



SMIKNAS

SMIKNAS

Seminar Manajemen Informasi
Kesehatan Nasional

PENGARUH MUTU PELAYANAN PENDAFTARAN RAWAT JALAN DENGAN KEPUASAN PASIEN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI PUSKESMAS GAJAHAN SURAKARTA

¹Puguh Ika Listyorini, ²Lia Rosella

¹Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa, puguh_ika@udb.ac.id

²Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa, lia.rosella@gmail.com

Abstrak

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan Puskesmas Gajahan Surakarta rata-rata 100 pasien per hari dan 78%nya adalah pasien Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan studi pendahuluan terdapat pasien yang kurang puas (50%) dengan mutu pelayanan yang ada di Puskesmas tersebut, padahal mutu adalah salah satu faktor penting dalam mencapai kepuasan pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya pengaruh antara kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien. Jenis penelitian ini penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Populasi sebanyak 43.191 pasien dan sampelnya sebanyak 360 pasien jaminan kesehatan nasional (JKN) rawat jalan. Proses pengumpulan data menggunakan kuesioner. Hasil uji statistik chi-square menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara mutu pelayanan kehandalan dengan kepuasan pasien ($p=0.001<0,05$), terdapat hubungan antara mutu pelayanan daya tanggap dengan kepuasan pasien ($p=0.001<0,05$), terdapat hubungan antara mutu pelayanan jaminan dengan kepuasan pasien ($p=0.001<0,05$), terdapat hubungan antara mutu pelayanan bukti fisik dengan kepuasan pasien ($p=0.001<0,05$) dan terdapat hubungan antara mutu pelayanan empati dengan kepuasan pasien ($p=0.001<0,05$).

Kata Kunci: mutu, pendaftaran rawat jalan, kepuasan, dan pasien Jaminan Kesehatan Nasional.

Abstract

The number of outpatient visits to the Gajahan Health Center averages in Surakarta are 100 patients per day and 78% are patients with National Health Insurance. Based on preliminary studies, there were patients who were not satisfied (50%) with the quality of services available at the Gajahan Health Center, even though quality was one of the important factors in achieving patient satisfaction. The purpose of this study was to determine the effect of service quality on patient satisfaction. This type of research is quantitative research with cross sectional approach. The population was 43,191 patients and the sample was 360 outpatient patients with National Health Insurance. The process of collecting data using a questionnaire. The chi-square statistic test results show that there is a relationship between service quality reliability and patient satisfaction ($p = 0.001 < 0.05$), there is a relationship between service quality responsiveness and patient satisfaction ($p = 0.001 < 0.05$), there is a relationship between assurance service quality with patient satisfaction ($p = 0.001 < 0.05$), there is a relationship between the quality of physical evidence service and patient satisfaction ($p = 0.001 < 0.05$) and there is a relationship between empathy service quality and patient satisfaction ($p = 0.001 < 0, 05$).

Keywords: quality, outpatient registration, satisfaction, and National Health Insurance patients.

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Puskesmas adalah suatu unit pelayanan kesehatan yang merupakan ujung tombak dalam bidang kesehatan dasar. Puskesmas dituntut untuk mempunyai mutu yang baik. Pelayanan Puskesmas yang bermutu akan menjadi salah satu faktor penentu upaya peningkatan status kesehatan masyarakat. Semakin

berkembangnya masyarakat kelas menengah maka tuntutan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu juga meningkat. Pelayanan kesehatan yang bermutu salah satu aspek dalam pelayanan kesehatan merupakan faktor yang penting dalam mencapai kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya (Pohan, 2007). Kepuasan pasien digunakan dalam menilai mutu atau pelayanan yang baik, dan merupakan pengukuran penting yang mendasar bagi mutu pelayanan. Hal ini karena memberikan informasi terhadap suksesnya pemberi pelayanan bermutu dengan nilai dan harapan pasien yang mempunyai wewenang sendiri untuk menetapkan standar mutu pelayanan yang dikehendaki. Kepuasan pasien dapat diartikan sebagai suatu sikap konsumen yakni beberapa derajat kesukaan atau ketidaksukaanya terhadap pelayanan yang pernah dirasakan, oleh karena itu perilaku konsumen dapat juga diartikan sebagai model perilaku pembeli (Ilyas, 1999). Selain itu Sabarguna (2004) menyatakan bahwa, kepuasan pasien adalah merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Tempat pertama kali terjadinya kontak antara pasien dengan rumah sakit adalah TPPRJ. Menjamin kepuasan pasien, petugas TPPRJ dituntut untuk cepat dan tepat dalam penangkapan dan atau pencatatan data pasien, dengan adanya sistem informasi yang di terapkan dapat mempermudah dan mempercepat pelayanan serta mengurangi kesalahan dalam pengolahan data.

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan Puskesmas Gajahan Surakarta rata-rata 100 pasien per hari dan 78%nya adalah pasien Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan hasil data Informasi Kesehatan Masyarakat (IKM) yang ada di Puskesmas Gajahan Surakarta presentase kepuasan pasien pada tahun 2017 sebanyak 50% dan yang tidak puas sebanyak 50%. Penilaian tersebut masih secara umum, sehingga belum diklasifikasikan sebagai pasien umum maupun pasien Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Hubungan Mutu Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan dan Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Gajahan Surakarta".

Perumusan Masalah

Tempat pertama kali terjadinya kontak antara pasien dengan rumah sakit adalah TPPRJ. Menjamin kepuasan pasien, petugas TPPRJ dituntut untuk cepat dan tepat dalam penangkapan dan atau pencatatan data pasien. Jumlah kunjungan pasien rawat jalan Puskesmas Gajahan Surakarta rata-rata 100 pasien per hari dan 78%nya adalah pasien Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan studi pendahuluan terdapat pasien yang kurang puas (50%) dengan mutu pelayanan yang ada di Puskesmas tersebut, padahal mutu adalah salah satu faktor penting dalam mencapai kepuasan pasien.

Berdasarkan perumusan masalah yang telah diuraikan di atas, maka pertanyaan penelitiannya adalah apakah ada hubungan mutu pelayanan pendaftaran rawat jalan dan pasien JKN di Puskesmas Gajahan Surakarta?

METODE

Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan penelitian analitik untuk mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi (Notoatmojo, 2012). Pendekatan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (Notoatmojo, 2012).

Sasaran Penelitian

Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien rawat jalan yang berkunjung pada Bulan Januari-Desember di Puskesmas Gajahan Surakarta pada tahun 2017 dengan jumlah 43.191 pasien. jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 360 pasien rawat jalan. Pasien tersebut semua pasien JKN rawat jalan pasien baru maupun pasien lama. Teknik pengambilan data dalam penelitian ini menggunakan quota sampling.

Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdapat dua macam variabel yaitu variabel bebas (*tangible, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy*) dan variabel terikat (kepuasan pasien). Adapun definisi operasional masing-masing variabel antara lain:

Tabel 1. Definisi Operasional

No.	Variabel	Def nisi Operasional
1	Responsiveness (Ketanggapan)	Pelayanan tepat waktu, tanggapan baik dan cepat terhadap keluhan pasien, penyampaian informasi jelas dan mudah dimengerti, cepat dalam menerima pasien. Menggunakan alat ukur Kuesioner dan skala ukur Nominal, di kategorikan baik jika responden memperoleh nilai : 14 -25, tidak baik jika responden memperoleh nilai :1 -13
2	Reliability (Kehandalan)	Prosedur pelayanan tidak berbelit-belit, pelayanan cepat dan tepat, administrasi rapi teratur, pelayanan memuaskan, ketrampilan petugas pendaftaran. Menggunakan alat ukur Kuesioner dan skala ukurnya Nominal, di kategorikan baik jika responden memperoleh nilai : 14 -25, tidak baik jika responden memperoleh nilai :1 -13
3	Assurance (Jaminan)	Rumah sakit memberikan jaminan terhadap kesalahan kinerja petugas, petugas ramah jujur dapat dipercaya, petugas mempunyai pengetahuan yang luas, kejelasan rincian biaya. Menggunakan alat ukur Kuesioner dan skala ukurnya Nominal, di kategorikan baik jika responden memperoleh nilai : 14 -25, tidak baik jika responden memperoleh nilai :1 -13
4	Empahty	Kemudahan pelayanan, antrian tidak terlalu lama, perhatian terhadap pasien, komunikasi dengan pasien baik dan lancar, informasi jelas dan mudah dipahami. Menggunakan alat ukur Kuesioner dan alat ukurnya Nominal, di kategorikan baik jika responden memperoleh nilai : 14 -25, tidak baik jika responden memperoleh nilai :1 -13
5	Tangible (Bukti Fisik)	Kenyaman ruang pelayanan dan ruang tunggu, keserasian keseragaman petugas, fasilitas rumah sakit memadai, kebersihan kesegaran ruang tunggu. Menggunakan alat ukur Kuesioner , dan skala ukurnya Nominal, di kategorikan baik jika responden memperoleh nilai : 14 -25, tidak baik jika responden memperoleh nilai :1 -13
6	Kepuasan pasien	Jika pasien sangat puas diberi nilai 5, jika pasien hanya puas saja diberi nilai 4, jika pasien kurang puas diberi nilai 3, jika pasien tidak puas diberi nilai 2, jika pasien sangat tidak puas diberi nilai 1, di kategorikan baik jika responden memperoleh nilai : 14 -25, tidak baik jika responden memperoleh nilai :1 -13

Analisis Data

Menurut Bustami (2011), kumpulan data yang di peroleh dari suatu pengumpulan data akan tampak polanya setelah kumpulan data tersebut diolah dan di sajikan. Hasil analisis data adalah diperolehnya gambaran atau informasi yang dapat menggambarkan suatu situasi , perkembangan situasi atau hubungan antara variabel, yang selanjutnya dilakukan penarikan kesimpulan berdasarkan kejadian atau kerangka pemikiran yang ada. Data yang sudah diolah dapat dianalisis secara univariat dan bivariat.

1. Analisis Univariante

Analisis *univariat* adalah hasil analisis yang dapat menggambarkan atau mendeskripsikan masing-masing variabel bebas dan variabel terikat.

2. Analisis Bivariate

Analisis *bivariate* adalah analisis yang digunakan untuk menjelaskan hubungan dan besarnya hubungan atau satu variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji statistik. Dalam penjaminan mutu pelayanan kesehatan, bentuk – bentuk analisis bivarian yang sering di

gunakan antara lain berguna untuk melihat hubungan mutu pelayanan dengan tingkat kepuasan pasien atau pengaruh mutu pelayanan terhadap tingkat kepuasan pasien menggunakan uji statistik *chi-squared* dengan uji alternative *Fisher's Exact*. Kriteria pengujian jika $\text{value} < (0,05)$, maka ada hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Begitu pula sebaliknya jika $\text{value} > (0,05)$, maka tidak ada hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Sugiyono, 2006).

Hasil

1. Hasil Analisis Univariat

Responden dalam penelitian ini adalah pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) rawat jalan tahun 2018 di Puskesmas Gajahan Surakarta. Pengambilan sampel dilaksanakan dengan mengidentifikasi karakteristik populasi, sehingga didapat sampel. Karakteristik yang akan dijelaskan di bawah ini sebagai gambaran dari responden, secara lebih rinci karakteristik responden adalah sebagai berikut :

a. Karakteristik Pasien Berdasarkan Umur

Karakteristik responden berdasarkan umur disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

No	Umur	Frekuensi	Persentase
1	17-34	136	38%
2	35-64	194	54%
3	65 keatas	30	8%
Total		360	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui pasien terbanyak adalah pasien yang berusia 35 sampai 64 yaitu sebanyak 194 pasien atau 54%. Orang yang berusia tua umurnya lebih bersifat terbuka, sehingga pasien yang berusia tua tuntutan dan harapannya lebih rendah dari pasien yang usia muda hal ini yang menyebabkan pasien usia tua lebih cepat puas daripada pasien usia muda.

b. Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini:

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase
1	Perempuan	166	46%
2	Laki-Laki	194	54%
Total		360	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa responden terbanyak adalah pasien yang berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 194 pasien atau 54%. Dikarenakan setiap orang baik laki-laki maupun perempuan memiliki penilaian yang berbeda-beda terhadap sesuatu. Sehingga mempengaruhi sikap yang berbeda pula antara laki-laki dengan perempuan dalam menilai kinerja petugas, hal ini menyebabkan pasien laki-laki lebih cepat merasa puas di bandingkan pasien perempuan.

c. Karakteristik Pasien Berdasarkan Pekerjaan

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini:

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan

No	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
1	PNS	16	4%
2	Swasta	269	75%
3	Wiraswasta	75	21%
Total		360	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa bahwa responden terbanyak adalah pasien yang pekerjaannya swasta yaitu sebanyak 269 pasien atau 75%. Menurut penelitian Anjaswari (2002) bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kepuasan.

d. *Kualitas Pelayanan Rawat Jalan*

Untuk mengetahui distribusi kualitas pelayanan rawat jalan dari dimensi *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan), *empathy* (perhatian), dan *tangible* (bukti fisik) dengan kepuasan pasien di Puskesmas Gajahan Surakarta, maka dilakukan analisis univariat sebagai berikut:

1) Distribusi *Reliability* (Kehandalan)

Reliability (kehandalan) yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang sesuai dengan yang diharapkan dengan akurat dan segera, distribusi *Reliability* (Kehandalan) disajikan dalam bentuk tabel diawah ini:

Tabel 5. Distribusi Reliability (Kehandalan)

No	Kategori <i>Reliability</i> (Kehandalan)	Frekuensi	Persentase
1	Baik (Nilai : 14 -25)	352	97,8%
2	Tidak Baik (Nilai : 1 – 13)	8	2,2%
Total		360	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa distribusi *Reliability* (Kehandalan) di pelayanan jaminan kesehatan nasional rawat jalan Puskesmas Gajahan Surakarta, kategori baik sebanyak 352 orang (97,8 %) dan tidak baik sebanyak 8 orang (2,2 %).

2) Distribusi *Responsiveness* (Ketanggapan)

Responsiveness (Ketanggapan), yaitu keinginan petugas untuk membantu para pelanggan dengan cepat dan tanggap, distribusi *responsiveness* (Ketanggapan) disajikan dalam bentuk tabel diawah ini:

Tabel 6. Distribusi Responsiveness (Ketanggapan) di pelayanan

No	Kategori <i>Responsiveness</i> (Ketanggapan)	Frekuensi	Persentase
1	Baik (Nilai : 14 -25)	346	96,1%
2	Tidak Baik (Nilai : 1 – 13)	14	3,9%
Total		360	100%

Berdasarkan tabel 6. dapat diketahui bahwa distribusi *Responsiveness* (Ketanggapan) di pelayanan jaminan kesehatan nasional rawat jalan Puskesmas Gajahan Surakarta, kategori baik sebanyak 346 orang (96,1 %) dan tidak baik sebanyak 14 orang (3,9 %).

