

Journal

**INFORMASI KESEHATAN INDONESIA
TAHUN 2023**

**Volume 9
Nomor 2,
30 Nov 2023**

P-ISSN : 2640-0334

E-ISSN : 2615-5516

PERANCANGAN ICD-10 ELEKTRONIK PADA KASUS PENYAKIT MENULAR UNTUK MENUNJANG KINERJA LABORATORIUM PENDIDIKAN REKAM MEDIS

**Fajar Yunita Sari¹⁾, Ulfah Fauziah²⁾, Fery Fadly³⁾ Clarenza Putri Oktaviati⁴⁾
Tharika Nur Ishfahani Muslim⁵⁾**

¹⁾ Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
^{2,3,4,5)} Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Email : fajar.yunita@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id

ABSTRAK

Dalam rangka mematuhi Permenkes No 24 tahun 2022 dan memastikan bahwa laboratorium pendidikan rekam medis beroperasi secara efisien dan akurat, penting untuk mengintegrasikan sistem ICD-10 ke dalam proses rekam medis elektronik. Pendekatan manual dalam mengelompokkan penyakit menular dapat rentan terhadap kesalahan manusia, menghabiskan waktu, dan tidak efisien. Dengan menggunakan sistem informasi yang tepat dan efektif, dosen dan mahasiswa dapat mempelajari bagaimana cara mengelola data rekam medis secara lebih mudah, cepat, dan akurat. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi kasus menggunakan metode perancangan sistem informasi *Rapid Application Development* (RAD). Informan pada penelitian ini adalah Dosen pengampu mata kuliah kodifikasi penyakit dan Tindakan di Prodi D-3 RMIK Tasikmalaya sebanyak 2 orang dan mahasiswa prodi D-3 RMIK Tasikmalaya sebanyak 12 orang. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara. Hasil penelitian ini adalah aplikasi ICD-10 elektronik penyakit menular yang terintegrasi dengan kode penyakit pada ICD-10 Tahun 2016, ICD-11 dan Snomed-CT.

Kata kunci: Perancangan, ICD-10, Elektronik, Penyakit, Menular

ABSTRACT

In order to comply with Permenkes No 24 of 2022 and ensure that the medical record education laboratory operates efficiently and accurately, it is important to integrate the ICD-10 system into the electronic medical record process. Manual approaches to categorising infectious diseases can be prone to human error, time-consuming and inefficient. By using an appropriate and effective information system, students can learn how to manage medical record data more easily, quickly, and accurately. This research uses a type of qualitative research with a case study research design using the Rapid Application Development (RAD) information system design method. The informants in this study were 2 lecturers of the disease and action codification course in the Tasikmalaya D-3 RMIK study programme and 12 students of the Tasikmalaya D-3 RMIK study programme. The data collection method used is interview. The results of this study are electronic ICD-10 infectious disease applications that are integrated with disease codes in ICD-10 2016, ICD-11 and Snomed-CT.

Keywords: Design, ICD-10, Electronic, Diseases, Infectious

PENDAHULUAN

Penyakit menular telah menjadi masalah kesehatan yang signifikan di seluruh dunia, dan dapat menyebabkan dampak kesehatan yang serius pada individu maupun pada masyarakat. Menurut "*Oxford Handbook of Infectious Diseases and Microbiology*" oleh Estée Török, Ed Moran, dan Fiona Cooke, (2020) penyakit menular (*infectious disease*) adalah kondisi kesehatan yang disebabkan oleh organisme seperti bakteri, virus, jamur, parasit, atau prion yang dapat menyebar dari satu orang ke orang lain atau dari hewan ke manusia.. Beberapa contoh penyakit menular yang paling umum di seluruh dunia adalah infeksi saluran pernapasan, diare, infeksi kulit, infeksi menular seksual, tuberkulosis, dan HIV/AIDS.

Sistem kesehatan di Indonesia telah mengalami perkembangan pesat seiring dengan berjalannya waktu, dengan fokus utama pada perawatan, diagnosis, dan pengelolaan penyakit yang semakin canggih. Salah satu aspek kunci dalam manajemen kesehatan adalah pemantauan dan pelaporan penyakit menular, yang memiliki dampak signifikan pada kesejahteraan masyarakat.

Pada tahun 2022, Kementerian Kesehatan Indonesia mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 24 Tahun 2022, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas rekam medis dan pemantauan penyakit menular di Indonesia. Peraturan ini menekankan pentingnya penggunaan ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10th Revision*) dalam

proses rekam medis dan pelaporan penyakit. ICD-10 (*International Classification of Diseases 10th Revision*) adalah suatu sistem klasifikasi dan pengkodean penyakit dan masalah kesehatan terkait yang diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Sistem ini memiliki tujuan untuk memfasilitasi analisis dan pemantauan epidemiologi penyakit, pemantauan kinerja kesehatan, serta penelitian dan evaluasi dalam bidang kesehatan. Penggunaan ICD-10 juga memungkinkan pengumpulan data yang konsisten dan standar di seluruh dunia.

Dalam rangka mematuhi Permenkes No 24 tahun 2022 dan memastikan bahwa laboratorium pendidikan rekam medis beroperasi secara efisien dan akurat, penting untuk mengintegrasikan sistem ICD-10 ke dalam proses mereka. Pendekatan manual dalam mengelompokkan penyakit menular dapat rentan terhadap kesalahan manusia, menghabiskan waktu, dan tidak efisien.

Penggunaan sistem informasi seperti ICD-10 elektronik dapat membantu meningkatkan pemahaman mahasiswa tentang standar kode internasional yang digunakan dalam mengidentifikasi dan mencatat penyakit. Selain itu, penggunaan sistem informasi juga dapat memudahkan mahasiswa dalam mempelajari dan memahami konsep tentang pengelolaan data rekam medis, termasuk dalam hal identifikasi dan pencatatan penyakit. Dengan menggunakan sistem informasi yang tepat dan efektif, mahasiswa dapat mempelajari bagaimana cara mengelola data rekam medis secara lebih mudah,

cepat, dan akurat. Oleh karena itu, penggunaan perangkat lunak atau sistem elektronik yang didedikasikan untuk perancangan ICD-10 dalam kasus penyakit menular menjadi krusial.

Dengan demikian, perancangan ICD-10 elektronik pada kasus penyakit menular akan berkontribusi secara signifikan pada upaya meningkatkan kualitas rekam medis, pemantauan penyakit menular, dan kinerja laboratorium pendidikan rekam medis di Indonesia sesuai dengan Permenkes No 24 tahun 2022.

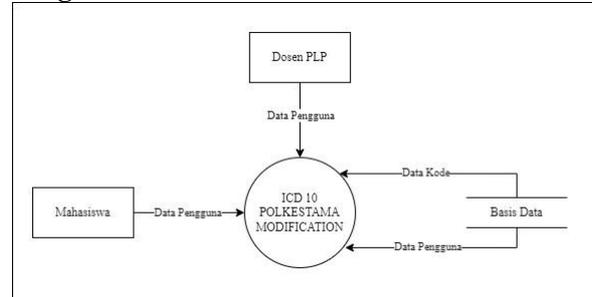
METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi kasus menggunakan metode perancangan sistem informasi *Rapid Application Development* (RAD). Informan pada penelitian ini adalah Dosen pengampu mata kuliah kodefikasi penyakit dan Tindakan di Prodi D-3 RMIK Tasikmalaya sebanyak 2 orang dan mahasiswa prodi D-3 RMIK Tasikmalaya sebanyak 12 orang. Prodi D-3 RMIK Tasikmalaya memiliki 6 kelas, setiap kelas diambil 2 mahasiswa sebagai informan dengan menggunakan sistem random. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara dan studi kepustakaan. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah 1) Pedoman Wawancara, 2) Alat Tulis, 3) Alat Perekam Suara, 4) Studi Kepustakaan 5) Lembar observasi.

HASIL PENELITIAN

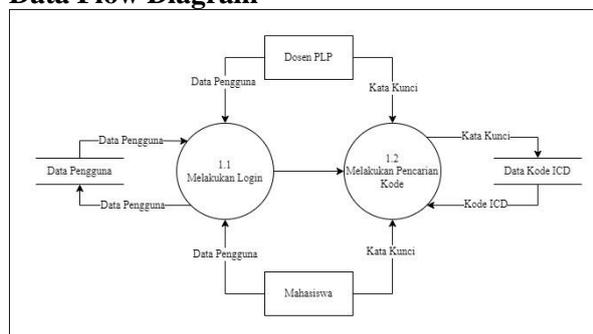
Proses pembelajaran mata kuliah Kodefikasi dan klasifikasi penyakit di Prodi D-3 RMIK Tasikmalaya saat ini masih menggunakan system *hybrid*. Dengan sistem manual berupa buku untuk pengkodean diagnosis dengan ICD-10 volume 1-3 dan pengkodean tindakan dengan ICD-9-CM. Sistem pengkodean elektronik yang digunakan yaitu ICD-10 berbasis web, ICD-11, LOINC dan Snomed-CT. Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan, mereka berharap ada satu aplikasi yang dapat mengakomodir seluruh kebutuhan pengkodean dengan berdasarkan ICD-10. Sehingga penggunaan buku secara manual dapat diminimalisasi.

Diagram Context



Gambar 1 Diagram Context ICD-10 Polkestama Modification

Berdasarkan gambar 1 diatas dapat kita lihat bahwa ICD-10 Polkestama Modification memiliki 2 entitas yaitu Dosen/PLP dan mahasiswa.

Data Flow Diagram

Gambar 2 Data Flow Diagram ICD-10 Polkestama Modification

Berdasarkan gambar 2 masing-masing entitas baik Dosen/PLP dan mahasiswa dapat melakukan login dan pencarian kode langsung pada ICD-10 Polkestama Modification. Setiap pengguna memiliki data pengguna untuk *login* kedalam aplikasi. Selanjutnya memasukkan kata kunci/*leadterm* diagnosis yang akan dicari kemudian kode ICD diagnosis akan muncul.

PEMBAHASAN

Terbitnya Permenkes No 24 Tahun 2022 menuntut Tenaga Perkam Medis untuk lebih adaptif terhadap perkembangan teknologi dengan diberlakukannya Rekam Medis Elektronik per akhir tahun 2023. Hasil wawancara dengan informan utama 1 menyatakan bahwa Institusi Pendidikan harus melakukan persiapan dari segala aspek baik standar pembelajaran, sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang mengarah ke rekam medis elektronik.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis, perkam medis mempunyai kewenangan yang

disebutkan pada pasal 13 yaitu melaksanakan system klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis. Pasal 13 ayat 2 Permenkes No 24 Tahun 2022 menyebutkan bahwa, “Kegiatan penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, huruf b, dan huruf d sampai dengan huruf h dilakukan oleh tenaga Perkam Medis dan Informasi Kesehatan dan dapat berkoordinasi dengan unit kerja lain.” Salah satu kegiatan yang dilakukan oleh tenaga perkam medis adalah pengolahan informasi rekam medis elektronik dalam bentuk pengkodean.

Pengkodean penyakit di Indonesia berpedoman pada ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) 10). WHO telah membuat ICD-10 training yang dapat diakses melalui web secara online di http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10_training/ICD10%20training/Start/index.html.

Dalam aplikasi tersebut sudah memuat menu pencarian kode penyakit seluruh system berdasar ICD-10 dengan manual instruksi penggunaannya dalam Bahasa Inggris. Berikut hasil wawancara dengan responden mahasiswa terkait kekurangan dan kelebihan ICD-10 Training yang sudah ada :

“Kekurangan ICD elektronik tidak bisa diakses secara offline dan bahasanya full bahasa Inggris. lebihnya mudah diakses dan mempermudah mencari kode penyakit.” **Responden 2 dan 4.**

Perancangan sistem informasi memerlukan analisis kebutuhan sistem untuk mengetahui hal-hal yang dibutuhkan oleh pengguna, hal ini sesuai dengan pendapat Setiyani pada tahun 2020 yang menyebutkan bahwa analisis kebutuhan sistem adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui kebutuhan dari pengguna yang berkaitan dengan sistem informasi yang dibangun atau dikembangkan, kebutuhan tersebut terbagi menjadi 2 (dua) yaitu kebutuhan fungsional dan non-fungsional.

Berdasarkan hasil wawancara diperoleh kebutuhan data fungsional laboratorium rekam medis yang ada terutama laboratorium koding adalah integrasi system ICD 10 elektronik dengan seluruh standar system koding. Sedangkan kebutuhan non-fungsional dari sistem informasi klinik ini adalah perangkat lunak (*software*), perangkat keras (*hardware*), dan sumber daya manusia yang berperan sebagai *user* (*brainware*).

"...kalau harapan saya sih, kita punya satu rumah, rumah sistem ya. Jadi kalau misalkan, oh ini system yang digunakan disitu ada link untuk ICD e-book, ICD-10 kemudian link untuk yang ICD 9 CM. Ya standar satu sehat lah gitu."

Informan Utama 1

"...harapannya dengan RME ini semua sudah terintegrasi dengan beberapa dalam arti SNOMED-CT, ada ICD, itu terintegrasi semuanya." **Informan Utama 2**

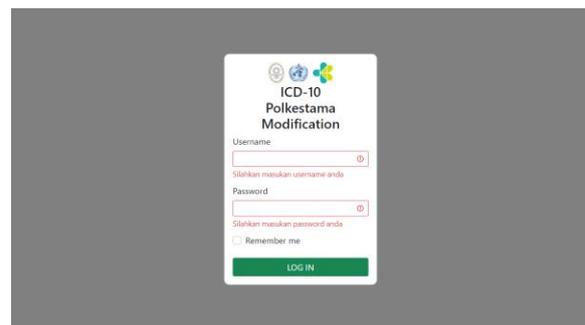
"Harapannya aplikasi tersebut memuat semua jenis ICD (ICD-10, ICD-11, LOINC, SNOMED-CT), sehingga penggunaannya akan lebih mudah apabila menggunakan satu aplikasi dan tidak

kesana-kesini untuk mencari kode dengan aplikasi yang berbeda-beda." **Responden 4, 7, 8, 10**

Hasil wawancara, observasi dan studi Pustaka, maka dihasilkan *design interface* perancangan aplikasi ICD-10 elektronik *Polkestama Modification* sebagai berikut ini :

1. Tampilan Login

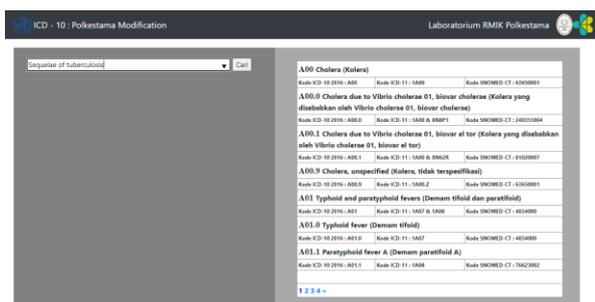
Halaman login menjadi bukti autentikasi pengguna aplikasi ICD-10 *Polkestama Modification*. Pada halaman ini setiap pengguna akan memiliki *username* dan *password* untuk dapat menggunakan aplikasi.



Gambar 3 Desain Interface Halaman Login

2. Tampilan Utama

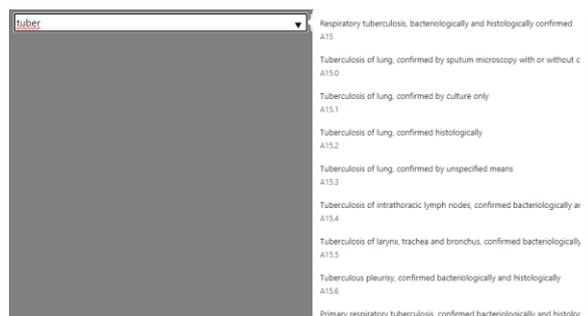
Setelah melakukan *login*, pengguna akan masuk ke halaman utama aplikasi dengan 2 kolom. Tampilan kolom sebelah kiri untuk memasukkan kata kunci/*leadterm* dan kolom sebelah kanan akan menampilkan hasil pencarian kode diagnosis.



Gambar 4 Desain Halaman Utama

3. Kolom Pencarian

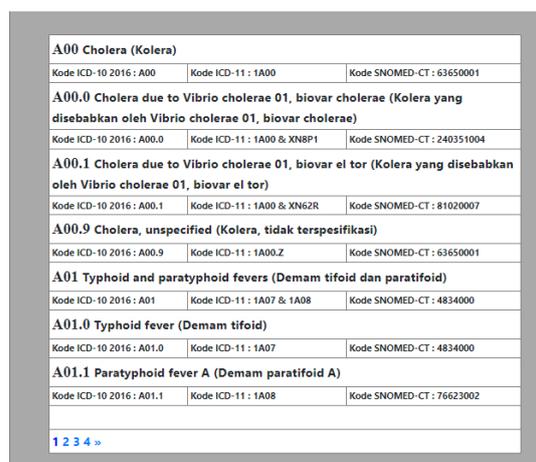
Halaman ini digunakan untuk mencari kode diagnosis penyakit berdasarkan leadterm. Setelah kita *entry leadterm* di bagian kanan akan muncul *database* kode ICD-10 sesuai dengan *leadterm* yang kita masukkan.



Gambar 5 Desain Kolom Pencarian

4. Bagian Kode

Pada halaman ini akan ditampilkan kode akhir diagnosis sesuai *leadterm* yang dimasukkan dalam kolom pencarian. Kode akhir yang muncul terdiri dari 3 kode yaitu menurut ICD-10 tahun 2016, ICD-11 dan kode Snomed-CT.



Gambar 6 Desain Tampilan Kode Akhir

PENUTUP

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan peneliti dalam Perancangan ICD-10 Elektronik Pada Kasus Penyakit Menular Untuk Menunjang Kinerja Laboratorium Pendidikan Rekam Medis terdapat kesimpulan yaitu: Pelaksanaan praktikum mata kuliah kodifikasi dan klasifikasi penyakit di Prodi D-3 RMIK Tasikmalaya Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya masih menerapkan sistem *hybrid* atau penggabungan dari sistem manual dan elektronik secara bersamaan. Sistem elektronik yang digunakan masih berbasis website dan belum terintegrasi dengan aplikasi pengkodean yang lainnya seperti ICD 11 serta Snomed-CT. Perancangan sistem ICD-10 elektronik akan memungkinkan laboratorium pendidikan rekam medis untuk: 1) Menghemat Waktu dan Sumber Daya: Dengan menggunakan perangkat lunak ICD-10, proses pengkodean penyakit menular dapat dilakukan lebih cepat dan lebih akurat, menghemat waktu dan sumber daya, 2) Meningkatkan Akurasi:

Sistem elektronik dapat membantu mengurangi kesalahan manusia dalam pengkodean dan pelaporan penyakit, yang dapat mempengaruhi perawatan pasien dan kebijakan kesehatan masyarakat, 3) Pemantauan dan Analisis yang Lebih Baik, dengan data yang terkumpul secara elektronik, laboratorium pendidikan rekam medis dapat melakukan analisis yang lebih mendalam terkait tren penyakit menular, yang berguna untuk perencanaan kebijakan kesehatan dan penanganan wabah.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI. (2017). Peta Kerawanan Penyakit Menular dan Vektor di Indonesia. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-kerawanan-penyakit-menular-2017.pdf>.
- Fitriani, Dyah Alfiyatun., Nuryati. 2017. Perancangan Multimedia Interaktif Pembelajaran Pengodean Penyakit Berdasarkan ICD-10. Jurnal Kesehatan Vokasional, 2 (2). 198 - 204.
- Hakam, Fahmi. (2016). Analisis Perancangan Sistem Informasi Kesehatan. Jakarta: Gosyen Publishing.
- Hatta, G R. (2017). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI-Press.
- Kendall, K.E. dan Kendall, J.E. (2011). Systems Analysis and Design, edisi 8, Pearson Education, Inc., New Jersey.
- Mauliadhi Mappare, Kartini. (2016). Perancangan Program Pengkodean Penyakit Mata dan Telinga Menggunakan Visual Basic. *Jurnal INOHIM*, 4(1), 34 - 36.
- Oktamianiza, et al. (2022). Implementasi Kodefikasi Penyakit Pada Kasus Kehamilan, Persalinan Dan Masa Nifas Berbasis *VBA Excel* Pada Rumah Sakit. *Jurnal Salingka Abdimas*, 2 (2). (163-168).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Rekam Medis Elektronik.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. ALFABETA.
- Sulianta, Feri. (2017). Teknik Perancangan Arsitektur Sistem Informasi. Yogyakarta: Andi.
- Török, E., Moran, E., & Cooke, F. (2020). *Oxford Handbook of Infectious Diseases and Microbiology*. Oxford University Press .
- Undang-undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- World Health Organization. (2010). *International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10) Volume 1-3*. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/classifications/icd/icd-onlineversions/en/>
- World Health Organization. (2016). *International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10) Volume 1-3*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. Geneva: *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. World Health Organization. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

ANALISIS PENGEMBALIAN KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT NUR HIDAYAH KABUPATEN BANTUL

Risti Nila Wijaya¹, Nurvita Wikansari², Tri Ariani³

*¹²³⁾STIKes AKBIDYO Jalan Parangtritis KM.6, Sewon, Panggunharjo, Bantul, DIY
E - mail : nurvita.wikansari@gmail.com*

ABSTRAK

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian terpenting dari implementasi Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan di rumah sakit oleh BPJS Kesehatan melalui pengajuan klaim. Di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul ditemukan berkas klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Oleh karena itu perlu dilakukan analisis pengembalian klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Kabupaten Bantul. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif dengan menggunakan instrument penelitian berupa lembar wawancara dan tabel *check list* observasi. Subyek dalam penelitian ini adalah empat petugas casemix di RS Nur Hidayah. Berkas klaim yang tidak lengkap adalah resume medis, laporan operasi dan tidak terlampirnya hasil penunjang. Faktor predisposisi yang menjadi penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat inap adalah ketidakteelitian petugas. Faktor pemungkin yang menjadi penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat inap adalah tidak terdapat lembar *check list*, aplikasi *e-claim* terkadang eror, dan jaringan yang tidak stabil. Faktor penguat yang menjadi penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat inap adalah petugas tidak menjalankan SPO sesuai dengan progresnya. Faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul terdapat 3 faktor yaitu faktor Predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Upaya untuk mencegah terjadinya pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan perlu dilakukan pelatihan bagi petugas casemix.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, klaim, rawat inap, rumah sakit

ABSTRACT

Health financing is the most important part of the implementation of National Health Insurance which is provided in hospitals by BPJS Health through submitting claims. At Nurhidayah Bantul Hospital, inpatient BPJS claim files were found which were returned by the BPJS Health verifier, which could be detrimental to the hospital by slowing down the claim payment process. Therefore, it is necessary to analyze the return of BPJS Health Inpatient claims at Nur Hidayah Hospital, Bantul Regency. This research is descriptive qualitative research using research instruments in the form of interview sheets and observation check list tables. The subjects in this research were four casemix officers at Nur Hidayah Hospital. Incomplete claims files include medical resumes, operation reports and supporting results are not attached. The predisposing factor that causes inpatient BPJS Health claims to be returned is the officer's inaccuracy. The enabling factors that cause inpatient BPJS Health claims to be returned are that there is no check list sheet, the e-claim application sometimes has errors, and the network is unstable. The reinforcing factor that causes inpatient BPJS Health claims to be returned is that officers do not carry out

SOPs according to progress. There are 3 factors causing the return of inpatient BPJS Health claim files at Nur Hidayah Hospital, Bantul, namely predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors. Efforts to prevent the return of BPJS Health claim files require training for casemix officers.

Keywords: BPJS Kesehatan, claim, inpatient, hospital

PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang ditetapkan oleh Pemerintah Indonesia sejak Januari 2014 dan dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim untuk selanjutnya dibayar oleh BPJS Kesehatan apabila telah dinyatakan layak klaim (Kusumawati, 2020).

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim Rumah Sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit (Artanto, 2018). Klaim melalui proses administrasi dimana petugas mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Oleh karena itu, kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan.

Program JKN tarif Indonesian case based

grups yang selanjutnya disebutkan tarif INA CBG's adalah pembayaran menggunakan INA CBG's baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA CBG's (Kemenkes RI, 2013).

Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosis merujuk pada ICD-10 atau ICD-9 Catatan Medis (CM) (Dumaris, 2015). Dikarenakan Proses Pengajuan pada pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan merupakan suatu proses administrasi klaim yang dilakukan dengan menggunakan INA-CBG's, dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis (Agiwahyunto, 2019).

Menurut Artanto (2018), klaim BPJS Kesehatan yang dikembalikan atau ditolak disebabkan karena ketidaksamaan coding dan diagnosis dari RS dengan coding dari verifikator BPJS Kesehatan. Keakurasian dalam pengkodean penyakit dan tindakan sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan

pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan casemix INA-CBGs peran koder sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA CBGs ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam menuliskan koding akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dibutuhkan ketepatan koding (Indawati, 2019).

Kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan (Kemenkes RI, 2014). Kelengkapandokumen klaim BPJS dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan seperti lembar penunjang medis, lembar resume dan laporan operasi. Hal ini menunjukkan bahwa ketidaklengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan adalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang berkaitan dengan perilaku petugas dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Berdasarkan teori Lawrence Green dalam penelitian Nursalam (2014) perilaku dapat dipengaruhi oleh faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

Studi pendahuluan yang di lakukan di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul ditemukan berkas klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan sebanyak 128 berkas klaim pada

tahun 2021. Oleh karena itu besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif, dimana penelitian kualitatif digunakan untuk menggali informasi terkait faktor penyebab dikembalikannya klaim BPJS Kesehatan di RS Nur Hidayah. Subyek dalam penelitian ini adalah 4 (empat) petugas casemix. Objek dalam penelitian ini adalah seluruh berkas klaim BPJS yang dikembalikan oleh verifikator pada tahun 2021 sejumlah 128 berkas.

Instrumen penelitian terdiri dari lembar wawancara, tabel *checklist* observasi, alat perekam, dan alat tulis. Teknik pengambilan data menggunakan wawancara mendalam, *checklist* observasi, dan studi dokumentasi.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan di RS Nur Hidayah Bantul. Berdasarkan hasil penelitian di Rumah sakit mengalami pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap pada bulan Januari sampai bulan Desember 2021 didapatkan 128 berkas klaim BPJS Kesehatan dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan dikarenakan:

1. Resume medis tidak terisi dengan lengkap,
2. Laporan operasi yang sulit terbaca
3. Tidak dilampirkannya lembar penunjang pada

berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap seperti hasil penunjang PA (Patologi Anatomi).

Terjadinya pengembalian berkas klaim memiliki pengaruh besar terhadap keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai rumah sakit sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian aliran dana kas rumah sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya. Di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul, klaim yang dikembalikan menjadi masalah serius karena rata-rata pasien yang rawat inap di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul menggunakan asuransi BPJS Kesehatan.

Hasil dari wawancara terkait pengembalian proses klaim BPJS Kesehatan peneliti menemukan bahwa:

1. Berkas yang tidak lengkap dikarenakan ketidaktepatan petugas *casemix* dan latar belakang petugas *casemix* tidak sesuai dengan Permenkes No 55 Tahun 2013 yang mewajibkan petugas *casemix* harus lulusan rekam medis.

Untuk melengkapi berkas klaim BPJS ada dua versi yaitu yang pertama mengambil

rekam medis karena yang rawat inap belum elektronik jadi masih menggunakan secara manul dan dilakukan *photocopy* dijadikan format PDF untuk diklaim BPJS Kesehatan tetapi untuk penunjang seperti laboratorium dan radiologi bisa diambil dari SIMRS jadi tidak perlu mencari rekam medis, hal tersebut menyebabkan tulisan tidak terbaca dan ada item-item yang tidak terisi.

2. Permasalahan dalam penggunaan *software* atau aplikasi dalam melaksanakan klaim BPJS Kesehatan yaitu untuk proses klaim terkendala saat aplikasi Kemenkes tidak bisa diakses seperti *E-Claim* eror karena dalam perbaikan *server dan maintenance*. Kemudian menarik data secara manual menyebabkan lambatnya proses penarikan data.
3. Beberapa petugas juga yang tidak melaksanakan Standar Prosedur Operasional (SPO) sesuai dengan progresnya disebabkan karena petugas tidak sadar diri terkait pentingnya SPO untuk peningkatan kinerja. SPOZ2 berguna sebagai panduan yang wajib digunakan untuk memastikan kegiatan operasional yang sudah ditetapkan.

PEMBAHASAN

Penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan erat kaitannya dengan perilaku manusia yang berkaitan dengan pengisian kelengkapan berkas klaim BPJS. Menurut teori Lawrence Green dalam penelitian Nursalam

(2014), menyatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu faktor *predisposing*, faktor *enabling*, dan faktor *reinforcing*.

