaian Pandu PTM dan variabel dependen adalah prevalensi diabetes melitus. Data yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan regresi linier sederhana

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pelaksanaan Pandu PTM dengan angka kejadian diabetes melitus di Indonesia (Sig = 0,191)

Kesimpulan: Pelaksanaan Pandu PTM tidak didukung dengan adanya tenaga kesehatan yang ahli dan masih kurangnya kesadaran dari masyarakat. Disarankan untuk meningkatkan keahlian petugas kesehatan dan meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya melaksanakan deteksi dini faktor resiko penyakit.

Kata kunci: Diabetes Melitus, Pandu PTM, Penyakit Tidak Menular

PENDAHULUAN

Menurut data dari *World Health Organization* (WHO), penyakit tidak menular (PTM) menjadi 71% penyebab kematian di seluruh dunia, dengan perkiraan jumlah 41 juta jiwa per tahunnya meninggal akibat PTM. Sementara itu, di negara Indonesia WHO juga menyebutkan bahwa pada tahun 2016 tiga besar penyebab kematian di Indonesia adalah stroke (21,2%), penyakit jantung iskemik (8,9%), dan diabetes melitus (DM) (6,5%). Sebanyak 35% kematian di Indonesia disebabkan oleh penyakit tidak menular. Dari semua penyebab kematian, penyakit DM memiliki angka peningkatan yang paling tinggi selama tahun 2009-2019. DM pada tahun 2019 menggeser tuberkulosis sebagai penyebab ketiga kematian dengan peningkatan sebesar 49.9% dari tahun 2009. Sementara itu, stroke dan penyakit jantung iskemik mengalami peningkatan sebanyak 25.9% dan 28.3% (*Indonesia Country Profile IHME. Global Burden of Diseases Compare: Indonesia.*, 2019). Menurut IDF dalam *Diabetes Atlas* edisi ke-4 tahun 2009, diprediksikan pada tahun 2030, penderita DM di Indonesia akan mencapai angka 12 juta orang. Jumlah penderita DM pada tahun 2010 adalah 7 juta, dan angka ini menjadi 10,7 juta pada tahun 2019 (*Indonesia Country Profile*

IHME. Global Burden of Diseases Compare: Indonesia., 2019)(Aschner, 2017). Melihat pertambahan per 10 tahun, apabila tidak ada pengendalian dan pencegahan yang adekuat terhadap pencegahan dan pengendalian DM, maka tidak menutup kemungkinan pada tahun 2030 angka penderita diabetes melitus di Indonesia akan melebihi prediksi IDF. Prevalensi DM di Indonesia naik menjadi 2% pada tahun 2018 dari yang awalnya 1,5% pada tahun 2013 (Risksdas, 2018). Selain sebagai penyakit yang menyebabkan kematian nomor 3 di Indonesia, diabetes melitus juga merupakan faktor risiko dari stroke dan penyakit jantung iskemik yang merupakan penyebab kematian pertama dan kedua di Indonesia. Sebuah penelitian di pusat pelayanan primer, sekunder, dan tersier di Indonesia pada tahun 2008–2014 menggunakan HbA1C sebagai indikator terkendalnya gula darah pada penderita Diabetes dalam kurun waktu 6 bulan (n=1967). Dari penelitian itu diketahui terdapat 67,6% subjek dengan kondisi DM tidak terkontrol (HbA1C>7%). Sementara itu, hanya ada 30.3% subjek yang memiliki nilai HbA1C<7%. Indonesia memiliki peringkat kedua kadar HbA1C, yaitu sebesar rata-rata 8,7% setelah Oman yang memiliki rata-rata 8,8% (Cholil et al., 2019)(Soewondo et al., 2010).

Diabetes Melitus sudah dikenal sebagai salah satu faktor risiko yang mapan untuk kejadian aterosklerosis. DM dapat menyebabkan perubahan patologis pada pembuluh darah arteri di berbagai lokasi dan dapat menyebabkan penyakit jantung iskemik dan atau stroke. Penderita DM memiliki risiko 1,5 kali lipat menderita stroke (American Diabetes Association) dan memiliki risiko 2 kali lipat menderita penyakit jantung iskemik. Telah diketahui juga kejadian hiperglikemia pasca stroke pada pasien DM menyebabkan *outcome* yang lebih buruk dibandingkan pada penderita non-DM. Pasien DM dengan penyakit jantung koroner (PJK) diketahui memiliki risiko rekurensi terhadap serangan akut koroner (infark miokard) sebesar 40% bila dibandingkan pasien PJK tanpa DM. Dan telah diketahui pula bahwa infark miokard merupakan penyebab kematian terbanyak bagi penderita DM di dunia (Cui *et al.*, 2021)(Chen *et al.*, 2016). Menurut penelitian lain yang menggunakan laporan pembiayaan BPJS Kesehatan tahun 2016, biaya yang dikeluarkan akibat DM dan komplikasinya pada pelayanan kesehatan tingkat sekunder dan tersier berkisar antara 18 juta–23 juta rupiah per orang per tahun (Kemenkes, 2020). Masih tingginya kasus katastropik sebetulnya merefleksikan tidak berhasilnya program di hulu, yaitu promosi (promotif) dan pencegahan (preventif). Contohnya pencegahan di level primer untuk penyakit diabetes melitus (DM). Apabila gula darah pada penderita DM tidak dikendalikan, maka dapat terjadi komplikasi mikro vaskuler

atau makro vaskuler. Keduanya terverifikasi sebagai penyakit yang menelan biaya terbesar dalam klaim pelayanan kesehatan (Budi Sadikin, 2021). Selama 2014 sampai 2020 biaya PTM sebesar Rp. 118,16 triliun (dari total biaya yang dikeluarkan BPJS Kesehatan sebesar Rp. 374,86 triliun) atau meningkat 18%25% setiap tahun (Johana, Widiarti Utami, 2021). Penyakit tidak menular seperti DM merupakan penyakit yang memiliki fase sub klinis yang panjang dengan dampak yang besar dan berkepanjangan. Komplikasi yang dapat terjadi akibat penyakit ini antara lain neuropati, nefropati, retinopati, stroke, penyakit kardiovaskular, *peripheral artery disease* (PAD), dan *diabetic foot syndrome*. Pada wanita hamil dengan diabetes gestasional, DM dapat menyebabkan komplikasi dalam proses melahirkan (Papatheodorou *et al.*, 2015). Penyakit ini dapat dicegah dengan mengontrol faktor-faktor risiko seperti obesitas, merokok, diet yang tidak seimbang, dan kurangnya olahraga (World Health Organization, 2013). Penanggulangan PTM adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif serta paliatif yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian yang dilaksanakan secara komprehensif, efektif, efisien, dan berkelanjutan, demikian Pemerintah Indonesia mengambil langkah dalam pengendalian PTM sebagaimana disebutkan pada Permenkes No. 71 Tahun 2015 dan Renstra Kemenkes 2020–2024 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. Dari

sana terbentuklah beberapa program, salah satunya Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Pandu PTM). Pandu PTM didefinisikan sebagai upaya pencegahan, pengendalian dan tatalaksana hipertensi dan diabetes melitus serta PTM lainnya menggunakan Algoritma Pandu PTM dan Tabel Prediksi Risiko PTM (Permenkes, 2015). Adapun Algoritma Pandu PTM didefinisikan sebagai alur pikir dalam melakukan pelayanan terpadu PTM di FKTP; tentang tahapan pelayanan bagi pengunjung puskesmas yang berusia 15 tahun ke atas. Tahapan diawali dari identifikasi faktor risiko hingga diagnosis dan tata laksana yang salah satu prosesnya menggunakan Tabel Prediksi Risiko PTM. Dalam Renstra Kemenkes 2020–2024, pemerintah menetapkan beberapa indikator untuk menanggulangi PTM. Khusus untuk Pandu PTM, indikator yang ditetapkan berupa jumlah kabupaten/kota yang melakukan Pandu PTM di $\geq 80\%$ puskesmas. Kabupaten/Kota dinilai telah menyelenggarakan Pandu PTM bila 80% atau lebih puskesmas telah melakukan Pandu PTM. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara pelaksanaan Pandu PTM dengan kejadian DM di Indonesia dan hambatan-hambatan terhadap pencapaiannya.

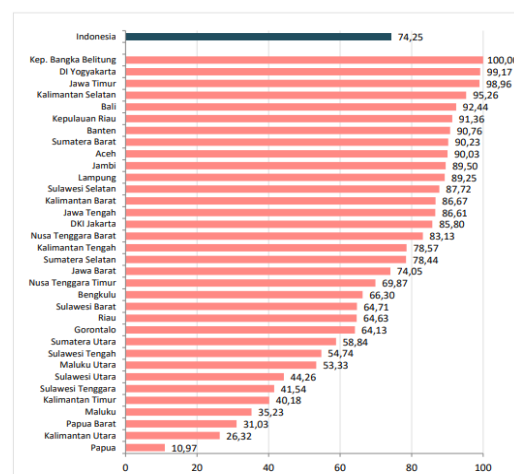
METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan *ecological study*. Penelitian dilakukan dari Maret-April 2023. Unit observasi dan analisis pada penelitian ini adalah 34 provinsi yang ada di Indonesia. Data yang digunakan adalah

Risikesdas 2018 dan Profil Kesehatan 2018. Agregat data dari masing-masing provinsi terdiri dari capaian pelaksanaan pandu dan prevalensi kejadian diabetes melitus. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel dependen yaitu prevalensi diabetes melitus di 34 provinsi di Indonesia sedangkan untuk variabel independen adalah capaian pelaksanaan pandu. Analisis data deskriptif dilakukan untuk menggambarkan capaian pelaksanaan pandu dan prevalensi diabetes melitus di 34 provinsi di Indonesia. Selanjutnya untuk mengetahui hubungan antar masing-masing variabel maka dilakukan analisis regresi linier sederhana antara Pandu PTM dengan prevalensi diabetes melitus di 34 provinsi di Indonesia.

HASIL PENELITIAN

Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular atau Pandu PTM Berikut disajikan capaian Pandu PTM untuk seluruh Provinsi di Indonesia berdasarkan data dari Profil Kesehatan tahun 2018 pada Gambar 1.



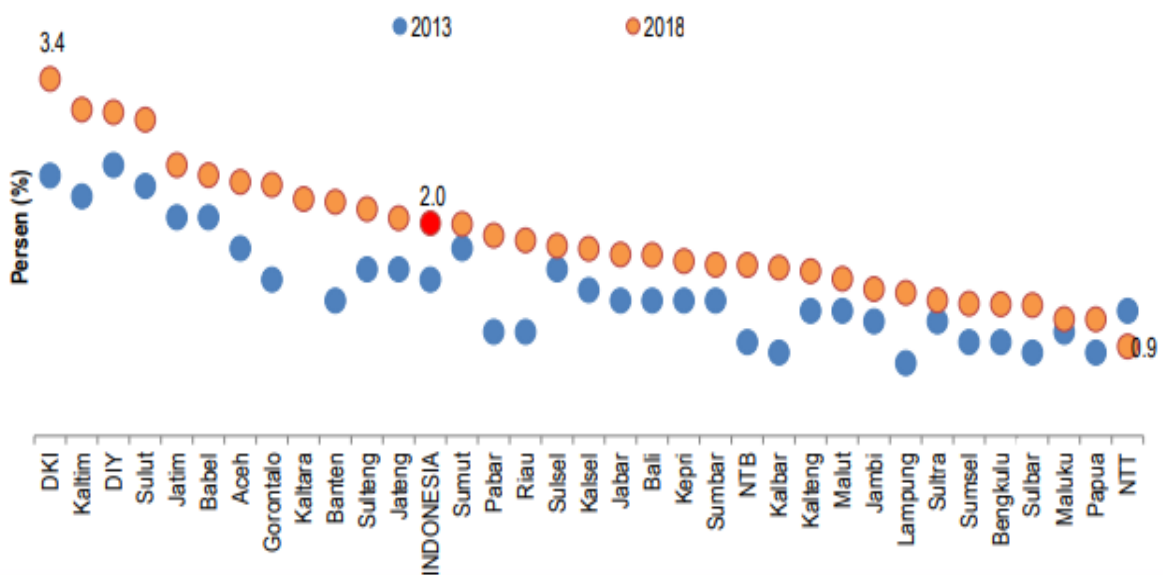
Sumber: Data Profil Kesehatan Indonesia 2018

Gambar 1. Pelaksanaan Pandu PTM

Berdasarkan data pada gambar 1 menunjukkan bahwa terdapat 16 provinsi dengan angka capaian Pandu PTM $\geq 80\%$. Provinsi dengan angka capaian Pandu PTM tertinggi terjadi di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung yaitu 100,00% puskesmas telah melaksanakan Pandu PTM dan provinsi dengan capaian Pandu

PTM terendah terjadi di Provinsi Papua dengan angka capaian hanya 10,97%.

Prevalensi diabetes melitus untuk seluruh Provinsi di Indonesia berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 pada Gambar 2.



Sumber: Data Riskesdas 2018

Gambar 2. Prevalensi Diabetes Melitus

Berdasarkan data pada gambar 2 menunjukkan bahwa bahwa kejadian diabetes melitus dengan prevalensi paling tinggi terjadi di Provinsi DKI Jakarta (3,4%) dan paling rendah terjadi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (0,9%). dengan capaian Pandu PTM terendah terjadi di Provinsi Papua dengan angka capaian hanya 10,97%.

Berikut disajikan tabel karakteristik ketercapaian Pandu PTM pada tabel 1.

Pandu PTM	Frekuensi	Presentase (%)
Tercapai	16	47,1
Tidak Tercapai	18	52,9
Total	34	100

Berdasarkan data pada Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah provinsi dalam penelitian ini berjumlah 34 provinsi, dengan provinsi yang mencapai pelaksanaan Pandu PTM $\geq 80\%$ sebanyak 16 provinsi (47,1%) dan yang tidak mencapai pelaksanaan Pandu PTM ≥ 80 berjumlah 18 provinsi (52,9%).