3) Distribusi *Assurance* (Jaminan)

Assurance (Jaminan), mencakup pengetahuan, kemampuan, keramahan, dan sifat dapat di percaya yang dimiliki para petugas untuk menumbuhkan kepercayaan dan keyakinan, distribusi *assurance* (Jaminan) disajikan dalam bentuk tabel diawah ini:

Tabel 7. Distribusi Assurance (Jaminan)

No	Kategori <i>Assurance</i> (Jaminan)	Frekuensi	Persentase
1	Baik (Nilai : 14 -25)	346	96,1%
2	Tidak Baik (Nilai : 1 – 13)	14	3,9%
Total		360	100%

Berdasarkan tabel 7. dapat diketahui bahwa distribusi *Assurance* (Jaminan) di pelayanan jaminan kesehatan nasional rawat jalan Puskesmas Gajahan Surakarta, kategori baik sebanyak 346 orang (96,1 %) dan tidak baik sebanyak 14 orang (3,9%).

4) Distribusi *Empathy* (Perhatian)

Empathy (Perhatian), perhatian secara individual yang diberikan perusahaan kepada pelanggan seperti kemudahan melakukan hubungan, berkomunikasi yang baik dengan pelanggan, perhatian pribadi dan memahami keinginan dan kebutuhan pelanggan, distribusi *empathy* (Perhatian) disajikan dalam bentuk tabel diawah ini:

Tabel 8. Distribusi *Empathy* (Perhatian)

No	Kategori <i>Empathy</i> (Perhatian)	Frekuensi	Persentase
1	Baik (Nilai : 14 -25)	343	95,3%
2	Tidak Baik (Nilai : 1 – 13)	17	4,7%
Total		360	100%

Berdasarkan tabel 8. dapat diketahui bahwa distribusi *Empathy* (Perhatian), di pelayanan jaminan kesehatan nasional rawat jalan Puskesmas Gajahan Surakarta, kategori baik sebanyak 343 orang (95,3%) dan tidak baik sebanyak 17 orang (4,7%).

5) Distribusi *Tangible* (Bukti Fisik)

Tangible (Bukti Fisik), yaitu berupa fisik, pegawai dan perlengkapan serta penampilan personil, distribusi *angible* (Bukti Fisik) disajikan dalam bentuk tabel diawah ini:

Tabel 9. Distribusi *Tangible* (Bukti Fisik)

No	Kategori <i>Tangible</i> (Bukti Fisik)	Frekuensi	Persentase
1	Baik (Nilai : 14 -25)	354	98,3%
2	Tidak Baik (Nilai : 1 – 13)	6	1,7%
Total		360	100%

Berdasarkan tabel 9. dapat diketahui bahwa distribusi *Tangible* (Bukti Fisik) di pelayanan jaminan kesehatan nasional rawat jalan Puskesmas Gajahan Surakarta, kategori baik sebanyak 354 orang (98,3 %) dan tidak baik sebanyak 6 orang (1,7%).

2. Hasil Analisis Bivariat

Dalam mengetahui hubungan kualitas pelayanan rawat jalan dari dimensi *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan), *empathy* (perhatian), dan *tangible* (bukti fisik) dengan kepuasan pasien di Puskesmas Gajahan Surakarta, maka dilakukan analisis antara variabel bebas yaitu *responsiveness* (cepat tanggap), *reliability* (kehandalan), *assurance* (jaminan), *empathy* (perhatian), dan *tangible* (bukti fisik) dengan variabel terikat, yaitu kepuasan pasien. SPSS versi 16.0 menggunakan uji *chi-square* dapat dilihat bahwa terdapat nilai *expected < 0,05* yang artinya uji *chi-square* tidak terpenuhi, sehingga peneliti menggunakan uji alternatif yakni uji *f ser's exact tes*. Adapun hasil analisis bivariat selengkapnya sebagai berikut :

- 1) Hubungan kualitas pelayanan rawat jalan dari dimensi *reliability* (kehandalan) dengan kepuasan pasien jaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajahan Surakarta.

Tabulasi hubungan *reliability* (kehandalan) pelayanan rawat jalan dengan kepuasan pasien jaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajahan Surakarta selengkapnya, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 10. Hubungan *Reliability* (Kehandalan) Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Puskesmas Gajahan Surakarta

<i>reliability</i> * kepuasan Crosstabulation					
<i>Reliability</i>		Kepuasan		Total	Exact Sig
		puas	tidak puas		
<i>Reliability</i>	Baik	348	4	352	0.0001

reliability * kepuasan Crosstabulation					
Reliability		Kepuasan		Total	Exact Sig
		puas	tidak puas		
Reliability	tidak baik	5	3	8	
Total		353	7	360	

Pada tabel 10. dapat dilihat bahwa pasien yang merasa puas lebih banyak terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai kehandalan kategori baik yaitu sebanyak 348 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai kehandalan kategori tidak baik yaitu sebanyak 4 orang. Sebaliknya pasien yang merasa tidak puas sebgaiian besar terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai kehandalan ketegori tidak baik yaitu sebanyak 5 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai kehandalan kategori baik yaitu sebanyak 3 orang.

Berdasarkan hasil uji statistik *f ser's exact test* adalah $p=0.0001$ ($p < 0,05$), artinya ada hubungan antara dimensi *reliability* pelayanan rawat jalandengan kepuasan pasien JKN, akan tetapi masih ada dimensi *reability* pelayanan rawat jalan yang kurang baik. Hal ini dimungkinkan karena di Puskesmas Gajahan Surakarta, pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan kemampuan pelayanan rawat jalan tidak dilakukan secara berkesinambungan dan sistematis.

Menurut pendapat Supranto (2006) yang menyatakan bahwa dimensi kehandalan memberikan pengaruh positif terhadap kepuasan pasien. Tjiptono (2005) juga menyimpulkan bahwa ada pengaruh antara dimensi *reability* dengan kepuasan pasien. Kehandalan pelayanan rawat jalan adalah kemampuan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya seperti kecepatan dalam menangani keluhan pasien. Hal ini penting karena apabila keluhan itu tidak segera ditanggapi, maka rasa tidak puas terhadap pelayanan rawat jalan akan menjadi menetap dan tidak dapat diubah. Orang yang sedang sakit sangat membutuhkan penanganan yang cepat dan tepat. Pasien yang merasa bahwa tenaga medis dan tenaga keperawatan yang menanganinya tidak handal, akan ragu-ragu untuk dilayani, karena menyangkut penyakit yang mereka diderita. Ketepatan penanganan terhadap keluhan pasien akan mempercepat proses penyembuhan. Tenaga medis yang salah dalam menanggapi keluhan pasien, mempunyai kemungkinan salah juga dalam memberikan penanganan terhadap pasien.

- 2) Hubungan kualitas pelayananrawat jalan dari dimensi *responsiveness* (cepat tanggap) dengan kepuasan pasien jaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajahan Surakarta.