- a. Faktor *Predisposisi (Predisposing Factor)*

Hasil dari proses klaim BPJS Kesehatan peneliti menemukan berkas yang tidak lengkap yaitu hasil PA (Patologi Anatomi) yang belum terkumpul, item- item resume medis yang tidak terisi lengkap karena ketidaktelitian petugas *casemix* dan latar belakang petugas *casemix* tidak sesuai dengan Kemenkes RI (2013) yang mewajibkan petugas *casemix* harus lulusan rekam medis, hal tersebut mengakibatkan ketidaklengkapan berkas klaim BPJS rawat inap. Menurut Kemenkes RI (2013), perekam medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Menurut Noviatr (2016) tentang analisis faktor penyebab keterlambatan klaim menjelaskan bahwa kendala dari faktor *presdiposisi* diantaranya dari petugas verifikator awal yang tidak teliti dalam menilai kelengkapan berkas, dokter mengisi resume dengan tidak lengkap, dan petugas pengkodean yang melakukan pekerjaan yang lain sehingga lupa atau salah dalam mengisi kode di berkas rekam medis.

Berdasarkan teori Hatta.(2013), ketepatan pengkodean diagnosis sangat tergantung pada pelaksana yang menangani rekam medis. Apabila petugas rekam medis kesulitan dalam membaca diagnosis, sebaiknya petugas menanyakan atau mengkonfirmasi kembali kepada dokter yang bertanggungjawab sehingga ketepatan kode diagnosis lebih terjamin.

Selain itu, kelengkapan berkas rekam rawat inap masih menggunakan manual dan

dilakukan *photocopy*, sehingga menyebabkan tulisan tidak terbaca dan ada item-item yang tidak terisi sehingga menyebabkan berkas klaim BPJS Kesehatan dikembalikan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Irmawati, dkk. (2018), dijumpai ketidaklengkapan lembar formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap. Ketidaklengkapan dokumen rekam medis disebabkan kurangnya sarana atau alat bantu seperti kartu kendali untuk meuliskan dokumen yang tidak lengkap, buku ekspedisi untuk serah terima dokumen dari bangsa ke *assembling* sehingga tidak adanya pengendalian dokumen rekam medis yang tidak lengkap. Hal tersebut menyebabkan banyak ditemukan dokumen yang kurang lengkap dalam pengisiannya dan petugas juga mengerjakan tugas lain selain assembling seperti koding yaitu memberi kode dan mengentri kode sehingga menyebabkan tidak efiseien dalam menjalankan tugas.

b. Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

Faktor *enabling* yang digunakan dalam mendukung pelaksanaan klaim pelayanan pasien BPJS Kesehatan adalah terkait dengan *hardware*, *software* dan integrasi sistem informasi. Hasil dari wawancara dan observasi diketahui bahwa faktor *enabling* yang digunakan untuk proses klaim BPJS Kesehatan meliputi printer, *scanner*, dan komputer yang terhubung dengan jaringan internet. Petugas menjelaskan bahwa adanya masalah seperti jaringan internet yang tidak stabil. Hal ini akan menghambat

pekerjaan petugas karena harus menunggu sampai jaringan internet stabil. Aplikasi dan jaringan internet yang sering bermasalah, aplikasi belum *bridging* antara INACBG's dengan SIMRS juga dapat menyebabkan keterlambatan klaim (Sophia, 2017).

Menurut Linda, dkk. (2021) dalam penelitiannya, menjelaskan bahwa *software* error dan jaringan internet eror dapat mempengaruhi proses klaim BPJS Kesehatan. Menurut Mayori (2020), menjelaskan bahwa adanya jaringan yang eror dari rumah sakit maupun BPJS akan menghambat pekerjaan petugas karena harus menunggu sampai jaringan stabil.

c. Faktor Penguat (*Reinforcing Factor*) Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Nur Hidayah Bantul didapatkan beberapa petugas yang tidak melaksanakan SOP sesuai dengan progresnya disebabkan karena petugas tidak sadar terkait pentingnya peningkatan kinerja. SOP berguna sebagai panduan yang wajib digunakan untuk memastikan kegiatan operasional yang sudah ditetapkan. Perlu adanya peningkatan kinerja, motivasi dan monitoring evaluasi kinerja sehingga harapannya petugas berkerja sesuai dengan SPO tersebut.

Penelitian Pratamawisadi (2017) yang menyatakan bahwa seharusnya SPO digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan BPJS Kesehatan dan dipahami oleh seluruh pegawai dengan berpatokan

pada standar pelayanan, sehingga proses pelayanan dapat berjalan dengan baik demi mewujudkan tujuan pelayanan BPJS Kesehatan yang prima.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, penyebab pengembalian berkas rekam medis rawat inap di RS Nur Hidayah adalah faktor *predisposing* yaitu ketidaktelitian petugas dalam mengisi rekam medis, faktor *enabling* yaitu erornya software sehingga berkas tidak lengkap terupload dan terlihat jelas, faktor *reinforcing* yaitu petugas tidak menjalankan tugas sesuai SOP BPJS Kesehatan rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyuant, F. (2019). Analisis Implementasi TQM Pada Kasus Pending Klaim JKN di RSUD Kendal Tahun 2018. *Jurnal Manajemen Kesehatan Nasional*, 7(3): 171-180.
- Artanto A. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2).
- Dumaris, H. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi RumahSakit*, 3(1).
- Hatta. G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Indawati. Laela,(2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rsup Fatmawati Tahun 2016: *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2).
- Irmawati, I., Kritijino,A., Susanto,E., Belia, Y, (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

- (BPJS) Pasien Rawat Inap Di Tinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di Rsud R.A Kartini Jepara: *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 1(1).
- Kemkes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis.
- Kemkes RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Kemkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Kusumawati, A. N., Pujiyanto. (2020). Faktor - Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018. *Cermin Dunia Kedokteran*, 47(1).
- Linda Dwi Astuti, Indira chotimah dan Siti Khodijah Parinduri. (2021). Analisis Faktor yang mempengaruhi proses klaim BPJS di RSUD Leuwiliang Bogor Tahun 2018. *Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 4(3).
- Mayori (2020), Jaringan Komputer. *Makalah Jaringan Computer*. Universitas Hasanuddin.
- Noviatri, L. W., & Sugeng, S. (2016). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Di RS Panti Nugroho. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1).
- Nursalam, S. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pratamawisadi. (2017). Faktor Penghambat Dalam Pelayanan Program BPJS Di Rumah Sakit Umum Puri Raharja. *Skripsi*. Denpasar.
- Sophia. (2017). Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Rumkital Dr. Mintohardjo, DKI Jakarta. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(3).

REKAM MEDIS ELEKTRONIK DALAM MENUNJANG PENGGUNAAN SIMRS DENGAN METODE *HOT-FIT* DI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Titin Wahyuni*¹, Nabilah Putri Maharani², Eka Wilda Faida³

^{1,2,3} STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

Email : wtitin.2012@gmail.com

ABSTRAK

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya merupakan salah satu rumah sakit swasta yang sudah menerapkan Rekam Medis Elektronik (RME) yang sudah berjalan dari bulan Februari 2023. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penerapan RME dalam menunjang penggunaan SIMRS dengan menggunakan metode *HOT-Fit*. Metode *HOT-Fit* memiliki beberapa variabel yaitu: *human*, *organization*, *technology*, dan *net benefit* (manfaat). Subjek dalam penelitian ini 15 petugas rekam medis, 12 perawat rawat jalan, dan 12 refraksionis dengan teknik *accidental sampling* dengan jumlah responden 39. Variabel yang diteliti adalah unsur dari metode *HOT-Fit*. Metode pengumpulan data dengan cara penyebaran kuesioner kepada petugas rekam medis, perawat rawat jalan, dan petugas refraksionis melalui google form. Teknik analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif dengan metode *cross sectional*. Berdasarkan hasil observasi yang diperoleh peneliti dapat diketahui bahwa belum adanya sosialisasi dan belum dilakukan evaluasi terkait penerapan penggunaan RME, variabel *human* merupakan faktor yang harus segera diperbaiki dengan nilai kurang baik sebesar 54%, cukup baik 31%, dan sangat baik 15%. Variabel *organization* menunjukkan keadaan kurang baik 15%, cukup baik 79%, dan sangat baik 21%. Pada variabel *technology* dinilai cukup baik sebesar 79% dan sangat baik 21%. *Net benefit* (manfaat) dapat dikatakan cukup bermanfaat sampai sangat bermanfaat dengan hasil cukup baik sebesar 62% dan sangat baik 31%. Berdasarkan hasil penelitian ini evaluasi penerapan RME di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya termasuk dalam kategori cukup baik, namun pada variabel *human* yang perlu mendapatkan perhatian.

Kata Kunci: Rekam Medis Elektronik, *HOT-Fit*, Evaluasi, Rawat Jalan, Rumah Sakit

ABSTRACT

Undaan Eye Hospital Surabaya is one of the private hospitals that has implemented Electronic Medical Records (RME) which has been running since February 2023. This study aims to identify the application of RME in supporting the use of SIMRS using the *HOT-Fit* method. The *HOT-Fit* method has several variables, namely: *human*, *organization*, *technology*, and *net benefit*. Subjects in this study were 15 medical record officers, 12 outpatient nurses, and 12 refractionists with accidental sampling technique with a total of 39 respondents. The variables studied were elements of the *HOT-Fit* method. Data collection methods by distributing questionnaires to medical record officers, outpatient nurses, and refractionists through google form. The data analysis technique used in this study was descriptive quantitative method with cross sectional method. Based on the observations, We obtained there has been no socialization and no evaluation related to the implementation of the use of RME, the human variable is a factor that must be immediately corrected with a poor value of 54%, 31% good enough, and 15% very good. The organization variable shows a poor condition of 15%, 79% good

enough, and 21% very good. The technology variable is rated quite well at 79% and very well at 21%. Net benefits can be said to be quite useful to very useful with the results of 62% good enough and 31% very good. Based on the results of this study, the evaluation of the application of RME at Undaan Eye Hospital Surabaya is included in the good enough category, but on human variables that need attention.

Keywords: *Electronic Medical Records, HOT-Fit, Evaluation, Outpatient, Hospital*

PENDAHULUAN

Permenkes No. 24 Tahun 2022 menyatakan rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan ini berguna untuk menilai akreditasi pelayanan kesehatan di sebuah rumah sakit atau pun di puskesmas. Mengingat pentingnya peran rekam medis (RM), maka hal ini lah yang terus memacu perkembangan manajemen RM (Setyawan, 2017).

Perkembangan teknologi yang sangat pesat dianggap lebih mudah dilakukan oleh manusia dibandingkan dengan proses manual yang seluruhnya dilakukan oleh manusia. Perusahaan dan bahkan rumah sakit saat ini sangat membutuhkan peningkatan sistem informasi. (Widyastuti et al., 2020).

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2013 menyatakan setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit). SIMRS adalah sistem yang mampu melakukan integrasi dan komunikasi aliran informasi baik di dalam maupun diluar rumah sakit. Sistem informasi ini meliputi: sistem rekam medis elektronik, sistem informasi laboratorium, sistem informasi radiologi (pencitraan medis), sistem informasi farmasi, dan sistem informasi keperawatan.

Sistem ini juga memiliki dua fungsi utama yaitu untuk keperluan manajemen dan pengolahan data pasien (Abda'u et al., 2018).

Implementasi SIMRS yang ada di Indonesia sangat bervariasi, informasi dari Kementerian Kesehatan tahun 2017 menunjukkan bahwa hanya 48% rumah sakit yang telah menggunakan SIMRS hingga akhir 2016, namun jumlah tersebut meningkat menjadi 52,05% pada September 2017 sebesar 4,05%. Sisanya rumah sakit belum memiliki SIMRS, 16% tidak memiliki SIMRS, dan sisanya rumah sakit tidak melaporkan menggunakan SIMRS (Nur et al., 2022). Sisanya rumah sakit belum memiliki SIMRS, 16% tidak memiliki SIMRS, dan sisanya rumah sakit tidak melaporkan menggunakan SIMRS. Saat ini, banyak rumah sakit yang tidak mengetahui betapa pentingnya mengelola data dalam jumlah yang sangat besar dan tidak terstruktur dengan baik sehingga dapat menghambat efisiensi operasional pelayanan rumah sakit, dan informasi yang telah dikumpulkan, diproses, dan didistribusikan, baik dilakukan dengan tangan atau melalui teknologi.

Permenkes No. 24 Tentang Rekam Medis menyatakan setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik. Salah satu pengaplikasiannya adalah

rekam medis terkomputerisasi atau Rekam Kesehatan Elektronik. Kegiatannya mencakup komputerisasi isi rekam kesehatan dan proses yang berhubungan dengannya (Setyawan, 2017). Rekam medis elektronik biasa diakses dengan komputer dari suatu jaringan dengan tujuan utama menyediakan atau meningkatkan perawatan serta pelayanan kesehatan yang efisien dan terpadu (Franki & Sari, 2022).

Rumah Sakit Mata Undaan saat ini dalam tahap peralihan yaitu pada pelayanan rawat inap dari paper atau manual ke rekam medis *hybrid*. Pada pelayanan rawat jalan, rekam medis, apotik, dan keuangan sudah menggunakan Rekam Medis Elektronik (RME) pada bulan Februari 2023. Sedangkan untuk rawat inap belum menjalankan RME dikarenakan formulir rawat inap lebih kompleks dibandingkan dengan formulir rawat jalan. Saat ini masih dalam proses pengkajian internal untuk penyusunan rekam medis elektronik rawat inap.

Menurut 2 petugas refraksi yang penulis wawancarai pada hari Senin, tanggal 15 Mei 2023 mengenai dampak dari pelaksanaan rekam medis *hybrid* kepada petugas adalah bertambahnya beban kerja karena mereka melakukan pengisian rekam medis manual dan elektronik. Disamping itu juga petugas kesehatan harus menyesuaikan diri dengan kebiasaan baru.

Petugas di Rumah Sakit Mata Undaan ada juga yang belum memahami mengenai penggunaan RME, itu juga disebabkan karena belum adanya sosialisasi mengenai penggunaan RME. Ketersediaan informasi di dalam RME

sudah tersedia namun perlu melakukan *back up* data agar tidak terjadi *misfile*. Rumah Sakit Mata Undaan juga belum pernah dilakukan evaluasi terkait menggunakan RME. Oleh sebab itu tujuan penelitian ini adalah mengevaluasi penerapan RME dalam menunjang penggunaan SIMRS dengan metode *HOT-Fit*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dekriptif dengan metode *cross sectional* dengan populasi penelitian 15 petugas rekam medis, 12 perawat rawat jalan, 12 refraksionis. Teknik pengambilann sampel menggunakan *accidental sampling*. Instrumen penelitian kuesioner pada penelitian ini disebarakan melalui googleform.

HASIL PENELITIAN

Pada komponen variabel *HOT-Fit* yang terdiri dari *human* dengan sub variabel *system use* dan *user satisfaction*, sedangkan *technology* terdiri dari sub variabel *system quality*, *information quality*, *service quality*, untuk variabel *organization* yang terdiri dari sub variabel *structure organization* dan *enviromtment organization*.

Faktor dari varibel *human* pada penelitian ini tidak menunjukkan hasil tidak baik namun menunjukkan hasil 54% kurang baik sedangkan 31% menunjukkan hasil cukup baik dan 15% dalam keadaan sangat baik. Variabel *organization* pada penelitian ini tidak menunjukkan hasil tidak baik hanya menunjukkan hasil kurang baik 15%, cukup baik sebesar 64% sedangkan hasil sangat baik

mendapatkan persentase sebesar 21%. Faktor dari variabel *technology* tidak menunjukkan hasil tidak baik dan kurang baik hanya memiliki hasil cukup baik sebesar 79% dan untuk hasil sangat baik menunjukkan sebesar 21%. Dan pada Variabel *net benefit* tidak ada yang menunjukkan hasil tidak baik, mayoritas hasil penilaian cukup baik sebesar 62%.

Tabel Kategori Penilaian Variabel *HOT* (*Human, Organization, Technology*)

Variabel <i>HOT</i>	Penilaian				Total
	Tidak Baik	Kurang Baik	Cukup Baik	Sangat Baik	
<i>Human</i>	0	21	12	6	39
	0%	54%	31%	15%	100%
<i>Organization</i>	0	6	25	8	39
	0%	15%	64%	21%	100%
<i>Technology</i>	0	0	31	8	39
	0%	0%	79%	21%	100%

Tabel Kategori Penilaian Variabel *HOT* Pada Manfaat

Variabel Fit	Kualifikasi Interpretasi				Total
	Tidak Baik	Kurang Baik	Cukup Baik	Sangat Baik	
<i>Net Benefit</i>	0	3	24	12	39
	0%	8%	62%	31%	100%
Total 4 variabel	0	0	31	8	39
	0%	0%	79%	18%	100%
Kategori					Cukup Baik

PEMBAHASAN

1. *Human*

Hasil penelitian di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya berdasarkan variabel *human*

dimana terdapat sub variabel yang mendapatkan hasil kurang baik yaitu *user satisfaction* (kepuasan pengguna) dengan persentase 56% yang artinya rata – rata jawaban responden belum merasa cukup puas dengan tampilan fitur-fitur yang tersedia pada RME dan cukup sesuai dengan harapan untuk bisa membantu tugas dalam mempermudah pekerjaan sehari – hari.

Nastiti & Santoso, 2022 menyatakan bahwa *user satisfaction* tidak berpengaruh terhadap *net benefit* bahwa responden belum merasa puas dengan fasilitas dan fitur yang tersedia karena belum memenuhi kebutuhan serta belum sesuai dengan ekspektasi petugas dalam mempermudah pekerjaan. Berbeda hasil pada penelitian (Puspitasari et al., 2017) yang membuktikan bahwa *user satisfaction* (kepuasan pengguna) memiliki pengaruh terhadap *net benefit*, dan sesuai dengan teori DeLone & McLean bahwa semakin tinggi nilai tingkat kepuasan pada pengguna maka akan meningkat juga nilai manfaatnya.

Responden penelitian ini menyatakan rata-rata pernah mendapatkan penelitian 1-2 kali, bahkan ada yang tidak pernah mendapatkan penelitian sama sekali. Hal ini sejalan dengan penelitian (Franki & Sari, 2022) menyatakan bahwa pada faktor human tidak ada sosialisasi mengenai pelaksanaan RME dan tidak adanya pelatihan sebelumnya.

2. Organization

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel organisasi termasuk dalam kategori penilaian yang cukup baik dan sangat baik. Namun, sub variabel struktur organisasi, yang mencakup 41% dari sub variabel organisasi lainnya, harus diperhatikan.

Dukungan dari pihak pimpinan, manajemen, rekan kerja dan lingkungan kerja yang diharapkan mampu mengembangkan implementasi RME yang lebih baik, sesuai dengan kebutuhan instansi rumah sakit, organisasi, dan harapan pengguna. Namun pihak rumah sakit harus menyediakan pelatihan bagi pengguna RME yang belum pernah mendapatkan pelatihan.

Hasil penelitian Nastiti & Santoso, 2022 dari faktor organisasi berdasarkan *top management support* tidak memiliki pengaruh terhadap *net benefit*. Hasil penelitian dari Krisbiantoro et al., 2015 struktur organisasi dan lingkungan organisasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap *net benefit*.

Nastiti & Santoso, 2022 dalam Sari, Sanjaya, & Meliala, 2016 menjelaskan bahwa peraturan yang diterapkan pada masing-masing industri rumah sakit akan mempengaruhi pengembangan SIMRS. Hasil berbeda yang didapatkan dalam penelitian Franki & Sari, 2022 struktur organisasi dapat mempengaruhi tingkat pada pengguna sistem. Pengetahuan pada pengguna, pelatihan/sosialisasi yang berkesinambungan dapat mempengaruhi kualitas informasi karena

pengatuhan yang didapatkan pengguna atau pelaksana dalam melaksanakan bisa mempengaruhi informasi yang dihasilkan.

3. Technology

Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini dalam variabel *technology* termasuk dalam kategori penilaian cukup baik dan sangat baik. Namun pada sub variabel *system quality* mendapatkan hasil penilaian kurang baik lebih besar yaitu 87% diantara sub variabel *technology* lainnya.

Wahyuni T. dan Prasetyorini A., 2019 menyatakan dalam penelitian (Puspitasari et al., 2017) pada variabel *human* dan *technology* dapat memberikan pengaruh positif terhadap *net benefit*. Hasil dari penelitian ini berbeda dimana salah satu dari sub variabel *human* yakni *user satifcaftion* (kepuasan pengguna) dan sub variabel *technology* yakni pada *service quality* (kualitas informasi) sama sama mendapatkan hasil tidak baik dan kurang baik terbesar.

Kualitas sistem tidak memiliki pengaruh terhadap *net benefit* (Nastiti & Santoso, 2022) sedangkan menurut Wirajaya & Nugraha, 2022 kemudahan dalam hal penggunaan dapat dipengaruhi oleh kemudahan dalam mempelajari dan kemanfaatan dipengaruhi oleh kemudahan dalam penggunaan. Kemudahan dan kemanfaatan berpengaruh terhadap penerimaan pengguna sistem.

Hasil penelitian juga sama dimana kualitas informasi mendapatkan nilai kurang baik dan kepuasan pengguna sama sama

mendapatkan hasil penilaian kurang baik yang artinya pada dua sub variabel tersebut perlu adanya peningkatan sistem agar implementasi RME menjadi lebih baik dan berjalan dengan sebagaimana mestinya.

4. *Net Benefit*

Net benefit pada penelitian ini dalam keadaan baik sampai dengan sangat baik, hal ini dapat dikatakan manfaat implementasi baik dan dapat dirasakan oleh pengguna itu sendiri maupun oleh pihak rumah sakit. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian (Wirajaya & Nugraha, 2022) mendapatkan hasil yang sangat baik karena sistem yang baik dan berkualitas akan memberikan manfaat yang sangat baik tidak hanya kepada pengguna sistem tetapi terhadap keseluruhan jalannya sistem dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Abda'u et al., 2018 menyatakan bahwa kepuasan pengguna terdapat hubungan searah (positif) yang artinya kepuasan pengguna berpengaruh terhadap *net benefit*. *Net Benefit* adalah keseimbangan antara dampak positif dan negatif dari pengguna (para pekerja medis, manajer, pegawai non medis, *developer* sistem dan semua bagian yang terkait) dalam penelitian (Widyastuti et al., 2020) menurut (Febriani, 2018).

Faktor variabel *human*, *technology*, dan *organization* memiliki hubungan kuat yang searah (positif) dan signifikan terhadap *net benefit* dari implementasi sistem informasi. Semakin baik dan tepat dari ketiga faktor variabel tersebut maka akan semakin tinggi

juga keuntungan atau manfaat yang didapatkan (Bayu & Izzati, 2013). Hal ini sejalan dengan penelitian (Nasir & Syaputra, 2014) yang menjelaskan bahwa konstruk penggunaan sistem adalah faktor dominan dalam mendalami potensi yang dapat dihasilkan dari suatu sistem sehingga mampu memberikan net benefit yang diharapkan oleh pengguna sistem maupun organisasinya dalam penelitian (Wirajaya & Nugraha, 2022).

PENUTUP

Variable *human*, *organization*, *technology*, dan *net benefit* masuk dalam kategori cukup baik. Secara keseluruhan dari 4 variabel dapat disimpulkan bahwa hasil penilaian ini mengenai evaluasi implementasi RME dalam menunjang penggunaan SIMRS masuk dalam kategori cukup baik dengan nilai presentase sebesar 79% cukup baik dan 21% untuk hasil sangat baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Abda'u, P. D., Winarno, W. W., & Henderi, H. (2018). Evaluasi Penerapan SIMRS Menggunakan Metode HOT-Fit di RSUD dr. Soedirman Kebumen. *INTENSIF: Jurnal Ilmiah Penelitian Dan Penerapan Teknologi Sistem Informasi*, 2(1), 46. <https://doi.org/10.29407/intensif.v2i1.11817>
- Bayu, A., & Izzati, S. (2013). Evaluasi Faktor-Faktor Kesuksesan Implementasi Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit di PKU Muhammadiyah Sruweng dengan Menggunakan Metode. *Seminar Nasional Informatika Medis, November*, 78–86.
- Franki, & Sari, I. (2022). Rekam Medis

- Elektronik dengan Metode HOT-fit di Klinik Saraf RS Mitra Plumbon. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 13, 43–51.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33846/sf13108>
- Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 82 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Peraturan Menteri Kesehatan*, 87, 1–36.
- Krisbiantoro, D., Suyanto, M., & Taufiquluthfi, E. (2015). *EVALUASI KEBERHASILAN IMPLEMENTASI SISTEM INFORMASI DENGAN PENDEKATAN HOT FIT MODEL (Studi Kasus : Perpustakaan STMIK AMIKOM Purwokerto)*. 9–10.
- Nastiti, I., & Santoso, D. B. (2022). Evaluasi Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di RSUD SLG Kediri dengan Menggunakan Metode HOT-Fit. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(2), 85.
<https://doi.org/10.22146/jkesvo.72357>
- Nur, S., Septiyani, D., Sulistiadi, W., Masyarakat, K., Indonesia, U., & Info, A. (2022). PENERAPAN SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT (SIMRS) DENGAN MENGGUNAKAN METODE HOT-FIT : *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 08(2), 136–147.
<https://doi.org/10.35329/jkesmas.v8i2.3706>
- Permenkes RI. (2022a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022*. 151(2), 10–17.
- Permenkes RI. (2022b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis* (Vol. 2, Issue 8.5.2017, pp. 2003–2005).
- Puspitasari, T. D., Putra, D. S. H., & Roziqin, M. C. (2017). Penerapan PATH Analysis Kepuasan Pengguna Terhadap NET - BENEFIT dan Intensitas Pengguna SIMRS. *Jurnal Seminar Nasional Hasil Penelitian 2017*, 978-602-14(978-602-14917-5-1), 156–162.
<https://publikasi.polije.ac.id/index.php/prosiding/article/view/776>
- Setyawan, D. A. (2017). *Rekam Medis Elektronik (RME)*. 2–28.
- Wahyuni, T., & Parasetorini, A. (2019). Metode HOT FIT Untuk Mengukur Tingkat Kesiapan SIMRS Dalam Mendukung Implementasi E-Health. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(1), 75.
<https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i1.217>
- 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>
- Wirajaya, M. K., & Nugraha, I. N. (2022). Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit dengan Metode HOT- Fit di Rumah Sakit Daerah Mangusada Evaluation of the Hospital Management Information

System With The HOT- Fit Method At The
Mangusada Regional Hospital Made Karma
Maha Wirajaya , I Nyoman. *Manajemen
Kesehatan Yayasan RS Dr.Soetomo*, 8(1),
124–136. [\[yrsds.ac.id/index.php/JMK/article/view/934\]\(https://jurnal.stikes-yrsds.ac.id/index.php/JMK/article/view/934\)
/214](https://jurnal.stikes-</p></div><div data-bbox=)

PERANCANGAN INSTRUMEN ELEKTRONIK AUDIT KLINIS DALAM MENUNJANG KEAKURATAN KODE ICD 10 PADA KASUS TUBERCULOSIS DI RUMAH SAKIT

**Nita Budiyan¹⁾, Fitria Dewi Rahmawati²⁾, Yanto Haryanto³⁾ Nur Baeti⁴⁾
Siti Humairoh Nur Maulida⁵⁾ Shovie Savitrie⁶⁾**

*¹⁾ Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Cirebon Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
^{2,3,4,5,6)} Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Cirebon Poltekkes Kemenkes*

Tasikmalaya

Email : nitabudiyanita.nita@gmail.com

ABSTRAK

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah oleh karenanya harus diagnosis yang ada dalam rekam medis diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan arahan yang ada pada buku ICD-10. Pemberian Kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka dan kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. ICD-10 adalah klasifikasi statistik, yang berarti bahwa ICD-10 berisi nomor-nomor terbatas dari kategori kode eksklusif yang menggambarkan struktur hirarki dengan subdivisi-subdivisi untuk mewakili komponen data terkait. Koding diagnosis harus dilaksanakan sesuai aturan sistem koding ICD-10 akurat dan tepat waktu. Teknologi komputer menjadi salah satu alat yang digunakan dalam proses pengolahan dan validasi data terutama dalam bidang kodefikasi penyakit. Perancangan aplikasi dimulai dari fase perencanaan, analisis, perancangan, implementasi hingga pemeliharaan sistem. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian Research and Development (R &D) dengan metode perancangan sistem informasi *Rapid Application Development* (RAD). Observasi dilakukan pada tampilan Rekam Medis Elektronik. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah telaah dokumen. Hasil penelitian ini adalah aplikasi APDITLIT yaitu audit klinis. Diharapkan dengan adanya pengembangan sistem informasi audit klinis ini dapat dihasilkan akurasi data yang lebih baik.

Kata kunci: Perancangan, ICD-10, Elektronik, Tuberculosis, Audit, Klinis

ABSTRACT

Determining a patient's diagnosis is an obligation, the rights and responsibilities of the doctor (medical personnel) concerned must not be changed, therefore the diagnosis in the medical record must be filled in completely and clearly in accordance with the directions in the ICD-10 book. Code assignment is the assignment of codes using letters or numbers and combinations of letters in numbers that represent data components. ICD-10 is a statistical classification, which means that it contains a limited number of exclusive code categories that describe a hierarchical structure with subdivisions to represent related data components. Diagnostic coding must be carried out according to the rules of the ICD-10 coding system in an accurate and timely manner. Computer technology is one of the tools used in data processing and validation, especially in the field of disease coding. Application design starts from the planning, analysis, design, implementation and system maintenance phases. This research uses Research and Development (R&D) research with the Rapid Application Development (RAD) information system design method. Observations are

made on the Electronic Medical Record display. The data collection method used is document review. The result of this research is the APDITLIT application, namely clinical audit. It is hoped that the development of this clinical audit information system can produce better data accuracy.