Hasil uji regresi linear untuk mengetahui hubungan antar variabel dapat dilihat pada tabel 2 dibawah ini

Tabel 2 Uji Regresi Linear

B	Sig	R ²	95%CI
0,284	0,191	0,053	-0,1494476 - 0,7175031

Hasil dari uji regresi linier sederhana untuk melihat hubungan antara capaian pelaksanaan Pandu PTM dengan angka kejadian diabetes melitus di 34 provinsi di Indonesia. Dari hasil analisis didapatkan nilai R-Square untuk pelaksanaan Pandu PTM terhadap angka kejadian diabetes melitus sebesar 0,053 yang berarti pelaksanaan Pandu PTM berpengaruh terhadap angka kejadian diabetes melitus hanya sebesar 5,3 %. Angka koefisien regresi nilainya 0,284 yang berarti setiap penambahan 1 Pandu PTM maka angka kejadian diabetes melitus akan meningkat sebesar 0,284. Dari hasil analisis didapatkan nilai Sig 0,191 antara capaian pelaksanaan Pandu PTM dengan angka kejadian diabetes melitus yang berarti tidak terdapat hubungan antara pencapaian Pandu PTM dengan prevalensi diabetes melitus di 34 provinsi di Indonesia.

PEMBAHASAN

Hasil uji regresi linear sederhana dengan Sig 0,191 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pelaksanaan Pandu PTM dengan angka kejadian diabetes melitus. Diabetes melitus merupakan penyakit yang dikategorikan sebagai *silent disease* yang dimana penderitanya tidak merasakan gejala

atau tanda-tanda yang menunjukkan bahwasanya mereka telah menderita diabetes melitus. Salah satu program yang dibentuk pemerintah dalam menangani masalah diabetes melitus tersebut adalah Pandu PTM. Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Pandu PTM) merupakan suatu program yang dilaksanakan melalui kegiatan Posbindu PTM dengan menitik beratkan melalui peningkatan kapasitas petugas dalam melaksanakan deteksi dini, pencegahan penyakit melalui promosi dan langkah preventif, hingga pelayanan komprehensif agar tidak menimbulkan kesakitan, kecacatan, dan kematian bagi masyarakat dan menghindari beban pembiayaan kesehatan yang tinggi menggunakan Algoritma Pandu PTM dan tabel prediksi risiko PTM yang dilaksanakan secara komprehensif, terintegrasi dan berkelanjutan (Sugiarsi et al., 2019). Pelaksanaan Pandu PTM sebagai program dalam mengendalikan faktor risiko penyakit tidak menular seharusnya dapat mengurangi angka kejadian penyakit tidak menular salah satunya adalah penyakit diabetes (Permenkes, 2015) (Kemenkes, 2019). Tidak terdapatnya hubungan antara capaian Pandu PTM dengan angka kejadian diabetes melitus dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya: masih terdapat perbedaan pemahaman petugas terkait implementasi algoritma PANDU PTM dan masih rendahnya jumlah tenaga kesehatan di puskesmas yang mendapatkan pelatihan Pandu PTM. Sebagaimana yang dijelaskan

dalam penelitian yang dilakukan oleh Kadir dan Prasetyo (2022) yang menjelaskan bahwa suatu program dapat optimal apabila dapat menghambat berbagai kendala yang salah satunya adalah kurangnya sumber daya manusia (SDM) yang terlatih. Tenaga kesehatan yang terlatih dapat membantu dalam rangka melakukan pemeriksaan yang baik, wawancara, pencatatan, dan pengukuran (Kadir & Prasetyo, 2022). Dalam penelitian Mursyid *et.al* (2022) juga menjelaskan bahwasanya tidak optimalnya program Pandu PTM dalam layanan diabetes melitus disebabkan karena masih terbatasnya jumlah tenaga kesehatan termasuk kader kesehatan yang mendapatkan pelatihan (Mursyid *et al.*, 2022). Berdasarkan data dari Kemenkes didapati bahwa pada tahun 2018 hanya 40% puskesmas yang tenaga kesehatannya sudah mendapatkan pelatihan Pandu PTM. Masih kurangnya tenaga terlatih dalam pelaksanaan skrining faktor risiko sesuai dengan penelitian Aliyah (2020) yang menjelaskan tidak semua puskesmas yang melaksanakan Pandu PTM memiliki tenaga terlatih untuk melakukan kegiatan Pandu PTM. Tidak memadainya tenaga terlatih dalam melaksanakan Pandu PTM ini tentunya menjadi kendala dalam mencapai target yang diinginkan yaitu menurunnya angka kejadian diabetes melitus. Adanya kendala dalam kurangnya tenaga terlatih ini menyebabkan perlunya dilaksanakan suatu program pelatihan. Menurut laporan monitoring dan evaluasi

Pandu PTM 2021 lalu, adanya keterbatasan alokasi pembiayaan untuk pelatihan dan diperlukan *refreshing*, *workshop* maupun pelatihan untuk skrining dan tatalaksana PTM (Rizkiyanti, 2022). Siringi & Wulandari (2013) dan Indriono (2020) dalam Aliyah (2020) mengemukakan bahwa faktor pelatihan merupakan faktor yang dapat membuat program PTM berhasil (Aliyah, 2020). Alasan selanjutnya juga bisa disebabkan oleh tidak tersedianya sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan Pandu PTM dalam menanggulangi angka diabetes melitus, menurut Hosni, *et.al* (2020) untuk mendukung suatu program dapat berjalan dengan baik dibutuhkan penyediaan fasilitas dan prasarana yang baik pula. Pencatatan dan Pelaporan melalui SIPTM juga belum optimal dikarenakan Fitur pada ASIK masih dalam tahap pengembangan saat Program Pandu PTM mulai dilaksanakan (Rizkiyanti, 2022). Dari hasil analisis yang telah dilakukan terlihat bahwa pada provinsi yang tidak tercapai dalam pelaksanaan Pandu PTM menunjukkan persentase yang lebih besar pada angka kejadian diabetes melitus yang rendah. Hal ini dapat disebabkan karena masih rendahnya penemuan kasus diabetes melitus. Berdasarkan laporan IDF memperlihatkan bahwa sekitar 73,7% dari total pengidap diabetes di Indonesia (14,34 juta orang) hidup dengan diabetes yang tidak terdiagnosis. Jumlah cakupan penemuan kasus diabetes melitus yang rendah dilatarbelakangi oleh rendahnya

minat masyarakat untuk diperiksa oleh tenaga kesehatan.. Efrina et.al (2021) menjelaskan bahwa masyarakat masih kurang kesadarannya tentang kesehatan yang mempengaruhi dalam proses deteksi dini dan penemuan penyakit. Kurangnya kesadaran dari masyarakat ini menyebabkan tidak optimalnya pelaksanaan Pandu PTM dalam rangka menurunkan angka kejadian penyakit. Hal lain yang perlu diperhatikan terkait pencapaian Pandu PTM dan kejadian DM ini adalah sejauh mana program Pandu PTM ini dapat mencakup semua yang diperlukan untuk pelaksanaan promotif dan preventif kejadian DM serta sejauh mana Pandu PTM dapat melaksanakan pencegahan komplikasi DM yaitu stroke dan penyakit jantung iskemik yang merupakan penyebab pertama dan kedua untuk angka kesakitan dan kematian akibat PTM di Indonesia. Selain itu, DM bukanlah prioritas Pandu PTM yang disampaikan pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 (RPJMN), adapun 3 PTM prioritas yang menjadi indikator nasional untuk Pandu PTM adalah: Hipertensi, Obesitas, dan Merokok dibawah 18 tahun (Kemenkes, 2019). Hal ini mungkin juga berperan terhadap pandangan masyarakat dan juga fasilitas kesehatan yang menjalankan program tersebut. Mengingat DM dan komplikasinya menjadi penyebab terbanyak kematian dan kesakitan di Indonesia, dan pula merupakan penyakit terbanyak menelan dana terbesar klaim layanan kesehatan JKN, sebaiknya pemerintah

dapat menjadikan penanganan DM, tidak hanya promosi dan preventif terhadap faktor risiko penyebab DM, namun juga harus menjadi fokus utama dalam mencegah komplikasi pada masyarakat penderita DM di seluruh lapisan layanan kesehatan, terutama pada pelayanan primer. Kegiatan Pandu PTM terkait faktor risiko DM saat ini yaitu adalah penilaian faktor risiko obesitas, asupan tinggi gula, lemak dan garam, serta kurangnya aktivitas fisik. Terkait pencegahan komplikasi telah dilakukan skrining pemeriksaan gula darah sewaktu dan skrining retinopati 1xsetahun serta profil lipid bagi penderita dengan hipertensi (Kemenkes, 2019)(Kemenkes, 2020). American Association of Diabetes merekomendasikan *Chronic Care Model* (CCM) yaitu suatu sistem pelayanan yang berfokus pada keterhubungan pasien yang terinformasi dan aktif dengan tim perawatan kesehatan yang proaktif dan siap. Hal ini membutuhkan sistem kesehatan yang tertata dengan baik yang terkait dengan sumber daya yang diperlukan di komunitas yang lebih luas. Penekanan lebih besar pada aspek masyarakat dan kebijakan dalam meningkatkan perawatan kesehatan untuk penyakit kronis. Elemen penting dalam *Chronic Care Model* (CCM) dalam mengoptimalkan perawatan yaitu desain sistem rujukan (bergerak dari bentuk reaktif terhadap sistem pemberian perawatan menjadi proaktif di mana kunjungan tersebut direncanakan dan dikoordinasikan melalui tim berbasis

mendekati sasaran pelayanan), dukungan manajemen diri, pendukung keputusan (pedoman perawatan atau *guideline* pelayanan yang jelas, efektif dan berbasis bukti, sistem informasi klinik (sistem informasi yang dapat memberikan dukungan khusus terhadap pasien dan berbasis populasi ke tim perawatan, dan terintegrasi antara lapisan layanan, sumber daya dan kebijakan masyarakat (mengidentifikasi atau mengembangkan sumber daya untuk mendukung gaya hidup sehat), sistem kesehatan (untuk menciptakan budaya berorientasi kualitas) (ElSayed et al., 2023)

PENUTUP

Tidak adanya hubungan antara pelaksanaan Pandu PTM dengan angka kejadian diabetes melitus (Sig = 0,191)

REFERENSI

- Aliyah, Y. A. N. (2020). Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kasus Hipertensi dan Diabetes Melitus di Kota Bandung Tahun 2020. *Jurnal Ilmu Pemerintahan Widya Praja Volume*, 46(2), 355–368.
- Aschner, P. (2017). New IDF clinical practice recommendations for managing type 2 diabetes in primary care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 132, 169–170.
- Chen, R., Ovbiagele, B., & Feng, W. (2016). Diabetes and stroke: epidemiology, pathophysiology, pharmaceuticals and outcomes. *The American Journal of the Medical Sciences*, 351(4), 380–386.
- Cholil, A. R., Lindarto, D., Pemayun, T. G. D., Wisnu, W., Kumala, P., & Puteri, H. H. S. (2019). DiabCare Asia 2012: diabetes management, control, and complications in patients with type 2 diabetes in Indonesia. *Medical Journal of Indonesia*, 28(1), 47–56.
- Cui, J., Liu, Y., Li, Y., Xu, F., & Liu, Y. (2021). Type 2 diabetes and myocardial infarction: recent clinical evidence and perspective. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 64.
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., & Johnson, E. L. (2023). 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement_1), S10–S18.
- Indonesia Country Profile IHME. *Global Burden of Diseases Compare: Indonesia*. (2019). Institute for Health Metrics and Evaluation.
<https://www.healthdata.org/indonesia>
- Johana, Widiyanti Utami, R. A. (2021). PENYAKIT KATASTROPIK BERBIAYA MAHAL Namun Tetap Dibiayai BPJS. *MEDIA INFO BPJS KESEHATAN EDISI 104*.
- Kadir, J. A., & Prasetyo, S. (2022). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Standar Pelayanan Minimal pada Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas. *Jurnal Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES"(Journal of Health Research" Forikes Voice")*, 13(4), 920–925.
- Kemkes, R. I. (2019). *Buku Pedoman Penyakit Tidak Menular*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular.
- Kemkes, R. I. (2020). Rencana Aksi Nasional - Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak menular tahun 2015-2019. *Diunduh Pada Tanggal, 15*.
- Mursyid, F., Ahri, R. A., & Suharni, S. (2022). Sistem Pelaksanaan Layanan Penderita Hipertensi Dan Diabetes Melitus Terhadap Peningkatan Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Puskesmas: Service Implementation System for Patients with Hypertension and Diabetes Melitus to Improve Minimum Service . *Journal of Muslim Community Health*, 3(1), 1–10.

- Papatheodorou, K., Banach, M., Edmonds, M., Papanas, N., & Papazoglou, D. (2015). Complications of diabetes. In *Journal of diabetes research* (Vol. 2015). Hindawi.
- Permenkes, R. I. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular. *Jakarta: Kemenkes RI*.
- Riskesdas, L. N. (2018). *Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta.
- Rizkiyanti, N. (2022). Monitoring dan evaluasi pelayanan terpadu (pandu) ptm tahun 2022. *monev virtual pandu ptm, 8 desember 2022*.
- Soewondo, P., Soegondo, S., Suastika, K., Pranoto, A., Soeatmadji, D. W., & Tjokroprawiro, A. (2010). The DiabCare Asia 2008 study—Outcomes on control and complications of type 2 diabetic patients in Indonesia. *Medical Journal of Indonesia, 19*(4), 235–244.
- Sugiarsi, S., Wigunantiningih, A., & Kusumawati, E. A. (2019). Faktor Predisposisi Sebagai Penentu Pemanfaatan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular. *Siklus: Journal Research Midwifery Politeknik Tegal, 8*(1), 35.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>

ANALISIS FAKTOR PENGHAMBAT PELEPASAN INFORMASI KEPADA PIHAK KETIGA DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA LUMAJANG

Resta Dwi Yuliani

Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Sidoarjo, Jawa Timur
E - mail : restadwiyuliani@umsida.ac.id

ANALYSIS OF OBSTACLE FACTORS IN RELEASING INFORMATION TO THIRDPARTIES IN BHAYANGKARA HOSPITAL LUMAJANG

ABSTRACT

Background: Release of medical record information must be accompanied by a written permission of the patient and presentation of the contents must be signed by the treating doctor. Based on a preliminary study on April 2nd, 2018 in Bhayangkara Hospital Lumajang showed that, the patient's waiting time in the release of the medical record information was 7 days. The purpose of this research is to analyze the obstacle factors for the release of information to third parties in Bhayangkara Lumajang Hospital.

Subjects and Method: The method is qualitative with data collection techniques through interviews, observation, documentation and brainstorming.

Results: The results of this research showed that there were factors that obstacle the release of information namely attitudes, behavior and expertise of health workers. The conditions of the registration room and medical record room, layout medical record room. Patient waiting time, physical evidence and patient perceptions that did not accordance.