Tabulasi hubungan *responsiveness* (cepat tanggap) pelayanan rawat jalan dengan kepuasan pasien jaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajahan Surakarta selengkapnya, dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 11. Hubungan *Responsiveness* (Cepat Tanggap) Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Gajahan Surakarta

responsiveness * kepuasan Crosstabulation					
Responsiveness		Kepuasan		Total	Exact Sig
		Puas	tidak puas		
Responsiveness	Baik	344	2	346	0.0001
	tidak baik	9	5	14	
Total		353	7	360	

Pada tabel 11. dapat dilihat bahwa pasien yang merasa puas lebih banyak terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai cepat tanggap kategori baik yaitu sebanyak 344 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai cepat tanggap kategori tidak baik yaitu sebanyak 2 orang. Sebaliknya pasien yang merasa tidak puas sebgaiian besar terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai cepat tanggap ketegori tidak baik yaitu sebanyak

9 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai cepat tanggap kategori baik yaitu sebanyak 5 orang.

Berdasarkan hasil uji statistik *f ser's exact test* adalah $p=0.0001$ ($p < 0,05$), artinya ada hubungan antara dimensi *responsiveness* pelayanan rawat jalandengan kepuasan pasien JKN. Masih terdapat 14 responden yang merasa mutu *responsiveness* tidak baik. Hal ini disebabkan karena proses pelayan tidak dilakukan dengan cepat dan tanggapadanya dimensi *responsiveness* pelayanan rawat jalan yang tidak baik di Puskesmas Gajahan Surakarta akan mengganggu proses pelayanan kepada pasien.

Menurut pendapat Supranto (2006) yang menyatakan bahwa ketanggapan mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pasien. Tjiptono (2005) menyatakan bahwa dimensi ketanggapan memberikan pengaruh positif terhadap kepuasan pasien. Karena ketanggapan merupakan respon pasien terhadap kesediaan para petugas medis membantu pasien dan memberikan pelayanan secara kuat. Kemampuan memberikan pelayanan dengan tanggap dan peduli kepada pasien sesuai dengan kebutuhan dasar pasien, merupakan bagian dari dimensi ketanggapan pada pelayanan rawat jalan di tempat pelayanan kesehatan. Apabila seorang tenaga medis tidak memperhatikan kebutuhan-kebutuhan tersebut, maka pasien merasa akan terabaikan dan tidak puas dengan pelayanan yang diberikan.

- 3) Hubungan kualitas pelayanan rawat jalan dari dimensi *assurance* (jaminan) dengan kepuasan pasienjaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajahan Surakarta.

Tabulasi hubungan *assurance* (jaminan) pelayanan rawat jalan dengan kepuasan pasien jaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajahan Surakarta selengkapnya, dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 12. Hubungan Assurance (jaminan) Pelayanan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Gajahan Surakarta

assurance * kepuasan Crosstabulation					
Assurance		Kepuasan		Total	Exact Sig
		Puas	tidak puas		
Assurance	Baik	343	4	347	0.001
	tidak baik	10	3	13	
Total		353	7	360	

Pada tabel 12. dapat dilihat bahwa pasien yang merasa puas lebih banyak terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai jaminan kategori baik yaitu sebanyak 343 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai jaminan kategori tidak baik yaitu sebanyak 4 orang. Sebaliknya pasien yang merasa tidak puas sebgaiian besar terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai jaminan ketegori tidak baik yaitu sebanyak 10 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai jaminan kategori baik yaitu sebanyak 3 orang.

Berdasarkan hasil uji statistik *f ser's exact test* adalah $p=0.0001$ ($p < 0,05$), artinya ada hubungan antara dimensi *Assurance* pelayanan rawat jalandengan kepuasan pasien JKN, namun masih terdapat 13 responden yang merasa mutu *assurance* tidak baik. Hal ini disebabkan karena proses pelayan tidak dilakukan dengan terampil dan tidak bertanggung jawab penuh dalam melayani pasien, adanya dimensi *assurance* pelayanan rawat jalan yang tidak baik di Puskesmas Gajahan Surakarta akan mengganggu proses pelayanan kepada pasien.

Menurut pendapat Supranto (2006) yang menyatakan bahwa dimensi *assurance* mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pasien. Tjiptono (2005) menyatakan bahwa dimensi jaminan memberikan pengaruh positif terhadap kepuasan pasien. Hal ini dikarena kemampuan, pengetahuan petugas mengenai setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien untuk menimbulkan kepercayaan kepada pasien berkontribusi terhadap kepuasan yang dirasakan pasien.

- 4) Hubungan kualitas pelayanan rawat jalan dari dimensi *empathy* (perhatian) dengan kepuasan pasienjaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajah Surakarta.

Tabulasi hubungan *empathy* (perhatian) pelayanan rawat jalan dengan kepuasan pasien jaminan kesehatan nasional (JKN) rawat jalan Puskesmas Gajah Surakarta selengkapnya, dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 13. Hubungan *Empathy* (Perhatian) Pelayanan jaminan Rawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Gajah Surakarta

<i>empathy</i> * kepuasan Crosstabulation					
<i>Empathy</i>		Kepuasan		Total	Exact Sig
		Puas	tidak puas		
<i>Empathy</i>	Baik	342	1	343	0.0001
	tidak baik	13	4	17	
Total		355	5	360	

Pada tabel 13 dapat dilihat bahwa pasien yang merasa puas lebih banyak terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai perhatian kategori baik yaitu sebanyak 342 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai perhatian kategori tidak baik yaitu sebanyak 1 orang. Sebaliknya pasien yang merasa tidak puas sebagian besar terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai perhatian ketegori tidak baik yaitu sebanyak 13 orang , dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai perhatian kategori baik yaitu sebanyak 4 orang.

Berdasarkan hasil uji statistik *f ser's exact test* adalah $p=0.0001$ ($p < 0,05$), artinya ada hubungan antara dimensi *Empathy* pelayanan rawat jalandengan kepuasan pasien JKN, tetapi Masih terdapat 17 responden yang merasa mutu *empathy* tidak baik. Hal ini disebabkan karena proses pelayan tidak dilakukan dengan memperhatikan terhadap keluhan-keluhan pasien, adanya dimensi *empathy* pelayanan rawat jalan yang tidak baik di Puskesmas Gajah Surakarta akan mengganggu proses pelayanan kepada pasien.

Menurut pendapat Supranto (2006) yang menyatakan bahwa dimensi *empathy* mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pasien. Tjiptono (2005) juga menyatakan bahwa dimensi *empathy* memberikan pengaruh positif terhadap kepuasan pasien. Karena kemampuan, pengetahuan petugas mengenai setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien untuk menimbulkan kepercayaan kepada pasien berkontribusi terhadap kepuasan yang dirasakan pasien.