Keywords: Design, ICD-10, Electronic, Tuberculosis, Audit, Clinical

PENDAHULUAN

Data WHO menunjukkan Tuberkulosis merupakan penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan dunia. Tuberkulosis adalah penyakit kronik menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar Tuberkulosis menyerang paru-paru tetapi dapat juga menyerang organ lain. Faktor yang mempengaruhi Tuberkulosis adalah faktor umur, faktor sosial ekonomi, dan faktor lingkungan, faktor pola hidup yang tidak sehat, serta faktor riwayat kontak dengan orang yang menderita penyakit tuberkulosis (Wikurendra, 2019). Penularan penyakit Tuberkulosis bisa menular ketika pasien dengan TB BTA (Bakteri Tahan Asam) positif batuk atau bersin sehingga kuman dapat menyebar melalui udara. Oleh karena itu, orang dengan penderita Tuberkulosis diwajibkan mengikuti pengobatan yang dilakukan oleh dokter agar penyakit Tuberkulosis dapat dicegah lebih dini. Dalam proses kodifikasi penyakit, untuk mendapatkan kode yang akurat termasuk kode penyakit Tuberkulosis dibutuhkan informasi data klinis yang lengkap. Selain dari informasi data klinis, faktor tenaga medis, tenaga rekam medis (koder) dan tenaga kesehatan lain juga sangat berpengaruh. Untuk mengantisipasi formulir resume medis yang tidak lengkap, dibutuhkan komunikasi yang baik antar tenaga kesehatan yang

bertanggungjawab dalam pengisian rekam medis. Sehingga apabila terdapat komunikasi yang baik dan dokter yang mengisi lengkap rekam medis akan menghasilkan keakuratan kode yang baik pula.

Ketidaklengkapan pengisian rekam medis sangat berpengaruh pada mutu rekam medis, karena mutu rekam medis merupakan cermin baik tidaknya mutu pelayanan pada rumah sakit (Depkes, 2006). Pada audit kualitatif pendokumentasian rekam medis, terdapat enam komponen analisis kualitatif, salah satunya adalah Review for Complete and Consistent Diagnostic (Review Kelengkapan dan Konsistensi Diagnosa).

Konsistensi merupakan sebuah penyesuaian atau kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian (Lily, 2018).

Dalam dokumen rekam medis rawat jalan, diagnosa dari awal sampai dengan akhir harus konsisten. Sedangkan pada dokumen rekam medis rawat inap, catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat juga harus konsisten agar dapat mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien. Selain itu, pernyataan diagnosa yang dibuat dalam rekam medis mencerminkan tingkat pengertian mengenai kondisi medis pasien saat direkam (Lily, 2018). Aplikasi APDITLIT dirancang untuk memudahkan PMIK dalam proses analisis

kualitatif. Isian data administratif dan data klinis yang tersedia pada menu aplikasi ini memudahkan proses rekapitulasi serta pengolahan data analisis kualitatif.

METODE PENELITIAN

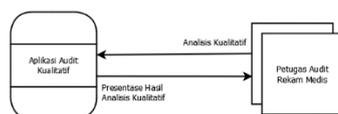
Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi kasus menggunakan metode perancangan sistem informasi *Rapid Application Development* (RAD). Metode pengumpulan data yang digunakan adalah observasi dan telaah dokumen. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah adalah 1) Studi Kepustakaan, 2) Alat Tulis, 3) Alat Perekam Suara, 4) Lembar Observasi.

HASIL PENELITIAN

Aplikasi APDITLIT memiliki 3 entitas yaitu admin dapat menginputkan, mengubah, menghapus dan mendapatkan laporan data isian analisis kualitatif. Berdasarkan gambar 1 Aplikasi APDITLIT meliputi :

Input Data (Entry data, Detail data, Edit data, Hapus data), Dashboard (Presentase Rekapitulasi Analisis Kualitatif), Laporan (Laporan Periode, Rekapitulasi Laporan Periode).

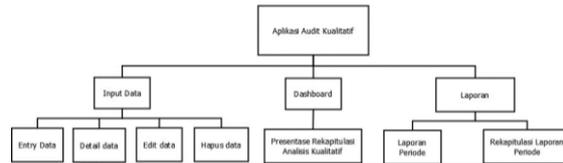
Diagram Context



Gambar 1 Diagram Context APDITLIT

Berdasarkan gambar 1 diatas dapat kita lihat bahwa APDITLIT memiliki 1 entitas yaitu petugas Audit Rekam Medis.

Data Flow Diagram



Gambar 2 Data Flow Diagram APDITLIT

Berdasarkan gambar 2, Diagram dekomposisi fungsional menggambarkan dekomposisi sistem yang menunjukkan dekomposisi fungsional *top-down*. Bagian paling bawah pada diagram dekomposisi fungsional disebut dengan *Event* (kejadian), yaitu transaksi pada sebuah sistem. Pada diagram dekomposisi fungsional yang dirancang, fungsional sistem dibagi menjadi tiga yaitu *Input Data*, *Dashboard*, dan *Presentase analisis kualitatif*. Pada *Input Data* terdapat *event Entry Data, Detail Data, Edit Data, dan Hapus Data*. Pada *Dashboard* terdapat *event Presentase Rekapitulasi Analisis Kualitatif*. Pada *Laporan* terdapat *event Laporan Periode dan Rekapitulasi Laporan Periode*.

PEMBAHASAN

7 elemen kualitas pengkodean dapat digunakan dalam instrumen audit pengkodean klinis. 6 elemen tersebut yaitu reliability, completeness, timeliness, accuracy, relevancy dan legibility. (Nasution, 2020). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Horsky et al (2017) dengan judul "Accuracy and

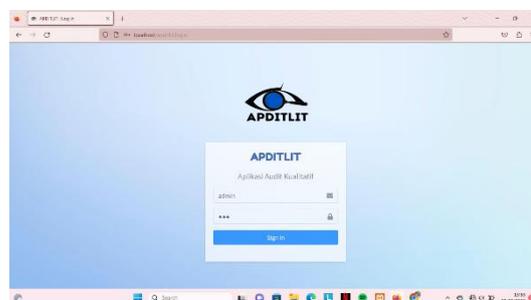
Completeness of Clinical Coding Using ICD-10 for Ambulatory Visits”, dalam penelitian tersebut audit pengkodean klinis dilakukan dengan menggunakan elemen accuracy dan completeness. Penelitian lain yang sesuai dengan penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Heywood et al (2016) dengan judul “Improving accuracy of clinical coding in surgery: collaboration is key”, dalam penelitian tersebut, audit pengkodean klinis dilakukan dengan menggunakan elemen accuracy. Penelitian lain yang terkait dengan penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Misset et al (2008) yang berjudul “Reliability of diagnostic coding in intensive care patients”, dalam penelitian tersebut audit pengkodean klinis dilakukan dengan menggunakan elemen reliability. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Stausberg et al (2008) yang berjudul ” Reliability of diagnoses coding with ICD-10”, dalam penelitian tersebut audit pengkodean klinis dilakukan dengan menggunakan elemen reliability. Berdasarkan beberapa studi literatur yang dilakukan oleh peneliti terkait perancangan sistem informasi dan observasi di lokasi penelitian, maka dihasilkan *design interface* sebagai berikut ini :

Desain Interface

1. Tampilan Login

Halaman login menjadi bukti autentikasi pengguna aplikasi APDITLIT. Pada halaman ini setiap pengguna akan memiliki *username*

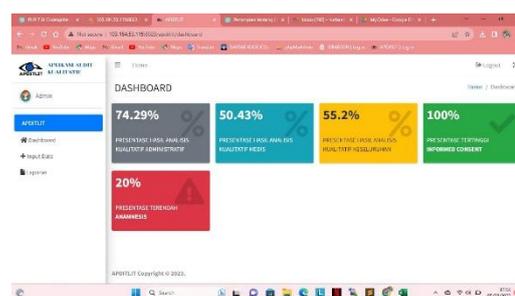
dan *password* untuk dapat menggunakan aplikasi.



Gambar 3 Desain Interface Halaman Login

2. Tampilan Utama

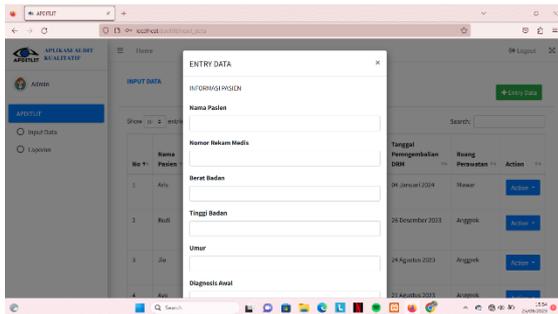
Setelah melakukan *login*, pengguna akan masuk ke halaman utama aplikasi dengan 3 kolom. Tampilan kolom sebelah kiri terdapat menu dashboard, input data dan laporan. Tampilan kolom tengah berisi hasil persentase hasil isian input data yang telah dilakukan berdasarkan masing – masing kebutuhan data data klinis dan data administratif.



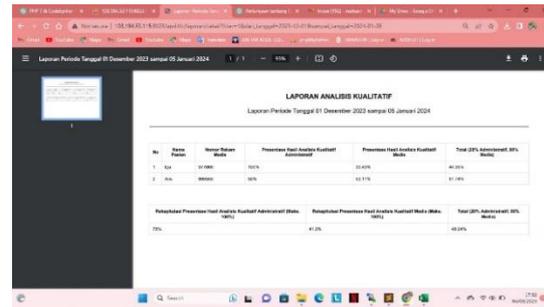
Gambar 4 Desain Halaman Utama

3. Kolom Entry Data

Halaman ini digunakan untuk menginputkan data hasil analisis rekam medis secara manual ke dalam aplikasi APDITLIT.



Gambar 5 Desain Entry Data



Gambar 6 Desain Tampilan Laporan Akhir

4. Menu Laporan

Pada *event diagram* ini menggambarkan proses presentase rekapitulasi analisis kualitatif. Agen eksternal pada diagram ini adalah Petugas Audit Rekam Medis dan *data store* nya adalah Analisis Kualitatif. Pada proses ini, petugas audit rekam medis akan memilih periode laporan analisis kualitatif yang ingin ditampilkan, kemudian sistem secara otomatis akan menerima tanggal, bulan, dan tahun yang dipilih oleh petugas audit rekam medis. Selanjutnya, sistem akan mengirimkan tanggal, bulan, dan tahun tersebut kepada *data store* analisis kualitatif untuk dicarikan data nya. *Data store* analisis kualitatif akan mengirimkan data nya kepada sistem, lalu sistem akan menghitung presentase nya per pasien untuk ditampilkan kepada petugas audit rekam medis.

PENUTUP

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan peneliti dalam Perancangan Aplikasi APDITLIT terdapat kesimpulan yaitu: dalam pelaksanaan proses analisis kuantitatif dan kualitatif rekam medis masih tetap menerapkan sistem *hybrid* atau penggabungan dari sistem manual dan elektronik secara bersamaan. Sistem elektronik yang digunakan digunakan untuk membantu petugas analisis merekapitulasi hasil secara elektronik sehingga data lebih akurat sesuai dengan data administratif dan data klinis. Perancangan Aplikasi APDITLIT memiliki beberapa manfaat antara lain 1) Menghemat Waktu dan Sumber Daya: Dengan menggunakan perangkat lunak, proses analisis kualitatif dapat dilakukan lebih cepat dan lebih akurat, menghemat waktu dan sumber daya, 2) Meningkatkan Akurasi: Sistem elektronik dapat membantu mengurangi kesalahan manusia dalam pengisian data administratif dan data klinis yang menunjang proses pengkodean dan pelaporan penyakit, 3) Pemantauan dan Analisis yang Lebih Baik, dengan data yang terkumpul secara elektronik, dapat diketahui persentase pencapaian pengisian rekam medis sesuai dengan kebutuhan formulir dapat

diidentifikasi dengan lengkap dan tepat dan berguna untuk kualitas rekam medis yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Kholida Syiah Nasution. (2020). Perancangan Instrumen Audit Pengkodean Klinis di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati. DOI : 10.33560/jmiki.v8i1.255
- Utami, Yeni Tri (2022). Accuracy Of Outpatient Diagnosis Code Based On ICD 10. *Proceeding of the international conference Nursing and Health Sciences*, 89 - 100.
- Swaradwibhagia, Jeilia Jihan. Widjaya, Lily. Indawati., Laela, Muniroh (2022). Analisis Kualitatif Kekonsistensian Pencatatan dan Justifikasi Pengobatan pada Rekam Medis Kasus Demam Berdarah Dengue di Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi Tahun 2021. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, Vol 2 No. 4 September 2022.
- Wahid, Aceng Abdul (2020). Analisis Metode Waterfall Untuk Pengembangan Sistem Informasi. *Jurnal Ilmu – Ilmu Informatika dan Manajemen STMIK*
- Desfa, Anisa. Putri, Widya (2022). Perancangan Prototype Aplikasi Rekam Medis di Laboratorium Komputer Universitas Awal Bros. *Jurnal Multidisiplin Ilmu*, Vol 1 No. 3 Juli 2022.
- Wirajaya, Made Karma Maha. Laksmi, Putu Atu, Farmani, Putu Ika (2022). Perancangan Desain Formulir Rekam Medis dan Media Informasi Kesehatan di Klinik Fisioterapi Sibang Abiansemal Badung. *Indonesia Journal of Health Information Management Services (IJHIMS)*, Vol 2 No. 1 Mei 2022.
- Hatta, G. R. (2013). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Edisi revisi 2. Universitas Indonesia. Jakarta
- Kemenkes RI. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis
- Kemenkes RI. (2008). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis
- Kemenkes. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbg) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Jakarta
- Kepmenkes, RI, (2020). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : Hk.01.07/Menkes/312/2020 Tentang Standar Profesi Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan. Jakarta
- Rahmania Sri Untari, Fitria Nur Hasanah. (2020). Rekayasa Perangkat Lunak. UMSIDA Press Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.
- Widjaya, Lily dan Deasy Rosmaladewi. (2017). Manajemen Informasi Kesehatan II: Sistem dan Sub Sistem Pelayanan RMIK
- Widjaya, Lily. (2023). Buku Ajar Audit Rekam Medis Melalui Analisis Kualitatif. APTIRMIKI, Karanganyar.

ANALISIS KUANTITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT IBNU SINA KABUPATEN GRESIK

Putri Yuli Ambarani¹⁾, Restadwi Yuliani²⁾

¹⁾²⁾*Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Sidoarjo*

Email : restadwiuliani@umsida.ac.id

ABSTRAK

Kelengkapan dokumen rekam medis merupakan hal sangat penting karena berpengaruh terhadap proses pelayanan yang dilakukan petugas medis dan mempengaruhi kualitas dari suatu pelayanan. Standart pelayanan minimal rumah sakit tentang kelengkapan rekam medis harus lengkap 100%. Berdasarkan studi pendahuluan didapatkan hasil data laporan kelengkapan rekam medis rawat inap triwulan 4 tahun 2022 mengalami penurunan berturut-turut 93,0% pada bulan Oktober, 91,4% bulan November, 90% pada bulan Desember. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis ketidaklengkapan rekam medis rawat inap di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik berdasarkan 4 aspek yaitu, aspek identifikasi data sosial, aspek laporan penting, aspek autentifikasi, dan aspek pendokumentasian yang benar. Populasi pada penelitian ini adalah jumlah dokumen rekam medis rawat inap yang sudah disetor periode bulan Juni dan Juli tahun 2023 sebesar 1400 berkas sampel diperoleh menggunakan teknik random sampling. Penentuan jumlah sampel menggunakan rumus slovin di dapatkan 100 dokumen rekam medis. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif. Berdasarkan hasil analisis, review identifikasi rata-rata lengkap 51%, tidak lengkap 49%, review laporan penting rata-rata lengkap 82,83%, tidak lengkap 61%, review autentifikasi rata-rata lengkap 66%, tidak lengkap 34%, dan review pendokumentasian yang benar rata-rata lengkap 61%, tidak lengkap 31%. Perlu adanya sosialisasi tentang pentingnya identifikasi pasien kepada petugas pendaftaran dan seluruh pemberi layanan asuhan pasien. Serta pembentukan komite rekam medis dan keaktifan kepada ruangan dalam monitoring kelengkapan rekam medis.

Kata Kunci: Komite rekam medis, review autentifikasi, review identifikasi, review pelaporan penting, review pendokumentasian yang benar

ABSTRACT

Completeness of medical record documents is very important because it influences the service process carried out by medical staff and affects the quality of a service. The hospital's minimum service standards regarding the completeness of medical records must be 100% complete. Based on a preliminary study, it was found that the data on the completeness of inpatient medical records for the fourth quarter of 2022 had decreased respectively by 93.0% in October, 91.4% in November, and 90% in December. The aim of this research is to analyze the incompleteness of inpatient medical records at Ibnu Sina Hospital, Gresik Regency based on 4 aspects, namely, the social data identification aspect, the important report aspect, the authentication aspect, and the correct documentation aspect. The population in this study is the number of inpatient medical record documents that have been deposited for the period June and July 2023, amounting to 1400 sample files obtained using random sampling techniques. Determining the sample size using the Slovin formula resulted in 100 medical record documents. This

research is descriptive quantitative research. Based on the results of the analysis, identification reviews were on average complete 51%, incomplete 49%, reviews of important reports were on average complete 82.83%, incomplete 61%, authentication reviews were on average complete 66%, incomplete 34%, and On average, the correct documentation review was 61% complete, 31% incomplete. There needs to be outreach about the importance of patient identification to registration officers and all patient care providers. As well as the formation of a medical records committee and activeness of the room in monitoring the completeness of medical records.

Keywords: *Medical records committee, authentication review, identification review, important reporting review, correct documentation review*

PENDAHULUAN

Rekam medis di rumah sakit merupakan data untuk menyusun informasi kesehatan baik yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap (Basyarudin, 2022). Ada beberapa manfaat dari rekam medis diantaranya adalah sumber informasi untuk keperluan pengobatan, pendidikan dan penelitian, dasar pembiayaan, dan keperluan statistika sebagai dasar pembuatan kebijakan (Amran et al., 2022). Terselenggaranya rekam medis yang baik disuatu rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan pada rumah sakit itu sendiri. Maka dari itu rekam medis dianggap sangat penting (Riyantika, 2018).

Standar penyelenggaraan rekam medis pada rumah sakit diatur dalam keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit. Ada 4 indikator yaitu kelengkapan dokumen

rekam medis 100% lengkap kurang dari 24 jam setelah pelayanan, kelengkapan informed consent, waktu penyediaan rekam medis rawat jalan, waktu penyediaan rekam medis rawat inap (Mahendra, 2019). Dua permasalahan teratas adalah permasalahan yang sering timbul, yaitu kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang tidak lengkap, seperti penulisan dokter yang kurang spesifik, autentifikasi yang memeriksa, keadaan ini akan mengakibatkan dampak bagi intern rumah sakit (Maimun & Sari, 2022). Kelengkapan dokumen rekam medis merupakan hal sangat penting karena berpengaruh terhadap proses pelayanan yang dilakukan petugas medis dan mempengaruhi kualitas dari suatu pelayanan. Dokumen rekam medis yang lengkap berperan untuk menjaga kualitas mutu dari pelayanan Kesehatan (Wirajaya & Nuraini, 2019).

RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik adalah rumah sakit tipe B pendidikan dan sebagai rujukan regional wilayah utara Jawa Timur. Penyelenggaraan rekam medis sudah berjalan dengan semestinya. Di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik penyelenggaraan rekam medis masih konvensional. Tentunya dalam penyelenggaraan rekam medis di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik bukan tanpa permasalahan, salah satunya adalah kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap yang masih belum sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit tentang kelengkapan rekam medis harus lengkap 100%.

Berdasarkan observasi dan studi pendahuluan dari 23 sampel dokumen rekam medis rawat inap ditemukan bahwa ketidaklengkapan sebanyak 7 berkas dan 16 berkas rekam medis lengkap. Ketidaklengkapan rekam medis seringkali pada bagian laporan penting atau catatan bukti yang tidak ada tanggal pelayanan. Hal ini diperkuat dengan data laporan kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap triwulan 4 tahun 2022 mengalami penurunan berturut-turut 93,0% pada bulan Oktober, 91,4% bulan November, 90% pada bulan Desember. Menurut Ariffin & Rudi (2019) menjelaskan bahwa

review identifikasi tertinggi pada item nama dan nomor rekam medis yaitu sebanyak 296 dokumen rekam medis (100%), sedangkan persentase terendah terdapat pada item jenis kelamin yaitu sebanyak 271 dokumen rekam medis (91,55%). *Review* laporan penting tertinggi terdapat pada item pemeriksaan yaitu 295 dokumen rekam medis (99,7%), sedangkan yang terendah dari *review* laporan yang penting adalah item penunjang sebanyak 217 dokumen rekam medis (73,3%). Pada *review* autentifikasi yang paling tinggi item tanda tangan dokter sebanyak 286 dokumen rekam medis (97%), terendah pada item nama perawat sebesar 227 dokumen rekam medis (76,69%). *Review* pendokumentasian yang benar persentase tertinggi pada item tidak ada coretan dan tidak ada tipe-x yaitu sebanyak 296 dokumen rekam medis (100%), sedangkan persentase terendah terdapat pada item tidak ada bagian yang kosong sebanyak 166 dokumen rekam medis (56,08%).

Ketidaklengkapan informasi dalam pengisian dokumen rekam medis dapat menjadi masalah, karena rekam medis dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi kepada pasien selama berada di rumah sakit, hal

ini pun berdampak pada mutu rekam medis serta terhadap pelayanan yang diberikan (Devhy & Widana, 2019). Selain itu dampak langsung yang dirasakan rumah sakit tentang permasalahan ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis yaitu terjadinya pending klaim dan gagal klaim yang mengakibatkan pendapatan rumah sakit menurun (Khoiroh et al., 2020). Selain akibat dari dampak ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis adalah tidak dapat terpenuhinya tujuan rekam medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Hikmah et al., 2018).

Analisis kelengkapan rekam medis akan terus ada walaupun sudah beralih media menjadi rekam medis elektronik. Berdasarkan data penunjang dan pengamatan permasalahan secara langsung, peneliti tertarik untuk menganalisis kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik dengan menggunakan 4 aspek, yaitu *review* identifikasi data sosial pasien, *review* pelaporan penting, *review* autentifikasi, dan *review* pendokumentasian yang benar. Peneliti berharap kombinasi dari penelitian

terdahulu dan sekarang bisa menjadi bahan ilmiah untuk pengambilan keputusan bagi rumah sakit pada umumnya dan bagi unit rekam medis khususnya.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan analisis deskriptif. Populasi jumlah rekam medis rawat inap yang sudah disetor ke bagian pengelolaan rekam medis rawat inap periode bulan Juni dan Juli 2023 sebesar 1400 berkas rekam medis. Penentuan sampel menggunakan rumus Slovin, maka didapatkan sampel 100 berkas rekam medis. Pengumpulan data dengan cara observasi dokumen rekam medis rawat inap, meliputi data sosial pasien, laporan yang penting, autentifikasi, pendokumentasian yang benar dengan menggunakan *checklist*.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan analisis kuantitatif berkas rekam medis rawat inap periode bulan Juni – Juli tahun 2023 di Rumah Sakit Umum Daerah Ibnu Sina Kabupaten Gresik dengan sampel berjumlah 100 dokumen rekam medis rawat inap. Analisa deskriptif yang mengacu pada 4 aspek, yaitu, identifikasi, laporan yang penting, autentifikasi dan pendokumentasian yang benar. Maka diperoleh hasil sebagai berikut.

Review Identifikasi

Tabel 1 *Review identifikasi*

Aspek	Jumlah	Persentase
Nomor rekam medis		
Lengkap	56	56%
Tidak lengkap	44	44%
Nama pasien		
Lengkap	60	60%
Tidak lengkap	40	40%
NIK		
Lengkap	30	30%
Tidak lengkap	70	70%
Jenis Kelamin		
Lengkap	58	58%
Tidak lengkap	42	42%
Rata-rata		
Lengkap	51	51%
Tidak lengkap	49	49%

Review Laporan Penting

Tabel 2. *Review laporan penting*

Aspek	Jumlah	Persentase
Tanggal pelayanan		
Lengkap	57	57%
Tidak lengkap	43	43%
Anamnesis		
Lengkap	98	98%
Tidak lengkap	2	2%
Diagnosa masuk		
Lengkap	100	100%
Tidak lengkap	0	0%
Diagnosa keluar		
Lengkap	100	100%
Tidak lengkap	0	0%
Informed consent		
Lengkap	80	80%
Tidak lengkap	20	20%
Hasil penunjang		
Lengkap	62	62%
Tidak lengkap	38	38%
Rata-rata		
Lengkap	82,83	82,83%
Tidak lengkap	17,16	17,16%

Review Aumentifikasi

Tabel 3 *Review Autentifikasi*

Aspek	Jumlah	Persentase
Nama dokter		
Lengkap	45	45%
Tidak lengkap	55	55%
Tanda tangan dokter		
Lengkap	56	56%
Tidak lengkap	44	44%
Nama dan tanda tangan PPA		
Lengkap	100	100%
Tidak lengkap	0	0%
Tanggal pelayanan		
Lengkap	63	63%
Tidak lengkap	37	37%
Rata-rata		
Lengkap	66	66%
Tidak lengkap	34	34%

Review pendokumentasian yang benar

Tabel 4. *Review pendokumentasian yang benar*

Aspek	Jumlah	Persentase
Keterbacaan		
Lengkap	61	61%
Tidak lengkap	39	39%
Pembetulan kesalahan		
Lengkap	100	100%
Tidak lengkap	0	0%
Rata-rata		
Lengkap	61	61%
Tidak lengkap	39	39%

PEMBAHASAN

Review Identifikasi

Aspek identifikasi terdiri dari nomor rekam medis, nama pasien, nomor induk kependudukan, dan jenis kelamin.

Berdasarkan tabel 1 didapatkan analisis kuantitatif sebagai berikut, pada item nomor rekam medis lengkap 56%,

tidak lengkap 44%, nama pasien lengkap 60%, tidak lengkap 40%, nomor induk kependudukan lengkap 30%, tidak lengkap 70%, jenis kelamin lengkap 58%, tidak lengkap 42%. Identifikasi pasien merupakan hal mendasar yang perlu diperhatikan oleh seluruh tenaga kesehatan sebagai salah satu penerapan keselamatan pasien (Insani & Wikansari, 2021).

Sinta (2023) menjelaskan bahwa ketidaklengkapan pengisian data administrasi pada formulir persetujuan rawat inap sebesar 15,17% data hasil penunjang sebesar 8,5% dan data klinis dalam formulir *resume medis* sebesar 22,0%, hal tersebut dikarenakan kurangnya ketelitian petugas kesehatan pada saat identifikasi data pasien. Mereka beranggapan bahwa nama pasien yang terdapat pada sampul dokumen rekam medis mewakili seluruh isi dokumen. Maksud sasaran ini bahwa, identifikasi pasien merupakan bagian dari penilaian akreditasi yang bertujuan untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien yang dapat merugikan pasien maupun pihak rumah sakit (Murtiningtyas & Dhamanti, 2022).

Review Laporan Penting

Merupakan aspek kedua yaitu tentang kelengkapan laporan medis penting, yaitu tanggal pelayanan, anamnesis, diagnosa masuk, diagnosa keluar, *informed consent*, dan hasil penunjang.

Berdasarkan tabel 2 didapatkan data sebagai berikut, tanggal pelayanan lengkap 57%, tidak lengkap 43%, anamnesis lengkap 98%, tidak lengkap 2%, diagnosa masuk lengkap 100%, diagnosa keluar lengkap 100%, *informed consent* lengkap 80%, tidak lengkap 20%, hasil penunjang lengkap 62%, tidak lengkap 38%. Menurut Yusuf Setiawan et al., (2020) pada indikator laporan penting dari 2651 berkas rekam medis rawat inap yang diteliti terdapat 81,30% lengkap dan 18,7% tidak lengkap. Kelengkapan pengisian laporan penting pada berkas rekam medis rawat inap meliputi data yang sifatnya sangat penting dalam memantau perkembangan penyakit pasien. Data tersebut antara lain diagnosa utama, keadaan keluar, tanggal masuk rumah sakit, jenis operasi, laporan operasi, dan *informed consent*. Laporan tersebut akan memberikan informasi tentang tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat dalam merawat pasien, sehingga

diharapkan dapat memuat informasi yang akurat, lengkap dan dapat dipercaya (Yusuf Setiawan et al., 2020).