Conclusion: The obstacle factor for information release was the patient responsible doctor (DPJP) who is a partner doctor and doctor who was not in the place. The recommend effort to improve the release of information to third parties, Bhayangkara Hospital Lumajang must have permanent patient responsible doctor, and held a special rooms for information release. Suggestions from this research were making expedition book, socializing SOP and making information release information systems.

Keywords: Brainstorming, Information release, Medical record, Hospital

ABSTRAK

Latar Belakang: Pelepasan informasi rekam medis harus disertai dengan ijin tertulis pasien dan pemaparan isi rekam medis haruslah di tanda tangani dokter yang merawat. Studi pendahuluan pada tanggal 2 April 2018 di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang dan wawancara dengan petugas rekam medis, waktu tunggu pasien dalam pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis yaitu 7 hari. Tujuan penelitian ini menganalisis faktor penghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang.

Subjek dan Metode: Jenis penelitian kualitatif dengan teknik pengumpulan data wawancara, observasi, dokumentasi dan *brainstorming*.

Hasil: Terdapat faktor penghambat pelepasan informasi yaitu sikap, perilaku dan keahlian petugas kesehatan. Kondisi lingkungan ruang pendaftaran dan ruang rekam medis, tata letak ruang rekam medis. Waktu tunggu pasien, bukti fisik dan persepsi

pasien yang tidak sesuai.

Kesimpulan: Faktor penghambat pelepasan informasi yaitu dokter penanggung jawab pasien (DPJP) merupakan dokter mitra dan dokter yang tidak sedang berada di tempat, sehingga untuk proses *autentikasi* menunggu kehadiran dokter yang merawat pasien. Upaya rekomendasi perbaikan pelepasan informasi kepada pihak ketiga yaitu rumah sakit Bhayangkara Lumajang harus mempunyai dokter penanggung jawab pasien (DPJP) tetap, dan adanya ruangan khusus untuk pelepasan informasi, pembuatan buku ekspedisi, sosialisai SOP dan pembuatan sistem informasi sebagai *reminder* bagi dokter atau petugas rekam medis bahwa terdapat surat keterangan medis yang belum selesai.

Kata kunci: *Brainstorming*, Pelepasan informasi, Rekam medis, Rumah Sakit

PENDAHULUAN

Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien menurut (Menkes, 2008). Rekam medis merupakan salah satu Standar Akreditasi Rumah Sakit yang sangat penting dan merupakan hal pertama yang dilihat oleh tim akreditasi. Apabila rekam medisnya baik maka akan dilanjutkan penilaian pelayanan yang lainnya. Salah satu elemen rekam medis yang tertera pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) adalah pelepasan informasi yang terdapat pada penilaian Manajemen Informasi Rekam Medis elemen 11 dan 14 yaitu berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan serta akses dan pengguna yang tidak berhak serta pelepasan informasi harus sesuai prosedur dan kerahasiaannya harus dijamin oleh rumah sakit (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018).

Penyampaian informasi rekam medis kepada pihak lain disebut pelepasan informasi. Pelepasan informasi rekam medis harus

disertai dengan ijin tertulis pasien dan pemaparan isi rekam medis haruslah di tandai tangani dokter yang merawat (Menkes, 2008) menjelaskan bahwa isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan ijin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan. Syarat-syarat tersebut harus dipenuhi mengingat rekam medis bersifat rahasia dan wajib dijaga dari kehilangan, kerusakan serta akses pengguna yang tidak berhak. Apabila informasi tersebut sampai jatuh ke orang yang tidak tepat maka dapat mengganggu psikis pasien dan apabila tidak terpenuhinya syarat-syarat tersebut dapat mengakibatkan terhambatnya proses pelepasan informasi rekam medis.

Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 2 April 2018 dan wawancara dengan petugas rekam medis, Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang pelepasan informasi. SOP tersebut berjalan namun belum maksimal karena masih ditemukan beberapa hambatan dalam pelaksanaan pelepasan

informasi misalnya waktu tunggu pasien untuk mendapatkan informasi medis yang lama sehingga menyebabkan adanya keluhan dari pasien. Permintaan resume medis dan surat kematian membutuhkan waktu yang relatif lebih lama yaitu 7 hari dibandingkan SKBN yang hanya membutuhkan waktu 1 hari, sehingga dalam pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis mengalami hambatan yang berakibat mendapatkan keluhan dari pasien.

Berdasarkan masalah tersebut penyebab terhambatnya pelepasan informasi rekam medis pasien dipengaruhi oleh dua faktor yaitu ditinjau dari Sumber Daya Manusia (SDM) dan sarana prasarana, seperti pada jurnal yang ditulis oleh Pramaishela and Istiono (2017) bahwa faktor penyebab terhambatnya Pelepasan Informasi Medis Untuk Keperluan Pembuatan *Visum Et Repertum* yaitu faktor Sumber Daya Manusia dan Sarana Prasarana.

Faktor Sumber Daya Manusia (SDM) yang menghambat pelepasan informasi rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang yaitu dokter yang merawat pasien tidak sedang berada di tempat maka proses *verifikasi* pada *resume medis* menunggu kehadiran dokter yang merawat pasien bersangkutan, seperti pada penelitian Masturoh (2019) bahwa Pelepasan visum terkadang mengalami keterlambatan dikarenakan dokter spesialis yang memeriksa tidak ada di tempat, sehingga dokter jaga/dokter umum dapat menggantikan pemeriksaan visum dan mengkonfirmasi ke

dokter spesialis. Apabila dokter ahli/spesialis tersebut tidak ada maka harus menunggu sampai dokter tersebut datang ke rumah sakit dan menandatangani hasil visum pasien.

Faktor sarana prasarana yang dapat menghambat proses pelepasan informasi rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang yaitu tidak adanya bagan alur pelepasan informasi serta Standar Operasional Prosedur (SOP) yang tidak di sosialisasikan, sehingga ketika pasien atau pihak ketiga yang meminta surat ketengan medis merasa bingung tentang alur atau prosedur pelepasan informasi rekam medis beserta persyaratan yang dibutuhkan. Hal serupa ditegaskan oleh Sari et al (2018) bahwa di RSUD Darmayu Ponorogo, prosedur pelepasan informasi medis khususnya untuk klaim, belum adanya SOP yang khusus untuk bagian asuransi BPJS.

Berdasarkan faktor Sumber Daya Manusia (SDM) dan Sarana Prasarana yang menghambat pelepasan informasi rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang mengakibatkan adanya keluhan dari pasien atau pihak ketiga, serta berdampak pada kepuasan pasien dan menyebabkan pasien yang meminta resume medis untuk keperluan klaim asuransi menjadi terhambat, sehingga dibutuhkan suatu alat ukur berupa dimensi mutu yang ditinjau dari kualitas interaksi, kualitas lingkungan dan kualitas hasil (Murbarani and Supriyanto, 2014) yang mengutip hasil penelitian Brady & Cronin tahun 2001.

Berdasarkan permasalahan tersebut penulis tertarik untuk meneliti dengan judul “Analisis Faktor Penghambat Pelepasan Informasi Kepada pihak Ketiga di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang”. Tujuan dari penelitian ini yaitu menganalisis faktor penghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga (pasien) di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang. Penelitian ini memberikan manfaat untuk pihak yang dijadikan objek penelitian yaitu Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang dan menjadi bahan masukan serta pertimbangan bagi pihak rumah sakit dalam aspek hukum rekam medis khususnya pelepasan informasi rekam medis.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif. Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang Jalan Kyai Ilyas No.7, Lumajang. Waktu penelitian dilaksanakan selama bulan Desember 2018 sampai Mei 2019. Teknik pengumpulan data yaitu dengan wawancara dilakukan kepada petugas pendaftaran, petugas rekam medis, dokter dan pasien sebagai informan. Wawancara ini dilakukan untuk mengetahui penyebab terhambatnya pelepasan informasi kepada pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang, observasi dilakukan oleh peneliti secara langsung terhadap standar operasional prosedur (SOP), fasilitas ruang unit rekam

medis untuk mengidentifikasi faktor penghambat pelepasan informasi kepada pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang dan *brainstorming* untuk menentukan penyebab masalah dan upaya rekomendasi pemecahan masalah.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan di bagian unit Rekam Medis Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang proses pelepasan informasi rekam medis membutuhkan waktu yang lama sekitar 7 hari dan mengakibatkan adanya komplain dari pasien Adapun surat keterangan medis yang diminta dan jumlah informasi rekam medis beserta rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk proses pelepasan informasi kepada pihak ketiga sebagai berikut.

Tabel 1. 1 Data surat keterangan medis yang diminta dan jumlah informasi rekam medis beserta rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk proses pelepasan informasi kepada pihak ketiga

SKM/ Bulan	SKBN	Resume Medis	Surat Kematian
Januari	26	7	9
Februari	57	6	7
Maret	13	10	6
April	64	6	3
Rata-rata waktu	1 hari	7 hari	7 hari

Sumber : Unit Rekam Medis Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang, 2018

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa dalam permintaan surat keterangan medis terutama permintaan resume medis dan surat kematian membutuhkan rata-rata waktu selama 7 hari. Hal ini menyebabkan

adanya komplain dari pasien yang meminta surat keterangan medis untuk kebutuhan klaim asuransi maupun permintaan surat keterangan kematian. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan terdapat faktor yang menghambat pelepasan informasi rekam medis berdasarkan dimensi mutu yang dikemukakan oleh Brady and Cronin terdiri dari kualitas interaksi (Sikap (*attitude*), perilaku (*behaviour*) dan keahlian (*expertise*)) dari petugas kesehatan yang terlibat, Kualitas Lingkungan (Kondisi Lingkungan (*Ambient condition*), Desain (*Design*) dan Faktor sosial (*Social factors*)) dari ruang rekam medis dan ruang pendaftaran, kualitas hasil (Waktu tunggu (*Waiting time*), Bukti fisik (*Tangibles*), Valensi (*Valence*)) berdasarkan persepsi dari pasien selaku pihak ketiga terhadap permintaan surat keterangan medis.

PEMBAHASAN

1. Mengidentifikasi sikap (*attitude*) petugas kesehatan yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis.

a. Petugas pendaftaran

Berdasarkan hasil observasi di lapangan, bahwa tidak terdapat sikap (*attitude*) petugas pendaftaran yang menghambat proses

pelepasan informasi rekam medis. Hal ini dikarenakan petugas pendaftaran memiliki sikap yang tanggap apabila pasien datang menuju tempat pendaftaran pasien, ramah, sopan, selalu mengucapkan salam, dan selalu menawarkan bantuan kepada pasien.

b. Petugas rekam medis

Berdasarkan hasil observasi di lapangan, bahwa sikap (*attitude*) petugas rekam medis yang dapat menghambat proses pelepasan informasi rekam medis yaitu tidak menyediakan buku ekspedisi untuk permintaan surat keterangan medis. Hal ini dapat menyebabkan permintaan surat keterangan tidak dicatat oleh petugas rekam medis dan dapat mengakibatkan kesalahan serah terima terhadap surat keterangan medis yang telah diminta oleh pasien (pihak ketiga). Selain itu petugas juga kesulitan dalam pelaporan permintaan surat keterangan. Istikomah et al (2020) menjelaskan dalam penerapan pelepasan informasi rekam medis untuk kepentingan pendidikan di RSUD Sleman masih belum sesuai dengan peraturan yang ada terkait dengan belum tersedianya buku ekspedisi atau bukupeminjaman berkas rekam medis dimana buku tersebut sangat penting guna mengetahui keberadaan berkas rekam medis yang keluar.

c. Dokter

Sikap dokter yang dapat menghambat proses pelepasan informasi rekam medis yaitu dokter tidak sedang berada di rumah sakit, maka proses pemberian autentikasi

pada surat keterangan medis menunggu kehadiran dokter yang merawat pasien. Masturoh (2019) menyatakan bahwa Pelepasan visum terkadang mengalami keterlambatan dikarenakan dokter spesialis atau ahli tidak ada di tempat, sehingga dokter jaga/dokter umum yang menggantikannya. Pembuatan surat keterangan visum oleh bagian administrasi visum harus menunggu hasil dari verifikasi dokter yang memeriksa.

2. Mengidentifikasi perilaku (*behaviour*) petugas kesehatan yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis

a. Petugas pendaftaran
Tidak terdapat perilaku (*behaviour*) petugas pendaftaran yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis. Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara dengan petugas pendaftaran mengenai perilaku petugas yang selalu menanyakan keperluan pasien datang ke rumah sakit.

Berdasarkan penelitian Ulva and Azlina (2016) menyatakan bahwa pelayanan prima adalah memberikan pelayanan kepada semua orang, khususnya kepada pelanggan dengan perilaku dan sikap yang baik. Pelayanan prima tidak cukup hanya dengan memberikan rasa puas dan perhatian terhadap pelanggan saja, tetapi juga bagaimana cara merespon keinginan pelanggan sehingga dapat menimbulkan kesan positif pelanggan.

b. Petugas rekam medis

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan kepada petugas Rekam Medis dalam proses pelepasan informasi rekam medis terdapat perilaku yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis yaitu petugas rekam medis tidak meminta persetujuan kepada kepala rumah sakit atau kepala rekam medis. Hal ini dikarenakan pada SOP pelepasan informasi kepada pihak ketiga di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang tidak terdapat prosedur untuk meminta persetujuan atau izin kepada kepala rekam medis maupun kepada kepala rumah sakit. Berikut merupakan SOP pelepasan informasi rekam medis Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang:

PELAYANAN SURAT KETERANGAN MEDIS			
 RS BHAYANGKARA LUMAJANG STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	NO DOKUMEN	NO REVISI	HALAMAN
	281		1 / 2
PENGERTIAN TUJUAN KEBIJAKAN	TANGGAL TERBIT	 Ditetapkan KEPALA REKAM MEDIS AZLINA MARS ASISTEN KEPALA REKAM MEDIS POLISI NRP 67100385	
	Surat Keterangan Medis adalah surat keterangan yang berisi tentang informasi mengenai data atau keterangan mengenai keadaan pasien selama pasien tersebut dirawat di Rumah Sakit, baik rawat jalan maupun rawat inap. Surat keterangan medis dapat berupa resume medis, surat kematian, asuransi, atau lainnya yang berkaitan dengan permintaan informasi data pasien.	Memberikan surat keterangan medis dengan lengkap dan cepat pada pasien atau pada pihak yang berkepentingan	
PROSEDUR	Kep Karumkit Nomor: 01 / I / 2016 tentang Kebijakan Rumah Sakit		
1. Pasien atau pihak ketiga datang ke rumah sakit ke bagian unit rekam medis. 2. Pasien/wali menjelaskan kepentingan permintaan surat keterangan medis. 3. Petugas rekam medis menyediakan formulir surat kuasa permintaan surat keterangan medis. Terdapat 2 lembar formulir, satu sebagai arsip petugas dan satu lagi untuk dibenarkan kepada pasien/wali. 4. Pasien mengisi formulir surat kuasa permintaan surat keterangan medis dengan lengkap dan ditubuhi tanda pasien/wali. 5. Pencarian nomer rekam medis pasien yang bersangkutan pada komputer dan lihat apakah pasien itu rawat inap, rawat jalan atau IGD. 6. Cari berkas rekam medisnya atau dicari dalam data elektronik yang ada di aplikasi rekam medis.			