- 5) Hubungan kualitas pelayanan rawat jalan dari dimensi *tangible* (bukti f sik) dengan kepuasan pasienjaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajah Surakarta

Tabulasi hubungan *tangible* (bukti f sik) pelayanan rawat jalan dengan kepuasan pasien jaminan kesehatan nasional di Puskesmas Gajah Surakarta selengkapnya, dapat di lihat pada tabel berikut:

Tabel 14. Hubungan *Tangible* (bukti f sik) PelayananRawat Jalan dengan Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas gajah Surakarta

<i>tangible</i> * kepuasan Crosstabulation					
<i>Tangible</i>		Kepuasan		Total	Exact Sig
		Puas	tidak puas		
<i>Tangible</i>	Baik	350	2	352	0.0001
	tidak baik	3	5	8	
Total		353	7	360	

Pada tabel 14. dapat dilihat bahwa pasien yang merasa puas lebih banyak terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai bukti f sik kategori baik yaitu sebanyak 350 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai bukti f sik kategori tidak baik yaitu sebanyak 2

orang. Sebaliknya pasien yang merasa tidak puas sebgaiian besar terjadi pada pelayanan rawat jalan yang mempunyai bukti f sik ketegori tidak baik yaitu sebanyak 3 orang, dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan yang mempunyai bukti f sik kategori baik yaitu sebanyak 5 orang.

Berdasarkan hasil uji statistik *f ser's exact test* adalah $p= 0.0001$ ($p < 0,05$), artinya ada hubungan antara dimensi *Tangible* pelayanan rawat jalandengan kepuasan pasien JKN, tetapi Masih terdapat 8 responden yang merasa mutu *tangible* tidak baik. Hal ini disebabkan karena fasilitas yang digunakan kurang baik, ruang pelayanan kurang nyaman adanya dimensi *tangible* pelayanan rawat jalan yang tidak baik di Puskesmas Gajahan Surakarta akan mengganggu proses pelayanan kepada pasien.

Menurut pendapat Supranto (2006) yang menyatakan bahwa *tangible* mempunyai pengaruh terhadap kepuasan pasien. Tjiptono (2005) menyatakan bahwa dimensi *tangible* memberikan pengaruh positif terhadap kepuasan pasien. Karena dimensi bukti f sik berupa penampilan fasilitas f sik, peralatan yang digunakan, personal dan media komunikasi yang diberikan oleh petugas di pelayanan rawat jalan menunjukkan bahwa hal tersebut akan membuat pasien merasa nyaman (Supranto, 2006). Pelayanan yang tidak berbelit-belit, fasilitas f sik yang lengkap, alat kesehatan yang lengkap dan sumber daya yang professional akan memberikan kepuasan kepada pasien terhadap prosedur pelayanan rawat jalan dirumah sakit. Kemudahan pelayanan yang diterima pasien akan membantunya dalam mengambil keputusan. Jika yang diterima pasien pelayanan yang berkualitas maka akan membantu pasien untuk lebih cepat terpuaskan terhadap jenis pelayanan yang diterimanya F (Tjiptono, 2005).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan di Puskesmas Gajahan Surakarta dapat memberikan kesimpulan sebgai berikut :

1. Karakteristik umur pasien pelayanan jaminan kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Gajahan Surakarta paling banyak umur 35-65 yaitu 194 (54%), karakteristik jenis kelamin pasien pelayanan jaminan kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Gajahan Surakarta paling banyak jenis kelamin laki-laki yaitu 194 (54%), karakteristik pekerjaan pasien pelayanan jaminan kesehatan nasional (JKN) di Puskesmas Gajahan Surakarta paling banyak swasta yaitu 269 (75%).
2. Ada hubungan antara mutu pelayanan kehandalan dengan kepuasan pasien ($p = 0.001 < 0,05$).
3. Ada hubungan antara mutu pelayanan daya tanggap dengan kepuasan pasien ($p=0.001 < 0,05$).
4. Ada hubungan antara mutu pelayanan jaminan dengan kepuasan pasien ($p = 0.001 < 0,05$).
5. Ada hubungan antara mutu pelayanan bukti f sik dengan kepuasan pasien ($p = 0.001 < 0,05$).
6. Ada hubungan antara mutu pelayanan empatidengan kepuasan pasien ($p = 0.001 < 0,05$).

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, D., Ratna Muliawati. 2013. *Pilar Dasar IlmuKesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medica.
- Azwar**, Saifuddin. **2007**. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bustami. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Daimayanti**, **2010**. *Pengaruh **Kepuasan** Konsumen dan Kepercayaan Merek Terhadap Loyalitas Merek*. Bandung: Alfabeta.
- DPRRI. 2004. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: DPRRI
- Ilyas, Yalis. 1999. *Modul Kuliah Manajemen Sumber Daya Manusia*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

- Kepmenkes RI. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat Menteri Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kotler, Philip. 2007. *Manajemen Pemasaran*. Jakarta: PT. Indeks
- Munijaya, A. A. 2004. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Notoatmojo S. 2011. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan..* Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Permenkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Presiden Republik Indonesia. 2011. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta: PPRI
- Pohan I.S. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Sabarguna, B. S. 2004. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY.
- Suparyanto. 2011. *Kepuasan Pelanggan (Customer Satisfaction) 1*. <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2011/05/konsep-kepuasan-pelanggan.html> (diakses 18 Juli 2018).
- Supranto. 2006. *Mengukur Tingkat Kepuasan Pelanggan atau Konsumen*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Tjiptono, Fandy. 2005. *Pemasaran Jasa*. Malang: Bayumedia Publishing
- Trihono. 2005. *Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*. Jakarta: CV. Sagung Seto.

PEMBANGUNAN SISTEM INFORMASI PENDAFTARAN RAWAT JALAN KLINIK PRATAMA HARAPAN SEHAT BERBASIS WEB

¹Hendra Rohman, ²Berliana Cahya Prabawati, ³Ade Setya Anaskhan

¹Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, hendrarohman@mail.ugm.ac.id

²Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, berlianacahya@yahoo.co.id

³Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, adessetya0707@gmail.com

ABSTRAK

Sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan di Klinik Pratama Harapan Sehat, Nanggulan, Kulonprogo, menggunakan perangkat lunak microsoft excel sejak tahun 2010. Pada proses pendaftaran rawat jalan tersebut terdapat kekurangan yaitu ketidakseragaman dalam penulisan alamat, data pasien belum sesuai aturan Kamus Data Kesehatan Indonesia, tidak ada laporan rekapitulasi kunjungan pasien, tidak terdapat keamanan berupa hak akses pada proses pendaftaran pasien, dan duplikasi nomor rekam medis. Tujuannya merancang sistem informasi pendaftaran rawat jalan berbasis web. Metode pengembangan perangkat lunak "modified waterfall". Teknik pengambilan data purposive sampling. Hasilnya, sistem informasi ini terdapat tampilan menu yang mempermudah proses pendaftaran pasien, hak akses pengguna serta menghasilkan output laporan rekapitulasi kunjungan pasien rawat jalan. Kesimpulan, sistem ini memaksimalkan keamanan dari orang yang tidak berhak mengakses, dilengkapi menu login dimana petugas harus memasukkan username dan password yang hanya dapat diakses oleh admin dan user. Data yang dibutuhkan adalah data pasien (nomor rekam medis, nama pasien, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, alamat, nomor BPJS, pendidikan, pekerjaan, agama, kepala keluarga, nama anak, status, dan nomor telepon), data medis pasien (tanggal kunjungan, jenis pelayanan, dan dokter penanggungjawab). Data pasien yang berobat dapat disimpan dan dapat mengetahui laporan kunjungan pasien, sehingga memudahkan petugas mencari data kunjungan pasien sesuai yang diinginkan.