Review Autentifikasi

Aspek ketiga dalam analisis ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik adalah autentifikasi, terdiri dari nama dokter, tanda tangan dokter, nama dan tanda tangan PPA (profesional pemberi asuhan), dan tanggal pelayanan.

Berdasarkan tabel 3 didapatkan hasil sebagai berikut, nama dokter lengkap 45%, tidak lengkap 55%, tanda tangan dokter lengkap 56%, tidak lengkap 44%, nama dan tanda tangan PPA (profesional pemberi asuhan) lengkap 100%, tanggal pelayanan lengkap 63%, tidak lengkap 37%. Menurut Gustiara et al., (2022) kelengkapan autentifikasi penulis dari 97 rekam medis rawat inap yang dianalisis rata-rata kelengkapannya 48,75%. Persentase terendah pada item tanda tangan dokter 34% dan persentase tertinggi adalah tanda tangan perawat. *Review* autentifikasi adalah suatu proses yang merupakan sebuah pembuktian terhadap identitas seseorang atau pasien, dalam hal ini yaitu dokter atau perawat yang berkewenangan dalam pengisian

dokumen rekam medis (Lesmana & Suciana, 2022).

Autentifikasi berkaitan dengan aspek legal. Ketidaklengkapan pada aspek autentifikasi dapat menyebabkan suatu catatan medis yang berisikan semua hasil pemeriksaan dan pengobatan tidak biasa dipertanggungjawabkan oleh dokter tersebut dan biasa dianggap malpraktik secara etik (Rika et al., 2021). Hal ini sesuai dengan amanat UU Nomor 29 Tahun 2004 yang isinya adalah dokter wajib melakukan pencatatan rekam medis dengan baik dan benar, karena dalam hukum acara perdata maupun acara pidana dikenal alat bukti tertulis, sehingga rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Supriyatin, 2018).

Review pendokumentasian yang benar

Aspek terakhir adalah pendokumentasian yang benar, terdiri dari 2 indikator, yaitu keterbacaan dan pembetulan tulisan.

Berdasarkan tabel 4 didapatkan data keterbacaan jelas dan dapat dibaca sebesar 61%, tulisan tidak dapat dibaca sebesar 39%, sedangkan indikator pembetulan kesalahan tulisan tidak ada atau 0%. *Review* pencatatan atau pendokumentasian adalah pencatatan yang tidak lengkap dan

tidak bisa dibaca. Meliputi cara penulisan, cara pembetulan kesalahan, penggunaan simbol dan istilah yang sah. Pencatatan dokumen rekam medis harus selalu dilakukan secara baik dan benar. Apabila terjadi kesalahan pencatatan dalam berkas rekam medis tidak dibenarkan untuk melakukan penghapusan dengan cara apapun untuk mengkoreksinya adalah dengan cara mencoret bagian yang salah namun tidak sampai menghilangkan tulisan yang salah sama sekali. Sehingga tulisan yang salah masih bisa dibaca, kemudian diberikan paraf diatas coretan kata yang salah oleh petugas yang bersangkutan (Swari et al., 2019).

Pencatatan yang baik akan mempermudah penanganan pasien secara berkesinambungan. Pencatatan yang baik haruslah mudah dibaca dan mengerti oleh tenaga kesehatan sehingga tidak menimbulkan kesalahan persepsi dalam membaca rekam medis pasien (Wirajaya & Dewi, 2020). Berdasarkan landasan hukum rekam medis wajib diisi dengan baik dan benar, maksudnya adalah ketika terdapat coretan atau penghapusan berpengaruh terhadap keputusan hakim. Berikut adalah syarat rekam medis diterima dalam persidangan yaitu, tidak ditulis menggunakan pensil, tidak terdapat

penghapusan, coretan, tulisan jelas dan terbaca, terdapat tanda tangan petugas, tanggal dan waktu pemeriksaan serta tindakan pada formulir persetujuan tindakan medis (Berutu et al., 2020).

PENUTUP

Kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik bulan Juni dan Juli 2023 belum 100% lengkap semua, dari 4 aspek yaitu identifikasi, laporan penting, autentifikasi, dan pendokumentasian yang benar. Hanya beberapa item yang sudah 100% lengkap diantaranya adalah item diagnosa masuk dan diagnosa keluar, dari aspek laporan penting item nama dan tanda tangan PPA, dari aspek kelengkapan autentifikasi item pembetulan kesalahan dan dari aspek pendokumentasian yang benar. Aspek identifikasi rata-rata lengkap 51%, tidak lengkap 49%, laporan penting rata-rata lengkap 82, 83%, tidak lengkap 17, 16%, autentifikasi rata-rata lengkap 66%, tidak lengkap 34%, aspek pendokumentasian yang benar rata-rata lengkap 61%, tidak lengkap 31%. Perlu adanya sosialisasi tentang pentingnya identifikasi kepada seluruh pemberi pelayanan mulai dari pendaftaran pasien, dokter dan perawat di ruangan. Dalam hal analisis ketidaklengkapan dokumen rekam medis

rawat inap aspek autentifikasi harus melibatkan kepala ruangan dan perawat dalam bentuk tanda tangan yang artinya rekam medis tersebut sudah dianalisis kelengkapannya sebelum disetorkan ke bagian rekam medis. Pembentukan komite rekam medis yang beranggotakan perawat, dokter, sehingga laporan tentang permasalahan ketidaklengkapan pengisian rekam medis dapat diselesaikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amran, R., Apriyani, A., & Dewi, N. P. (2022). Peran Penting Kelengkapan Rekam Medik di Rumah Sakit. *Baiturrahmah Medical Journal*, 1(September 2021), 69–76.
- Ariffin, M., & Rudi, A. (2019). Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Di Puskesmas Kebong. *JUPERMIK (Jurnal Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan)*, 2(2), 42–49.
- Basyarudin, B. (2022). Aspek Yuridis Rekam Medis Elektronik Dijadikan Alat Bukti Apabila Terjadi Kesalahan Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 1(12), 3495–3510. <https://www.bajangjournal.com/index.php/JCI/article/view/3212>
- Berutu, C. A. N., Yanti Agustina, & Batubara, S. A. (2020). Kekuatan Hukum Pembuktian Rekam Medis Konvensional Dan Elektronik Berdasarkan Hukum Positif Indonesia. *Jurnal Hukum Samudra Keadilan*, 15(2), 305–317. <https://doi.org/10.33059/jhsk.v15i2.2686>
- Devhy, N. L. P., & Widana, A. A. G. O. (2019). Analisis Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Ganesha Di Kota Gianyar Tahun 2019. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 2(2), 106. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v2i2.5353>
- Gustiara, B., Dewi, D. R., & Fannya, P. (2022). Analisis Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Bhakti Mulia Tahun 2022. 3, 559–569.
- Hikmah, F., Wijayanti, R. A., & Hidayah, N. (2018). Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Diare Akut Balita Di Rumahsakitislamasyithoh Bangil Kabupaten Pasuruan Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 104. <https://doi.org/10.33560/v6i2.194>
- Insani, T. H. N., & Wikansari, N. (2021). Evaluasi Pelaksanaan Identifikasi Pasien di Klinik Laras Hati Yogyakarta. *JHeS (Journal of Health Studies)*, 5(1), 81–87. <https://doi.org/10.31101/jhes.763>
- Khoiroh, A. N., Nuraini, N., & Santi, M. W. (2020). Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Rekam Medis Rawat Inap di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 2(1), 91–98. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v2i1.2080>
- Lesmana, J., & Suciana, D. (2022). Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Cakranegara Tahun 2021. *Nusadaya Journal of Multidiciplinary Studies*, 1(1), 16–22.
- Mahendra, 2018. (2019). Analisis Pelaksanaan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rasidin Padang Tahun 2018. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas. Padang*, 1–146.
- Maimun, & Sari, I. (2022). Analisis Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Di Poli Rawat Jalan Kia Rsupn Dr. Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 13–24. <https://doi.org/10.35913/jk.v10i1.244>
- Murtiningtyas, R. A., & Dhamanti, I. (2022). Analisis Implementasi Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Indonesia. *Media Gizi Kesmas*, 11(1), 313–317.

- <https://doi.org/10.20473/mgk.v1i1.2022.313-317>
- Rika, S., Nisa', K., Wulandari, I., & Pramono, A. (2021). Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Gondanglegi. *Health Care Media*, 5(2), 88–95. <https://stikeswch-malang.e-journal.id/Health/article/view/178>
- Riyantika, D. (2018). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Lembar Resume Medis Pasien Rawat Inap. *Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(1), 69–73. <https://doi.org/10.30994/sjik.v7i1.153>
- Sinta, N. S. (2023). Analisis kuantitatif ketidak lengkapan pengisian berkas rekam medis pasien di puskesmas wolio kota baubau. 4(43), 2289–2296.
- Supriyatin, U. (2018). Aspek Hukum Dalam Penyelenggaraan Praktik Kedokteran Dihubungkan Dengan Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran. *Jurnal Ilmiah Galuh Justisi*, 6(1), 117. <https://doi.org/10.25157/jigj.v6i1.1245>
- Swari, S. J., Alfiansyah, G., Wijayanti, R. A., & Kurniawati, R. D. (2019). Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang. *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(1), 50–56. <https://doi.org/10.37148/arteri.v1i1.20>
- Wirajaya, M. K., & Nuraini, N. (2019). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 165. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.225>
- Yusuf Setiawan, M., Widjaja, L., Nurmalasari, M., Studi Manajemen Informasi Kesehatan, P., & Ilmu-Ilmu Kesehatan, F. (2020). Analisis Perbandingan Kelengkapan Rekam Medis Berdasarkan Metode Analisis Kuantitatif dengan Analisis Closed Medical Record Review di Rumah Sakit Kanker “Dharmais.” *Health Information Management Journal ISSN*, 8(1), 2655–9129.

ANALISIS FAKTOR PENYEBAB KLAIM PENDING PASIEN RAWAT INAP BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT TENTARA DR. SOEPRAOEN MALANG TAHUN 2023

Natasa Ilka Fahziza Salima¹, Eiska Rohmania Zein^{2*}

^{1, 2*)} D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Malang
eiskazein@poltekkes-malang.ac.id

ABSTRAK

Proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan apabila ditemukan ketidaklengkapan dalam proses verifikasi akan menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan, yang dapat menyebabkan klaim pending. Terdapat beberapa kasus klaim pending di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen. Tujuan penelitian ini yaitu Menganalisis Faktor Penyebab Terjadinya Klaim Pending Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Tahun 2023 dengan metode penelitian kuantitatif deskriptif. Sampel penelitian ini sebanyak 60 berkas klaim pending pada bulan Februari-Maret. Hasil penelitian ini didapatkan klaim pending berdasarkan faktor coding sebanyak 26 dokumen atau 43% kode diagnosis tidak sesuai, berdasarkan faktor medis sebanyak 31 dokumen atau 52% tidak lengkap, berdasarkan faktor administrasi sebanyak 3 dokumen atau 5% tidak sesuai.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, Klaim Pending

ABSTRACT

The process of submitting a claim from the hospital to BPJS Kesehatan if incompleteness is found in the verification process will result in the return of the file by BPJS Kesehatan, which can result in a pending claim. There are several cases of pending claims at Dr. Army Hospital. Soepraoen. The purpose of this study is to analyze the factors that cause Pending Claims for BPJS Kesehatan Inpatient Patients at Dr. Army Hospital. Soepraoen Malang in 2023 with a descriptive quantitative research method. The sample of this research is 60 pending claim files in February-March. The results of this study obtained pending claims based on coding factors as many as 26 documents or 43% inappropriate diagnosis codes, based on medical factors as many as 31 documents or 52% incomplete, based on administration factors as many as 3 documents or 5% inappropriate.

Keyword: BPJS Kesehatan, Pending Claim.

PENDAHULUAN

Masyarakat dapat melakukan pelayanan kesehatan salah satunya yaitu di rumah sakit. Rumah Sakit menurut PERMENKES No 3 tahun 2020 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang

menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Horvath & Barrangou, 2010). Rumah sakit identik dengan pelayanan pasien. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak

langsung di Rumah Sakit. Rumah sakit memiliki misi untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Selain itu rumah sakit juga memiliki tugas melaksanakan upaya pelayanan kesehatan yang berdayaguna dan berhasil untuk mengutamakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara tepat, cepat dan terpadu dengan peningkatan serta pencegahan yang dilaksanakan dengan upaya rujukan.

Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan, sistem yang dijalankan adalah sistem rujukan berjenjang berdasarkan kompetensi, mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang berupa dokter keluarga / Puskesmas ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yaitu Rumah Sakit tipe D, Rumah Sakit tipe C kemudian ke Rumah Sakit tipe B dan yang terakhir Rumah Sakit tipe A. Program JKN sudah dijalankan pemerintah Indonesia pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Tujuan diselenggarakan program JKN untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak. BPJS Kesehatan bekerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun swasta untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Menurut pendapat Antonius Artanto EP (2010) klaim mempunyai pengertian bahwa terdapat tagihan atau tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil pelayanan yang

telah diberikan. Dalam hal ini rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan dan jasa layanan yang diberikan oleh rumah sakit melalui tenaga kerja berupa dokter, perawat, apoteker dan tenaga medis lainnya atas peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit.

Proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan melalui syarat verifikasi administrasi seperti SEP (Surat Eligibilitas Pasien), Nomor peserta yang sesuai dengan kartu JKN, dan administrasi pelayanan lainnya. Berkas klaim yang ditemukan tidak lengkap dalam proses verifikasi akan menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan, jika berkas klaim tidak lengkap maka proses verifikasi akan menyebabkan klaim pending. Dalam proses pengajuan klaim, rumah sakit diharuskan memperhatikan kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir berkas rekam medis yang nantinya akan berhubungan dengan proses administrasi klaim BPJS. Kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab (Depkes, 2008).

Persyaratan administrasi pengajuan berupa dokumen – dokumen yang diperlukan seperti KTP (Kartu Tanda Penduduk), KK (Kartu Keluarga), Surat Rujukan, SEP (Surat Eligibilitas Pasien), resume medis, rincian biaya dan formulir pemeriksaan penunjang jika pasien memerlukan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan Permenkes

RI No. 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item – item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim. Kelengkapan dan kebenaran formulir berkas rekam medis nantinya akan berhubungan dengan cepat lambatnya rumah sakit dalam mendapatkan hasil tarif klaim yang akan diterima.

Menjalankan operasional pelayanan pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Dr. Soepraoen, terkadang tidak melakukan pengisian dan tidak keakuratan kode diagnosis atau tindakan pada rekam medis dan ketidaklengkapan data yang nantinya akan kembali ke dpjp untuk dicek kebenaran kode di Verifikator atau koder, kondisi ini terjadi pada kasus rawat inap. Sehingga ketidaklengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan tersebut akan menghambat proses verifikasi data pasien BPJS Kesehatan. Ketika proses verifikasi lama tentunya waktu pengajuan klaim juga akan mundur.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Oktober terdapat 52 berkas kasus klaim pending di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen terdapat permasalahan keterlambatan proses pengajuan berkas klaim rawat inap. Khususnya pada bulan Januari sendiri terdapat 48 kasus klaim pending pada pelayanan rawat inap, pada bulan Februari tahun 2023 terdapat 57 kasus klaim pending pada pelayanan rawat inap dan Bulan Maret tahun 2023 terdapat 44 kasus klaim pending pada pelayanan rawat inap. Dalam buku petunjuk verifikasi klaim disebutkan bahwa

tanggal maksimum pengajuan berkas klaim yaitu per tanggal 10 pada bulan berikutnya. Pada pengajuan klaim pihak Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang masih terjadi keterlambatan pengajuan berkas klaim rawat inap. Oleh karena itu keterlambatan pengajuan berkas klaim rawat inap nantinya akan berdampak pada penundaan proses pencairan dana yang diajukan rumah sakit ke BPJS. Jika keterlambatan proses klaim dibiarkan secara terus menerus maka akan berakibat pada kerugian pada pembayaran jasa medik sehingga nantinya akan berpengaruh pada kinerja pegawai yang akan mengakibatkan kualitas pelayanan rumah sakit yang kurang maksimal dan berimbas pada proses pelayanan yang yang seharusnya diterima oleh pasien. Permasalahan yang masih banyak terjadi dalam proses berkas klaim khususnya pada pelayanan rawat inap oleh BPJS Kesehatan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Analisis Faktor Keterlambatan Klaim BPJS Khususnya Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Tahun 2023”

METODE PENELITIAN

Pada penelitian ini metode yang digunakan adalah penelitian kuantitatif deskriptif. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor keterlambatan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen tahun 2023. Variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah faktor klaim pending. Faktor klaim pending terdiri dari tiga antara lain faktor coding, faktor medis, faktor administrasi. Populasi pada penelitian ini adalah berkas klaim

pending pasien rawat inap di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Tahun 2023 pada periode Januari hingga Maret yang berjumlah 149 berkas. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 60 berkas klaim pending BPJS kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang pada bulan Januari hingga per Maret tahun 2023 dengan menggunakan rumus Slovin. Pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu dengan cara observasi, wawancara dan telaah dokumen. Instrumen dalam penelitian ini yaitu lembar observasi berkas klaim disertai dengan lembar observasi telaah dokumen dan pedoman wawancara.

HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Penyebab Klaim Pending Pada Pasien BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Berdasarkan Faktor Koding

Tabel 1. Ketepatan Koding

No	Ketepatan Koding	Jumlah Berkas	Persentase
1.	Tepat	4	7%
2.	Tidak Tepat	6	3%
TOTAL		0	00%

Pada observasi ini mencocokkan tepat atau tidak antara diagnosis dan prosedur dengan ICD 10 dan ICD 9 CM. Dari tabel total dokumen berkas sebanyak 26 dokumen atau 43% kode diagnosis tidak tepat atau yang menyebabkan klaim pending dan 34 dokumen atau 57% tepat.

2. Gambaran Penyebab Klaim Pending Pada Pasien BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di

Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Berdasarkan Faktor Medis

Tabel 2. Kelengkapan Medis

No	Kelengkapan faktor medis	Jumlah berkas	Presentase
1.	Lengkap	29	48%
2.	Tidak lengkap	31	52%
TOTAL		60	100%

Faktor medis merupakan isi dari berkas rekam medis yang meliputi lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), lembar operasi, Formulir pemberian obat dan laporan penunjang lainnya. Dari hasil analisis total 60 dokumen berkas sebanyak 29 dokumen atau 48% lengkap dan sebanyak 31 dokumen atau 52% tidak lengkap.

3. Gambaran Penyebab Klaim Pending Pada Pasien BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Berdasarkan Faktor Administrasi

Tabel 3. Kesesuaian Berkas Administrasi

No	Kesesuaian berkas administrasi	Jumlah berkas	Presentase
1.	Sesuai	57	95%
2.	Tidak sesuai	3	5%
TOTAL		60	100%

Pada observasi ini yaitu melihat sesuai atau tidak sesuai data SEP dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA CBG's dan melihat sesuai atau tidaknya data dalam berkas klaim rawat inap dengan ketentuan yang menjadi syarat diterimanya oleh BPJS Kesehatan. Dari tabel total 60 dokumen berkas sebanyak 57 dokumen atau 95% sudah sesuai dengan dan sebanyak 3 dokumen atau 5% tidak sesuai.

PEMBAHASAN

1. Gambaran Penyebab Klaim Pending Pada Pasien BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Berdasarkan Faktor Koding

Penentuan diagnosis dapat dimulai dengan melakukan wawancara medis dan pemeriksaan fisik. Jawaban dari wawancara diperoleh dari pertanyaan – pertanyaan yang terarah mengenai hal yang dirasakan oleh pasien maupun keadaan pasien pada saat itu. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk menentukan pilihan tes maupun pemeriksaan khusus yang akan dilakukan. Dari hal tersebut akan diperoleh sebuah diagnosis penyakit dan tindakan medis yang dilakukan untuk menunjang kesembuhan pasien. Dalam asuransi kesehatan social sendiri diagnosis dan tindakan ini digunakan untuk menentukan besarnya tarif yang akan dibayarkan oleh bpjs kesehatan sesuai kesepakatan paket INA-CBGs yang akan menentukan tarif dengan pengelompokan diagnosis dan tindakan. Untuk mempermudah kegiatan administrasi dalam proses verifikasi klaim dalam rumah sakit dikelompokkan penyakit dan tindakan kedalam suatu kode yang biasa disebut koding dalam dunia medis. Kode-kode tersebut dikelompokkan dalam satu buku, yaitu ICD 10 untuk kode penyakit dan ICD 9 CM untuk tindakan (Sarwo, 2012). Hasil observasi ketidaktepatan pada kasus koding banyak yaitu 26 (43%) dokumen dari 60 dokumen. Hal ini dikarenakan diagnosis utama tidak tepat dengan indikasi masuk pasien dan penatalaksanaan yang diberikan dan kasus koding

kombinasi. Contohnya jika ada Jika terdapat HHD dengan gagal jantung (I11.0) disertai gagal ginjal N18.- dan N19 maka dikode menjadi I13.2 hypertensive heart and renal disease with both (congestive) heart failure and renal failure. Untuk kasus ini perbaikan berkas klaim yang pending dilakukan dengan merevisi kode diagnosis yang tepat dan memberikan kode diagnosis yang belum tercantum kode diagnosis nya.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo oleh Antonius (2016) terdapat 348 dokumen yang tidak lengkap 4,8% diakibatkan oleh ketidaksamaan koding dan diagnosis dari rumah sakit dengan koding dari pihak verifikator BPJS Kesehatan. Penyebab ini juga ditemukan pada penelitian di RSUD Koja yang dilakukan oleh Ayu Nadya dan Pujianto (2018) pengambilan berkas dengan alasan revisi penempatan diagnosis berjumlah 1.190 berkas atau 21,9% dari seluruh berkas klaim pending. Kemudian penelitian oleh Irmawati dkk di RSUD Tugurejo sebanyak 41 berkas yang tidak sesuai dengan diagnosis dan prosedur kode ICD 10 dan ICD 9 CM.

2. Gambaran Penyebab Klaim Pending Pada Pasien BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Berdasarkan Faktor Medis

Pada pemeriksaan medis sendiri banyak ketelitian yang harus diperhatikan, sebab pemeriksaan medis ini merupakan salah satu komponen penting yang digunakan Rumah Sakit untuk melengkapi berkas pengajuan

klaim kepada pihak BPJS Kesehatan, dan faktor ini banyak mempengaruhi terjadinya klaim pending pada saat verifikasi klaim. Dari hasil penelitian yang dijabarkan pada tabel 4.2 dimana faktor medis adalah salah satu faktor yang mempengaruhi klaim pending dengan beberapa penyebab didalamnya.

Dokumen berdasarkan faktor medis tergolong sangat banyak yaitu 31 (52%) dari 60 dokumen klaim pending. Faktor medis ialah isi dari berkas rekam medis yang meliputi lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), lembar operasi, Formulir pemberian obat dan laporan penunjang lainnya. Pada hasil analisis masih banyak dokumen yang tidak melampirkan laporan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang. Misalnya Berkas scan belum dilampirkan, tidak dilampirkannya jam pelaksanaan operasi, belum dilampirkan laporan operasi dan belum dilampirkan CPPT lembar besar. Pada kasus yang belum melampirkan laporan penunjang dan laporan pemeriksaan akan diperbaiki dan dilampirkan sesuai dengan kekurangan persyaratan klaim. Kelengkapan dari faktor medis ini sangat penting dikarenakan jika kekurangan lembar penunjang dapat berpengaruh pada perhitungan biaya perawatan pasien. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Kojja oleh Ayu Nadya dan Pujiyanto (2018) terdapat 2.026 berkas atau 37,4% dari total berkas pending dengan alasan ketidaklengkapan faktor medis dan diminita

untuk dilengkapi. Penyebab ini juga terjadi pada penelitian RSUD Mitra Medika oleh Siti Agus dan Haliza (2019) terdapat ketidaklengkapan pengisian pengisian sebanyak 7,66% (1017) berkas, dimana salah satu diantaranya adalah ketidaklengkapan pengisian resume medis. Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Linda (2016) dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Jogjakarta bahwa sebanyak 7 dokumen atau presentase sekitar 18% dokumen yang tidak lengkap dikarenakan tidak dilampirkannya dokumen laporan penunjang dan juga ditemukannya kasus diagnosis pada tindakan atau prosedur yang memerlukan laporan penunjang sehingga pihak verifikator BPJS meminta kelengkapan dokumen laporan penunjang.

3. Gambaran Penyebab Klaim Pending Pada Pasien BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Berdasarkan Faktor Administrasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Sedangkan, pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, adalah

suatu sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan.

Maka dari itu administrasi rumah sakit dapat diartikan sebagai suatu kegiatan menerima, mencatat, menghimpun, mengadakan, mengirim dan menyimpan suatu kegiatan pelayanan kesehatan. Dalam kegiatan administrasi di rumah sakit sangat berkaitan dengan proses verifikasi karena menyangkut data diri seorang pasien, penyakit yang diderita, dan hal apa saja yang telah dilakukan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit. Sehingga faktor verifikasi administrasi sangat berpengaruh terhadap proses klaim pada rumah sakit, terutama pada rawat inap. Menurut peraturan BPJS Kesehatan no. 7 Tahun 2018, mengenai pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan, bahwasannya proses verifikasi dilakukan mulai dari berkas dinyatakan lengkap hingga proses kesesuaian berkas klaim dengan data diri peserta, tindakan yang diperoleh, berkas penunjang tindakan, maupun billing rumah sakit.

Observasi pada kesesuaian berkas administrasi yaitu melihat sesuai atau tidak sesuai data SEP dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA CBGs dan melihat pada *form* jasa raharja jika pasien kecelakaan lalu lintas sebagai salah satu syarat diajukannya

klaim BPJS Kesehatan. Pada kasus ini hanya terdapat 3 berkas yang tidak sesuai dari 60 berkas. Pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas klaim ke pihak Rumah Sakit. Verifikator rumah sakit akan diberikan kesempatan untuk mengecek ulang resume medis jika terdapat kesalahan penginputan data SEP, assesmen awal atau surat pengantar rawat inap jika pasien kecelakaan lalu lintas.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Tugurejo oleh Irmawati dkk sebanyak 24 berkas tidak sesuai data di aplikasi INACBGs. Adapula penelitian dari bernadus dkk di RSUD Kota Malang meliputi administrasi yang kurang lengkap berjumlah 9 berkas dari 38 berkas klaim pending yang sejalan dengan penelitian yang peneliti lakukan. Kemudian penelitian yang tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Risky yang dilakukan di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado penyebab pengembalian dokumen disebabkan oleh penulisan tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan salah dan tidak ada diagnosis penyakit yang *dientry*.

PENUTUP

Faktor koding sebanyak 43% yang tidak tepat yaitu diagnosis utama tidak sesuai dengan indikasi masuk pasien dan penatalaksanaan yang diberikan dan kasus koding kombinasi yang didapatkan. Faktor medis sebanyak 52% berkas penunjang yang tidak dilampirkan atau tidak lengkap yaitu berkas rekam medis yang meliputi lembar Catatan Perkembangan Pasien

Terintegrasi (CPPT) dan laporan penunjang lainnya. Faktor administrasi sebesar 5% yang tidak sesuai dengan persyaratan administrasi yaitu perbedaan antara berkas seperti *form* jasa rawat untuk pasien kecelakaan lalu lintas yang akan di input di aplikasi INACBGs.