PELAYANAN SURAT KETERANGAN MEDIS		
RS BHAYANGKARA LUMAJANG	NO DOKUMEN	NO REVISI
		HALAMAN 2 / 2
	7. Isi data pada lembar resume surat kematian/ kiamat/ surat/ yang lain, lalu serahkan pada dokter yang merawat untuk ditanda tangani. 8. Hubungi segera pasien/wali apabila surat keterangan medis sudah selesai di isi oleh dokter. 9. Pengambilan surat keterangan medis menyertakan fotokopi KTP walipihak ketiga (jika diwakilkan) dan fotokopi KTP Pasien yang bersangkutan @ 1 lembar.	
UNIT TERKAIT	Unit Rekam Medis	

Gambar 1 Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelepasan Informasi Rekam Medis Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang.

Berdasarkan Gambar 1 dijelaskan bahwa pada Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelepasan Informasi Rekam Medis Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang tidak terdapat alur/prosedur yang menjelaskan bahwa permintaan surat keterangan medis diharuskan izin kepada kepala pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Hal ini bertentangan dengan hal pembukaan rahasia kedokteran dipertegas kembali dalam Menkes (2008) BAB IV pasal 10 Ayat (3) Permintaan rekam medis harus dilakukan secara tertulis kepada pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Pelepasan informasi rekam medis haruslah sepengetahuan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan, sesuai dengan Menkes (2008) Bab V Pasal 14 yang menyebutkan bahwa Pimpinan sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab atas hilang, rusak, pemalsuan dan/atau penggunaan oleh orang atau badan yang tidak berhak terhadap rekam medis.

c. Dokter

Perilaku dokter yang menghambat yaitu tidak meminta berkas rekam medis asli kepada petugas rekam medis pada saat akan melakukan autentikasi *resume* medis pasien

dan sertifikat kematian pasien. Hal ini bertujuan untuk melakukan *verifikasi* terhadap kebenaran isi data pada rekam medis ketikan terhadap rekam medis asli. Prastiwi (2014) menegaskan dalam jurnalnya bahwa peran dokter dalam melakukan pelepasan informasi rekam medis yaitu memeriksa salinan atau mengisi surat keterangan dokter.

3. Mengidentifikasi keahlian (*expertise*) petugas kesehatan yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis

a. Petugas pendaftaran dan Dokter

Petugas pendaftaran dan dokter tidak dapat menjelaskan pihak-pihak yang terlibat dalam proses permintaan surat keterangan medis kepada pasien atau pihakkeluarga yang bersangkutan. Hal ini dikarenakan standar operasional prosedur (SOP) tentang pelepasan informasi rekam medis tidak di sosialisasikan selain itu juga tidak terdapat bagan alur/prosedur pelepasan informasi rekam medis.

Hal serupa ditegaskan oleh Elyasari (2015) bahwa faktor penyebab terjadinya pelepasan informasi rekam medis yang tidak sesuai yaitu kurangnya sosialisasi Standar Operasional Prosedur (SOP) pelepasan informasi medis dan alur pelepasan informasi medis tidak dipasang di *white board* dekat petugas pelepasan informasi medis.

b. Petugas rekam medis

Petugas rekam medis memiliki keahlian

(*expertise*) yang tidak menghambat proses pelepasan informasi rekam medis kepada pasien (pihak ketiga) dikarenakan petugas rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai dengan *job specification* dan sudah sesuai dengan SOP yaitu berlatar pendidikan D4 Rekam medis. Petugas rekam medis memiliki keahlian yang sudah sesuai dengan SOP yaitu mampu menjelaskan alur/ *prosedure* pelepasan informasi rekam medis, mampu melakukan proses pelepasan informasi rekam medis kepada pihak ketiga sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP).

Faida (2016) menjelaskan bahwa petugas yang melakukan isian pada formulir asuransi adalah petugas rekam medis menggunakan pensil kemudian melakukan konsultasi dan meminta tanda tangan dari dokter yang merawat (bertanggungjawab) pada pasien, kecuali untuk dokter spesialis ginekologi karena tulisan diagnosa dan pemeriksaan yang sulit dibaca sehingga dokter sendiri yang mengisikan diagnosa, pemeriksaan dan terapi serta obat.

4. Mengidentifikasi kondisi lingkungan (*ambient condition*) yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis

a. Kondisi lingkungan (*ambient condition*) ruang pendaftaran

Berdasarkan hasil observasi di ruang pendaftaran Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang tidak terdapat sekat pembatas antara

petugas dengan pasien. Hal ini akan membahayakan kesehatan petugas apabila terdapat penyakit pasien yang dapat menular, maka petugas akan terpapar penyakit dari pasien. Hal ini akan menghambat pelayanan kepada pasien misalnya dalam hal pelepasan informasi kepada pasien, karena petugas pendaftaran tidak dapat maksimal dalam memberikan informasi kepada pasien dikarenakan kondisi petugas yang tidak sehat. Menurut Hanifati (2013) loket pendaftaran yang terbuka atau tanpa sekat sering membuat petugas tidak nyaman dalam melakukan pelayanan kepada pasien dan berisiko juga pada penularan penyakit yang dibawa oleh pasien.

b. Kondisi lingkungan (*ambient condition*) ruang rekam medis

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas rekam medis, tidak adanya sistem informasi yang membantu pelepasan informasi, dikarenakan belum terdapat pengadaan/ pembuatan sistem informasi khusus pelepasan informasi kepada pihak ketiga. Hal ini dapat menyebabkan proses pembuatan surat keterangan medis menjadi lama dan menambah beban kerja petugas rekam medis. Selain itu, terdapat risiko untuk melakukan kesalahan *editing* baik kesalahan identitas maupun informasi medis yang akan diketik.

Azis and Tarwoto (2017) menjelaskan bahwa aplikasi pelayanan surat kelahiran dan kematian merupakan sistem yang dibuat untuk mengolah, mendokumentasikan data-data

kelahiran dan kematian masyarakat, serta memberikan kemudahan bagi admin dalam pencetakan dan pendokumentasian surat kelahiran dan kematian.

5. Mengidentifikasi desain (*design*) atau tata letak ruang rekam medis yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis

a. Desain (*design*) atau tata letak ruang pendaftaran

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pendaftaran, bahwa letak ruang pendaftaran dengan ruang rekam medis masih belum bisa dijangkau dengan mudah oleh pasien. hal ini disebabkan karena letak ruang rekam medis berada di lantai 1 dan ruang rekam medis berada di lantai 2. Pasien mendapat informasi pertama mengenai permintaan surat keterangan medis yaitu berasal dari petugas pendaftaran, kemudian untuk meminta surat keterangan medis pasien harus ke ruang rekam medis yang letaknya jauh dari ruang pendaftaran.

Hikmah et al (2016) mengungkapkan bahwa ruang rekam medis dengan ruang pendaftaran di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo cukup jauh. Ruang rekam medis sentral berada di lantai dua dan ruang pendaftaran berada di lantai satu. Hal ini dapat mengakibatkan terhambatnya pendistribusian berkas rekam medis ke poli yang letaknya di lantai satu.

b. Desain (*design*) atau tata letak ruang

rekam medis

Kondisi yang dapat menghambat pelepasan informasi rekam medis yaitu luas ruang rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang yaitu 9m x 10m. Berdasarkan wawancara dan observasi di ruang rekam medis, untuk ruang penyimpanan (*filing*) dengan ruang administrasi menjadi satu tempat yang sama yaitu dalam satu ruangan unit rekam medis. Hal tersebut bertentangan dengan standar dari KARS bahwa antara ruang administrasi dengan ruang *filing* harus terpisah, dikarenakan untuk menjaga kerahasiaan berkas rekam medis di ruang *filing* dari pengguna yang tidak berhak. Sehingga untuk melakukan proses pelepasan informasi dilakukan di satu tempat dengan ruang *filing*. Hal ini menyebabkan kurang terjamin keamanan dan kerahasiaan rekam medis pasien.

Dinia and Nudji (2017) penyelenggaraan ruang kerja rekam medis dan ruang penyimpanan berkas rekam medis harus terpisah. Ruang kerja dan ruang penyimpanan terpisah dengan adanya sekat atau pembatas maupun terpisah di tempat atau ruang yang berbeda. Ruang penyimpanan arsip atau rekam medis sebaiknya terpisah dari ruangan kantor lain untuk menjaga keamanan dari arsip-arsip tersebut. Hal itu dilakukan karena arsip-arsip tersebut bersifat rahasia, menghindari petugas atau pegawai lain memasuki ruangan dan menghindari pencurian dari arsip/ rekam medis.

6. Faktor sosial (*social factor*) yang

menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis kepada pihak ketiga (pasien) di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas pendaftaran dan petugas rekam medis di antara petugas rekam medis, petugas pendaftaran dan tenaga kesehatan yaitu saling mengenal antar petugas, saling membantu dan saling koordinasi antar petugas dalam melakukan proses pelepasan informasi rekam medis. Gultom and Anggraini (2018) menegaskan pada jurnalnya adapun pihak-pihak yang terlibat dalam proses pelepasan informasi medis pasien Rumah Sakit Mitra Medika Medan adalah Diklat, Sub Bag Rekam Medis, Dokter/Tenaga Medis dan petugas ruangan.

7. Faktor waktu tunggu (*waiting time*) yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis kepada pihak ketiga (pasien)

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien waktu tunggu pasien dalam proses permintaan surat keterangan medis yaitu rata-rata 1 minggu. Pasien juga pernah lama menunggu proses pembuatan surat keterangan medis (*resume medis*). Hal ini disebabkan karena dokter yang merawat pasien tidak berada di tempat, sehingga menunggu kehadiran dokter. Kemudian, petugas tidak memberikan informasi tentang lamanya waktu pemrosesan

pembuatan surat keterangan medis (*resume medis*), dikarenakan petugas rekam medis tidak mengetahui jadwal pasti dokter yang merawat pasien, dikarenakan dokter di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang merupakan dokter mitra. menegaskan pada jurnalnya bahwa faktor yang menghambat proses pelepasan informasi medis kepada pihak ketiga di RSUD Dr. Darsono adalah waktu pengambilan yang membutuhkan waktu 7 hari.

8. Faktor bukti fisik (*tangibles*) yang menghambat pelaksanaan pelepasan informasi rekam medis kepada pihak ketiga (pasien)

Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang memiliki SOP pelayanan surat keterangan medis. Namun, dalam implementasinya standar operasional prosedur (SOP) tersebut tidak disosialisasikan kepada pihak-pihak yang terlibat dalam proses pelepasan informasi rekam medis. Sehingga, dengan demikian terkadang pihak-pihak yang bersangkutan misalnya pasien selaku pemohon surat keterangan medis tidak mengetahui standar operasional prosedur (SOP) pelepasan informasi rekam medis. Selain itu tidak terdapat bagan/ alur pelepasan informasi kepada pihak ketiga, sehingga pasien selaku pemohon surat keterangan medis tidak mengetahui alur/ prosedur pelepasan informasi rekam medis.

Hal serupa ditegaskan oleh Sari et al (2018) bahwa faktor penyebab terjadinya pelepasan informasi rekam medis yang tidak

sesuai yaitu kurangnya sosialisasi Standar Operasional Prosedur (SOP) pelepasan informasi medis dan alur pelepasan informasi medis tidak dipasang di *white board* dekat petugas pelepasan informasi medis.

9. Faktor valensi (*valence*) pasien tentang pelepasan informasi rekam medis kepada pihak ketiga (pasien) di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien mengenai faktor valensi (persepsi) pasien yang dapat menghambat proses pelepasan informasi rekam medis bahwa implementasi pelepasan informasi rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang tidak sesuai dengan harapan atau persepsi pasien. Hal ini dikarenakan pembuatan surat keterangan medis membutuhkan waktu yang lama yaitu sekitar 7, sedangkan pasien sangat membutuhkan surat keterangan medis untuk kebutuhan klaim asuransi khususnya asuransi swasta. Hal tersebut juga dijelaskan oleh Astuti (2015) bahwa faktor yang menghambat proses pelepasan informasi medis kepada pihak ketiga di RSUD Dr.Darsono adalah waktu pengambilan yang membutuhkan waktu 7 hari.

10. Faktor penghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga (pasien) di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang

Faktor penghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga (pasien) di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang berdasarkan dimensi

mutu yaitu ditinjau dari kualitas interaksi, kualitas lingkungan dan kualitas hasil. Berdasarkan hasil *brainstorming* dengan petugas kesehatan, bahwa dokter penanggungjawab pasien (DPJP) merupakan dokter mitra, selain itu jadwal dokter yang tidak sama dengan petugas dapat mempersulit petugas pada saat meminta autentikasi pada surat keterangan medis dan dokter sedang tidak berada di rumah sakit. Oleh sebab itu, proses autentikasi pada surat keterangan medis menunggu kehadiran dokter yang merawat pasien tersebut (DPJP).

Masturoh (2019) menegaskan pada jurnalnya bahwa pelepasan visum terkadang mengalami keterlambatan dikarenakan dokter spesialis atau ahli tidak ada di tempat, sehingga dokter jaga/dokter umum yang menggantikannya. Pembuatan surat keterangan visum oleh bagian administrasi visum harus menunggu hasil dari verifikasi dokter yang memeriksa.

Berdasarkan hasil *brainstorming* mengenai kondisi lingkungan yang menghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga, bahwa di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang di bagian unit rekam medis ruang penyimpanan dokumen rekam medis dengan ruang administrasi menjadi satu tempat yang sama. Sehingga dalam proses pelepasan informasi juga dilakukan ditempat yang sama dengan penyimpanan dokumen rekam medis. Sesuai dengan standar KARS bahwa ruang penyimpanan rekam medis dan ruang

administrasi seharusnya dipisah untuk menjaga kerahasiaan dokumen rekam medis pasien.