Kata kunci: elektronik, registrasi, rekam medis

ABSTRACT

Out patient registration information system at Harapan Pratama Clinic, Nanggulan, Kulonprogo, uses microsoft excel software since 2010. In outpatient registration process there were deficiencies, namely lack of uniformity in address writing, patient data not according to the Indonesian Health Data Dictionary rules, no report on recapitulation of patient visits, no security in the form of access rights to patient registration processes, and duplication of medical record numbers. The goal was to design a web-based outpatient registration information system. Method of developing "modified waterfall" software. Purposive sampling data collection technique. As a result, this information system has a menu display that simplifies the patient registration process, user access rights and produces an output of outpatient visit recapitulation reports. Conclusion, this system maximizes the security of people who were not entitled to access, equipped with a login menu where the officer must enter a username and password that can only be accessed by the admin and user. The data needed were patient data (medical record number, patient name, place of birth date, age, gender, address, BPJS number, education, occupation, religion, family head, child's name, status, and telephone number), patient medical data (date of visit, type of service, and responsible doctor). Data on patients who were treated can be stored and can find out reports of patient visits, making it easier for officers to find patient visit data as desired.

Keywords: electronic, registration, medical records

PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 28/MenKes/Per/1/2011, klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, klinik membutuhkan pengelolaan pendaftaran pasien dan rekam medis yang berkualitas. Sistem informasi rawat jalan adalah subsistem dari suatu sistem informasi yang terpadu dan mampu mengolah data transaksi pasien rawat jalan seperti pencatatan data, pengorganisasian dokumen dan formulir pendaftaran pasien rawat jalan, sehingga menghasilkan suatu laporan yang baik dengan fungsi sebagai sumber informasi yang handal dan terpercaya (Gultom, 2009).

Database merupakan komponen terpenting dalam pembangunan sistem informasi, karena menjadi tempat untuk menampung dan mengorganisasikan seluruh data yang ada dalam sistem, sehingga dapat dieksplorasi untuk menyusun informasi-informasi dalam berbagai bentuk. *Database* merupakan himpunan kelompok data yang saling berkaitan. Data tersebut diorganisasikan sedemikian rupa agar tidak terjadi duplikasi yang tidak perlu, sehingga dapat diolah atau dieksplorasi secara cepat dan mudah untuk menghasilkan informasi (Oetomo, 2002).

Website atau situs juga diartikan sebagai kumpulan halamanyang digunakan untuk menampilkan informasi teks, gambar diam atau gerak, animasi, suara, dan atau gabungan dari semuanya, baik yang bersifat statis maupun dinamis yang membentuk satu rangkaian bangunan yang saling terkait, yang masing-masing dihubungkan dengan jaringanhalaman (Simarmata, 2010). Layanan *web* sangat bergantung XML yang diakui luas dan standar internet lainnya untuk membuat infrastruktur yang mendukung interoperabilitas aplikasi. Layanan *web* dapat digunakan secara internal dalam suatu aplikasi atau terbuka secara eksternal melalui internet untuk digunakan oleh banyak aplikasi. Karena layanan *web* dapat diakses melalui antarmuka tampilan standar, layanan *web* memungkinkan sistem yang berbeda untuk bekerja bersama sebagai satu *web* (Ashari, 2013). *Xampp* adalah paket program *web* lengkap yang dapat dipakai untuk belajar pemrograman *web*, khususnya *PHP* dan *MySQL* (Nugroho, 2013).

Xampp adalah perangkat lunak bebas yang mendukung banyak sistem operasi, merupakan komplikasi dari beberapa program. Fungsinya adalah sebagai *server* yang berdiri sendiri (*localhost*), yang terdiri atas program *apache http server*, *MySQL*, dan bahasa pemrograman *PHP*. *Xampp* singkatan dari X (empat sistem operasi), *Apache*, *MySQL*, *PHP* dan *Perl*. *Apache* adalah *web server* yang dapat dijalankan di banyak sistem operasi (*unix*, *BSD*, *linux*, *microsoft window*, dan lainnya) yang berguna untuk memfungsikan situs *web*. Protokol yang digunakan untuk melayani fasilitas *web* ini menggunakan *HTTP*.

Sistem rekam medis elektronik memiliki potensi untuk mengubah perawatan kesehatan dalam hal penghematan biaya, mengurangi kesalahan dan berbagi informasi medis. Pada proses pelayanan pendaftaran pasien di Klinik Pratama Harapan Sehat, Nanggulan, Kulonprogo, dilakukan dengan menggunakan komputerisasi, perangkat lunak *microsoft excel* telah digunakan sejak tahun 2010. Sistem ini mempunyai kelemahan yaitu, dalam memasukkan data pasien dapat terjadi kesalahan duplikasi nomor rekam medis, tampilan cukup sederhana, ketidakseragaman dalam penulisan alamat, tidak ada laporan rekapitulasi kunjungan pasien pada periode waktu tertentu, tidak terdapat keamanan hak akses pada proses pendaftaran pasien, dan data yang *diinputkan* belum sesuai dengan aturan Kementerian Kesehatan Indonesia tentang Kamus Data Kesehatan Indonesia (Kata Hat-I).

Dengan dukungan teknologi informasi yang ada sekarang ini, pekerjaan pengelolaan data dengan cara manual dan *microsoft excel* dapat digantikan dengan suatu sistem informasi pendaftaran rawat jalan dengan menggunakan komputer yang tersistem *web*. Selain lebih cepat dan mudah, pengelolaan data juga menjadi lebih efektif serta mampu menyajikan informasi rekam medis yang berkualitas. Masalah lain adalah format rekam medis belum pernah diperbarui, pasien baru dan lama dilakukan *input* dalam satu file. Manajemen rekam medis di Klinik Pratama Harapan Sehat, belum mengacu sepenuhnya pada standar nasional akreditasi. Tujuan penelitian ini adalah merancang sistem informasi pendaftaran rawat jalan berbasis *web* pada proses pendaftaran rawat jalan di Klinik Pratama Harapan Sehat yang sudah menggunakan komputerisasi namun sebatas penggunaan *microsoft excel* dan masih menggunakan buku register.