Pihak rumah sakit khususnya bagian coding lebih teliti dan berhati-hati dalam pengkodean dan pemberkasan berkas klaim. Perlu melakukan pembaruan ilmu kode diagnosis dan dapat mempelajari lagi buku panduan yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan guna mengurangi perbedaan persepsi kode diagnosis antar verifikator BPJS Kesehatan. Saling mengingatkan dan berkoordinasi secara aktif agar tidak terjadi kesalahan dalam verifikasi. Pihak BPJS melakukan pertemuan dengan pihak rumah sakit untuk membahas mengenai prosedur yang benar untuk mengurangi pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu Putri, N. K., Karjono, K., & Uktutias, S. A. (2019). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 5(2), 134. <https://doi.org/10.29241/jmk.v5i2.165>
- Djatiwibowo, K., Januari, P., & Ep, A. A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2), 122–134. <https://doi.org/10.7454/arsi.v4i2.2564>
- Horvath, P., & Barrangou, R. (2010). CRISPR/Cas, the immune system of Bacteria and Archaea. *Science*, 327(5962), 167–170. <https://doi.org/10.1126/science.1179555>
- Johns, P. R., Yoon, M. G., & Agranoff, B. W. (1978). Directed outgrowth of optic fibres regenerating in vitro. *Nature*, 271(5643), 360–362. <https://doi.org/10.1038/271360a0>
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25–28.
- Melyanti, S. (2014). Pengembangan Media Pembelajaran Buku Saku Berbasis Mind Mapping untuk Pembelajaran Ekonomi Kelas XI. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(2), 107–115.
- Ninoy Yudhistya Sulistiyono. (2013). Ninoy Yudhistya Sulistiyono, 2013 Gambaran Asupan Zat Gizi Dan Aktivitas Fisik Mahasiswa Ilmu Keolahragaan Universitas Pendidikan Indonesia | repository.upi.edu 19. *Repository.Upi.Edu*, 19–29.
- Noviatri, L. W. (2016). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho Lenteng. *I(1)*, 22–26.
- Nuraini, N., & Lestari, P. P. (2021). Jurnal Kesehatan Jurnal Kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 140–149.
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama Adi, P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>
- Rakihara, H. M. E., Hidayati, T., Yogyakarta, M., dan Keluarga, D. K. M., dan Ilmu kesehatan, F. K., & Yogyakarta, U. M. (2020). Karya Tulis Ilmiah Literatur

- Review Peran Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan (Pmik) Dalam Mengatasi Dispute Klaim Pada. *Stikespanakkukang.Ac.Id*, 5(1), 31–36. <https://stikespanakkukang.ac.id/assets/uploads/alumni/adbd9d0a5600547285b813c9b9d15cdb.pdf>
- Sahir, L., & Wijayanti, R. A. (2022). Faktor Penyebab Pending Claim Ranap Jkn Dengan Fishbone Diagram Di Rsup Dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 190. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v10i2.480>
- Sander, A., Indawati, L., Widjaja, L., & Rumana, N. A. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021. *SEHATRAKYAT (Jurnal Kesehatan Masyarakat)*, 1(4), 387–398. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v1i4.1180>
- Sarwo, Y. B. (2012). Asuransi Kesehatan Sosial Sebagai Model Pembiayaan Kesehatan Menuju Jaminan Semesta (Universal Coverage). *Masalah-Masalah Hukum*, 41(3), 443-450–450.
- Sinaga, H. (2018). Strategi Perancangan Sistem Desain Produk Pada UKM Butik Daur Ulang Yogyakarta. *E-Journal UAJY*, 12(2), 32. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5224/1/UPS-QT03885.pdf>
- Utami, T. W. (2022). Depkes RI . 2006. *Eprints.Dinus.Ac.Id*, 12–24. <http://eprints.dinus.ac.id/21422/>
- Vinet, L., & Zhedanov, A. (2011). A “missing” family of classical orthogonal polynomials. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 1689–1699. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Warnida, A. (2020). Literature Review Aspek Hukum Rekam Medis Elektronik Ditinjau Dari Perspektif Hukum Kesehatan. *Literature Review*, 19(November), 33–37. <https://stikespanakkukang.ac.id/assets/uploads/alumni/b7b688d6efac754b1fe3571b2bdb35b0.pdf>

GAMBARAN KELUHAN *MUSCULOSKELETAL DISORDERS* PADA PETUGAS REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM ASTRINI WONOGIRI

Pingki Diana Larasati¹⁾, Prita Devy Igiyany¹⁾, Arifatun Nisaa¹⁾

¹⁾ Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kesehatan, Universitas Veteran Bangun Nusantara
Email : pingkidianalarasati@gmail.com

ABSTRAK

Musculoskeletal Disorders (MSDs) merupakan salah satu penyakit akibat kerja yang menyerang sendi, otot, dan tulang belakang pada tubuh manusia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran keluhan musculoskeletal disorders pada petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri. Populasi dalam penelitian ini adalah 20 petugas rekam medis dan sampel penelitian ini menggunakan metode *total sampling*. Metode pengumpulan data dan instrument menggunakan kuesioner yang digunakan untuk mengetahui keluhan *musculoskeletal disorders* menggunakan *Checklist Nordic Body Map* (NBM) dengan cara memberikan skor 1 (tidak sakit), 2 (agak sakit), 3 (sakit berat), 4 (sakit sangat berat) dengan jumlah pertanyaan sebanyak 28 pertanyaan. Metode analisis penelitian ini tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas dikarenakan instrumen yang digunakan merupakan kuesioner NBM adopsi dari penelitian sebelumnya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap gambaran keluhan *musculoskeletal disorders* pada petugas rekam medis keluhan *musculoskeletal disorders* tidak sakit sebanyak 0 (0%), agak sakit sebanyak 12 (60%) dan keluhan *musculoskeletal disorders* sakit berat sebanyak 8 (40%) dan sakit sangat berat sebanyak 0 (0%). Selain itu diperoleh informasi keluhan *musculoskeletal disorders* paling banyak dialami oleh petugas rekam medis yaitu kaku atau sakit leher bagian atas sebanyak 40% dengan skor rata-rata 2,15 dan paling sedikit sakit pada telapak kaki kiri dan kaka dengan skor rata-rata 1,3. Diharapkan bagi petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri untuk lebih memperhatikan kesehatannya dalam bekerja yaitu dengan tidak memaksakan tubuh untuk bekerja, istirahat yang cukup, melakukan peregangan pada saat bekerja serta memperhatikan bahaya yang dapat terjadi dilingkungan kerja.

Kata kunci : *Musculoskeletal disorders*, Rekam Medis, Rumah Sakit

ABSTRACT

Musculoskeletal Disorders (MSDs) is an occupational disease that attacks the joints, muscles and spine in the human body. This study aims to describe complaints of musculoskeletal disorders in medical record workers at Astrini General Hospital, Wonogiri. This research is a quantitative study with a cross-sectional design conducted at the Astrini General Hospital, Wonogiri. The population in this study were 20 medical record officers and the sample used the total sampling method. Data collection methods and instruments using questionnaires were used to find out complaints of musculoskeletal disorders using the Nordic Body Map (NBM) Checklist by giving a score of 1 (no pain), 2

(slight pain), 3 (severe pain), 4 (very severe pain). with a total of 28 questions. The analytical method of this study did not test the validity and reliability because the instrument used was an adoption NBM questionnaire from previous studies. Based on research conducted on the description of complaints of musculoskeletal disorders in medical record workers, complaints of musculoskeletal disorders were 0 (0%), moderately ill 12 (60%) and musculoskeletal disorders complaints 8 (40%) severe pain and very severe pain. 0 (0%). In addition, information was obtained that the most common complaints of musculoskeletal disorders experienced by medical record workers were stiffness or upper neck pain as much as 40% with an average score of 2.15 and the least pain in the soles of the left and right feet with an average score of 1.3 . It is hoped that the medical record officers at the Astrini Wonogiri General Hospital will pay more attention to their health at work, namely by not forcing the body to work, getting enough rest, stretching while working and paying attention to the hazards that can occur in the work environment.

Keywords: Musculoskeletal disorders, Medical Records, Hospitals

PENDAHULUAN

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes, 2022). Pengelolaan rekam medis yang awalan manual sekarang diubah menjadi rekam medis elektronik. Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis (Permenkes, 2022). Sistem Elektronik adalah serangkaian perangkat dan prosedur elektronik yang berfungsi mempersiapkan, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, mengumumkan, mengirimkan, dan atau menyebarkan informasi elektronik, Sehingga lebih memudahkan petugas dalam proses pengelolaan rekam medis. Pengelolaan rekam medis mejadi hal yang sangat penting karena segala informasi berguna bagi pasien atau dokter bahkan bagi pihak manajemen tersedia dalam berkas rekam medis.

Musculoskeletal Disorders (MSDs) adalah cedera atau nyeri dan gangguan yang mempengaruhi gerakan tubuh manusia atau sistem *musculoskeletal* (Laksana and Srisantyorini, 2019). Gangguan yang terjadi diakibatkan oleh adanya kerusakan yang berupa ketegangan otot, inflamasi, degenerasi, maupun fraktur pada tulang yang disertai dengan rasa nyeri sehingga mengurangi kemampuan gerak (Batara et al., 2021). Keluhan *Musculoskeletal* merupakan keluhan yang terjadi pada otot rangka yang di alami oleh seseorang mulai dari keluhan yang ringan sampai keluhan yang sangat berat (Tarwaka, 2014). Keluhan *musculoskeletal* terjadi apabila adanya kelelahan dan keletihan terus menerus yang disebabkan oleh frekuensi atau periode waktu yang lama dari usaha otot dalam menerima beban statis.

Perpres No. 7 tahun 2019 Penyakit Akibat Kerja adalah penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan dan atau lingkungan kerja. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan

menerima gaji, upah atau imbalan dalam bentuk (Permenkes, 2022) lain. Penyakit akibat kerja disebabkan karena minimnya pemahaman petugas rekam medis dan kompetensi tenaga kerja yang belum komprehensif. Penyakit akibat kerja penting untuk diketahui, karena sebagian besar orang tidak menyadari bahwa gangguan kesehatan yang mereka alami merupakan dampak dari pekerjaan. Penyakit akibat kerja dapat dicegah, namun bila terlambat akan timbul gangguan kesehatan yang lebih berat dan akan lebih banyak berdampak pada pekerja, hal tersebut akan terjadi penurunan produktivitas kerja.

Kelelahan merupakan keadaan fisik dan mental yang berbeda yang berakibat menurunnya ketahanan dan efisiensi dalam bekerja (Anastasia et al., 2021). Lelah yang disebabkan oleh kerja adalah bagian dari kelelahan yang sering terjadi disertai dengan berkurangnya semangat serta niat pekerja dalam melaksanakan tugasnya dan bisa mengurangi produktivitas kerja yang diakibatkan oleh intensitas atau tekanan yang tidak sesuai dengan kapasitas pekerjaannya (Supit et al., 2021). Data International Labor Organization (ILO) menunjukkan bahwa hampir setiap tahun sebanyak dua juta pekerja meninggal akibat kecelakaan kerja karena kelelahan (Karbito & Oksandi, 2020). Perkiraan yang dikeluarkan oleh Organisasi Perburuan Internasional (ILO), 2,78 juta pekerja meninggal setiap tahun karena kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. Sekitar 2,4 juta (86,3%) dari kematian ini dikarenakan penyakit akibat kerja, sementara

lebih dari 380.000 (13,7%) dikarenakan kecelakaan kerja (ILO, 2018).

Rumah Sakit merupakan fasilitas kesehatan, membuat Rumah Sakit juga memiliki potensi untuk terjadinya penyakit pada petugas rekam medis. Dari survei awal di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri pada bulan Februari 2023 yang dilakukan oleh penulis didapatkan informasi 18 dari 20 petugas rekam medis dibagian *casemix, filing, assembling & coding*, pelaporan, CS, dan pendaftaran mengalami beberapa keluhan yang dirasakan seperti sakit atau kaku leher, sakit bahu, sakit pada punggung, sakit pinggang, sakit pada pantat, sakit pada jari-jari tangan, sakit pada pergelangan tangan, sakit pada lutut, sakit pada betis. Dilihat dari sibuknya aktivitas petugas jadi peneliti berpendapat bahwa banyak keluhan *musculoskeletal disorders* yang dirasakan petugas rekam medis, dapat disimpulkan jika dilihat dari berbagai data tersebut bahwa penyakit akibat kerja di Indonesia tergolong tinggi dan kesehatan pekerja Indonesia masih belum baik. Oleh karena itu, penelitian ini dilaksanakan untuk meminimalisir keluhan *musculoskeletal disorders* pada petugas rekam medis

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Astrini Kabupaten Wonogiri dengan judul “Gambaran Keluhan *Musculoskeletal Disorders* pada Petugas Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri. Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimana

gambaran keluhan *musculoskeletal disorders* pada petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri?”, dengan tujuan untuk mengetahui tingkat keluhan *musculoskeletal disorders* pada petugas rekam medis, dan mengetahui gambaran keluhan *musculoskeletal disorders* pada petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini kuantitatif dan desain yang digunakan dalam penelitian adalah *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri pada bulan Februari-Juni. Populasi dalam penelitian ini adalah 20 petugas rekam medis dan sampel penelitian ini menggunakan metode *total sampling*. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode analisis kuantitatif. Instrumen yang digunakan untuk penelitian menggunakan kuesioner. Kuesioner yang digunakan untuk mengetahui keluhan *musculoskeletal disorders* menggunakan *Checklist Nordic Body Map* (NBM) dengan cara memberikan skor 1 (tidak sakit), 2 (agak sakit), 3 (sakit berat), 4 (sakit sangat berat) dengan jumlah pertanyaan sebanyak 28 pertanyaan.

HASIL PENELITIAN

Tabel 4. 1 Tingkat Keluhan *Musculoskeletal Disorders*

No	<i>Musculoskeletal Disorders</i>	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Tidak sakit	0	0%
2.	Agak sakit	12	60%

3.	Berat	8	40%
4.	Sangat berat	0	0%
Total		20	100%

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa yang tidak mengalami keluhan *musculoskeletal disorders* sebanyak 0 (0%) dari jumlah sampel, keluhan *musculoskeletal disorders* agak sakit sebanyak 12 (60%) dari jumlah sampel, keluhan *musculoskeletal disorders* berat sebanyak 8 (40%) dari jumlah sampel dan keluhan *musculoskeletal disorders* berat sebanyak 0 (0%) dari jumlah sampel. Jadi gambaran keluhan *musculoskeletal disorders* terbanyak yaitu pada keluhan *musculoskeletal disorders* agak sakit yaitu sebanyak 12 responden atau (60%), dan gambaran keluhan *musculoskeletal disorders* paling sedikit yaitu pada keluhan *musculoskeletal disorders* tidak sakit dan sangat berat sebanyak 0 (0%).

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Keluhan *Musculoskeletal Disorders*

No	Keluhan	N	%
0	Sakit atau kaku leher bagian atas		
	Tidak sakit	5	25%
	Agak sakit	7	35%
	Sakit berat	8	40%
	Sakit sangat berat	0	0%
1	Sakit atau kaku leher bagian bawah		
	Tidak sakit	6	30%
	Agak sakit	7	35%

No	Keluhan	N	%
	Sakit berat	7	35%
	Sakit sangat berat	0	
2	Sakit bahu kiri		
	Tidak sakit	9	45%
	Agak sakit	8	40%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
3	Sakit di bahu kanan		
	Tidak sakit	9	45%
	Agak sakit	8	40%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
4	Sakit pada lengan atas kiri		
	Tidak sakit	11	55%
	Agak sakit	7	35%
	Sakit berat	2	10%
	Sakit sangat berat	0	0%
5	Sakit di punggung atas		
	Tidak sakit	7	35%
	Agak sakit	6	30%
	Sakit berat	7	35%
	Sakit sangat berat	0	0%
6	Sakit di lengan kanan atas		
	Tidak sakit	11	55%
	Agak sakit	6	30%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
7	Sakit di punggung bawah		
	Tidak sakit	8	40%
	Agak sakit	6	30%
	Sakit berat	6	30%
	Sakit sangat berat	0	0%
8	Sakit pada pinggang		
	Tidak sakit	8	40%
	Agak sakit	8	40%

No	Keluhan	N	%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	1	5%
9	Sakit pada bokong		
	Tidak sakit	8	40%
	Agak sakit	4	20%
	Sakit berat	8	40%
	Sakit sangat berat	0	0%
10	Sakit pada siku kiri		
	Tidak sakit	13	65%
	Agak sakit	4	20%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
11	Sakit pada siku kanan		
	Tidak sakit	11	55%
	Agak sakit	5	25%
	Sakit berat	4	20%
	Sakit sangat berat	0	0%
12	Sakit pada lengan kiri bawah		
	Tidak sakit	14	70%
	Agak sakit	3	15%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
13	Sakit pada lengan kanan bawah		
	Tidak sakit	14	70%
	Agak sakit	4	20%
	Sakit berat	1	5%
	Sakit sangat berat	1	5%
14	Sakit pada pergelangan tangan kiri		
	Tidak sakit	8	40%
	Agak sakit	5	25%
	Sakit berat	7	35%
	Sakit sangat berat	0	0%

No	Keluhan	N	%
15	Sakit pada pergelangan tangan kanan		
	Tidak sakit	9	45%
	Agak sakit	3	15%
	Sakit berat	8	40%
	Sakit sangat berat	0	0%
16	Sakit pada jari-jari tangan kiri		
	Tidak sakit	6	30%
	Agak sakit	10	50%
	Sakit berat	4	20%
	Sakit sangat berat	0	0%
17	Sakit pada jari-jari tangan kanan		
	Tidak sakit	4	20%
	Agak sakit	11	55%
	Sakit berat	5	25%
	Sakit sangat berat	0	0%
18	Sakit pada paha kiri		
	Tidak sakit	11	55%
	Agak sakit	6	30%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
19	Sakit pada paha kanan		
	Tidak sakit	12	60%
	Agak sakit	5	25%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
20	Sakit pada lutut kiri		
	Tidak sakit	11	55%
	Agak sakit	5	25%
	Sakit berat	4	20%
	Sakit sangat berat	0	0%
21	Sakit pada lutut kanan		
	Tidak sakit	11	55%

No	Keluhan	N	%
	Agak sakit	5	25%
	Sakit berat	4	20%
	Sakit sangat berat	0	0%
22	Sakit pada betis kiri		
	Tidak sakit	13	65%
	Agak sakit	4	20%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
23	Sakit pada betis kanan		
	Tidak sakit	12	60%
	Agak sakit	5	25%
	Sakit berat	3	15%
	Sakit sangat berat	0	0%
24	Sakit pada pergelangan kaki kiri		
	Tidak sakit	11	55%
	Agak sakit	6	30%
	Sakit berat	2	10%
	Sakit sangat berat	1	5%
25	Sakit pada pergelangan kaki kanan		
	Tidak sakit	11	55%
	Agak sakit	6	30%
	Sakit berat	2	10%
	Sakit sangat berat	1	5%
26	Sakit pada telapak kaki kiri		
	Tidak sakit	15	75%
	Agak sakit	4	20%
	Sakit berat	1	5%
	Sakit sangat berat	0	0%
27	Sakit pada telapak kaki kanan		
	Tidak sakit	15	75%
	Agak sakit	4	20%
	Sakit berat	1	5%

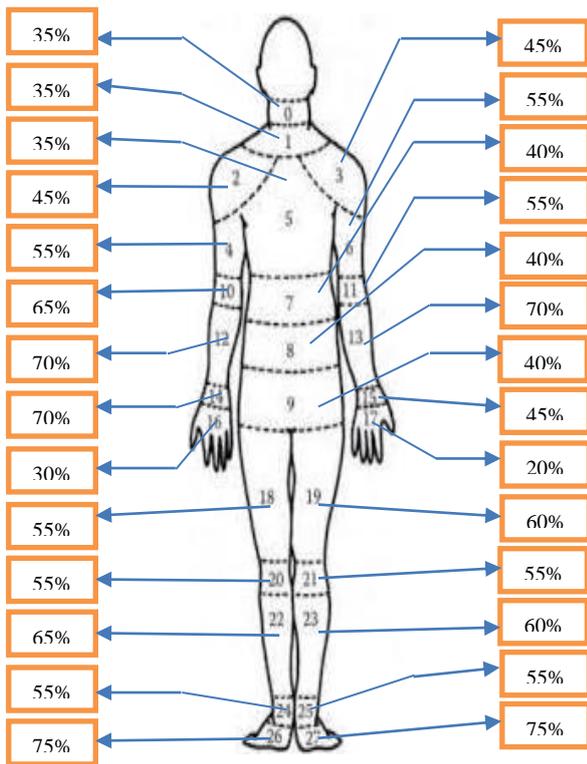
No	Keluhan	N	%
	Sakit sangat berat	0	0%

Tabel 4. 3 Rata-Rata Skor Keluhan *Musculoskeletal Disorders*

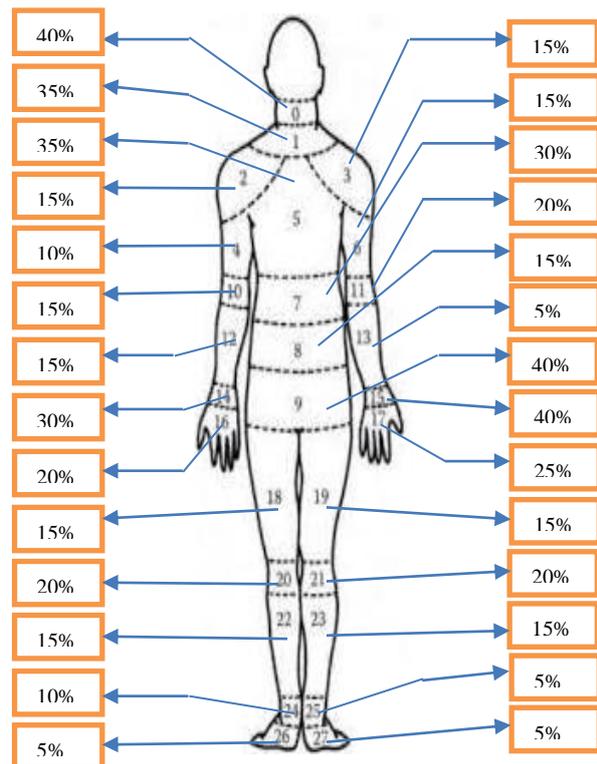
No	Keluhan	Rata-rata skor
0	Sakit atau kaku leher bagian atas	2,15
1	Sakit atau kaku leher bagian bawah	2,05
2	Sakit di bahu kiri	1,7
3	Sakit di bahu kanan	1,7
4	Sakit pada lengan atas kiri	1,55
5	Sakit pada punggung atas	2
6	Sakit pada lengan atas kanan	1,6
7	Sakit pada punggung bawah	1,9
8	Sakit pada pinggang	1,85
9	Sakit pada bokong	2
10	Sakit pada siku kiri	1,5
11	Sakit pada siku kanan	1,65
12	Sakit pada lengan kiri bawah	1,45
13	Sakit pada lengan kanan bawah	1,45
14	Sakit pada pergelangan tangan kiri	1,95
15	Sakit pada pergelangan tangan	1,95

No	Keluhan	Rata-rata skor
	kanan	
16	Sakit pada jari-jari tangan kiri	1,9
17	Sakit pada jari-jari tangan kanan	2,05
18	Sakit pada paha kiri	1,6
19	Sakit pada paha kanan	1,55
20	Sakit pada lutut kiri	1,65
21	Sakit pada lutut kanan	1,65
22	Sakit pada betis kiri	1,5
23	Sakit pada betis kanan	1,55
24	Sakit pada pergelangan kaki kiri	1,65
25	Sakit pada pergelangan kaki kanan	1,65
26	Sakit pada telapak kaki kiri	1,3
27	Sakit pada telapak kaki kanan	1,3

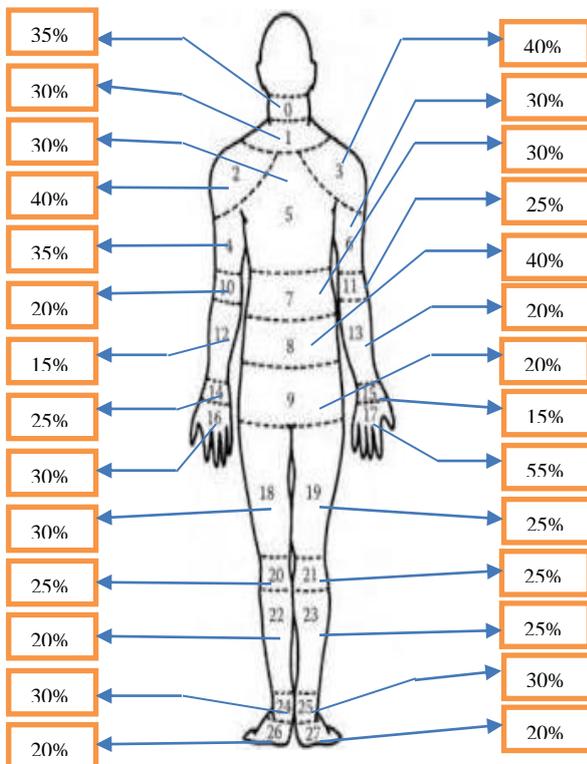
Berdasarkan tabel diatas, dapat disimpulkan bahwa keluhan *Musculoskeletal Disorders* pada petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri paling banyak dialami yaitu kaku atau sakit pada leher bagian atas dengan skor rata-rata 2,15. Sedangkan keluhan *Musculoskeletal Disorders* yang paling sedikit yaitu sakit pada telapak kaki kiri dan kanan dengan skor rata-rata 1,3.



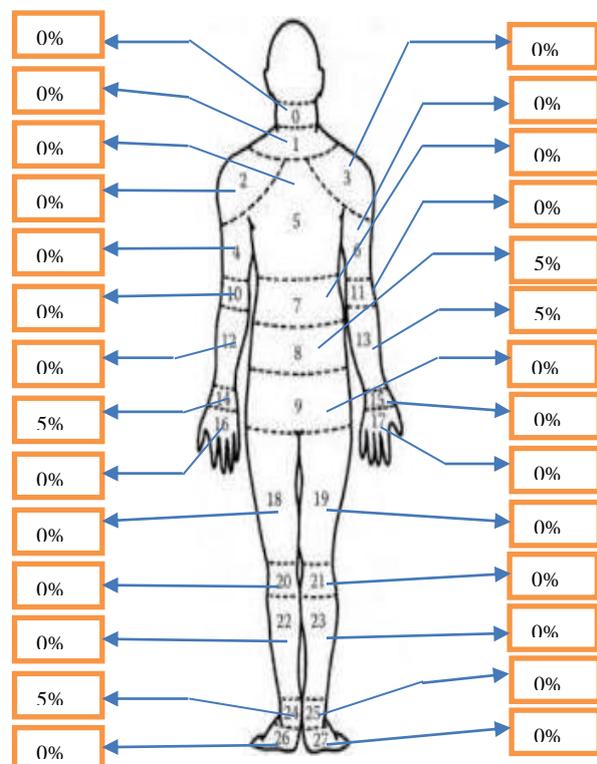
Gambar 4.1 Kategori Tidak Sakit Keluhan *Musculoskeletal Disorders*



Gambar 4.3 Kategori Sakit Berat Keluhan *Musculoskeletal Disorders*



Gambar 4.2 Kategori Agak Sakit Keluhan *Musculoskeletal Disorders*



Gambar 4.4 Kategori Sakit Sangat Berat Keluhan *Musculoskeletal Disorders*

Berdasarkan gambar diatas, dapat disimpulkan bahwa gambaran keluhan *musculoskeletal disorders* terberat pada petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri mengalami keluhan kaku pada leher bagian bawah, sakit punggung atas, sakit pada pergelangan tangan kiri, sakit pada bokong, kaku pada leher bagian atas, sakit pada pergelangan tangan kanan, dan sakit pada jari-jari tangan kanan. Keluhan kaku pada leher bagian atas dan bawah disebabkan oleh terlalu seringnya menatap laptop dan mengisi berkas Rekam Medis. Keluhan sakit punggung atas disebabkan karena duduk terlalu lama pada saat bekerja. Keluhan sakit pada pergelangan tangan kanan dan kiri disebabkan karena banyaknya berkas Rekam Medis yang harus ditata. Keluhan sakit pada bokong disebabkan karena duduk yang terlalu lama saat bekerja. Keluhan sakit pada jari-jari tangan kanan disebabkan karena terlalu seringnya menulis dan mengetik pada komputer saat pelayanan.

PEMBAHASAN

Pengukuran *musculoskeletal disorders* pada petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri sebanyak 20 petugas dengan menggunakan kuesioner *Nordic Body Map*. Berdasarkan hasil penelitian tentang gambaran keluhan *musculoskeletal disorders* pada petugas rekam medis didapatkan hasil bahwa tingkat keluhan tidak sakit sebanyak 0 (0%), tingkat keluhan agak sakit sebanyak 12 (60%) responden. Tingkat keluhan berat sebanyak 12

(60%) responden, dan tingkat keluhan sangat berat sebanyak 0 (0%) responden.

Peregangan otot yang berlebihan atau melakukan pekerjaan yang berulang-ulang pada umumnya dikeluhkan oleh petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri. Pekerjaan dengan kategori beban kerja ringan dan berat yang dilakukan secara terus menerus sehingga menimbulkan keluhan *musculoskeletal disorders* yang di alami petugas rekam medis. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan keluhan yang paling banyak di alami yaitu sakit atau kaku pada leher bagian atas dengan kategori sakit berat sebanyak 40% dan sakit atau kaku pada leher bagian bawah dengan kategori sakit berat sebanyak 35%. Keluhan pada leher dapat disebabkan karena posisi bekerja yang menghadap laptop dan sedikit menunduk (Salsabila, 2022). Ketiga, sakit pada punggung atas dengan kategori sakit berat sebanyak 35%. Keluhan sakit pada punggung dapat disebabkan karena otot-otot pada punggung kurang kuat sehingga pada saat melakukan gerakan yang kurang betul atau berada pada suatu posisi yang cukup lama dapat menimbulkan peregangan otot yang ditandai dengan rasa sakit (Fitriana, 2017). Keempat, sakit pada bokong dengan kategori sakit berat sebanyak 40%. Sikap kerja duduk petugas yang menggunakan komputer cenderung membungkuk dapat mengalami keluhan di daerah punggung dan bokong bahkan masih dapat dirasakan setelah penggunaan komputer dihentikan (Antoniyus, et al, 2021). Kelima, sakit pada pergelangan tangan kiri kategori sakit berat sebanyak 30% dan sakit

pada pergelangan tangan kanan kategori sakit berat sebanyak 40%. Pergelangan tangan yang terus menggenggam dapat mengakibatkan rasa sakit pada pergelangan tangan dan kesemutan pada jari (Kuswana, 2014). Terakhir, sakit pada jari-jari tangan kanan dengan kategori agak sakit sebanyak 55%. Sejalan dengan penelitian Kuswana (2014), kesemutan pada jari tangan dapat disebabkan karena pergelangan tangan yang terus menerus menggenggam.