Menurut Dinia and Nudji (2017) yang mengutip hasil penelitian Wursanto (1991) penyelenggaraan ruang kerja rekam medis dan ruang penyimpanan berkas rekam medis harus terpisah. Ruang kerja dan ruang penyimpanan terpisah dengan adanya sekat atau pembatas maupun terpisah di tempat atau ruang yang berbeda. Ruang penyimpanan arsip atau rekam medis sebaiknya terpisah dari ruangan kantor lain untuk menjaga keamanan dari arsip-arsip tersebut.

Berdasarkan hasil *brainstorming* dengan petugas mengenai kualitas hasil yang menghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga ditinjau dari waktu tunggu, bukti fisik dan valensi. Bahwa yang menghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga yaitu waktu tunggu permintaan *autentikasi* dari dokter penanggung jawab (DPJP) pasien yang lama yaitu dengan rata-rata waktu 7 hari. Sehingga hal tersebut tidak sesuai dengan harapan pasien karena waktu tunggu pemrosesan lama. Selain itu tidak adanya sosialisasi SOP mengenai pelepasan informasi kepada pihak ketiga kepada seluruh pihak yang berkaitan dengan pelepasan informasi berupa bagan alur atau prosedur pelepasan informasi.

Elyasari et al (2017) menegaskan bahwa faktor penyebab terjadinya pelepasan informasi rekam medis yang tidak sesuai yaitu kurangnya sosialisasi Standar Operasional Prosedur (SOP) pelepasan informasi medis dan alur pelepasan

informasi medis tidak dipasang di *white board* dekat petugas pelepasan informasi medis. Astuti menegaskan pada jurnalnya bahwa faktor yang menghambat proses pelepasan informasi medis kepada pihak ketiga di RSUD Dr.Darsono adalah waktu pengambilan yang membutuhkan waktu 7 hari.

11. Menyusun upaya rekomendasi pemecahan penghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga (pasien) di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang

Berdasarkan hasil *brainstorming* dengan petugas kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang upaya rekomendasi perbaikan untuk meminimalisir faktor penghambat pelepasan informasi rekam medis kepada pihak ketiga yaitu harus mempunyai dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang tetap. Dikarenakan dengan memiliki dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang tetap, akan mempermudah petugas rekam medis untuk meminta autentikasi pada surat keterangan medis, agar dalam pelaksanaan proses pelepasan informasi kepada pihak ketiga dapat dilakukan dengan waktu yang relatif cepat.

Kemenkes RI (2010) pada ayat (2) menegaskan pada pelayanan medik dasar minimal harus ada 9 (sembilan) orang dokter umum dan 2 (dua) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap. Ayat (3) menjelaskan bahwa pada pelayanan medik spesialis dasar harus ada

masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda. Ayat (4) menjelaskan bahwa pada setiap pelayanan spesialis penunjang medik masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter spesialis setiap pelayanan dengan 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.

Berdasarkan hasil *brainstorming* dengan petugas upaya rekomendasi yang diusulkan untuk mengurangi penghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga yaitu menyediakan ruangan khusus untuk pelepasan informasi. Hal ini berguna untuk berkaitan dengan keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis. Menurut Kemenkes RI (2010) Bab II pasal 16 menjelaskan bahwa bangunan rumah sakit terdiri atas: ruang rawat jalan, ruang rawat inap, ruang gawat darurat, ruang operasi, ruang perawatan intensif, ruang kebidanan dan penyakit kandungan, ruang rehabilitasi medik, ruang radiologi, ruang laboratorium, bank darah rumah sakit, ruang sterilisasi, ruang farmasi, ruang rekam medis, ruang tenaga kesehatan, ruang pendidikan dan latihan, ruang kantor dan administrasi ruang ibadah, ruang tunggu, ruang penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit, ruang menyusui, ruang mekanik, ruang dapur dan gizi, laundry, kamar jenazah, taman, pengelolaan sampah, pelataran parkir yang mencukupi.

Berdasarkan hasil *brainstorming*

dengan petugas di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang untuk upaya rekomendasi yang diusulkan yaitu adanya sistem informasi khusus pelepasan informasi. Sistem informasi tersebut memuat tentang pembuatan surat keterangan medis yaitu resume medis, sertifikat kematian dan surat keterangan bebas narkoba (SKBN). Dengan adanya sistem informasi akan mempermudah petugas dalam melakukan *input* data untuk keperluan pembuatan surat keterangan medis, sehingga akan meminimalisir kesalahan dalam pembuatan surat keterangan medis. Aziz and Tarwoto (2017) menjelaskan bahwa aplikasi pelayanan surat kelahiran dan kematian merupakan sistem yang dibuat untuk mengolah, mendokumentasikan data-data kelahiran dan kematian masyarakat, serta memberikan kemudahan bagi admin dalam pencetakan dan pendokumentasian surat kelahiran dan kematian.

PENUTUP

Berdasarkan hasil dan pembahasan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa faktor penghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga (pasien) yaitu dokter tidak sedang berada di tempat sehingga untuk permintaan autentikasi pada surat keterangan medis menunggu kehadiran dokter, ruang penyimpanan (*filig*) dan ruang administrasi rekam medis menjadi satu tempat yang sama sehingga keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis kurang terjamin, dan tidak sesuai harapan pasien karena waktu tunggu pemrosesan surat

keterangan medis lama. Upaya rekomendasi terhadap penghambat pelepasan informasi kepada pihak ketiga (pasien) yaitu perekrutan dokter DPJP yang tetap, adanya ruangan administrasi rekam medis khususnya untuk pelepasan informasi yang telah diterapkan di rumah sakit, dan perancangan sistem *reminder* bagi dokter yang belum menandatangani surat keterangan pasien. Saran sebaiknya pada unit rekam medis terdapat buku ekspedisi pelepasan informasi sebagai serah terima dengan pasien atau pihak ketiga yang telah meminta surat keterangan medis, sehingga mempermudah petugas dalam melakukan pelaporan kepada kepala rekam medis dan kepala rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Azis, A., & Tarwoto. (2017). Aplikasi Pelayanan Surat Kelahiran & Kematian Desa Kemiri Kec. Sumpiuh Kab. Banyumas (Application of Birth Letter & Death in Kemiri, Sumpiuh, Banyumas). *JUITA (Jurnal Informatika)*, 5(1), 7–13.
- Dinia, M. R., and Nudji, B. (2017). Perancangan Ulang Tata Letak Ruang Unit Rekam Medis Dalam Peningkatan Produktivitas Kerja Perekam Medis Di Rumah Sakit Paru Surabaya. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, 3(1) : 39-48. <https://jurnal.stikes-yrsds.ac.id/index.php/JMK/article/view/78>
- Elyasari, N., Rosita, A., and Dharmastuti, A. (2017). *Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Pelepasan Informasi Medis Yang Tidak Sesuai Dengan Standard Operating Procedure (Sop) Di Rumah Sakit Muhammadiyah Ponorogo*, 2-Trik: *Tunas-Tunas Riset Kesehatan*. Retrieved April 20, 2022, from <http://2trik.jurnalelektronik.com/index.php/2trik/article/view/2trik7309/7309>
- Faida, E. W. (2016). Evaluasi Prosedur Pelepasan Informasi Medis Dalam Menjamin Aspek Hukum Kerahasiaan Rekam Medis Di Rumah Sakit Onkologi Surabaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(1), 46–51. <https://doi.org/10.33560/v4i2.131>
- Gultom, S. P., & Anggraini, S. (2018). Pelepasan Informasi Rekam Medis Kepada Pihak Ketiga Di Rumah Sakit Mitra Medika. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 3(1), 425–430. <https://doi.org/10.52943/JIPIKI.V3I1.58>
- Hanifati, A.. (2013). *Tinjauan Keergonomisan Locket Pendaftaran Di Rumah Sakit Islam Kendal*. Retrieved from : http://eprints.dinus.ac.id/7902/1/jurnal_13001.pdf
- Hikmah, F., Nuraini, N., Dewi, Z.I. (2016). Desain Tata Ruang Unit Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdoer Rahem Situbondo Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan*, 4(2), 69–82. <https://adoc.pub/desain-tata-ruang-unit-rekam-medis-di-rumah-sakit-umum-daera.html>
- Istikomah, F. A., Erawantini, F., & Putra, D. S. H. (2020). Tinjauan Pelepasan Informasi Rekam Medis Berdasarkan Aspek Hukum Keamanan dan Kerahasiaan Rekam Medis untuk Pendidikan di RSUD Sleman. *J- REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 393–399. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2169>
- Kemenkes RI. (2010). *Klasifikasi Rumah Sakit*. 116. Retrieved from : <https://123dok.com/document/y6j7j25q-peraturan-menteri-kesehatan-nomor-klasifikasi-rumah-sakit.html>
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2018). *Instrumen-Survei-SNARS-ed-1-Tahun-2018-1.pdf* (pp. 1–222). Retrieved from : <http://www.pormiki-dki.org/2016-04-20-03-11-28/daftar-buku-kumpulan-peraturan/84-standar-nasional-akreditasi-rs-snars-ed-1-tahun-2017>

- Masturoh, I. (2019). Studi Kasus Tinjauan Pelaksanaan Pelepasan Informasi Medis Untuk Keperluan Visum Et Repertum Di Rs Singaparna Medika Citrautama. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 136. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.234>
- Menteri Kesehatan. (2008). PERMENKES RI 269/MENKES/PER/III/2008. In *Permenkes Ri No 269/Menkes/Per/Iii/2008* (Vol. 2008, p. 7). Retrieved from : <https://www.regulasip.id/book/4974/read>
- Murbarani, F., and Supriyanto, S. (2014). Analisis Kualitas Pelayanan Menurut Brady And Cronin Di Poli Anak. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2(1) : 22-31. <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jaki2457d0c303full.pdf>
- Pramaisihela, P. D. and Istiono, W. 2017. *Tinjauan Pelaksanaan Pelepasan Informasi Medis Untuk Keperluan Pembuatan Visum Et Repertum Di Instalasi Rekam Medis Rsud Kabupaten Indramayu*. Retrieved April 2, 2022, from <http://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/111207>
- Prastiwi, A. S. (2014). *Sehubungan Dengan Klaim Asuransi Bpjs Di Rs Bhakti Wira Tamtama Semarang Tahun 2014 Karya Tulis Ilmiah Oleh : Amelia Setyo Prastiwi*. Retrieved from : <https://docplayer.info/55165605-Aspek-hukum-pelepasan-informasi-medis-pasien-sehubungan-dengan-klaim-asuransi-bpjs-di-rs-bhakti-wira-tamtama-semarang-tahun-2014-karya-tulis-ilmiah.html>
- Sari, D. N., Sureni, I., & Rosita, A. (2018). Tinjauan Prosedur Pelepasan Informasi Rekam Medis Untuk Keperluan Klaim Bpjs Di Rsu Darmayu Ponorogo. *GLOBAL HEALTH SCIENCE*, 3(3), 175–180.
- Ulfa, H. M., & na, A. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelayanan Petugas Pendaftaran Rawat Jalan Terhadap Pelayanan Prima Di Rumah Sakit Umum Daerah Petala Bumi Provinsi Riau tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 4(2). <https://doi.org/10.33560/V4I2.140>

EVALUASI SISTEM PENDAFTARAN BERBASIS *WEBSITE* PADA PASIEN RAWAT JALAN DI RSUD Dr. SOEROTO NGAWI DENGAN METODE TAM

Rizky Aprilia Rochmawati¹⁾, A.A.I Citra Dewiyani¹⁾, Nurhadi²⁾, Rizki Fadila¹⁾

¹⁾Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

²⁾RSUD Kabupaten Kediri

E – Mail: rizkyaprilialia089@gmail.com

WEBSITE-BASED REGISTRATION SYSTEM EVALUATION OF OUTPATIENT PATIENTS AT Dr. SOEROTO NGAWI HOSPITAL WITH TAM METHOD

ABSTRACT

Background: In 2022, Dr. Soeroto Ngawi Regional General Hospital used website-based online outpatient registration. Since the implementation of the registration system, there has never been an official evaluation of this system, besides that observation by researchers there are still several problems that occur in the use of a website-based registration system. This study aims to evaluate its use by looking at perceptions of usefulness and ease of use using the TAM (Technology Acceptance Model) method.

Subjects and Method: This type of research is quantitative analytic with a cross-sectional approach.

Results: The results of data analysis on the perceived usefulness in the use of website-based registration at Dr. Soeroto Ngawi Regional General Hospital show that respondents agree that online registration at Dr. Soeroto Ngawi Regional General Hospital can be used effectively by outpatients. As for the perception of ease (Perceived Ease of use) of the 5 indicators, 2 of them disagree and 3 of them agree that online registration at the Dr. Soeroto Ngawi Regional General Hospital can be used easily by outpatients.

Conclusion: From the correlation test results, it can be concluded that perceived usefulness and ease of use affect user acceptance of the website-based outpatient registration system at Dr. Soeroto Ngawi Regional General Hospital.

Keywords: Keywords: TAM, Evaluation, Registration, Website, Perceived

ABSTRAK

Latar Belakang: Tahun 2022 Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi telah menggunakan pendaftaran *online* berbasis *website* untuk pasien rawat jalan. Sejak diterapkannya sistem pendaftaran tersebut belum pernah melakukan evaluasi secara resmi terhadap sistem ini, selain itu dari pengamatan oleh peneliti masih ada beberapa permasalahan yang terjadi dalam penggunaan sistem pendaftaran berbasis *website*. Tujuan dari penelitian ini adalah mengevaluasi penggunaan pendaftaran rawat jalan berbasis *website* dengan melihat persepsi kemanfaatan dan kemudahan penggunaan menggunakan metode TAM (*Technology Acceptance Model*).

Subjek dan Metode: Jenis penelitian ini adalah analitik kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan analisis data menggunakan uji normalitas, uji linieritas, dan uji korelasi dengan bantuan SPSS IBM 20.

Hasil: Hasil analisis data terhadap persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*) pada penggunaan pendaftaran berbasis *website* di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi menunjukkan bahwa responden setuju sehingga pendaftaran online di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi sudah dapat dimanfaatkan dengan efektif oleh pasien rawat jalan. Sedangkan untuk persepsi kemudahan (*Perceived Ease of use*) dari 5 indikator 2 diantaranya kurang setuju dan 3 diantaranya setuju sehingga pendaftaran online di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi sudah dapat digunakan dengan mudah oleh pasien rawat jalan.