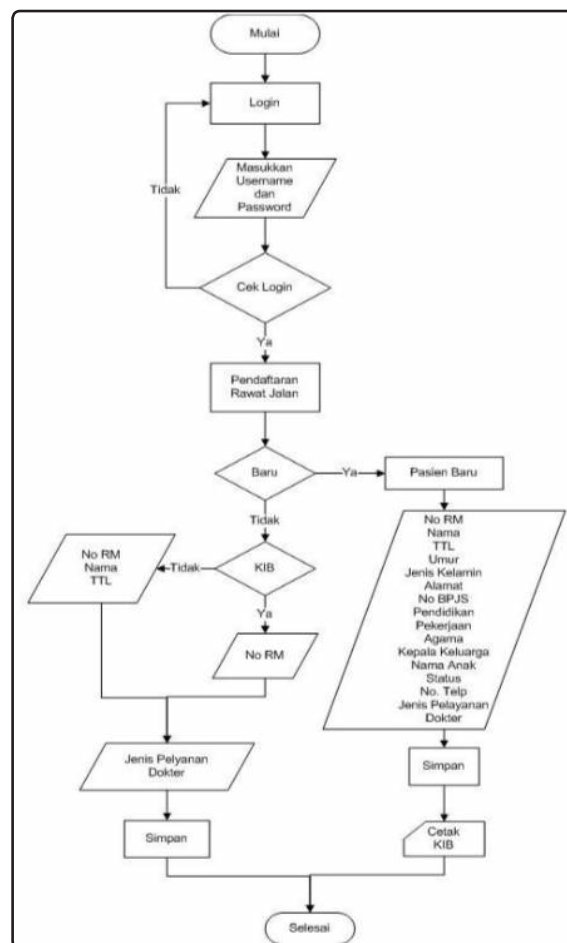
METODE

Penelitian ini merupakan penelitian perancangan dan menggunakan metode *waterfall*. Dalam model rekayasa perangkat lunak modifikasi waterfall terdapat beberapa tahap pengembangan. Rancangan sistem yang dilakukan peneliti sampai pada tahap implementasi. Teknik pengambilan data pada analisis kebutuhan sistem pendaftaran rawat jalan dengan *purposive sampling*, teknik pengumpulan data dengan cara melakukan wawancara kepada petugas yang dianggap mengerti dan berkompentensi dalam proses pendaftaran rawat jalan, dan melakukan observasi secara langsung terhadap pelaksanaan kegiatan pengolahan data rekam medis pasien serta dilakukan studi dokumentasi di unit kerja rekam medis.

Personal Home Page (PHP) adalah bahasa pemrograman yang bekerja dalam sebuah *web server* atau bahasa *server-side-scripting* yang menyatu dengan *HyperText Markup Language* (HTML) untuk membuat halaman *web* yang dinamis. MySQL (*My Structure Query Language*) adalah salah satu jenis *database server* yang sangat terkenal dan banyak digunakan untuk membangun aplikasi *web* yang menggunakan *database* sebagai sumber dan pengelolaan data.

HASIL

Pencatatan data pada pendaftaran pasien di Klinik Pratama Harapan Sehat selain menggunakan komputerisasi *microsoft excel*, pencatatan dilaksanakan manual dan dicatat pada KIB (Kartu Identitas Pasien) dan buku register. Data KIB dan data formulir pendaftaran pasien pada *microsoft excel* meliputi nomor rekam medis, nama, umur, alamat, nama orang tua (nama ayah pasien). Data pendaftaran pasien pada buku register nama, umur, nomor rekam medis, pelayanan, tanggal kunjungan.



Gambar 1. Alur sistem informasi pendaftaran rawat jalan

Bagan alur sistem merupakan langkah awal yang penting dalam menjalankan sebuah aplikasi dari proses awal hingga proses akhir. Bagian alur dari sistem pendaftaran rekam medis rawat jalan yaitu dimulai dengan jalannya sistem dimana ketika membuka *browser* dan memasukkan alamat *website* akan ada tampilan menu awal, untuk mengoperasikan aplikasi pendaftaran rekam medis rawat jalan akan menampilkan menu *login*. Jika dioperasikan sistem tersebut sesuai dengan kebutuhan. Setelah itu tahap akhir data disimpan.

Gambar 2. Tampilan login awal pendaftaran rawat jalan

Pada tampilan awal sistem informasi pendaftaran, terdapat 2 kategori pengguna ketika melakukan *login*, yaitu *admin* dan *user*. Dimana kedua kategori mempunyai batasan tertentu. *Admin* memiliki akses untuk mengolah semua sistem informasi, diantaranya mendaftarkan pasien, mengolah kunjungan pasien sebagai laporan klinik, mencetak KIB dan formulir pasien, menambah *user*/petugas, dan menambah dokter sertajenis pelayanan yang dituju pasien, menghapus dan melakukan *edit* data pasien. Sedangkan *user* memiliki akses untuk mengelola *input* data pasien, daftar pasien lama, *edit*, mencetak KIB, formulir pasien dan kunjungan pasien.

Gambar 3. Tampilan awal/menu pendaftaran rawat jalan

Menu utama menampilkan fitur-fitur sistem informasi, seperti pendaftaran rawat jalan, data kunjungan pasien, daftar dokter dan jenis pelayanan.

No	No Rekam	No BPJS	Nama	Alamat	Aksi
1	000002	0005687565358	adi	- Kel Patehan, Kec. Klaton, KOTA YOGYAKARTA, DI Yogyakarta	[Edit] [Delete]

Gambar 4. Tampilan form pendaftaran pasien baru dan pasien lama

Pada *form* pasien baru data sosial yang diisi, diantaranya nomor rekam medis, nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, alamat, nomor BPJS, pendidikan, pekerjaan, agama, kepala keluarga, nama anak, status, nomor telepon, jenis pelayanan, dan dokter. Setelah itu pengguna dapat menyimpan data pasien. Pada pengisian data formulir pasien sudah sesuai dengan standar aturan Kementerian Kesehatan tentang Kamus Data Kesehatan Indonesia (Kata Hat-I).

Nomor rekam medis, nomor rekam medis sangat penting yaitu berfungsi sebagai salah satu petunjuk dalam pencarian dokumen rekam medis pada ruang penyimpanan dan sebagai identifikasi dari pasien. Nomor rekam medis disusun secara berurutan supaya petugas dapat mencari berkas pasien dengan mudah. Dalam ini, sistem informasi pendaftaran rawat jalan penomoran rekam medis secara otomatis, sehingga duplikasi data pada saat *input* pasien dapat dihindari.

Penamaan pada pendaftaran pasien harus sesuai dengan identitas pasien, berdasarkan KTP, Kartu Keluarga dan akte kelahiran. Tempat tanggal lahir berdasarkan akte kelahiran pasien atau identitas lain yang diakui hukum. Umur pada sistem informasi berdasarkan identitas pasien berdasarkan akte kelahiran pasien atau identitas lain yang diakui hukum. Jenis kelamin bertujuan untuk membedakan gender laki-laki atau perempuan. Alamat tempat tinggal pasien dapat dilihat dari identitas pasien seperti KTP dan Kartu Keluarga. Nomor BPJS yaitu nomor jaminan/asuransi pasien yang digunakan pada saat pasien berobat. Pendidikan terakhir pasien yang dibuktikan dengan dokumen resmi (ijazah). Seperti: TK, SD, SMP, SMA, diploma, sarjana, tidak/belum sekolah. Pekerjaan yaitu kegiatan yang dilakukan seseorang kemudian akan mendapat gaji sebagai balas jasa sesuai dengan profesi yang dilakukan. Agama yaitu kepercayaan yang dianut seseorang dan diakui oleh negara, sesuai yang tercantum pada identitas Kartu Tanda Penduduk (KTP), diantaranya islam, kristen, katolik, hindu, budha, dan konghucu. Kepala keluarga yaitu seorang pemimpin yang bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan anggotanya. Dapat dilihat pada kartu keluarga. Status pernikahan seseorang, diantaranya belum menikah, menikah, duda, dan janda. Nomor telepon yaitu nomor yang dimiliki seseorang dan dapat dihubungi. Jenis pelayanan yang dituju pasien. Dokter yang menangani/bertanggung jawab pada pasien.

Pada tampilan pasien yang sudah pernah berobat diklinik diinput pada pasien lama. Pencarian pasien lama dapat dilakukan dengan cara memasukkan nomor rekam medis, nama pasien atau data pasien lainnya. Setelah memilih data pasien pengguna dapat memilih tombol daftar untuk mendaftarkan pasien dengan memilih jenis pelayanan yang dituju dan dokter yang menangani kemudian pilih menu simpan untuk menyimpan dan batal untuk kembali ke daftar pasien lama. Lalu tombol hapus, digunakan untuk menghapus data pasien lama. Pada halaman pasien petugas dapat *edit* untuk edit data pasien, cetak KIB, cetak formulir pasien dan menu hapus pasien.