PENUTUP

Diharapkan bagi petugas rekam medis di Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri untuk lebih memperhatikan kesehatannya dalam bekerja yaitu dengan tidak memaksakan tubuh untuk bekerja, istirahat yang cukup, melakukan peregangan pada saat bekerja serta memperhatikan bahaya yang dapat terjadi dilingkungan kerja

Bagi pihak Rumah Sakit Umum Astrini Wonogiri, agar lebih memerhatikan kesehatan petugas rekam medis dengan melaksanakan penyuluhan tentang masalah penyakit akibat kerja dan faktor-faktor penyebabnya serta melakukan pengawasan secara rutin dan optimal.

DAFTAR PUSTAKA

Anastasia, N., Kawatu, P. A. T., & Rumayar, A. A. (2021). Perbedaan tingkat kelelahan kerja berdasarkan shift kerja di minimarket 24 jam kota tomohon. *Jurnal KESMAS*, 10(2), 147–151. Diakses: 22 Mei 2021

Ayuningrum, H., Immas, P., & Dewi, R. S. (2018). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Islam Kota Magelang.

Batara, G. O., Doda, D. V. D., & Wungouw, H. I. S. (2021). Keluhan musculoskeletal akibat penggunaan gawai pada mahasiswa fakultas kedokteran universitas sam ratulangi selama pandemi covid-19. *Jurnal Biomedik*, 13(2), 152– 160. Diakses: 22 Mei 2021 <https://doi.org/10.35790/jbm.13.2.2021.31767>

Faida, Eka Wilda. Muhadil. 2018. *Dasar Organisasi dan Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Penerbit Indomedia Pustaka

Fitriana, L. 2018. Efektivitas Senam Hamil dan Yoga Hamil terhadap Penurunan Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Pekkabata. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3 (2), pp.87-95

Hatta, Gemala R. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.

International Labour Organization (ILO). (2018). *Meningkatkan Keselamatan dan*

- Kesehatan Pekerja Muda. Jakarta: International Labour Organization.
- Karbito, A., & Oksandi, H. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelelahan kerja pada perawat di rsud dr. h. bob bazar kalianda kabupaten lampung selatan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 1(1), 1–7. Diakses: 22 Mei 2021
<http://jurnal.umitra.ac.id/index.php/JIKSI/article/view/330>
- Kemendes RI (2018) ‘Laporan Nasional RISKESDAS 2018’, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, p. 198. Available at: http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Kumar, Narander., dkk. “Cluster Analysis in Data Mining using K-Means Method”. *International Journal Of Computer Applications* (0975 – 8887) Volume 76– No.12, Hal.11-14, August 2015
- Kuswana, Wowo. 2014. *Ergonomi dan K3 Kesehatan Keselamatan Kerja*, PT. Remaja Rosdakarya Offset. Bandung.
- Laksana, A. J. and Srisantyorini, T. (2019) ‘Analisis Risiko Musculoskeletal Disorders (MSDs) pada Operator Pengelasan (Welding) Bagian Manufakturing di PT X Tahun 2019’, *Jurnal Kajian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat*, 01(01), pp. 64–73.
- Maulana, S. A. et al. (2021) ‘Analisis Faktor Risiko Musculoskeletal Disorders (MSDs) Sektor Pertanian : Literature Review’, *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada*, 21(1), pp. 134–145.
- Menkes RI. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.
- Menkes RI. 2020. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Pemerintah Indonesia. 2019. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tentang Penyakit Akibat Kerja. Jakarta: Sekretariat Negara.

- PERMENKES RI. (2022). *Permenkes RI No 11 Tahun 2022 Tentang Pelayanan Kesehatan Penyakit Akibat Kerja*.
hp/alj/article/view/6521 diakses pada 15 Januari 2021.
- PERMENKES RI. (2022). *Permenkes RI No 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis*.
Sulistyowati, Intan. 2019. Evaluasi Pelaksanaan Pengendalian Ketidaklengkapan Berkas Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD Kabupaten Brebes. D3 Rekam Medis dan Informatika Kesehatan Fkes Universitas Dian Nuswantoro. Skripsi.
<http://eprints.dinus.ac.id/20289/>.
- Prasasti, T. I., & Santoso, D. B. (N.D.). Vol. 2 No 1 – Mei 2017. Keamanan Dan Kerahasiaan Berkas Rekam Medis Di Rsud Dr. Prijonegoro Sragen, 135-139.
Suma'mur, PK. 2014. Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja. Jakarta: Sagung Seto.
- Republik Indonesia 2020. Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit.
Supit, M. I. A. L., Kawatu, P. A. T., & Kalesaran, A. F. C. (2021). Hubungan antara stres kerja dengan kelelahan kerja pada petugas Ila j dinas perhubungan kota manado. Jurnal KESMAS, 10(3), 95 –104. Diakses: 22 Mei 2021
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/view/33648>
- Rikomah Enti Setya, 2017. Farmasi Rumah Sakit. Yogyakarta: Deepublish
- Solechan. 2019. “Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik dalam Pelayanan Publik”. Admisnistrative Law & Governance Journal. Vol. 2 No. 3. <https://ejournal2.undip.ac.id/index.p>
3. Tarwaka. S.S. 2013. Ergonomi Industri. Surakarta: Harapan Press.

Gambaran Pengetahuan, Sikap, dan Tingkat Kepuasan Petugas SIMRS di RS Jasa Kartini

Ulfah Fauziah¹⁾, Ayu Rahayu Lestari²⁾, Ari Sukawan³⁾, Annisa Puji Astuti⁴⁾, Clarenza Putri Oktaviani⁵⁾, Taufiq Gunawan Raksadinata⁶⁾

^{1), 2)} Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Email : Ulfah.fauziah@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id,
ayu.rahayulestari@staf.poltekkestasikmalaya.ac.id, Arisukawan86@gmail.com,
annisapuji4@gmail.com, cpokta03@gmail.com, taufiqgunawan234@gmail.com

ABSTRAK

Meningkatnya pengetahuan masyarakat akan teknologi menuntut rumah sakit untuk menyediakan informasi yang cepat, tepat dan akurat dengan menjalankan SIMRS. Penggunaan SIMRS memberikan konsekuensi kepada pengguna agar mampu mengoperasikan komputer guna menjalankan SIMRS. Faktor keberhasilan dalam menjalankan SIMRS yaitu tingkat pengetahuan dan pemahaman pengguna tentang SIMRS serta kepuasan pengguna SIMRS. Tujuan penelitian untuk melihat deskripsi pengetahuan, sikap dan tingkat kepuasan petugas SIMRS memanfaatkan metode EUCS atau End User Computing Satisfaction. Jenis penelitian kuantitatif deskriptif. Populasi penelitian ini adalah seluruh pengguna SIMRS sebanyak 49 orang. Adapun yang menjadi sampel sebanyak 49 orang berasal dari unit rekam medis, tempat pendaftaran rawat jalan, pendaftaran gawat darurat dan admis. Hasil penelitian berupa presentase karakteristik responden terbanyak yakni pada kelompok umur 26-35 tahun, jenis kelamin perempuan, latar belakang pendidikan Akademi/D3, dan terdapat beberapa responden yang belum melakukan pelatihan terkait penggunaan SIMRS. Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil penelitian penilaian tingkat pengetahuan dan sikap tindakan penggunaan SIMRS termasuk dalam kategori baik serta kepuasan petugas SIMRS dengan metode EUCS, pada kelima kategori yaitu kategori isi, keakuratan, struktur, kemudahan dalam penggunaan dan ketepatan waktu masing-masing dimensi memiliki rata-rata nilai pada level memuaskan. Kata kunci: Pengetahuan, Sikap, Kepuasan, SIMRS, EUCS.

ABSTRACT

The increasing public knowledge of technology requires hospitals to provide fast, precise, and accurate information by running SIMRS. The use of SIMRS provides consequences for users to be able to operate computers to run SIMRS. Success factors in running SIMRS are the level of user knowledge and understanding of SIMRS and SIMRS user satisfaction. The aim of the study was to describe the knowledge, attitude and level of satisfaction of SIMRS officers using the End User Computing Satisfaction (EUCS) method. This type of descriptive quantitative research. This research describes attitudes and satisfaction levels of SIMRS officers using the EUCS method. The population of this study were all 49 SIMRS users. As for the sample, 49 people came from the medical record unit, outpatient registration, emergency registration and admission. The results of the study were in the form of the highest percentage of respondents' characteristics, in the age group 26-35 years, female sex, 34 respondents (69.4%) were at the Academy/D3 level of education and there were several respondents who had not conducted any training regarding the use of

SIMRS. Based on the data obtained from the research results, the assessment of the level of knowledge and attitudes towards using SIMRS was included in the good category and the satisfaction of SIMRS officers with the EUCS method, in the five dimensions, namely the dimensions of content, accuracy, format, ease of use, and timeliness, each dimension has the average value in the satisfied category.

Keywords: Knowledge, Attitude, Satisfaction, HMIS, EUCS

PENDAHULUAN

Peraturan Permenkes RI Nomor 82 tahun 2013 mengenai Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) mengatur agar masing-masing instansi kesehatan hendaknya melaksanakan pelayanan SIMRS, dengan melaksanakan penguatan serta inspeksi agar tiap-tiap instansi kesehatan di negara ini perlu melaksanakan pelayanan SIMRS guna peningkatan layanan kesehatan (Kemenkes, 2013). Meningkatnya pemahaman pada hal-hal yang berkaitan dengan digital mengharuskan instansi pelayanan kesehatan untuk menciptakan sebuah teknologi informasi dengan tepat, sepat, serta akurat, dan apabila teknologi tersebut terpelihara dengan semestinya maka akan menurunkan biaya pemeliharaan, dan menaikkan mutu layanan kesehatan (Hutagalung, 2018). Penggunaan SIMRS dapat mengakibatkan beberapa hal kepada penggunanya. Beberapa hal yang berpengaruh terhadap kesuksesan SIMRS salah satunya yaitu, *knowledge*, derajat pemahaman petugas SIMRS dalam pengkajian ini disebabkan oleh pemahaman dan *knowledge* yang berkaitan dengan SIMRS, latar belakang pendidikan,

perolehan informasi, dan area kerja (Beny, 2021). Kesuksesan pemakaian SIMRS tidak terlepas dari peran pengguna yang melakukan *input* data ke dalam teknologi informasi tersebut. Kepuasan pengguna menjadi patokan dalam kesuksesan suatu sistem yang dijalankan di rumah sakit. Desain yang akan diaplikasikan dalam observasi ini yaitu EUCS atau *End User Computing Satisfaction*, yakni suatu desain yang dimanfaatkan dalam menguji derajat puas responden terkait teknologi informasi yang digunakan dengan membuat perbandingan ekspektasi dan kondisi aktual teknologi informasi. Evaluasi menggunakan desain ini lebih memperhatikan pada penilaian puas responden (*Satisfaction*), teknis pengguna *system* teknologi informasi berdasarkan ukuran *content*, akurasi, tampilan, waktu yang tepat, dan *ease of use* sistem penggunaan (Doll & Torkzadeh, 1988). *End User Computing Satisfaction* (EUCS) diakui sebagai desain yang paling cocok untuk menilai tingkat puas responden (*end user satisfaction*) dan keberhasilan pengaplikasian teknologi informasi. Kelebihan dari EUCS yaitu sesuai diaplikasikan untuk menguji

derajat tingkat puas responden dikarenakan parameter-parameter yang digunakan cocok pada masalah-masalah yang berkaitan dengan SIMRS, serta desain EUCS ini dinilai lebih efisien dibandingkan beberapa desain lain yang diaplikasikan dalam menguji nilai atau derajat puas responden terhadap teknologi informasi (Ardiansyah, 2019). Hasil penelitian lain menyatakan bahwa nilai puas responden di RSUD Panembahan Senopati Bantul sebanyak 71,90%, persentase tersebut berada pada kelompok 60-80%, yakni berada pada kriteria puas (Hartini, 2019). Menurut hasil penelitian Alfiansyah, dkk (2020) menyatakan bahwa tingkat kepuasan pengguna SIMRS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo termasuk dalam kriteria cukup puas dengan skor 60-80% sistem teknologi informasi masih diperlukan pengembangan mempertimbangkan ada beberapa hal yang kurang sesuai dengan modul (Alfiansyah et al., 2020). Berdasarkan hasil wawancara yang pernah dilaksanakan di Rumah Sakit Jasa Kartini dengan Petugas rekam medis dan koordinator pendaftaran menyatakan belum puas dengan kondisi SIMRS saat ini, karena sistem belum maksimal dan kebutuhan tidak sepenuhnya dapat terpenuhi. SIMRS mengalami *loading* dan eror atau ada kendala pada jaringan pada saat jam pelayanan sehingga mengganggu

proses pelayanan, khususnya pada pelayanan rawat jalan belum bisa melakukan kodifikasi diagnosa pasien secara langsung dalam SIMRS, maka penelitian ini bermaksud melakukan pengkajian lebih dalam tentang kepuasan pengguna SIMRS dan diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan rumah sakit.

METODE PENELITIAN

Bentuk penelitian yakni kuantitatif deskriptif, hasil penelitian berupa pemaparan deskripsi pengetahuan, sikap dan kepuasan petugas SIMRS di Rumah Sakit Jasa Kartini.

1. Populasi dan Sampel

Populasi dan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yakni seluruh petugas SIMRS yakni sebesar 49 orang yang berasal dari unit rekam medis, tempat pendaftaran rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data melalui pembagian lembar kuesioner dengan pengisian jawaban langsung oleh responden.

3. Analisis Data

Analisis yang digunakan yakni analisis univariat yakni menjabarkan karakter-karakter dari tiap variabel yang terkait dengan karakteristik responden serta gambaran pengetahuan, sikap dan kepuasan petugas SIMRS di Rumah Sakit Jasa Kartini.

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang dianalisis dalam penelitian ini, ditampilkan pada Tabel 1:

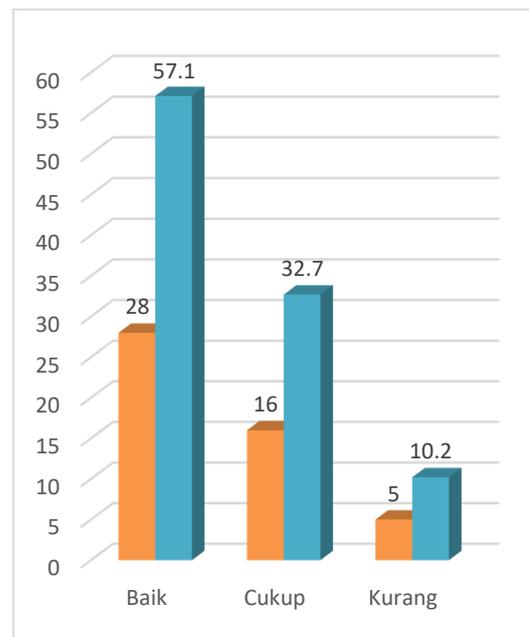
Tabel 1 Karakteristik Responden

Karakteristik pengguna	F	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	13	26,5
Perempuan	36	73,5
Umur		
17-25 tahun	11	22,4
26-35 tahun	27	55,1
36-45 tahun	8	16,3
46-55 tahun	3	6,1
Pendidikan terakhir		
SMA/SMK	15	30,6
Akademi/D3	34	69,4
Pelatihan SIMRS		
Pernah	30	61,2
Belum Pernah	19	38,8

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa persentase karakteristik responden terbanyak yakni jenis kelamin perempuan dengan frekuensi 36 responden (73,5%). Persentase karakteristik responden terbanyak yakni kelompok umur 26–35 dengan frekuensi 27 responden (55,1%). Persentase karakteristik responden terbanyak yakni pendidikan terakhir diploma dengan frekuensi 34 responden (69,4%). Persentase karakteristik responden dalam pelaksanaan pelatihan SIMRS

yakni masih terdapat beberapa responden yang belum melakukan pelatihan penggunaan SIMRS yakni sebanyak 19 responden (38,8%).

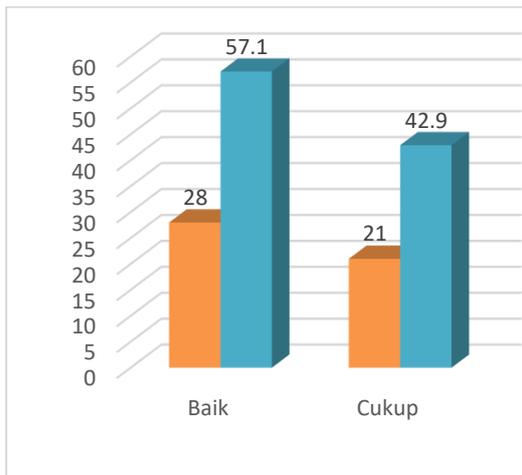
2. Gambaran Pengetahuan



Gambar 1 Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden

Distribusi tingkat pengetahuan petugas tentang SIMRS dapat dilihat pada tabel 4.6 paling banyak berada pada kategori baik yaitu sebanyak 28 responden (57,1%), diikuti kategori cukup yaitu sebanyak 16 responden (32,7%) dan kategori kurang sebanyak 5 responden (10,2%).

3. Gambaran Sikap



Gambar 2 Distribusi Tingkat Sikap Responden

Berdasarkan hasil yang didapatkan menunjukkan bahwa paling banyak terdapat pada kategori baik yakni sebesar 28 responden (57,1%) sedangkan 21 responden lainnya (42,9%) berada pada kategori tindakan yang tergolong cukup dalam menunjukkan sikap penggunaan SIMRS.

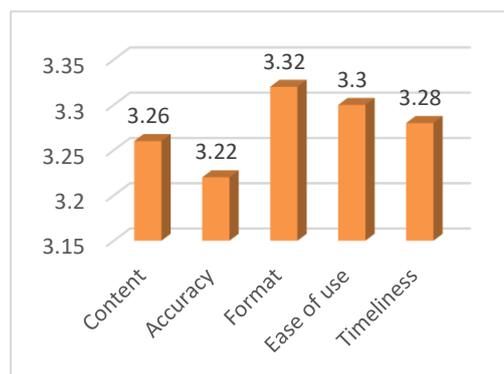
4. Gambaran Kepuasan

Distribusi tingkat kepuasan petugas SIMRS dengan metode EUCS, pada kelima kategori yaitu kategori isi, keakuratan, struktur, kemudahan dalam penggunaan dan ketepatan waktu masing-masing dimensi memiliki rata-rata nilai yakni: 3.26, 3.22, 3.32, 3.30, dan 3.28 dengan kelimanya berada dalam kriteria nilai puas. Kategori dengan kepuasan tertinggi yakni dimensi format dengan nilai 3.32, dan dimensi dengan nilai terendah dimensi accuracy dengan nilai 3.22.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Secara umum dapat digambarkan bahwa dari 49 responden responden yang paling banyak berada pada kelompok umur 26-35 tahun yaitu sebanyak 27 responden (55,1%), responden terbanyak berjenis kelamin Perempuan yaitu sebanyak 36 responden (73,5%), tingkat pendidikan responden paling



Gambar 3 Distribusi Tingkat Kepuasan Responden

banyak pada tingkat Akademi/D3 yaitu sebanyak 34 responden (69,4%) dan terdapat beberapa responden yang belum melakukan

pelatihan terkait penggunaan SIMRS yakni sebanyak 19 responden (38,8%).

2. Gambaran Pengetahuan

Pengetahuan yakni suatu reaksi akibat dari kegiatan yang telah dilaksanakan oleh responden. Sensasi dapat dirasakan melewati lima panca Indera manusia yaitu: melihat, mendengar, mencium, meraba dan merasakan. Dominansi pengetahuan didapatkan melewati penglihatan dan pendengaran (S. Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan dapat memberikan kontribusi dalam setiap keputusan yang diambil oleh setiap orang. Apabila setiap orang tersebut memperkenankan dengan penuh kesadaran dan berdasarkan dengan keyakinan jelas, maka reaksi tersebut akan dianut dan bertahan lama (Simanjuntak, 2012).

Bersumber pada hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pengguna SIMRS mempunyai tingkat pengetahuan yang termasuk pada kriteria nilai baik terkait penggunaan SIMRS. Pengetahuan yang didapatkan oleh responden dipengaruhi oleh kepatuhan petugas serta peran kepala rekam medis yang terus memantau dan mengevaluasi kegiatan yang dilakukan oleh setiap petugas, selain itu komunikasi yang baik kepala ruangan dengan petugas juga antar petugas di setiap ruangan. Masih ada beberapa hal yang masih perlu diperhatikan

dan dicermati baik oleh pihak rumah sakit maupun dari petugas itu sendiri walaupun secara hampir keseluruhan tingkat pengetahuan petugas tergolong baik. Responden dengan tingkat pengetahuan yang ,masih tergolong cukup dan kurang yakni tenaga kerja yang bertugas di bagian admisi.

Admisi merupakan tempat penerimaan pasien untuk mendapatkan pelayanan di unit rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien. Tujuannya untuk memberikan pelayanan seperti peningkatan dalam memberikan keterangan atau penjelasan terhadap pasien atau pendampingnya serta menyiapkan dokumen pasien serta klasifikasi data pasien yang hendak dirawat di rumah sakit. Melalui penyediaan tempat penerimaan pasien diharap pasien berserta pendampingnya mendapatkan penjelasan lengkap mengenai persetujuan tindakan, hak dan kewajiban serta kerahasiaan pasien yang diperlukan selama dan setelah pasien melakukan perawatan di rumah sakit.

Petugas yang berada di bagian admisi mempunyai tingkat pengetahuan yang termasuk pada kriteria nilai cukup, hal ini ditimbulkan karena sebagian hal terkait penggunaan SIMRS di rumah sakit, yakni seperti terkait urgensi pelatihan petugas penggunaan SIMRS, pengetahuan yang kurang mengenai kemampuan SIMRS dalam menampilkan data berupa tabel dan grafik,

history pasien dalam SIMRS, kode diagnosis pada SIMRS sesuai dengan WHO serta kemampuan dalam pengelolaan data diagnosa 10 besar penyakit.

Instansi pelayanan kesehatan yang berkewajiban terkait menyelenggarakan penggunaan SIMRS agar dapat menaikkan pengetahuan melalui kompetensi kerja, pelatihan dan pembinaan petugas melalui aktivitas penekanan koreksi, pendekatan dan penilaian terkait cara penggunaan SIMRS. Pengetahuan merupakan faktor penting dalam pengambilan keputusan seseresponden, namun pengetahuan seseresponden tidak selalu mencegah dari hal yang tidak diinginkan

3. Gambaran Sikap

Perilaku penggunaan SIMRS pada hal ini yaitu kesiapsiagaan dalam rekasi dan penyesuaian dalam penggunaan SIMRS. Sikap responden menjelaskan bagaimana responden konsisten dalam memakai SIMRS walaupun terdapat masalah-masalah dalam penggunaannya selepas responden memiliki pengetahuan tentang hal tersebut.

Perasaan, pikiran, pemahaman serta keyakinan memiliki peran luar biasa dalam menentukan perilaku (Soekidjo Notoatmodjo, 2018). Bersumber pada hasil penelitian, didapatkan petugas pengguna SIMRS mempunyai pemahaman baik dan pemahaman

tersebut mendatangkan petugas untuk memiliki pikiran dan berjuang dalam menggunakan SIMRS sesuai apa yang didapatkan pada saat pelatihan dalam rangka mencegah terjadinya kesalahan dalam *input* data dan juga memberikan pelayanan yang maksimal untuk pasien. Sikap yakni persiapan dalam melakukan tindakan (S. Notoatmodjo, 2012).

Selama ini memang jarang sekali adanya keluhan dan kekhawatiran petugas mengenai masalah dalam penggunaan SIMRS hal ini dikarenakan petugas dapat melakukan pekerjaan dengan baik serta maksimal meskipun jika petugas mendapatkan sedikit masalah, petugas pengguna SIMRS akan menanyakan kepada petugas pengguna SIMRS yang lain ataupun ke divisi IT.

4. Gambaran Kepuasan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rata-rata kepuasan pengguna dengan nilai 3,22. Menurut Kaplan dan Norton (2014) skor 3,22 masuk dalam kriteria puas (Kaplan & Norton, 1999). Teknologi informasi didapatkan oleh SIMRS dengan tepat, hal ini disebabkan hasil yang diperoleh melalui SIMRS sudah diperintahkan dan SIMRS jarang terjadi error pada saat digunakan. Pernyataan tersebut sesuai dengan hasil penelitian lain yang mana informasi medis diharuskan untuk memiliki kualitas dengan

ciri data yang dihasilkan valid dan benar (Alfiansyah et al., 2020). Dimensi akurasi menilai tingkat puas pengguna ketika teknologi informasi menerima *input* serta mengolahnya menjadi informasi dari aspek akurasi data. Kemampuan sistem dalam menghasilkan laporan setara dengan *input* yang dilaksanakan maka dari itu dihasilkan informasi yang relevan.

Accuracy mempunyai koneksi yang bermakna terkait hal penilaian puas responden (Barsasella, 2012). Terkait permasalahan yang cukup banyak dalam teknologi informasi yakni seperti aplikasi “error”, maka petugas pengguna SIMRS akan menanyakan kepada petugas pengguna SIMRS yang lain ataupun ke divisi IT. Keakuratan teknologi informasi yang baik dapat dinilai melalui jumlah “*error*” yang dibuat saat system tersebut digunakan (Doll & Torkzadeh, 1988).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rata-rata kepuasan pengguna dengan nilai 3,32. Menurut Kaplan dan Norton (2014) skor 3,32 berada pada nilai dengan kriteria puas (Kaplan & Norton, 1999). Memperlihatkan bahwa interface memikat pengguna dan mudah digunakan, tampilan yang digunakan tidak konstan, serta data dan informasi yang diperoleh membantu ketika pelayanan. Format SIMRS mempunyai peran penting dikarenakan berkenaan dengan apa yang

pengguna lihat. Dimensi SIMRS menilai kepuasan pengguna terkait keindahan serta penampilan antarmuka teknologi informasi. Format (tampilan) SIMRS memiliki peran luar biasa dalam hal yang berhubungan mengenai penglihatan pengguna SIMRS saat memanfaatkan teknologi informasi (Burhan & Hartini, 2018).

Bentuk atau pola informasi yang dihasilkan oleh teknologi informasi secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap derajat keefisienan pengguna system. Bentuk atau pola informasi yang memikat dan mudah dipahami dalam penggunaannya dapat menaikkan nilai puas pengguna dan mempengaruhi kepada derajat keefektifitasan (Doll & Torkzadeh, 1988).

PENUTUP

Karakteristik pengguna SIMRS terbanyak yakni kelompok umur 26-35 tahun, jenis kelamin perempuan, latar belakang pendidikan Akademi/D3, dan terdapat beberapa responden yang belum melakukan pelatihan terkait penggunaan SIMRS. Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil penelitian penilaian tingkat pengetahuan dan sikap tindakan penggunaan SIMRS termasuk dalam kategori baik serta kepuasan petugas SIMRS dengan metode EUCS, pada kelima kategori yaitu kategori isi, keakuratan,

struktur, kemudahan dalam penggunaan dan ketepatan waktu masing-masing dimensi memiliki rata-rata nilai dalam kategori puas.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiansyah, G., Fajeri, A. S. I., Santi, M. W., & Swari, S. J. (2020). Evaluasi Kepuasan Pengguna Electronic Health Record (EHR) Menggunakan Metode EUCS (End User Computing Satisfaction) di Unit Rekam Medis Pusat RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *Journal of Health Research Forikes Voice*, 11(3), 258–263.
- Ardiansyah, M. I. N. (2019). *Analisa Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepuasan Pengguna Aplikasi Sister for Student Menggunakan Metode End User Computing Satisfaction*.
- Barsasella, D. (2012). *Sistem Informasi Kesehatan*. Mitra Wacana Medika.
- Beny, B. B. (2021). Evaluasi penerapan sistem informasi manajemen rumah sakit (simrs) di rsud praya kabupaten lombok tengah nusa tenggara barat. *Journal of Information Systems for Public Health*, 5(3), 13. <https://doi.org/10.22146/jisph.41428>
- Burhan, A. H., & Hartini, W. M. (2018). valuasi Tingkat Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Menggunakan Model End User Computing Satisfaction di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Bhakti Setya Medik*, 3(1), 30–42.
- Doll, W. J., & Torkzadeh, G. (1988). The Measurement of End-User Computing Satisfaction. *MIS Quarterly*, 259–274.
- Hartini, W. M. (2019). Evaluasi Tingkat Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Menggunakan Model End User Computing Satisfaction Di Rsud Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Setya Medika*, 3(September), 30–42. <https://doi.org/10.56727/bsm.v3i.32>
- Hutagalung, D. D. (2018). Evaluasi Kinerja Sistem Informasi Pasien Rawat Jalan Klinik Yasa Husada Menggunakan Pieces Framewor. *Jurnal Teknologi Informasi ESI*, XII(01).
- Kaplan, R. S., & Norton. (1999). *Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*. Harvard Business School Press.
- Kemenkes. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (Revisi cet). PT Rineka Cipta.
- Simanjuntak, Y. E. (2012). Gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan pekerja pada bagian produksi mengenai penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di PT. Toba Pulp Lestari Porsea tahun 2012. *Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan*.