Kesimpulan: Persepsi kemanfaatan dan persepsi kemudahan berpengaruh terhadap penerimaan pengguna pada sistem pendaftaran rawat jalan berbasis *website* di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi.

Kata kunci: TAM, Evaluasi, Pendaftaran, *Website*, Persepsi

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah sebuah pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang terdiri atas pelayanan gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap guna untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Secara umum pembagian rumah sakit berdasarkan pelayanan dan fasilitas ada 4 tipe yaitu : rumah sakit tipe A, rumah sakit tipe B, rumah sakit tipe C, rumah sakit tipe D. (Kemenkes RI, 2010). Menurut Permenkes RI No. 1204 tahun 2004 Rumah sakit merupakan sebuah institusi dalam bidang kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan, serta menjadi tempat berkumpul orang sehat maupun orang sakit, serta dapat memungkinkan menjadi tempat penularan penyakit dan gangguan kesehatan (dr. Dhian Kartikasari, 2019). Dari pengertian diatas diketahui bahwa rumah sakit merupakan sebuah pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kesejahteraan kesehatan masyarakat secara paripurna dan menyeluruh. Sebelum melakukan pelayanan, pihak rumah sakit akan melakukan proses administrasi pendaftaran dengan cara

mendata identitas pasien serta menanyakan maksud dan tujuan datang ke rumah sakit .

Pendaftaran merupakan langkah awal pasien dalam suatu pelayanan. Pendaftaran pasien merupakan kegiatan pendataan yang dilakukan oleh petugas untuk menyimpan data pasien yang akan mendapatkan pelayanan medis dan berobat di suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Proses pendaftaran berawal dari pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan menyerahkan identitas, lalu petugas akan mendata pasien tersebut ke data base fasilitas pelayanan kesehatan.

Di zaman sekarang teknologi berkembang begitu pesat, sehingga dapat digunakan disemua bidang pekerjaan, salah satunya dibidang kesehatan yakni oleh pelayanan kesehatan. Teknologi tersebut digunakan untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, serta peningkatan mutu pelayanan yang ada di rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan untuk melihat efektivitas pendaftaran *online* diantaranya : penggunaan SIM RSUD

Kajen menggunakan metode TAM menunjukkan norma subjektif berpengaruh langsung dan signifikan terhadap niat menggunakan SIM RSUD Kajen ($T=3,275$), kepercayaan diri responden berpengaruh secara langsung dan signifikan terhadap persepsi kemudahan penggunaan SIM RSUD Kajen ($T=7,857$), persepsi responden terkait kemudahan penggunaan SIM RSUD Kajen berpengaruh secara langsung dan signifikan terhadap persepsi responden terkait manfaat SIM RSUD Kajen ($T=3,227$) dan niat menggunakan SIM RSUD Kajen ($T=2,034$). (Sevtiyani et al., 2018). Penelitian selanjutnya penerimaan pasien terhadap sistem pendaftaran *online* menggunakan *Technology Acceptance Model* di RSUP Fatmawati adalah faktor *Perceived Ease of use* (persepsi kemudahan penggunaan), *Behavioral Intention to Use* (niat perilaku). Faktor yang paling berpengaruh terhadap penerimaan pasien pada sistem pendaftaran *online* adalah faktor *Behavioral Intention to Use*/niat perilaku (Beta 0,721). (Rumana et al., 2020), dari penelitian sebelumnya dapat disimpulkan bahwa penerapan sistem pendaftaran pasien berbasis *online* dapat diterima oleh pasien.

Pendaftaran *online* sudah diterapkan di sebagian besar rumah sakit salah satunya di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi. Berdasarkan data dari tahun 2021 diperoleh sebanyak 107.414 pasien rawat jalan telah melakukan pendaftaran di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi, mulai dari pasien baru

hingga pasien lama. Sistem pendaftaran rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi terdapat 2 cara yaitu pendaftaran *offline* secara manual dan pendaftaran *online* berbasis *website*. Pada awal tahun 2022 pendaftaran *online* berbasis *website* telah diberlakukan secara menyeluruh. Hal tersebut bertujuan agar masyarakat tidak perlu datang langsung ke rumah sakit untuk daftar, melainkan cukup menggunakan telepon seluler dan mengakses *website* yang telah disediakan. Implementasi pendaftaran berbasis *online*, diharapkan masyarakat merasa dimudahkan, nyaman dan praktis dalam melakukan pendaftarannya. Masyarakat akan mengisi identitas melalui *website*, jika masyarakat merupakan pasien peserta JKN (peserta penerima bantuan iuran dan peserta non penerima bantuan iuran) maka perlu memasukan nomor kartu JKN, nomor rujukan, tanggal kunjungan, kode poliklinik, dan nomor surat kontrol, sedangkan masyarakat yang bukan pasien peserta JKN (pasien umum) hanya perlu mengisi kode poliklinik dan tanggal kunjungan.

Berdasarkan data dari Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi pada tahun 2022 penggunaan sistem pendaftaran *online* dapat dilihat pada tabel 1 berikut ini :

Tabel 1. Penggunaan sistem pendaftaran *online* di RSUD dr. Soeroto Ngawi periode januari-juni 2022

No	Bulan	Jumlah pasien total	Jumlah pendaftar <i>online</i>	prosentase
1.	Januari	5.881	1.581	27 %
2.	Februari	7.419	3.534	48 %
3.	Maret	8.992	4.470	50 %
4.	April	8.252	4.411	53 %
5.	Mei	7.284	3.720	51%
6.	Juni	9.187	5.425	59%

Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa penggunaan sistem pendaftaran *online* berbasis *website* di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi termasuk terjadi perubahan cukup signifikan, namun dengan perubahan tersebut masih belum mencukupi target rumah sakit dalam pelayanan pendaftaran *online* berbasis *website* yaitu 100% *online* untuk pendaftaran rawat jalan.

Berdasarkan pengalaman peneliti saat praktek kerja lapangan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeroto Ngawi pelayanan pendaftaran *online* berbasis *website* tersebut masih mengalami berbagai permasalahan. Pertama, kurangnya sumber informasi untuk pasien yang akan menggunakan sistem pendaftaran rawat jalan secara *online*. Kedua, rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai pemberlakuan pendaftaran secara *online* pada pasien rawat jalan di rumah sakit tersebut. Ketiga, keterlambatan respon server, dan kesalahan pasien dalam mengisi format pendaftaran. Data tersebut didapat dari

wawancara yang telah dilakukan kepada 15 pasien, dengan 7 orang berpendapat bahwasanya kurangnya pengetahuan tentang pemberlakuan pendaftaran *online*, 2 orang berpendapat bahwa server yang lamban, dan 6 orang berpendapat bahwa kurangnya akan informasi format pengisian pendaftaran *online*.

Berdasarkan uraian permasalahan diatas, maka perlu dilakukan evaluasi terhadap sistem pendaftaran *online* berbasis *website* tersebut dengan menggunakan metode TAM. Metode TAM (*Technology Acceptance Model*) digunakan untuk mengevaluasi sebuah sistem yaitu dengan cara mengetahui respon dari *user* (pasien rawat jalan) terhadap kepuasan pelayanan yang diberikan oleh sebuah sistem pendaftaran, sehingga pihak rumah sakit dapat memperbaiki layanan sistem teknologi yang dimiliki menjadi lebih baik lagi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik kuantitatif dengan pendekatan potong lintang. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini 4754 pasien yang diambil dari rata-rata total kunjungan rawat jalan menggunakan sistem pendaftaran *online* berbasis *website* di RSUD dr. Soeroto Ngawi pada bulan Januari-November 2022. Sedangkan sampelnya sejumlah 98 orang yang dihitung berdasarkan rumus Slovin, yang diambil menggunakan teknik *purposive sampling*. Penelitian ini dilakukan di RSUD dr.

Soeroto Ngawi pada bulan Desember 2022 sampai dengan Januari 2023.

Variabel pada penelitian ini menggunakan variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebasnya adalah persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*) dan persepsi kemudahan (*Perceived Ease of use*). Sedangkan variabel terikatnya adalah penerimaan pengguna (*User Acceptance*).

Hipotesis yang digunakan pada penelitian ini adalah:

1. Ho: Tidak ada hubungan antara persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*) dengan penerimaan pengguna (*User Acceptance*)
Ha: Ada hubungan antara persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*) dengan penerimaan pengguna (*User Acceptance*)
2. Ho: Tidak ada hubungan antara kemudahan penggunaan (*Perceived Ease of use*) dengan penerimaan pengguna (*User Acceptance*)
Ha: Ada hubungan antara kemudahan penggunaan (*Perceived Ease of use*) dengan penerimaan pengguna (*User Acceptance*)

Dasar pengambilan keputusan dengan membandingkan p-value dengan nilai alpha. Ho ditolak jika p-value < alpha, dan Ho diterima jika p-value > alpha.

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden

Gambaran subyek penelitian meliputi karakteristik yang dimiliki oleh pengguna pendaftaran *online* berbasis *website* di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi yang menjadi responden penelitian. Karakteristik

responden meliputi jenis kelamin dan umur yang secara rinci dapat dilihat pada Tabel 4 berikut ini:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi, Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik	Jumlah
Jenis kelamin	
Laki-laki	37 (38%)
Perempuan	61 (62%)
Usia	
10-20 tahun	7 (7%)
21-30 tahun	25 (25%)
31-40 tahun	20 (20%)
41-50 tahun	23 (23%)
51-60 tahun	13 (13%)
61-70 tahun	7 (7%)
>71 tahun	5 (5%)

B. Persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*).

Persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*) merupakan suatu ukuran untuk penggunaan pendaftaran *online* berbasis *website* di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi dipercaya akan mendatangkan manfaat bagi para penggunanya. Penilaian *Perceived Usefulness* dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Penilaian Responden terhadap Variabel *Perceived Usefulness*.

No	Indikator	STS	TS	S	SS
1.	Efisiensi waktu pendaftaran rawat jalan	0	2	92	4
2.	Bermanfaat dalam pendaftaran rawat jalan	0	4	90	4
3.	Memberikan informasi dengan cepat	0	5	89	4
4.	Informasi lebih akurat	0	10	81	7

C. Persepsi kemudahan (*Perceived Ease of use*).

Persepsi kemudahan (*Perceived Ease of use*) merupakan persepsi tentang kemudahan penggunaan sebuah teknologi. *Perceived Ease of use* dalam penelitian ini didefinisikan sebagai suatu ukuran untuk pengguna pendaftaran *online* berbasis *website* di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi percaya bahwa pendaftaran *online* berbasis *website* mudah dipahami dan digunakan. Penilaian *Perceived Ease of use* dapat dilihat pada tabel 4

Tabel 4. Penilaian Responden terhadap Variabel

<i>Perceived Ease of use</i>		STS	T
Indikator			S
1. Mudah untuk digunakan		8	48
2. Mudah dipahami		4	48
3. Tidak ada kesulitan dalam pendaftaran rawat jalan		2	46
4. Mudah untuk memasukan data pendaftaran rawat jalan		0	47
5. Mudah diakses dimana saja		0	38

D. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji korelasi untuk melihat hubungan antara variabel bebas (*Perceived Usefulness* dan *Perceived Ease of use*) dengan variabel terikat (*User acceptance*).

Tabel 5. Hasil Uji Korelasi

Var. bebas	Var. terikat (<i>User acceptance</i>)	
	p-value	Kesimpulan
<i>Perceived Usefulness</i>	0,001	Ho ditolak
<i>Perceived Ease of use</i>	0,000	Ho ditolak

Berdasarkan tabel 5, didapatkan hasil p-value 0,001 sehingga dapat dikatakan bahwa ada

hubungan antara persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*) dengan penerimaan pengguna (*User Acceptance*). Selain itu, hasil penelitian juga menunjukkan p-value 0,000, sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara kemudahan penggunaan (*Perceived Ease of use*) dengan penerimaan pengguna (*User Acceptance*).

PEMBAHASAN

A. Persepsi kemanfaatan (*Perceived Usefulness*)

Persepsi kemanfaatan dapat diartikan

sebagai ukuran suatu teknologi bermanfaat bagi penggunanya (Saputra & Misfariyan, 2018). Ukuran suatu teknologi dapat dikatakan sebagai sudut pandang bahwa teknologi tersebut memberikan manfaat untuk penggunanya (Nurmalia & Wija, 2018). Menurut Huang et al persepsi kemanfaatan dapat menunjukkan keyakinan seseorang dalam menggunakan teknologi (Rijatullah et al., 2020).

Menurut peneliti dari hasil kuesioner yang disebar terkait 4 indikator dapat ditarik kesimpulan bahwa rata-rata pengguna sudah merasakan kemanfaatan namun dalam pelaksanaan pendaftaran rawat jalan berbasis *website* belum sepenuhnya dimanfaatkan oleh pengguna. Maka dengan itu Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi perlu melakukan sosialisasi dan edukasi terkait manfaat pendaftaran *online* yang diterapkan kepada pasien rawat jalan.

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti sejalan dengan penelitian yang berjudul Pengaruh Persepsi Kemudahan dan Persepsi Kemanfaatan Terhadap Penggunaan Sistem KKN Online Dengan Pendekatan TAM yang menyatakan bahwa sistem KKN Online UMB menunjukkan bahwa pengguna mendapat kemudahan dalam menggunakan sistem KKN Online UMB yaitu kemudahan dalam menggunakan susunan menu yang terdapat didalam sistem KKN Online UMB, sistem KKN Online yang mudah untuk dipelajari dan mudah diakses baik dari dalam dan diluar kampus dan di lokasi KKN (Handayani & Ade, 2019).