Analisis Pengalaman Pengguna Sistem Informasi Puskesmas Menggunakan Metode *User Experience Questionnaire* (UEQ): Studi Kasus di Kabupaten Bantul

Ida Wahyuni¹⁾, Auf Affan²⁾, Beni Mulyadi Sutaryana³⁾

¹⁾Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, ²⁾Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul,

³⁾Departemen Sistem Informasi Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada.

¹⁾ ida.wahyuni@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id, ²⁾ auf.aff1986@mail.ugm.ac.id,

³⁾ benimulyadisutaryana1987@mail.ugm.ac.id

ABSTRAK

Sistem Informasi puskesmas dimanfaatkan untuk mendukung upaya dalam meningkatkan sistem surveilans, monitoring, informasi kesehatan yang *evidence based*. Sistem informasi hendaknya memberikan kemudahan dan kenyamanan produktifitas pengguna. Kemudahan suatu sistem dapat diketahui melalui tingkat usability (kegunaan). *Usability* disebut juga sebagai karakteristik dari kualitas produk. *User experience* menilai seberapa kepuasan dan kenyamanan seseorang terhadap sebuah produk, sistem, dan jasa. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi tingkat usability pengguna terhadap SIMPUS DGS melalui leveling *user experience* menggunakan *User Experience Questionnaire* (UEQ). Jenis penelitian ini merupakan deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus terhadap pengalaman penggunaan SIMPUS. Melalui purposive sampling diperoleh 29 operator SIMPUS sebagai responden dari total populasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. *User Evaluation* SIMPUS DGS di Kabupaten Bantul dengan *User Experience Questionnaire* (UEQ) menunjukkan bahwa skala stimulasi berada diatas rata-rata (*above average*). Sedangkan 5 skala lainnya yaitu Daya tarik, Kejelasan, Efisiensi, Ketepatan, dan Kebaruan dikategorikan dibawah rata-rata (*below average*). Nilai *benchmark* terendah pada skala kebaruan, maka diperlukan penyempurnaan pada fitur yang dapat meningkatkan motivasi pengguna dalam menggunakan system.. Hasil penilaian pada kualitas hedonis skala kebaruan menjadi prioritas pengembangan sistem berupa fitur-fitur untuk meningkatkan motivasi pengguna seperti spesifikasi fitur untuk tiap polinya (umum, gigi, KIA).

Kata kunci: Pengalaman, Pengguna, SIMPUS, UEQ

ABSTRACT

Information System is used to support efforts to improve surveillance, monitoring, and evidence-based health information systems. The training information system provides convenience and comfort for user productivity. The ease of a system can be identified through the level of usability (usability). Usefulness is also referred to as the characteristics of product quality. User experience assesses how satisfied and comfortable a person is with a product, system, and service. This research aims to evaluate the user's usability level towards SIMPUS DGS through user experience leveling using the User Experience Questionnaire (UEQ). This type of research is an analytical descriptive with a case study approach to the experience of using SIMPUS. Through

purposive sampling, 29 SIMPUS operators were obtained as respondents from the total population at the Health Office in Bantul Regency. The SIMPUS DGS User Evaluation in Bantul Regency with the User Experience Questionnaire (UEQ) shows that the stimulation scale is above average (above average). While the other 5 scales namely Attractiveness, Clarity, Efficiency, Accuracy, and Novelty are categorized as below average. The lowest benchmark value is on the novelty scale, so improvements are needed to features that can increase user motivation in using the system. The results of the assessment on the hedonic quality of the novelty scale are a priority for system development in the form of features to increase user motivation such as feature specifications for each poly (general, dental, MCH).

Keywords: Experience, User, SIMPUS

PENDAHULUAN

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Dalam rangka meningkatkan manajemen penyelenggaraan Puskesmas perlu dukungan Sistem Informasi Puskesmas yang mampu menjamin ketersediaan data dan informasi secara cepat, akurat, terkini, berkelanjutan, dan dapat dipertanggungjawabkan. Sistem Informasi Puskesmas adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya (Kemenkes RI, 2019). Pengaturan Sistem Informasi Puskesmas bertujuan untuk: a. mewujudkan penyelenggaraan Sistem Informasi Puskesmas yang terintegrasi; b. menjamin ketersediaan data dan informasi yang berkualitas,

berkesinambungan, dan mudah diakses; dan c. meningkatkan kualitas pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya melalui penguatan manajemen Puskesmas (Kemenkes RI, 2019).

Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) merupakan kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas untuk mendukung upaya pemerintah dalam meningkatkan sistem surveilans, monitoring, informasi kesehatan yang *evidence based*. SIMPUS adalah subsistem dari Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) dan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) yang dikembangkan di Puskesmas (Febrianto & Putra, 2019). Implementasi SIMPUS di Kabupaten Bantul bertujuan untuk membantu meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas wilayah kerja. Dalam penerapan SIMPUS di Kabupaten Bantul terdapat hambatan-hambatan yang perlu diperhatikan, terutama dari aspek pengguna SIMPUS itu sendiri. Sistem yang dirancang dengan tidak baik dan tidak mudah digunakan akan membuat pengguna kesulitan mempelajari dan mengoperasikan. Hal itu akan berimbas pada

sistem tersebut jarang atau salah pengoperasian sehingga biaya yang harus ditanggung oleh organisasi pengguna sistem menjadi tinggi dan berbahaya bagi reputasi perusahaan yang mengembangkan sistem tersebut (Saparamadu et al., 2021). Kemudahan suatu sistem dapat diketahui melalui suatu *usability* (kegunaan). *Usability* saat ini dikenal sebagai kunci utama yang menentukan keberhasilan dari sebuah sistem interaktif atau produk (Febrianto & Putra, 2019). *Usability* disebut juga sebagai karakteristik dari kualitas produk dimana subkarakteristiknya terdiri dari kemampuan untuk dapat dikenali secara sesuai (*appropriate recognizability*), dipelajari (*learnability*), dioperasikan (*operability*), perlindungan kesalahan oleh pengguna (*user error protection*), keindahan tampilan antarmuka (*user interface aesthetics*), dan aksesibilitas (*accessibility*) (Hendradewa, 2017).

Dalam penyelenggaraan sistem informasi puskesmas perlu dilakukan suatu pembinaan dan pengawasan guna peningkatan mutu penyelenggaraan dan pengembangan sistem agar tercapai efektif dan efisien (Kemenkes RI, 2019) salah satunya dengan upaya evaluasi SIMPUS yang berbasis pengguna. *User Experience* (UX) adalah persepsi dan respon dari pengguna sebagai reaksi penggunaan suatu produk, sistem, atau jasa (Pristantiningdiah, 2020). *User experience* menilai seberapa kepuasan dan kenyamanan seseorang terhadap sebuah produk, sistem, dan jasa. Prinsip membangun UX adalah pengguna

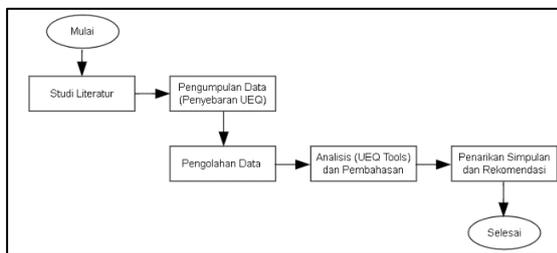
mempunyai kekuasaan dalam menggunakan produk yang dibangun (*costumer rule*). Seberapa pun bagus fitur sebuah produk, sistem, atau jasa, tanpa pengguna merasakan kepuasan, dan kenyamanan dalam berinteraksi maka tingkat UX menjadi rendah. *Usability* merupakan kualitas suatu sistem yang berguna dan meminimalkan kegagalan yang ada, sehingga dapat digunakan secara maksimal. Konsep perancangan desain interaksi diuji berdasarkan asas *usability* karena dapat dijadikan ukuran untuk menentukan kualitas suatu produk atau sistem yang berupa situs web, aplikasi perangkat lunak, teknologi bergerak maupun peralatan lainnya berdasarkan pengalaman pengguna (Handiwidjojo & Ernawati, 2016).

User Evaluation SIMPUS di Kabupaten Bantul dengan menggunakan *User Experience Quesioner* (UEQ) menyediakan impresi yang menyeluruh dari aspek *usability* sampai kepada aspek *user experience*. *User Experience* mendeskripsikan perasaan subyektif pengguna terhadap produk yang mereka gunakan. UEQ memungkinkan pengukuran *user experience* dari produk interaktif secara langsung dan cepat. Studi ini bertujuan untuk mengevaluasi tingkat *usability* pengguna terhadap SIMPUS DGS melalui leveling *user experience* menggunakan *User Experience Questionnaire* (UEQ).

METODE PENELITIAN

Proses dan tahapan yang akan dilakukan dalam penelitian ini dimulai dari observasi

studi literatur dan pengisian kuesioner sampai penyusunan laporan akhir. Dalam tahap ini, peneliti melakukan pencarian studi pustaka dan literatur untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan evaluasi *usability* untuk *user experience* menggunakan *User Experience Questionnaire (UEQ)*, sehingga informasi tersebut diharapkan dapat mempermudah dan membantu penulis dalam melakukan penelitian ini.



Gambar 1. Tahapan Penelitian

1. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul pada April-Mei 2021.

2. Alat dan Bahan Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang mengacu pada *User Experience Questionnaire (UEQ)*.

3. Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, metode yang dilakukan untuk mengumpulkan data yaitu penyebaran kuesioner yang disebar dengan

metode online kepada para responden. Responden adalah Operator SIMPUS DGS di Kabupaten Bantul. Pengambilan sampel berdasarkan “penilaian” (judgment) peneliti mengenai siapa saja yang pantas (memenuhi persyaratan) secara purposive sampling untuk di jadikan sampel dan di ambil 29 responden dari total operator SIMPUS di Kabupaten Bantul.

4. Metodologi Penelitian

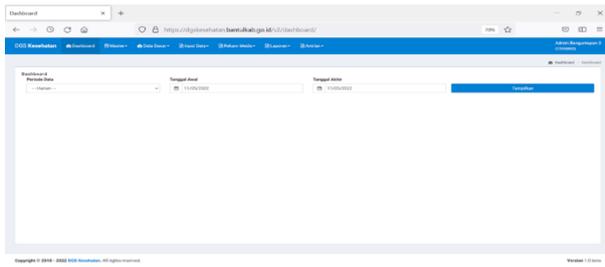
Rancangan penelitian yang dilakukan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus terhadap pengalaman penggunaan SIMPUS. Hasil online survei dianalisis dengan menggunakan *tools* analisis UEQ yaitu microsoft excel, dimana tool akan melakukan perhitungan nilai dari setiap variabel, membuat diagram untuk memvisualisasikan hasil dan mengkalkulasikan beberapa dasar indikator statistik yang dibutuhkan untuk menginterpretasikan data. Dalam analisis data ini, peneliti menambahkan karakteristik responden untuk dikaji dan dilakukan pembahasan bersama dengan hasil data yang telah diolah. Hasil pengolahan data dan analisis ditarik kesimpulan dan diusulkan sebagai rekomendasi perbaikan SIMPUS DGS di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.

interface sistem yang digunakan di Puskesmas di Wilayah Kabupaten Bantul.

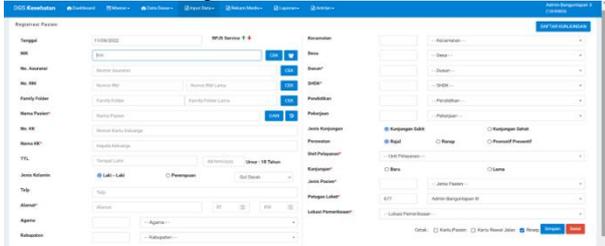
HASIL PENELITIAN

1. Gambaran Umum SIMPUS DGS Puskesmas di Wilayah Kabupaten Bantul

Berdasarkan observasi yang dilakukan terhadap sistem SIMPUS, berikut tampilan



Gambar 2. Tampilan Dashboard SIMPUS DGS



Gambar 3. Tampilan Halaman Registrasi SIMPUS DGS

2. Karakteristik Responden Evaluasi SIMPUS DGS

Hasil survey terhadap 29 responden operator SIMPUS diketahui karakteristik responden sebagai berikut :

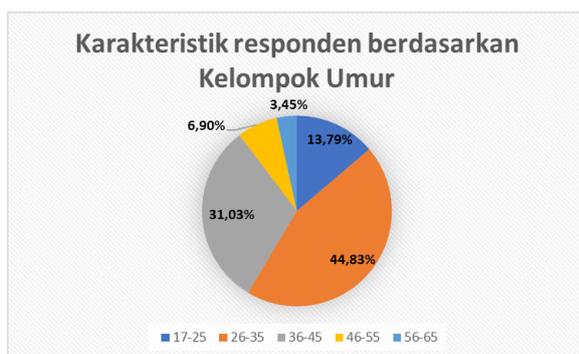
a. Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 4. Karakteristik Jenis Kelamin

Responden perempuan mendominasi sebagai operator SIMPUS DGS di Kabupaten Bantul sebesar 69%.

b. Berdasarkan Kelompok Umur



Gambar 5. Karakteristik Umur Responden

Dilihat dari usia, terdapat variasi umur responden tetapi terbanyak pada rentang 46-55 tahun sebesar 44,83%

c. Berdasarkan Pendidikan



Gambar 6. Karakteristik Pendidikan Responden Pendidikan responden mayoritas memiliki Pendidikan formasi Diploma sebesar 79,31%.

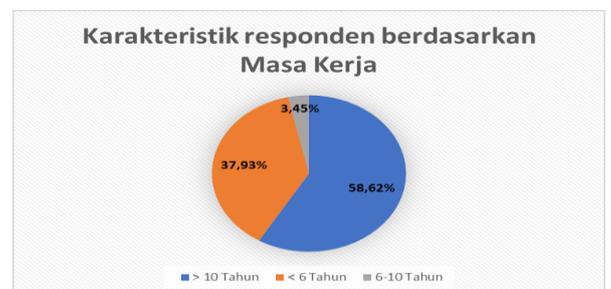
d. Berdasarkan Status Pegawai



Gambar 7. Karakteristik Status Pegawai Responden

Sebanyak 96,55% responden berstatus pegawai negeri sipil (PNS).

e. Berdasarkan Masa Kerja



Gambar 8. Karakteristik Masa Kerja Responden

Operator SIMPUS DGS yang menjadi responden memiliki masa kerja mayoritas lebih dari 10 tahun sebesar 58,62%.

f. Berdasarkan Jabatan

Sedangkan dari sisi jabatan diketahui bahwa mayoritas operator SIMPUS di Kabupaten Bantul adalah Perkam medis yakni 37,93%.



Gambar 9. Karakteristik Jabatan Responden

3. Analisis Hasil Evaluasi User Experience (UX) Dengan User Experience Quetsionnaire

Merunut kepada sistem kerja tools UEQ, Kami menggambarkan tahapan analisisnya sebagai berikut :



Gambar 10. Mekanisme Analisis Tools UEQ

Secara rinci Gambar 10 dijelaskan melalui uraian berikut :

Pengolahan data diawali merekapitulasi data jawaban responden pada pengukuran UX SIMPUS DGS. Hasil jawaban dikonversi menjadi bobot nilai dengan transformasi

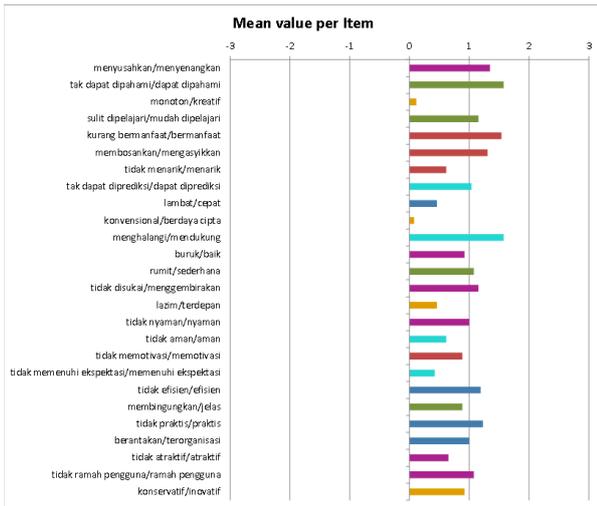
pengskalaan dari -3 (setuju sepenuhnya dengan nilai negatif) hingga +3 (setuju sepenuhnya dengan nilai positif). Berikut contoh nilai yang sudah ditranformasi :

Tabel 1. Hasil Transformasi Nilai

Skala Penilaian	1	2	3	4	5	6	7
Penskalaan untuk pernyataan negatif ke positif							
Menyusahkan	0	0	0	0	0	0	Menyenangkan
Nilai setelah transformasi	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Penskalaan untuk pernyataan positif ke negatif							
Bermanfaat	0	0	0	0	0	0	Kurang Bermanfaat
Nilai setelah transformasi	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Setelah mentransformasi nilai, maka dilakukan pengujian koefisien *cronbach alpha*. Koefisien *Cronbach Alpha* mendeskripsikan konsistensi untuk semua item pada semua skala. Suatu data analisis menggunakan *User Experience Questionnaire* (UEQ) dapat dikatakan memiliki konsistensi yang tinggi jika nilai dari koefisien *Cronbach Alpha* lebih besar atau sama dengan 0,7. Hasil koefisiensi reliabilitas *cronbach alpha* didapat dengan mencari terlebih dahulu nilai *correlation* dengan cara menghitung nilai rata-rata setiap pasangan item pada skala. Dilanjutkan dengan mencari nilai average (rata-rata) untuk seluruh hasil *correlation* pada skala. Lalu mencari nilai *Alpha* dengan cara nilai *average* dikali jumlah item per skala. Setelah melakukan konfirmasi terhadap skala inkonsistensi jawaban, kemudian dilakukan perhitungan mean, variance dan simpangan baku pada data jawaban responden. Koefisien reliabilitas *Cronbachs Alpha* dapat ditunjukkan pada Tabel 2 sampai dengan Tabel 7 berikut.

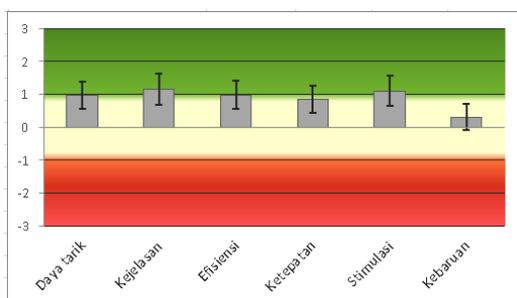
Tabel 2 sampai Tabel 7 Koefiseien Reliabilitas *Cronbachs Alpha*



Gambar 11. Grafik Rata-rata per Item Pertanyaan

Dari 26 orang partisipan yang mengisi kuesioner diperoleh hasil pengukuran rata-rata tertinggi yaitu pada skala Kejelasan (item 2) dengan rata-rata sebesar 1,6 dan terendah pada skala kebaruan (item 3,10) dengan rata-rata sebesar 0,1. Berdasarkan hasil tersebut diketahui bahwa evaluasi rata-rata keseluruhan aspek memiliki nilai positif walaupun dengan nilai terendah sebesar 0,0 masih mewakili evaluasi yang kurang lebih netral dari skala yang sesuai.

Hasil rata-rata skala UEQ untuk SIMPUS DGS dipaparkan dalam grafik pada Gambar 12 dan Tabel 6 berikut.



Gambar 12. Rata-rata Skala UEQ

Tabel 6 Hasil Rata-Rata UEQ Tiap Skala UEQ

UEQ Scales (Mean and Variance)		
Daya tarik	↑ 1,026	1,34
Kejelasan	↑ 1,173	1,65
Efisiensi	↑ 0,971	1,39
Ketepatan	↑ 0,913	1,21
Stimulasi	↑ 1,087	1,62
Kebaruan	→ 0,394	1,38

Melihat pada Gambar 12 dan Tabel 6 diketahui semua variabel memperlihatkan nilai rata-rata diatas 0,8 kecuali variabel kebaruan dengan nilai 0.394. Nilai rata-rata tertinggi pada skala Kejelasan sebesar 1,173 maka dapat dikatakan hasil setiap skala *user experience* adalah positif. Skala paling rendah dengan nilai rata-rata 0,394 yaitu pada skala Kebaruan dengan nilai evaluasi yang netral.

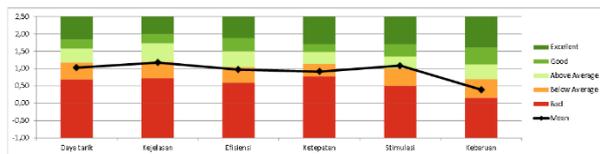
Hasil perhitungan dapat pula disajikan berdasarkan tiga kelompok aspek yaitu *attractiveness* (Daya Tarik) yang merupakan dimensi valensi murni, *pragmatic quality* (Kualitas pragmatis) yaitu aspek yang menggambarkan kualitas interaksi yang berhubungan dengan tugas atau tujuan yang dilakukan oleh pengguna serta *hedonic quality* (Kualitas hedonis) yaitu menggambarkan aspek-aspek yang berkaitan dengan kesenangan atau menyenangkan saat menggunakan produk. Dimana hasil evaluasi UEQ untuk aspek *attractiveness* dengan nilai 1,03 untuk *pragmatic quality* dengan nilai 1,02, serta 0,74 untuk *hedonic quality*.

Tabel 7. Hasil Mean Berdasarkan *Pragmatic* dan *Hedonic Quality*

Pragmatic and Hedonic Quality	
Daya tarik	1,03
Kualitas Pragmatis	1,02
Kualitas Hedonis	0,74

Untuk memeriksa *level user experience* SIMPUS dengan membandingkan hasil pengukuran UEQ dengan produk interaktif sejenis yaitu dengan membandingkan nilai setiap aspek

dengan kumpulan data yang berasal dari 20.190 responden dari 452 studi mengenai produk yang berbeda (*business software, webpage, web shops, social networks*). Uji *benchmark* dapat menggambarkan tentang kualitas relatif dari SIMPUS DGS dibandingkan dengan produk lainnya, dipaparkan dalam diagram *benchmark* yang dibagi menjadi lima kategori *level user experience* pada Gambar 13 dan Tabel 8 berikut.



Gambar 13. *Benchmark* UEQ SIMPUS DGS

Tabel 8. Interpretasi skala terhadap *Benchmark*

Scale	Mean	Comparison to benchmark	Interpretation
Daya tarik	1,03	Below Average	50% of results better, 25% of results worse
Kejelasan	1,17	Below Average	50% of results better, 25% of results worse
Efisiensi	0,97	Below Average	50% of results better, 25% of results worse
Ketepatan	0,91	Below Average	50% of results better, 25% of results worse
Stimulasi	1,09	Above Average	25% of results better, 50% of results worse
Kebaruan	0,39	Below Average	50% of results better, 25% of results worse

Benchmark UEQ mengklasifikasikan produk ke dalam 5 kategori (per skala) adalah sebagai berikut: 1. *Excellent*: termasuk dalam kisaran 10% produk yang memiliki skor tertinggi. 2. *Good*: 10% produk pada dataset memiliki skor yang lebih tinggi, sedangkan 75% lainnya lebih rendah. 3. *Above average*: 25% produk pada dataset memiliki skor yang lebih tinggi, sedangkan 50% lainnya lebih rendah. 4. *Below average*: 50% produk pada dataset memiliki skor yang lebih tinggi, sedangkan 25% lainnya lebih rendah. 5. *Bad*: termasuk dalam kisaran 25% produk yang memiliki skor terendah.

PEMBAHASAN

Berdasarkan Gambar 13 dan Tabel 8 diatas, diketahui bahwa dari 6 skala *User Experience Quesioner* hanya terdapat 1 skala yang di kategorikan diatas rata-rata (*above average*) yaitu

skala Stimulasi. Sedangkan 5 skala lainnya yaitu Daya tarik, Kejelasan, Efisiensi, Ketepatan, dan Kebaruan dikategorikan dibawah rata-rata (*below average*) sesuai dengan interval *benchmark* UEQ yang telah ditetapkan (Schrepp, 2019). Skala Stimulasi merujuk kepada penilaian kualitas hedonis (*Stimulation dan Originality*) yang mengarahkan kepada menggambarkan aspek-aspek yang berkaitan dengan kesenangan atau menyenangkan saat menggunakan SIMPUS DGS dan ini tidak berkaitan secara langsung terhadap kualitas sistem bagi kinerja tugas pengguna (Handiwidjojo & Ernawati, 2016). Mayoritas skala lainnya yang masih dibawah rata-rata yakni terkait kualitas pragmatis yang belum tercapai. Kualitas pragmatis merupakan aspek yang menggambarkan kualitas interaksi yang berhubungan dengan tugas atau tujuan yang dilakukan oleh pengguna .

Berdasarkan hasil temuan tersebut, maka dapat ditarik rekomendasi perbaikan terhadap SIMPUS DGS dengan menekankan kepada 5 skala (Schrepp, 2023) yang memiliki nilai dibawah rata-rata, yakni :

- Daya Tarik (*Attractiveness*). Pengembangan SIMPUS memperhatikan kepada aspek sistem untuk kesenangan, kenyamanan, keatraktifan dan ramah terhadap pengguna.
- Kejelasan (*Perspicuity*). Pengembangan SIMPUS memperhatikan kepada aspek sistem informasi untuk kemudahan pemahaman, pembelajaran, sederhana dan tidak membingungkan pengguna.
- Efisiensi (*Efficiency*). Pengembangan SIMPUS memperhatikan kepada aspek kecepatan, efisiensi, kepraktisan dan keterorganisasian

sistem informasi dalam mendukung penyelesaian tugas.

- d. Ketepatan (*Dependability*). Pengembangan SIMPUS memperhatikan kepada aspek dengan fitur sistem yang familier, mendukung pekerjaan, aman terhadap data dan memenuhi harapan pengguna.
- e. Kebaruan (*Novelty*) dimana pengembangan SIMPUS untuk bisa lebih kreatif, berdaya cipta dan inovatif.

PENUTUP

User Evaluation SIMPUS DGS di Kabupaten Bantul dengan menggunakan *User Experience Questioner* (UEQ) untuk mengetahui level *user experience* SIMPUS DGS, menunjukkan bahwa walaupun berdasarkan rata-rata hasil setiap skala *user experience* adalah positif. Namun pada UEQ benchmark diketahui bahwa hanya terdapat 1 skala yang di kategorikan diatas rata-rata (*above average*) yaitu skala Stimulasi. Sedangkan 5 skala lainnya yaitu Daya tarik, Kejelasan, Efisiensi, Ketepatan, dan Kebaruan dikategorikan dibawah rata-rata (*below average*) sesuai dengan interval *benchmark* UEQ yang telah ditetapkan. Dengan demikian diperlukan perbaikan desain. Perlunya evaluasi secara tatap muka untuk lebih dalam menggali persepsi pengguna dan mencegah ketidak seriusan dan kekurangpahaman partisipan dalam mengisi kuesioner.

Nilai *benchmark* terendah pada skala kebaruan. Skala kebaruan termasuk dalam aspek kualitas hedonis yang berkaitan dengan rasa menyenangkan saat menggunakan produk. Maka dari itu perlu penyempurnaan pada pengembangan selanjutnya yaitu fitur yang dapat meningkatkan

motivasi pengguna untuk menggunakan sistem tersebut.

Rekomendasi terhadap pengembangan SIMPUS di Kabupaten Bantul, yakni perlu dilakukan pengkajian lebih lanjut secara kualitatif dengan pertanyaan terbuka baik melalui wawancara mendalam atau fokus grup diskusi yang bisa menjelaskan temuan dari UEQ untuk mengetahui aspek-aspek apa saja yang dibutuhkan dalam pengembangan SIMPUS agar menjadi sistem yang lebih efisien dan *usable*. Jika melihat pada hasil aspek penilaian, aspek kualitas hedonis pada skala kebaruan menjadi prioritas pengembangan sistem berupa fitur-fitur untuk meningkatkan motivasi pengguna seperti spesifikasi fitur untuk tiap polinya (umum, gigi, KIA).