B. Persepsi kemudahan (*Perceived Ease of use*).

Persepsi Kemudahan (*Perceived Ease of use*) menurut Davis merupakan sebuah keyakinan terhadap kemudahan yaitu tingkat percaya pengguna terhadap teknologi tersebut dapat digunakan dengan mudah (Rodiah & Melati, 2020), kemudahan dapat diartikan tidak ada kesulitan dalam menggunakan teknologi (Yunita et al., 2021). Pendapat tersebut sejalan dengan kutipan dari Indarsin dan Ali, kemudahan penggunaan adalah tingkatan keyakinan individu memakai teknologi akan mengurangi aktivitas yang berlebih (Naufaldi & Tjokrosaputro, 2020)

Menurut peneliti dari hasil kuesioner yang disebar dapat ditarik kesimpulan dari 5 indikator, 2 diantaranya kurang setuju dan 3

diantara setuju, Maka Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi masih perlu melakukan upaya perbaikan agar pendaftaran berbasis *website* udah digunakan oleh semua penggunanya. Maka teknologi dan metode yang digunakan harus dapat diterima oleh semua pengguna

Hasil penelitian peneliti sejalan dengan penelitian yang ada yaitu penelitian yang berjudul Evaluasi Sistem Elektronik Rekam Medis di Rumah Sakit Primasatya Husada Citra Surabaya yang menyatakan bahwa Evaluasi ERM ditinjau dari aspek technology ialah kualitas layanan ERM telah memadai sesuai dengan kebutuhan pengguna. Namun, terdapat beberapa keluhan terkait kehandalan, keamanan sistem, dan kemampuan sistem dalam mengolah data. (Widyastuti et al., 2020),

C. Analisis Bivariat

Dari hasil uji bivariat yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan bahwa persepsi kemanfaatan dan persepsi kemudahan mempunyai pengaruh karena semakin ditingkatkan kemanfaatan maupun kemudahan semakin meningkat juga penerimaan pengguna dalam menggunakan pendaftaran berbasis *website* yang digunakan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi.

PENUTUP

Berdasarkan analisis data dapat disimpulkan bahwa pendaftaran online di Rumah Sakit Umum

Daerah Dr. Soeroto Ngawi sudah dapat dimanfaatkan dengan efektif oleh pasien rawat jalan. dan sudah dapat digunakan dengan mudah oleh pasien rawat jalan. Uji korelasi menunjukkan persepsi kemanfaatan dan persepsi kemudahan berhubungan dengan penerimaan pengguna pada sistem pendaftaran rawat jalan berbasis *website* di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soeroto Ngawi.

DAFTAR PUSTAKA

- dr. Dhian Kartikasari, S. K. (2019). Penulis: dr. Dhian Kartikasari, S. Ked. <http://fik.um.ac.id/wp-content/uploads/2020/10/3.-ADMINISTRASI-RUMAH-SAKIT.pdf>
- Handayani, S., & Ade, S. S. (2019). Pembahasan (PEU 1). Jurnal Universitas Muhammadiyah Bengkulu, 2, 53–58.
- Kemendes RI. (2010). Klasifikasi Rumah Sakit. 116.
- Naufaldi, I., & Tjokrosaputro, M. (2020). Pengaruh Perceived Ease Of Use, Perceived Usefulness, dan Trust terhadap Intention To Use. *Jurnal Manajerial Dan Kewirausahaan*, 2(3), 715. <https://doi.org/10.24912/jmk.v2i3.9584>
- Nurmalia, V. D., & Wija, L. E. (2018). Pengaruh Persepsi Kemudahan Dan Persepsi Kemanfaatan Terhadap Minat Beli Secara Online. *Jurnal Riset Manajemen dan Bisnis*, 13(1), 69. <https://doi.org/10.21460/jrmb.2018.131.305>
- Rijatullah, R., Suroso, A., & Rujito, L. (2020). 1597-2738-1-Sm. 22(2).
- Rodiah, S. R., & Melati, I. S. (2020). Pengaruh Kemudahan Penggunaan, Kemanfaatan, Risiko, dan Kepercayaan terhadap Minat Menggunakan E-wallet pada Generasi Milenial Kota Semarang. *Journal of Economic Education and Entrepreneurship*, 1(2), 66. <https://doi.org/10.31331/jeee.v1i2.1293>
- Rumana, N. A., Apzari, E. I., Dewi, D. R., Indawati, L., & Yulia, N. (2020). Penerimaan Pasien Terhadap Sistem Pendaftaran *Online* Menggunakan *TECHNOLOGY ACCEPTANCE MODEL* di RSUP Fatmawati. *Faktor Exacta*, 13(1), 44. <https://doi.org/10.30998/faktorexacta.v13i1.5611>
- Saputra, E., & Misfariyan. (2018). Analisis Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang Menggunakan Metode *Technology Acceptance Model* (Tam). *Jurnal Sains dan Teknologi Industri*, 10(2), 1–7.
- Sari, I. M. (2017). Teori Validitas dan Reabilitas. *Bahan Ajar Evaluasi Pendidikan*, 1–6.
- Sevtiyani, I., Sedyono, E., & Nugraheni, S. A. (2018). Analisis Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit menggunakan *technology acceptance model* di RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 6(1), 14–21. <https://doi.org/10.14710/jmki.6.1.2018.14-21>
- Bida Sari, SP, Ms. (2018). Korelasi , d e t e r m i n a s i d a n regresi sederhana.
- Widyastuti, H. N., Putra, D. S. H., & Ardianto, E. T. (2020). Evaluasi Sistem Elektronik Rekam Medis di Rumah Sakit Primasatya Husada Citra Surabaya. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 1(3), 241–246. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i3.2050>
- Yosepha, C. K. S. dan S. Y. (2020). Pengaruh Green Marketing Dan Brand Image Terhadap Keputusan Pembelian Produk The Body Shop Indonesia (Studi Kasus Pada Followers Account Twitter
- Yunita, I., Pitri, R., El-Khaeri Kesuma, M., Raden, U., & Lampung, I. (2021). N-JILS

Nusantara Journal of Information and Library Studies Evaluasi Repositori UIN Raden Intan Lampung dengan Pendekatan Technology Acceptance Model (TAM) Evaluation of Raden Intan Lampung State

Islamic University Repository with Technology Acceptance Model (TAM) Approach article info abstract. *Nusantara Journal of Information and Library Studies NJILS*, 4(1), 61–74

PELAKSANAAN PENCATATAN DAN PELAPORAN PIS-PK DI PUSKESMAS

Dewi Amalia¹⁾, Ida Sugiarti¹⁾

¹⁾Prodi D3 RMIK Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
E - mail : dewiamalia733@gmail.com

IMPLEMENTATION OF RECORDING AND REPORTING THE HEALTHY INDONESIA PROGRAM WITH THE FAMILY APPROACH (PIS-PK)

ABSTRACT

Background: With the support of the Indonesian Healthy Program with a Family Approach (PIS-PK), the Ministry of Health of the Republic of Indonesia supports the Healthy Living Society Movement (GERMAS). In terms of changing the pain paradigm into a healthy paradigm for improving standards of health, the PIS-PK program is relevant to the purposes of Indonesia's Healthy Mission.

Subjects and Method: Phenomenological methods are used in qualitative research. Puskesmas Ciawi created the study's location. Five important, important, and important informants participated in the research, that was done in February 2023. One PIS-PK coordinator of Puskesmas, a head for Puskesmas, a data input officer of Puskesmas, and a responsible PUS-PK of the Ministry of Health consisted of the informants. The aim of this research is to find out how the implementation of recording and reporting PIS-PK in Puskesmas Ciawi with a phenomenological approach.

Results: In Puskesmas Ciawi in 2018 and 2019, the Regulation of the Minister of Health No. 39 of 2016 on Guidelines for the Maintenance of the Indonesian Healthy Program with Family Approach (PIS-PK) came as a result. In Puskesmas is Ciawi, PIS-PK has been recorded manually and electronically. Reports are made once a month, and statements are submitted on the Family Health Profile (Prokesga) form. However, additional factors make its implementation less effective. The incapacity to quickly connect to the internet is one, as is a lack of facilities.

Conclusion: In Puskesmas Ciawi, the PIS-PK reporting and reporting is quite good. However, the central government still must give more attention to the region for the Indonesian Healthy Program with a Family Approach if it is a success.

Keywords: PIS-PK, Puskesmas, Recording, Reporting.

ABSTRAK

Latar Belakang: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mendukung Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Program PIS-PK sangat relevan dengan visi misi Indonesia Sehat, khususnya dalam mengubah paradigma sakit menjadi paradigma sehat untuk meningkatkan derajat kesehatan. Tujuan penelitian ini bertujuan untuk mengetahui

bagaimana gambaran pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PIS-PK di Puskesmas Ciawi dengan pendekatan fenomenologi

Subjek dan Metode: Penelitian kualitatif menggunakan metode fenomenologi digunakan. Penelitian tersebut dilakukan di Puskesmas Ciawi. Penelitian dilakukan pada bulan Februari 2023 dan melibatkan lima informan. Informan tersebut terdiri dari 1 koordinator PIS-PK di puskesmas, 1 kepala puskesmas, 1 petugas input data puskesmas, 1 penanggung jawab PIS-PK di Dinas Kesehatan, dan 1 petugas puskesmas yang bersedia diwawancarai.

Hasil: Peraturan Menteri Kesehatan No. 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) telah diterapkan di Puskesmas Ciawi pada tahun 2018 dan 2019. Di Puskesmas Ciawi, PIS-PK telah dicatat dan dilaporkan secara manual dan elektronik. Pendataan dilakukan melalui formulir Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga), dan laporan dilakukan sebulan sekali. Namun, beberapa faktor menyebabkan pelaksanaannya kurang efektif. Salah satunya adalah kesulitan mendapatkan internet, serta kurangnya sarana dan prasarana.

Kesimpulan Pencatatan dan pelaporan PIS-PK di Puskesmas Ciawi cukup baik. Namun, keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga masih membutuhkan perhatian lebih dari pemerintah pusat hingga daerah.

Kata kunci: PIS-PK, Puskesmas, Pencatatan, Pelaporan.

PENDAHULUAN

Lima tujuan Nawa Cita mencakup Program Indonesia Sehat, yang berupaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat Indonesia, dengan memberdayakan masyarakat dan berupaya meningkatkan kesehatan dan gizi masyarakat, keamanan finansial, serta pelayanan kesehatan yang merata. Pencapaian tujuan pembangunan nasional melalui penyusunan renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 (Apriyani, 2020).

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan pendekatan keluarga. Pendekatan ini menggabungkan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dengan sasaran keluarga. Data dari catatan kesehatan keluarga digunakan dalam strategi ini. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) didukung oleh Program Indonesia Sehat untuk Keluarga (PIS-PK) Kementerian Kesehatan

Republik Indonesia.) (Cahya Asri & Budiono, 2019).

Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (PMIK) ikut serta dalam proses pencatatan dan pelaporan selama pelaksanaan PIS-PK berlangsung. Pemanfaatan data hasil PIS-PK bisa digunakan untuk berbagai macam kebutuhan manajemen puskesmas, seperti salahsatunya untuk data perencanaan intervensi lanjut dari PIS-PK sendiri (Amalia, 2023).

Wilayah Puskesmas Ciawi berada di daerah Tasikmalaya Utara. Hasil Studi Pendahuluan menunjukkan bahwa Puskesmas Ciawi telah melaksanakan PIS-PK, yang meliputi pelaksanaan analisis awal Indeks Keluarga Sehat (IKS) pada tanggal 09 Januari 2023. Namun, karena keterbatasan pelatihan petugas, pelaksanaannya belum optimum. Di Puskesmas Ciawi, pencatatan dan pelaporan telah dilakukan. Aplikasi Keluarga Sehat (AKS) sudah digunakan

untuk mencatat pasien. Penggunaan AKS belum optimal, sistem sering mengalami gangguan dan jaringan yang lambat. Laporan indeks keluarga sehat (IKS) dapat tertunda karena penggunaan AKS yang kurang baik, yang berdampak pada target penyelesaian input data. Hal ini berdampak pada manajemen puskesmas dan perencanaan puskesmas.

Peneliti tertarik untuk melakukan studi tentang topik yang tercakup dalam deskripsi yang telah dipaparkan di atas mengenai pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PIS-PK di Puskesmas Ciawi tahun 2023.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi, wawancara mendalam digunakan dalam studi kualitatif ini untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PIS-PK di puskesmas. Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Ciawi Kabupaten Tasikmalaya. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Maret 2023. Pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara. Analisis data dengan analisis tematik.

HASIL PENELITIAN

- a. Regulasi yang digunakan dalam pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas Ciawi.
Tema 1: Regulasi yang digunakan Puskesmas Ciawi merujuk pada Peraturan

Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.

Regulasi yang digunakan di Puskesmas Ciawi dalam pelaksanaan PIS-PK merujuk pada Permenkes Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2017 tentang Pedoman Pendanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan keluarga.

“Untuk regulasinya ini merujuk pada Permenkes Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia sehat dengan Pendekatan Keluarga, yang kedua Permenkes 19 tahun 2017 tentang Pedoman Pendanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.” (I1)

- Mengenai Surat Keputusan (SK), informan mengatakan bahwasannya puskesmas sudah menerbitkan SK dengan Nomor 800/085/A/V/SK/2018 tentang Pembentukan Tim Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Ciawi. *“Karena merupakan program pemerintah, kita jabarkan ke tingkat puskesmas ke tingkat kecamatan, kemudian kita koordinasi dengan pihak kecamatan dan lintas sektoral untuk kegiatan tersebut. Termasuk nanti ada bagaimana kerangka acuan serta SOP-nya dan regulasinya pun ada” (I2)*
- b. Gambaran pelaksanaan pencatatan dan pelaporan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) melalui

Aplikasi Keluarga Sehat (AKS) di Puskesmas Ciawi

Tema 2: Pencatatan manual berupa pendataan ke keluarga sedangkan onlinenya berupa data input hasil pendataan ke aplikasi.

Pendataan PIS-PK manual merupakan pengisian formulir Profil Keluarga Sehat (Prokesga) yang dilaksanakan oleh petugas puskesmas yang turun langsung ke keluarga, sedangkan untuk pelaksanaan pendataan elektroniknya dilakukan oleh petugas khusus melalui aplikasi keluarga sehat yang dilaksanakan pada saat pendataan manual sudah selesai.

“Pencatatan dan pelaporan PIS-PK sudah terdapat petugas yang menginput di puskesmas, dan ada juga yang keluar. Jadi untuk petugas biasanya terdapat orang dari puskesmas dan dari kader begitu, kemudian nanti data sudah di kumpulkan akan di inputkan oleh saya, begitu mungkin untuk pencatatan dan pelaporannya. Jadi ada yang di buku yang manual, untuk penginputan di aplikasinya oleh saya.” (I3)

Tema 3: Pelaporan manual dan elektronik PIS-PK dilaporkan satu bulan sekali ke Dinas Kesehatan.

Pelaporan PIS-PK di Puskesmas Ciawi terdapat pelaporan manual serta elektroniknya. Pelaporan PIS-PK dilaporkan dalam jangka waktu satu bulan sekali.

“Untuk target pelaporan PIS-PK, pelaporannya hanya ini saja yaitu melaporkan sudah coverage atau belum. Artinya sudah di data atau belum semuanya, seperti itu. Pelaporan yang ke dinas itu laporan per bulannya..... Kalau manualnya hanya yang ke dinas hanya ini saja, berapa jumlah yang sudah di input, berapa jumlah

yang sudah di data untuk pelaporannya satu bulan sekali”

c. Kategori indeks keluarga sehat PIS-PK di Puskesmas Ciawi

Perhitungan untuk mendapatkan indeks keluarga sehat, dari 12 indikator Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Hasil wawancara yang dilakukan dengan beberapa informan mengatakan bahwasannya untuk hasil indeks keluarga sehat pada saat pelaksanaan PIS-PK pada tahun 2019-2020 hasilnya kurang baik.

“Kalau pencatatan kita kan online...jadi pendataan secara manual ke keluarga, kemudian hasil atau rekapannya langsung diinput ke dalam aplikasi PIS-PK, jadi hasilnya juga otomatis muncul, apakah kita IKS nya berapa-berapa nya ada di aplikasi PIS-PK itu, jadi bukan kita yang hitung secara manual. Untuk hasilnya kemarin memang kita kurang bagus, banyak yang sakit.” (I5)

d. Identifikasi hambatan dan kendala dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan keluarga

Tema 5: Sulitnya bertemu dengan sasaran

Beberapa hambatan dan kendala yang dialami oleh Puskesmas Ciawi dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PIS-PK, salah satunya yaitu keluarga yang tidak ada di rumah pada saat pendataan dilakukan oleh pihak puskesmas.

“saat pendataan berlangsung ke keluarga-keluarga, ternyata keluarganya tidak ada, hal tersebut menyebabkan kita harus kembali lagi.”(II)

Tema 6: Akses internet yang sulit

Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PIS-PK ini terkendala dalam jaringan internet yang cukup mengganggu, sehingga menghambat proses input yang akan dilaksanakan ke dalam aplikasi.

“secara elektronik kadang-kadang juga kita terhambat juga, kalau misalnya akan menggunakan aplikasi, sinyal di daerah juga etidak bagus yang akhirnya data dibawa ke puskesmas untuk di input, jadi baru bisa di inputnya disini.” (I2)

Tema 7: Sarana dan Prasarana yang terbatas

Hal lain yang menjadi kendala pun yaitu perangkat laptop/komputer yang kurang mendukung terhadap proses pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PIS-PK ini.

“.... Perangkat komputer laptop harus yang speknya mendukung ke aplikasi, karena kalau misalkan disatukan dengan contohnya yang di UKM disatukan dengan yang lain-lainnya akan jadi berat ,...”(I1)

Tema 8: Sumber Daya Manusia yang kurang dan tidak menetap

Faktor penghambat lainnya yaitu terdapat pada petugas administrator yang tidak menetap dan koordinator PIS-PK merangkap tugas sebagai administrator Aplikasi Keluarga Sehat.

“.... yaitu tidak menetapnya administrator dengan petugas. Administrator PIS-PK merangkap jadi koordinatorjuga, sehingga sekarang ibu merangkap jadi administrator, programmer perkesmas, jadi semuanya dipegang oleh saya”(I1)

PEMBAHASAN

a. Regulasi yang digunakan Puskesmas Ciawi merujuk pada Surat Keputusan Kepala Puskesmas

Regulasi yang digunakan oleh Puskesmas Ciawi merujuk pada beberapa regulasi diantaranya:

- 1) Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Ciawi Nomor: 800/085/A/V/SK/2018 Tentang Pembentukan Tim Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK);
- 2) Permenkes Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga;
- 3) Permenkes nomor 19 tahun 2017 tentang Pedoman Pendanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga;

Penelitian Astuti dan Soewondo (2019), adanya regulasi merupakan komitmen atau adanya dukungan dari pemerintah untuk mensukseskan suatu program atau kebijakan. Puskesmas Ciawi sudah terdapat beberapa regulasi yang menjadi rujukan pelaksanaan PIS-PK.

b. Pencatatan manual berupa pendataan ke keluarga sedangkan onlinenya berupa data input hasil pendataan ke aplikasi

Pencatatan atau pendataan PIS-PK di Puskesmas Ciawi untuk manualnya menggunakan formulir Prokesga yang dilaksanakan oleh petugas dan atau kader yang ditunjuk oleh pihak puskesmas, hal ini

sejalan dengan apa yang dinyatakan dalam Pedoman Umum Indonesia Sehat, yang menyatakan bahwa pendataan kesehatan keluarga dapat dilakukan dengan menggunakan Prokesga oleh Pembina Keluarga atau dengan bantuan kader kesehatan.(Guanabara et al., 2016).

Selain pencatatan secara manual, juga terdapat pencatatan secara *online*, yaitu menggunakan aplikasi. Input data online PIS-PK ke aplikasi dilakukan oleh petugas khusus puskesmas. Pendataan secara online dilakukan pada saat data Prokesga yang manual sudah terkumpul, jadi pendataan dilakukan dua kali, yang pertama oleh petugas atau kader pada saat kunjungan ke keluarga sedangkan untuk pendataan onlinenya dilakukan oleh petugas khusus yang berada di puskesmas. Hal ini berbeda dengan penelitian Leiwakabessy et al., (2021), yang menyarankan agar petugas menggunakan Android untuk membantu entri data di lapangan.

- c. Pelaporan manual dan elektronik PIS-PK dilaporkan satu bulan sekali ke Dinas Kesehatan

Pelaporan manual di Puskesmas Ciawi berupa pelaporan pendataan keluarga sehat di wilayah kerja puskesmas, sedangkan untuk pelaporan elektroniknya berupa input yang dimasukkan ke dalam Aplikasi Keluarga Sehat (AKS). Hal ini sejalan dengan temuan studi dari Rahardjo dkk. (2021), yang menyatakan bahwa laporan menunjukkan

hasil pendataan Keluarga Sehat ke Dinas Kesehatan Kabupaten. Aplikasi Keluarga Sehat dapat diakses secara online dan manual.

- d. Nilai Indeks Keluarga Sehat (IKS) Puskesmas Ciawi tingkat RT/RW/ Kelurahan/Desa < 0,500: RT/RW/Kelurahan/Desa Tidak Sehat

Perhitungan Indeks keluarga sehat (IKS) dari setiap anggota keluarga. Keluarga dikatakan sehat dengan beberapa indikator:

- 1) Keluarga Sehat > 0,800;
- 2) Keluarga pra sehat IKS = 0,500 - 0,800;
- 3) Keluarga tidak sehat < 0,500

Hasil IKS yang didapat Puskesmas Ciawi memang kurang bagus, nilai untuk IKS Puskesmas Ciawi sendiri yaitu 0,400, hal tersebut termasuk ke dalam kategori keluarga tidak sehat. Pengetahuan, pendidikan, pandangan, dan pendapatan keluarga hanyalah beberapa dari sekian banyak variabel yang mempengaruhi keluarga sehat atau kondisi kesehatan keluarga. Penelitian Rakhmawati & Panunggal (2014), menyebutkan bahwa hasil dari IKS juga dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, pendidikan, kepercayaan, dan pendapatan keluarga. Sulitnya bertemu dengan sasaran

Sulitnya bertemu dengan sasaran merupakan hambatan yang dikeluhkan oleh sebagian informan, hambatan ini juga ditemui di berbagai penelitian PIS-PK, diantaranya penelitian Darmansyah (2021) dan penelitian (Rahardjo et al., 2021) yang mengatakan karena ketidaklengkapan

anggota keluarga yang harus didokumentasikan, pengumpul data harus melakukan perjalanan pengumpulan data tambahan untuk mengumpulkan informasi dari setiap anggota keluarga sasaran.

e. Akses internet yang sulit

Faktor penghambat yang mengganggu dalam proses pendataan atau input ke dalam aplikasi keluarga sehat yaitu jaringan internet yang terkadang lelet serta aplikasi keluarga sehat yang terkadang lama dalam menginput data keluarga.

Hambatan ini juga ditemui pada penelitian Astuti & Soewondo (2019) dan Rahardjo et al (2021) yang mengatakan bahwa kesulitan dalam memasuki website karena keterbatasan jaringan internet, aplikasi ini tidak dapat menampilkan hasil IKS gabungan dari RT dan Kelurahan.

f. Sarana dan Prasarana yang terbatas

Sarana dan prasarana dalam pelaksanaan PIS-PK sangat mendukung suksesnya program tersebut. Informan menyampaikan bahwa sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan PIS-PK, kurang memadai. Seperti halnya laptop dan komputer yang kurang dan spesifikasinya tidak mendukung dapat menghambat proses entri data bahkan dapat membuat terlambatnya pelaporan PIS-PK.

Hambatan ini pun ditemui pada beberapa penelitian Fauzan et al., (2019) yang mengatakan karena kurangnya sarana dan prasarana yang dibutuhkan oleh

surveyor lapangan, masih ada tantangan dalam pengambilan data di Puskesmas.

g. SDM yang kurang dan tidak menetap

Jumlah penduduk yang cukup banyak yang harus di data, tetapi kekurangan petugas dalam pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Ciawi sehingga puskesmas melibatkan seluruh tenaga kesehatan dalam pelaksanaan pencatatan PIS-PK. Terdapat petugas administrator PIS-PK yang pindah dan berganti sehingga sampai pada saat ini untuk petugas administrator PIS-PK di Puskesmas Ciawi tidak menetap dan sering berganti. Terdapat hambatan yang sama dalam penelitian Fauzan et al (2019) yang mengatakan bahwa jumlah sumber daya manusia tidak mencukupi untuk melaksanakan pelaksanaan PIS-PK, sehingga puskesmas meminta tambahan 20 orang mahasiswa sebagai tenaga kontrak selama kurang lebih satu bulan untuk menyelesaikan pendataan PIS-PK di Puskesmas Mulyaharja.

PENUTUP

Regulasi yang digunakan oleh Puskesmas Ciawi sudah merujuk Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Ciawi Nomor: 800/085/A/V/SK/2018 tentang Pembentukan Tim Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Pencatatan dan pelaporan PIS-PK di Puskesmas Ciawi sudah dilaksanakan secara manual dan elektronik. Pencatatan manual

menggunakan formulir Prokesga sedangkan pencatatan elektroniknya menggunakan sumber data manual Prokesga yang kemudian di entri ke dalam aplikasi keluarga sehat.

Pelaporan PIS-PK manual merupakan pelaporan data keluarga di wilayah kerja puskesmas yang sudah di data kemudian jumlah tersebut dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten, sedangkan untuk pelaporan elektroniknya dapat dilihat secara langsung dalam aplikasi keluarga sehat.

Indeks Keluarga Sehat Puskesmas Ciawi termasuk kedalam kategori keluarga tidak sehat yaitu dengan skor 0,400. Banyak faktor yang mempengaruhi nilai IKS diantaranya yaitu pengetahuan, pendidikan, kepercayaan dan pendapatan keluarga.

Disarankan agar komputer atau laptop yang kurang memadai dapat diusulkan oleh petugas puskesmas pada saat evaluasi rutin kepada pihak puskesmas berkaitan dengan sumber daya manusia yang kurang dan tidak menetap sebaiknya puskesmas dapat mengefisienkan tenaga kesehatan agar dapat membuat pelayanan lebih efektif dan tidak akan terhambat jika salah satu tenaga kesehatan tidak bisa melakukan pelayanan. Penambahan jaringan internet yang cukup dianggarkan untuk melakukan *entry online* ke aplikasi. Pertemuan dengan sasaran keluarga dapat dilaksanakan dengan melakukan penjadwalan ulang dari pihak puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

Apriyani, H. (2020). Penerapan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan

Keluarga di Puskesmas | HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development). *Public Health Research and Development* , 4(4), 774–784. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/34507>

Astuti, T. S. R., & Soewondo, P. (2019). Analisis Kesiapan Pembiayaan Hipertensi, Diabetes Melitus dan Gangguan Jiwa dalam Mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) Tahun 2018-2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(3), 2018–2020. <https://doi.org/10.7454/eki.v2i3.2429>

Cahaya Asri, A., & Budiono, I. (2019). Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas. *Higeia Journal of Public Health Research and Development* , 3(4), 556–567. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia><https://doi.org/10.15294/higeia/v3i4/31881>

Darmansyah. (2021). *Analisis pelaksanaan program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) pada Puskesmas di Kabupaten Nagan Raya.*

Fauzan, A., Chotimah, I., & Hidana, R. (2019). Implementasi program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) di puskesmas mulyaharja. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 172–181.

Guanabara, E., Ltda, K., Guanabara, E., & Ltda, K. (2016). *Buku Pedoman Umum Program Indonesia Sehat.*

Rahardjo, B., Ani, N., & Hastuti, P. (2021). Implementasi Pelaksanaan Permenkes No 39 Tahun 2016 tentang PIS-PK

- Program Indonesia Sehat (Studi Kasus di Puskesmas Kabupaten Sragen). *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, 4(1), 40–57.
- Rakhmawati, N. Z., & Panunggal, B. (2014). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dengan Perilaku Pemberian Makanan Anak Usia 12-24 Bulan. *Journal of Nutrition College*, 3, 43–50.
- Astuti, T. S. R., & Soewondo, P. (2019). Analisis Kesiapan Pembiayaan Hipertensi, Diabetes Melitus dan Gangguan Jiwa dalam Mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS PK) Tahun 2018-2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(3), 2018–2020.
- Cahaya Asri, A., & Budiono, I. (2019). Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 3(4), 556–567.
- Darmansyah. (2021). *Analisis pelaksanaan program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) pada Puskesmas di Kabupaten Nagan Raya*.
- Fauzan, A., Chotimah, I., & Hidana, R. (2019). Implementasi program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) di puskesmas mulyaharja. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(3), 172–181.
- Guanabara, E., Ltda, K., Guanabara, E., & Ltda, K. (2016). *Buku Pedoman Umum Program Indonesia Sehat*.
- Kemenkes RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016*.
- Leiwakabessy, L. S., Sumampouw, O. J., & Tilaar, W. (2021). Evaluasi Pelaksanaan Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Kwoor Kabupaten Tambrau Papua Barat. *Sam Ratulangi Journal of Public Health*, 2(1), 032.
- Rahardjo, B., Ani, N., & Hastuti, P. (2021). Implementasi Pelaksanaan Permenkes No 39 Tahun 2016 tentang PIS-PK Program Indonesia Sehat (Studi Kasus di Puskesmas Kabupaten Sragen). *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, 4(1), 40–57.
- Rakhmawati, N. Z., & Panunggal, B. (2014). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dengan Perilaku Pemberian Makanan Anak Usia 12-24 Bulan. *Journal of Nutrition College*, 3, 43–50.