DAFTAR PUSTAKA

- Febrianto, W. A., & Putra, W. H. N. (2019). Aplikasi Sistem Informasi Puskesmas Paperless menggunakan Metode Usability Testing dan User Experience Questionnaire (UEQ) (Studi Kasus: Puskesmas Tarik). *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 3(6), 6099–6106. <http://j-ptiik.ub.ac.id/index.php/j-ptiik/article/view/5648>
- Handiwidjojo, W., & Ernawati, L. (2016). Pengukuran Tingkat Ketergunaan (Usability) Sistem Informasi Keuangan. *Juisi*, 02(01), 49–55.
- Hendradewa, A. P. (2017). Perbandingan Metode Evaluasi Usability (Studi Kasus : Penggunaan Perangkat Smartphone). *Teknoin*, 23(1), 9–18. <https://doi.org/10.20885/teknoin.vol23.iss1.art2>
- Kemenkes RI. (2019). Permenkes No.31 Tahun 2019 Tentang Sistem Informasi Puskesmas. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Permenkes No.43 Tahun Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.*, 6(1), 5–10.
- Pristantiningdiah, R. (2020). Perancangan User Experience Aplikasi E-health Pelayanan Kesehatan Dan Kecantikan Dengan Metode Lean UX Dan Usability Testing (Studi Kasus: Klinik Dr. Riris). In *Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah*. <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/55248>
- Saparamadu, A. A. D. N. S., Fernando, P., Zeng, P., Teo, H., Goh, A., Lee, J. M. Y., & Lam, C. W. L. (2021). User-Centered Design Process of an mHealth App for Health Professionals: Case Study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2021;9(3):E18079 <https://Mhealth.Jmir.Org/2021/3/E18079>, 9(3), e18079. <https://doi.org/10.2196/18079>
- Schrepp, D. M. (2023). *User Experience Questionnaire Handbook, Version 10*.
- Schrepp, Martin. <https://www.ueq-online.org/>. 2019
- SIMPUS DGS Kabupaten Bantul
- Saputra, Hendra & Falah, Miftahul. Analisis User Experience Pada Sistem Informasi Akademik STMIK Palcomtech Palembang Menggunakan Metode User Experience Questionnaire (UEQ). Skripsi STMIK Palomtech Palembang. 2020

Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik di Puskesmas Wilayah Kota Cirebon Tahun 2021

Lina Khasanah¹⁾, Nita Budiyanthi²⁾

¹⁾²⁾ Prodi D3 RMIK Cirebon, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
E - mail : linakhasanah09@gmail.com

ABSTRAK

Penerapan rekam medis elektronik sudah berkembang pesat di fasilitas kesehatan Indonesia. Hal ini juga sudah ditetapkan ke dalam permenkes No. 24 tahun 2022, bahwa setiap pelayanan kesehatan diwajibkan menggunakan Rekam Medis Elektronik (RME). Keberhasilan penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) dikaitkan dengan kebiasaan petugas pengguna RME maupun manajemen suatu organisasi dalam keikutsertaan aktif dalam pelaksanaan RME sangat berpengaruh terhadap berhasil atau tidaknya adopsi RME dalam suatu organisasi. Sejalan dengan ini, Puskesmas Kota Cirebon sudah menggunakan e-Puskesmas sebagai salah satu sistem informasi menuju RME, namun pada pelaksanaannya belum optimal. Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif kuantitatif. Pengambilan data dilakukan dalam bentuk kuesioner checklist menggunakan Tools DOQ IT dengan jumlah sampel 44 orang dengan kategori pemegang kebijakan dan petugas rekam medis di 22 Puskesmas di Kota Cirebon. Hasil penelitian ini menurut kategori kesiapan implementasi Rekam Medis Elektronik DOQ-IT menunjukkan pada penyelerasan organisasi nilai rata-rata 27,61 dengan kategori sangat siap, kapasitas organisasi dengan nilai rata-rata 36,64 dengan kategori cukup siap. Kesimpulan dari tingkat kesiapan implementasi RME untuk Puskesmas di Kota Cirebon adalah Cukup Siap. Implementasi Rekam Medis Elektronik di Puskesmas Kota Cirebon dapat dikategorikan cukup siap, sehingga bisa dijadikan dasar dalam mengembangkan RME di Puskesmas dengan memperbaiki aspek-aspek yang kurang.

Kata kunci: Rekam Medis Elektronik, DOQ-IT, Implementasi

ABSTRACT

The application of electronic medical records has developed rapidly in Indonesian health facilities. This has also been stipulated in Permenkes No. 24 of 2022, that every health service is required to use an Electronic Medical Record (RME). The successful implementation of Electronic Medical Record (RME) is associated with the habits of RME user officers and the management of an organization in active participation in the implementation of RME which greatly influences the success or failure of RME adoption in an organization. In line with this, the Cirebon City Health Center has used e-Puskesmas as one of the information systems towards RME, but the implementation has not been optimal. This study used a quantitative descriptive analysis. Data collection was carried out in the form of a checklist questionnaire using DOQ IT Tools with a total sample of 44 people with the category of policy holders and medical record officers at 22 Community Health Centers in Cirebon City. The results of this study according to the DOQ-IT Electronic Medical Record implementation readiness category showed an average organizational alignment score of 27.61 in the very ready category, organizational capacity with an average score of 36.64 in the fairly prepared category. The conclusion from the level of readiness for RME implementation for Community Health Centers in Cirebon City is Fairly Ready. The implementation of Electronic Medical Records at the

Cirebon City Health Center can be categorized as quite ready, so that it can be used as a basis for developing RME at the Health Center by improving aspects that are lacking.

Keywords: Electronic Medical Record, DOQ-IT, Implementation

PENDAHULUAN

Teknologi informasi di bidang kesehatan berkembang pesat dalam berbagai aspek, salah satunya tentang rekam medis elektronik. Tujuan utama dari perubahan penggunaan dari manual ke elektronik adalah untuk meningkatkan kualitas layanan dengan berbagi informasi antara penyedia layanan Kesehatan, meningkatkan dokumentasi perawatan pasien dan menghemat biaya. Rekam Kesehatan Elektronik secara luas juga mengurangi biaya, meningkatkan produktivitas dan dapat menjadi pengambilan keputusan tepat waktu. Pengelolaan data secara elektronik sangat memungkinkan di era perkembangan teknologi informasi yang terjadi saat ini. Teknologi dan informasi yang semakin berkembang dengan baik akan membawa dampak positif bagi kemajuan dibidang penyimpanan berkas atau arsip berkas.

RME mulai banyak dikembangkan di Indonesia. Rekam medis elektronik diperlukan untuk layanan berkualitas dan akses informasi pasien yang tepat waktu, lengkap dan akurat (Jahanbakhsh et al., 2011). Beberapa keuntungan pada implementasi RME diantaranya pada pengelolaan manajemen data, akses data yang akurat dan legabilitas (Gemala, 2016). Penggunaan RME dapat mengirimkan data dengan cepat dan mempermudah untuk menemukan kembali data yang hilang sehingga sangat efisien penggunaannya (Jahanbakhsh et al., 2011). Dukungan penggunaan RME pada fasilitas

pelayanan kesehatan dapat terlihat dari maraknya pengembangan dan implementasi RME. Hal ini dikarenakan faktor keterlambatan dokumen rekam medis membuat pelayanan kepada pasien menjadi lama, pelayanan resep lama, dan rekam medis tidak bisa dipakai secara bersamaan. Dengan adanya teknologi informasi, salah satunya dengan menerapkan rekam medis elektronik, dapat menawarkan banyak keunggulan dibandingkan dengan penggunaan kertas dalam hal penyimpanan dan pengambilan data pasien.

Kota Cirebon merupakan kota yang tengah bertumbuh serta memiliki kemampuan kompleksitas yang besar. Tantangan terhadap perkembangan kota terkait teknologi akan sangat bergantung pada kemampuan Kota dalam membuat inovasi berbasis digital. Untuk menuntaskan tantangan tersebut, dibutuhkan strategi serta pendekatan yang komprehensif, inklusif, efisien serta efektif. Pembangunan berbasis Kota Pintar (*Smart City*) sudah jadi tren pembangunan kota ataupun wilayah di dunia serta jadi keniscayaan yang wajib diadaptasi wilayah ataupun kota serta kabupaten di Indonesia. Konsep *Smart City* merupakan konsep yang memiliki ruang inovasi yang luas dan dinamis untuk menuntaskan bermacam kendala yang dialami oleh pemerintah, warga, pelakon bisnis, dunia pembelajaran serta bermacam pemangku kepentingan lain. Puskesmas selaku salah satu sarana pelayanan kesehatan yang menyediakan

upaya kesehatan primer jadi salah satu tolak ukur dalam pelaksanaan sesuatu kebijakan rekam kedokteran elektronik dalam penyelenggaraan Rekam Kedokteran Elektronik (RME).

Implementasi rekam medis elektronik yang digunakan di Puskesmas seharusnya sejalan dengan kebutuhan dan kesiapan penggunaannya sehingga aplikasi yang diterapkan bisa benar-benar mendukung hasil kinerja pegawai serta dijadikan sebagai salah satu alat pengambil keputusan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan, Puskesmas yang ada di Kota Cirebon sudah menggunakan aplikasi *e-Puskesmas* sebagai implementasi dari rekam medis elektronik, akan tetapi penggunaan dan pelaksanaannya masih kurang optimal. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor salah satunya *user*, manajemen dan budaya kerja. Menurut teori DOQ-IT yang dikeluarkan oleh IBM, bahwa sebuah organisasi sebelum mengimplementasikan sebuah sistem akan lebih baik diukur terlebih dahulu kesiapan penerimaan sistem. Dan pengukuran kesiapan penerimaan sistem ini menggunakan *tools* DOQ-IT. Karena dari hasil wawancara kendala yang dihadapi oleh pengguna pada implementasi sistem salah satunya adalah kurangnya persiapan dan pemenuhan kebutuhan baik dilihat dari segi Sumber Daya Manusia (SDM), budaya kerja organisasi, tata kelola dan kepemimpinan serta infrastruktur yang ada di Puskesmas. Hal ini sejalan dengan pengukuran *tools* DOQ-It yang mencakup itu semua sehingga peneliti memilih penelitian ini dengan judul “Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) di Puskesmas Wilayah Kota

Cirebon Tahun 2021”. Sehingga bisa dilihat pada tingkat mana Puskesmas berada pada kesiapan implementasi RME ini dan kekurangannya dalam segi apa sebelum lebih lanjut mengembangkan sistem yang lebih besar.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif untuk mengukur tingkat kesiapan penerapan rekam medis elektronik. Jumlah Puskesmas di Kota Cirebon 22 Puskesmas. Sampel pada penelitian ini menggunakan total populasi yaitu 22 Puskesmas di Kota Cirebon. Jumlah orang di tiap Puskesmas diambil berdasarkan *purposive sampling* yaitu sampel yang diambil berdasarkan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2018) hal ini berdasarkan kebutuhan responden yang satu diambil dari petugas pengolah data sebagai user rekam medis elektronik dan satu lagi diambil dari pihak manajemen (Kepala TU atau Kepala Puskesmas).

HASIL PENELITIAN

Puskesmas dengan jumlah Puskesmas sebanyak 22 yaitu 44 orang responden. Analisa data dilakukan menggunakan analisis deskriptif sehingga data dapat memberikan informasi secara akurat.

a. Karakteristik Responden

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia Responden

No.	Usia (tahun)	Frekuensi	Persentase(%)
1.	22 – 27	15	34,1
2.	28 – 33	5	11,4

3.	34 – 39	3	6,8
4.	40 – 45	10	22,7
5.	46 – 51	6	13,6
6.	52 – 57	5	11,4
Jumlah		44	100,0

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa usia responden dalam hal ini petugas rekam medis dan pemegang kebijakan di Puskesmas paling banyak di rentang usia (22-27) tahun sebanyak 34,1% dan urutan paling banyak selanjutnya pada rentang usia (40-45) tahun. Dari data tersebut ini membuktikan bahwa rentang usia petugas rekam medis dan tim manajemen masih pada usia produktif.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Responden

No.	Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Diploma (D3)	18	40,9
2.	Sarjana Terapan (D4)/Sarjana (S1)	18	40,9
3.	Magister	8	18,2
Jumlah		44	100

Karakteristik petugas berdasarkan jenjang pendidikan di Puskesmas wilayah kerja Kota Cirebon semuanya memiliki latar belakang Pendidikan di perguruan tinggi, sebanyak 81,8% memiliki jenjang Pendidikan D3 dan DIV/S1.

b. Tingkat Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik

Tingkat kesiapan implementasi rekam medis elektronik menurut DOQ IT dilihat dari 2 aspek yaitu aspek penyelarasan organisasi dan

aspek kapasitas organisasi. Berikut tabel yang menunjukkan hasil dari pengisian responden dan total dari perolehan dua aspek tersebut.

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian

No.	Variabel Penelitian	Nilai Rata-rata	Kategori
1.	Penyelarasan Organisasi	27,61	Sangat Siap
2.	Kapasitas Organisasi	36,64	Cukup Siap
3.	Tingkat Kesiapan Implementasi RME	64,25	Cukup Siap

Dari hasil pengisian kuesioner DOQ IT menunjukkan bahwa pada aspek penyelarasan organisasi menunjukkan kategori sangat siap sedangkan kapasitas organisasi berada pada kategori cukup siap. Sehingga Ketika dijumlahkan kedua aspek tersebut menyatakan cukup siap. Hal ini dapat disimpulkan bahwa Puskesmas di wilayah kerja Kota Cirebon berada pada kategori cukup siap untuk mengadopsi rekam medis elektronik.

PEMBAHASAN

Pengukuran tingkat kesiapan menggunakan DOQ IT, bisa dilihat juga dari karakteristik responden yang mengisi kuesioner. Persentase terbanyak responden berada di usia produktif, ini artinya penerapan RME pada Puskesmas bisa lebih mudah dilakukan. Petugas yang memiliki masa kerja yang lama akan memiliki komitmen organisasionalnya lebih tinggi serta berusaha untuk tetap bekerja di perusahaannya (Sutanto & Ratna, 2015). Sehingga di usia tersebut petugas sangat mampu menjalankan pekerjaan sesuai dengan tujuan organisasi dalam hal ini pada

implementasi Rekam Medis Elektronik. Beberapa penelitian telah mempertimbangkan kesiapan sumber daya manusia pada penerimaan RME lebih penting untuk menilai tahap kesiapan penerapan RME dan menyatakan bahwa pengguna memainkan peran kunci dalam merancang, menyiapkan dan menggunakan sistem (Mardani1 et al., 2012).

Kemampuan dalam melakukan pekerjaan terkait dengan tingkat pendidikan yang ditempuh. Semakin tinggi pendidikan semakin banyak ilmu pengetahuan, wawasan dan pengalaman yang didapat. Hal ini sependapat dengan penelitian yang dilakukan (Aprilyanti, 2017) yaitu bahwa kemampuan seseorang dalam menyelesaikan pekerjaan dapat dilihat dari pendidikannya. Pengetahuan dan pengalaman seseorang dapat meningkat diiringi dengan tingkat pendidikan yang ditempuh. Sehingga Pendidikan dapat memperbaiki ketrampilan dan sikap karyawan dalam melaksanakan tugasnya (Arthur, 2018) (Khasanah, 2021). Pendidikan yang tinggi dapat merubah seseorang untuk memiliki kemampuan menyelesaikan pekerjaan-pekerjaan yang lebih rumit dan dinamis (Faida & Ali, 2021). Pada implementasi RME dibutuhkan karyawan yang memiliki keterampilan teknis untuk mengekstraksi dan mengelola data serta keterampilan analitik untuk mengubah data menjadi ukuran kualitas yang dibutuhkan. Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki peran sangat besar dalam kemajuan pelayanan kesehatan berbasis rekam medis elektronik. sumber daya yang ada di

Puskesmas perlu dikembangkan terutama terkait dengan Sumber Daya Manusia nya. Perlunya keterampilan dan keahlian yang mendukung implementasi RME. Karena keberhasilan implementasi RME akan sangat tergantung dari respon pegawai terhadap RME.

Pada aspek penyesuaian organisasi, kuesioner berisi tentang budaya kerja, kesiapan organisasi, kepemimpinan dan strategi dalam implementasi rekam medis elektronik yang sudah ada di Puskesmas wilayah kerja Kota Cirebon. Dari hasil kuesioner pada tabel didapatkan hasil bahwa pada aspek penyesuaian organisasi menunjukkan kategori sangat siap untuk implementasi rekam medis elektronik di tempat kerjanya. Hasil dari penelusuran data kuesioner, nilai paling rendah pada aspek pernyataan tentang perencanaan pada implementasi RME secara keseluruhan kurang, kemudian kurangnya dukungan dari pimpinan dan eksekutif dalam kesiapan implementasi RME, baik berupa pembuatan kebijakan, prosedur maupun reward dan punishment. Apabila dilihat dari aspek budaya kerja, bahwa keberhasilan implementasi RME dikaitkan dengan kebiasaan petugas pengguna RME maupun manajemen suatu organisasi dalam keikutsertaan aktif dalam pelaksanaan RME sangat berpengaruh terhadap berhasil atau tidak nya adopsi RME dalam suatu organisasi. Kesadaran petugas pengguna RME dan manajemen akan pentingnya implementasi RME dalam meningkatkan pelayanan yang berkualitas dan mendukung sistem kerja yang lebih efektif dan efisien. Keberhasilan pada implementasi

RME tidak hanya bergantung pada pengembangan sistem saja, akan tetapi sesuai dengan kebutuhan pengguna. Untuk merubah budaya kerja kearah implementasi RME diperlukan kebijakan, prosedur dan protocol yang ditetapkan oleh pihak manajemen organisasi sehingga pelaksanaan RME bisa dilaksanakan secara paripurna.

Peran petugas pengguna dan dukungan kuat dari Pimpinan dalam desain dan implementasi serta proses perencanaan dan anggaran yang memadai yang sesuai jadwal akan menentukan kesuksesan pada proses implementasi RME. Keberhasilan implementasi RME salah satu yang paling penting terkait *team leadership*. Karena merupakan komite yang akan mengkomando pada proses pengembangan sistemnya. Pada pembentukan tim Rekam Medis Elektronik terdiri dari berbagai profesi yang terkait didalam sebuah organisasi fasilitas pelayanan kesehatan. Petugas yang terlibat pada proses pengembangan sistem merupakan orang yang terpilih dan diberikan tugas tambahan untuk menjadi Tim RME. Tim tersebut harus memiliki Ketua yang bisa memimpin senior majelis klinis dan tenaga klinis serta memiliki anggota yang inovatif dan berkomitmen juga dapat menampung semua pendapat dari berbagai penggunaan sistem (Faida & Ali, 2021). Agar menghasilkan adopsi rekam medis elektronik secara optimal dan dimanfaatkan secara menyeluruh, maka semua anggota organisasi harus berpartisipasi (Jimma & Enyew, 2022). Peningkatan kinerja pegawai merupakan salah satu keberhasilan seorang manajer dalam melaksanakan tugas kepemimpinannya begitupun

sebaliknya penurunan kinerja akan sangat berpengaruh terhadap gaya kepemimpinan seorang manajer (Fitriyah, 2022).

Kesiapan petugas dalam implementasi RME dapat dilihat dari hasil analisis pada aspek budaya kerja oganisasi menyatakan cukup siap. Tetapi masih terdapat sebagian petugas yang melaporkan belum siap, yaitu pada *point* ketidaktersediaan petunjuk melaksanakan RME sebesar 14% serta tidak terdapat pelibatan petugas dalam perencanaan RME sebesar 10%. Organisasi yang baik diantaranya adalah yang memiliki kebijakan baik dalam bentuk Pedoman, ataupun alur dalam tiap kegiatan yang prosedural dan dicoba oleh petugas paling utama dalam melaksanakan RME. Salah satu strategi kepemimpinan pada penerapan RME juga melakukan tata kelola kepemimpinan yang baik dan memiliki peraturan yang harus dipatuhi semua pelaksana di organisasi. Himbauan melaksanakan RME merupakan kebijakan dengan mensosialisasikan dan pendampingan berupa bimbingan pada pelaksana. Faktor yang terkait erat dengan kinerja pegawai pada implementasi rekam medis elektronik yaitu terkait reward dan punishment, hal ini sangat memotivasi kinerja pegawai dan akan menjadi lebih berkualitas dan bertanggungjawab terhadap apa yang sudah ditugaskan.(Febriani et al., 2016) penghargaan pada kinerja karyawan bisa melalui insentif atau bonus.

Pada aspek kapasitas organisasi hasil analisis yang didapat menunjukkan cukup siap. Hal ini karena pada aspek kapasitas organisasi

meliputi pertanyaan tentang manajemen informasi, staf klinis dan administrasi, pelatihan, proses alur kerja, akuntabilitas, keuangan dan anggaran, keterlibatan pasien, manajemen dan dukungan TI dan infrastruktur TI. Kesembilan faktor tadi yang menentukan kenapa pada aspek ini berada pada kategori cukup siap. Hal ini bisa dilihat dari beberapa kategori pernyataan yang menyatakan sangat siap dalam implementasi RME. Hasil penelusuran data kuesioner, nilai paling rendah untuk aspek ini pada hampir semua pernyataan. Bersumber pada hasil analisis tentang kesiapan petugas menyatakan sudah menampilkan kesiapannya. Hanya ada sebagian petugas yang menyatakan belum siap dan tidak mau melaksanakan RME. Perlunya perencanaan yang matang pada implementasi RME serta membuat pemetaan kinerja pegawai sesuai tugas, pokok dan fungsinya, sehingga pada saat adopsi RME mulai diberlakukan pegawai sudah cukup siap melaksanakan tugas dengan inovasi baru RME. Salah satu hal yang perlu dipersiapkan pada penerapan RME diantaranya, pengadaan pelatihan secara berjenjang, mulai dari tingkat manajer sampai pengguna RME secara langsung. Hal ini akan memudahkan petugas dalam mengadopsi RME. Sesuai dengan penelitian yang sudah dilakukan oleh (Dendere et al., 2019) terdapat hasil penelitian yang menyatakan bahwa staf yang dilibatkan pada penggunaan RME menghargai dan bertanggung jawab atas peran implementasi RME dan membutuhkan pelatihan yang memadai. Perencanaan peningkatan kapasitas petugas dalam implementasi RME perlu diusulkan pada pihak

kepegawaian. Keahlian staf dalam mendukung implementasi RME menjadi komponen berarti dalam menunjang pengembangan RME. Sehingga perihal ini jadi tugas besar untuk Dinas Kesehatan Kota Cirebon pada perlunya pendampingan serta fasilitasi dan motivasi dalam upaya tingkatkan keinginan petugas mengimplmentasikan RME.

Strategi manajemen sangat berpengaruh pada adopsi RME, jika manajer mengadopsi lebih banyak sistem IT dengan EMR maka memungkinkan keberhasilan dalam adopsi RME (Lee et al., 2013). Manajer layaknya memiliki kemampuan dalam mendorong dan memotivasi bawahannya dalam meningkatkan produktifitas kinerja yang lebih efisien pada adopsi RME. Hasil analisis melaporkan kalau sebagian besar petugas sudah menampilkan kesiapan dalam implementasi RME, perihal ini dapat dilihat dari instrument aspek budaya kerja organisasi yang nilainya menampilkan kesiapan terhadap RME. Tetapi masih terdapat sebagian petugas yang melaporkan belum siap, antara lain 14% melaporkan belum terdapat arahan pengelolaan rekam kedokteran elektronik serta belum terdapat pejabat yang dilibatkan dalam perencanaan rekam kedokteran elektronik. rekam kedokteran. 10%. Budaya kerja organisasi yang baik merupakan dimana pimpinan sanggup menggerakkan serta merumuskan kebijakan berbentuk SOP (Standard Operating Procedure) serta prosedur, dalam tiap aktivitas prosedural yang butuh dikenal serta dicoba oleh pejabat spesialisnya dalam pengelolaan rekam kedokteran elektronik Bersumber pada hasil analisis kesiapan RME dalam manajemen

kepemimpinan, diperoleh data kalau sebagian besar manajer siap mempraktikkan RME Tetapi, masih banyak eksekutif yang berkata belum siap, serta sebagian besar berkata belum terdapat ketentuan buat pengoperasian 16% rekam kedokteran elektronik. Manajemen kepemimpinan yang baik merupakan tentang mempunyai ketentuan serta manajer wajib mengikutinya. Profesi pengelola rekam kedokteran elektronik ialah salah satu wujud kebijakan yang bisa disediakan serta disebarluaskan kepada pejabat dalam wujud penyadaran serta pembelajaran. Sebab sumber energi manusia(SDM) dikira mempunyai kemampuan yang kokoh buat tingkatkan mutu, kontinuitas, keamanan serta efisiensi pelayanan kesehatan dalam penerapan RME secara totalitas (Jimma & Enyew, 2022).

Dari hasil total kesiapan di dua aspek menyatakan bahwa total skor 64,25 yang masuk pada kategori cukup siap. Hal ini menunjukkan bahwa level kesiapan puskesmas di wilayah kota Cirebon berada pada kategori cukup siap pada implementasi rekam medis elektronik. Penggunaan teknologi informasi (TI) sangat penting untuk penyediaan perawatan berkualitas tinggi di bidang perawatan kesehatan yang semakin kompleks. Pembeli perawatan, termasuk beberapa perusahaan besar dan Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), mempromosikan adopsi EHR dan sedang mempertimbangkan program untuk membantu membiayai biaya atau memberikan insentif keuangan kepada mereka yang menerapkan EHR. Beberapa organisasi profesional menyediakan

informasi semacam ini, dan program Teknologi Informasi Mutu Kantor Dokter (DOQ-IT) CMS yang baru-baru ini diluncurkan dimaksudkan untuk memberikan bantuan melalui organisasi peningkatan mutu (QIO) di banyak bidang ini. Hal ini sangat penting untuk menilai efektivitas upaya ini persiapan pada implementasi RME.

PENUTUP

Kesiapan implementasi RME di Puskesmas wilayah kerja Kota Cirebon menunjukkan pada kategori cukup siap, hal ini dikarenakan ada beberapa indikator di dalam aspek yang belum memenuhi seperti staf klinis dan administrasi, pelatihan, proses alur kerja, keterlibatan pasien, akuntabilitas, keuangan dan anggaran serta dukungan manajemen IT dan infrastruktur IT. Hal ini menunjukkan masih harus ada penataan kembali di setiap item aspek yang akan mendukung terlaksananya rekam medis elektronik di Puskesmas sehingga pelaksanaan RME bisa lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilyanti, S. (2017). Pengaruh Usia dan Masa Kerja Terhadap Produktivitas Kerja (Studi Kasus: PT. OASIS Water International Cabang Palembang). *Jurnal Sistem Dan Manajemen Industri*, 1(2), 68. <https://doi.org/10.30656/jsmi.v1i2.413>
- Arthur, R. (2018). Evaluasi Program Diklat Karya Tulis Ilmiah Untuk Widyaiswara Pusbangtendik Kemdikbud. *Jurnal Penelitian Dan Evaluasi Pendidikan ISSN 1410-4725 (Print) ISSN 2338-6061 (Online)*,

- 22(1), 35–48.
- Dendere, R., Slade, C., Burton-Jones, A., Sullivan, C., Staib, A., & Janda, M. (2019). Patient portals facilitating engagement with inpatient electronic medical records: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(4), 1–13. <https://doi.org/10.2196/12779>
- Faida, E. W., & Ali, A. (2021). Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (Doctor's Office Quality-Information Technology). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 9(1), 67.
- Febriani, R. R. Y. R., Dharminto, & Dharmawan, Y. (2016). Hubungan Reward & Punishment Dan Pengawasan Kinerja Dengan Kualitas Data Sensus Harian Rawat Inap Oleh Perawat Di Rs Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 4(1), 83–91.
- Fitriyah, Y. (2022). Analisis Tingkat Kesiapan implmentasi Tanda Tangan Digital Untuk Autentikasi Dokumen Rekam Medis ELEktronik di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kota Yogyakarta. *Journal of Information Systems for Public Health*, 7(2), 53. <https://doi.org/10.22146/jisph.73666>
- Gemala, H. (2016). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan* (Revisi 3). UI PRESS.
- Jahanbakhsh, M., Tavakoli, N., & Mokhtari, H. (2011). Challenges of EHR implementation and related guidelines in Isfahan. *Procedia Computer Science*, 3(September 2015), 1199–1204. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2010.12.194>
- Jimma, B. L., & Enyew, D. B. (2022). Barriers to the acceptance of electronic medical records from the perspective of physicians and nurses: A scoping review. *Informatics in Medicine Unlocked*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2022.100991>
- Khasanah, L. (2021). Evaluasi Pelatihan Peningkatan Kompetensi Petugas Rekam Medis di Puskesmas Cangkol Lina Khasanah. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 12, 511–515. <http://forikes-ejournal.com/index.php/SF/article/view/sf12429/12429>
- Lee, J., Kuo, Y. F., & Goodwin, J. S. (2013). The effect of electronic medical record adoption on outcomes in US hospitals. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-39>
- Mardani¹, H., Jelvay², S., Shokrpour³, N., & Sharifian⁴, R. (2012). *Assessment of the Readiness of the Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences for*

*Implementation of Electronic Health Record
Based on the California Academy of Family
Physicians Tool: A case study in Iran.*
353900(5865), 45–52.
[https://doi.org/10.30476/JHMI.2022.94368.
1117.](https://doi.org/10.30476/JHMI.2022.94368.1117)

Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif,
Kualitatif, dan R&D.* Alfabeta.

Sutanto, E. M., & Ratna, A. (2015). Pengaruh
Komitmen Organisasional Terhadap Kinerja
Karyawan Berdasarkan Karakteristik
Individual. *Bisma Jurnal Bisnis Dan
Manajemen*, 9(1), 56–70.