Cetak KIB	
Nomor Rekam medis	: 000002
No BPJS	: 0005687565358
Nama Pasien	: adi
Umur	: 3 Tahun 5 Bulan
Alamat	: - Kel.Patehan Kec.Kraton, KOTA YOGYAKARTA, Di Yogyakarta
Kepala Keluarga	: agus

Gambar 5. Tampilan cetak Kartu Identitas Berobat (KIB)

KIB secara otomatis akan memudahkan petugas dalam pekerjaan. Pada sistem informasi ini petugas akan bekerja satu kali setelah *input* data pasien dan menyimpan sistem informasi akan menampilkan pilihan cetak KIB. Dengan ini, petugas hanya menekan tombol cetak dan tampilan cetak KIB akan muncul.

No	Nama Dokter	Pelayanan	Aksi
1	dr. Emi Setiowati	Umum	[?]
2	dr. Agus Nugroho Andhi, S	Umum	[?]
3	drg. Rifqiatul Inayah	Gigi	[?]

Gambar 6. Tampilan data dokter

Pada sistem informasi ini pengguna dapat mengetahui data dokter yang menangani pasien. Selain itu terdapat master dokter yang hanya dapat dilakukan oleh admin karena admin yang bertanggung jawab pada sistem informasi ini. Master dokter untuk menambah dokter dan melakukan *edit data* dokter. Pada sistem informasi ini pengguna dapat mengetahui jenis pelayanan yang akan dituju pasien. Sistem informasi ini terdapat master pelayanan untuk menambah pelayanan yang dituju pasien, melakukan *edit data*, dan menghapus jenis pelayanan.

No	No Rekam	No BPJS	Nama	Tgl Kunjung	Pelayanan	Dokter
1	000002	0005687563358	adi	2018-07-25	Umum	dr. Emi Setiowati
2	000002	0005687563358	adi	2018-07-25	Gigi	dr.

Gambar 7. Tampilan data kunjungan pasien

Dengan sistem informasi ini pengguna dapat mengetahui kunjungan pasien. Apabila ingin mengetahui pada bulan tertentu pengguna dapat mencari dengan memilih tanggal rentan waktu kemudian tekan tombol cari, sedangkan ketika ingin mencari data perpasien pengguna dapat mengisi nama pasien kemudian tekan tombol cari.

Pada data kunjungan pasien tersedia pilihan cetak dan hapus. Menu cetak akan menampilkan hasil cetak kunjungan pasien yang dapat dijadikan laporan pada klinik. Sedangkan menu hapus, pengguna dapat menghapus data pasien yang ingin dihapus dan menu kembali akan menampilkan halaman kunjungan pasien.

No	No Rekam	No BPJS	Nama	Tgl Kunjung	Pelayanan	Dokter
1	000003	0	yati putri	2018-07-25	Umum	dr. Emi Setiowati
2	000008	0	Tri Mulyani	2018-07-27	Umum	dr. Emi Setiowati
3	000003	0	yati putri	2018-07-27	Gigi	drg. Rifqiatul Inayah
4	000008	0	Tri Mulyani	2018-07-27	Gigi	drg. Rifqiatul Inayah
5	000009	0	Jonio	2018-07-27	Umum	dr. Agus Nugroho Andhi, S
6	000010	0003465868774	Sinta	2018-07-27	Gigi	drg. Rifqiatul Inayah
7	000007	000154254354	Wati	2018-07-26	Umum	dr. Agus Nugroho Andhi, S
8	000007	000154254354	Wati	2018-07-28	Umum	dr. Emi Setiowati
9	000007	000154254354	Wati	2018-07-26	Gizi	Listyani Purnaning Siwi, Str.Gz
10	000007	000154254354	Wati	2018-07-26	Gizi	Listyani Purnaning Siwi, Str.Gz
11	000005	00023364758	Lala	2018-07-26	Laboratorium	Uki Wulanggita
12	000005	00023364758	Lala	2018-07-27	Umum	dr. Emi Setiowati
13	000005	00023364758	Lala	2018-07-28	Umum	dr. Emi Setiowati
14	000005	00023364758	Lala	2018-07-26	KIA	Karunia Binterawati
15	000005	00023364758	Lala	2018-07-28	KIA	Karunia Binterawati
16	000006	0007856567475	Bela	2018-07-26	Gizi	Listyani Purnaning Siwi, Str.Gz

Cetak Form Pasien	
Nomor Rekam medis	: 000004
No BPJS	: 0000143654674
Nama Pasien	: Wati
Jenis Kelamin	: P
Tempat Tanggal Lahir	: Sleman, 2010-06-15
Umur	: 8 Tahun 2 Bulan
Alamat	: Margoluwih rt 09 nw 10 Kel.Margoluwih Kec.Seyegan, KAB. SLEMAN, DI Yogyakarta
Status	: Belum Nikah
Kepala Keluarga	: Budi
Pendidikan	: SD
Agama	: KATOLIK
Pekerjaan	: pelajar
Nomor Telpn	: 0856-7475-7688

Gambar 8. Tampilan output rekapitulasi kunjungan pasien dan formulir pendaftaran pasien

Petugas dapat melaporkan rekapitulasi kunjungan pasien pada waktu tertentu dan proses rekapitulasi kunjungan pasien dapat melaporkan pasien baru atau lama. Pada tampilan sistem informasi pengguna dapat melakukan *backup* dan *restore* data kunjungan pasien secara berkala gunanya untuk meminimalisir terjadinya kerusakan atau kemungkinan hilang data. Pada sistem informasi ini peneliti merancang tampilan formulir pendaftaran pasien agar dapat digunakan untuk keperluan dokumen rekam medis.

PEMBAHASAN

Analisis kebutuhan sistem informasi pendaftaran rawat jalan dilakukan melalui proses identifikasi data yang diperlukan untuk merancang sistem informasi melalui cara analisis. Analisis sistem dapat didefinisikan sebagai penguraian dari suatu sistem informasi yang utuh kedalam bagian-bagian komponennya dengan maksud untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi permasalahan-permasalahan, kesempatan-kesempatan, hambatan-hambatan yang terjadi dan kebutuhan-kebutuhan yang diharapkan sehingga dapat diusulkan perbaikan-perbaikannya (Jogiyanto, 2005). Konsep awal unit kerja rekam medis untuk klinik pratama dapat dimulai dari perencanaan secara bertahap mulai identifikasi hingga pemilihan alternatif agar dapat diimplementasikan sesuai standar dan kebutuhan (Meianti, 2018).

Hak akses sistem informasi pendaftaran, berdasarkan analisis kebutuhan di klinik komputerisasi *microsoft excel* terdapat masalah yaitu hak akses proses pendaftaran rawat jalan klinik dapat dilakukan oleh siapa saja, tidak ada keamanan pada *input* data pasien. Sehingga memungkinkan untuk dapat disalahgunakan oleh pihak yang tidak berwenang. Menu utama pendaftaran pasien, hasil analisis pendaftaran pasien dengan komputerisasi *microsoft excel* melalui tampilan *interface* pendaftaran pasien masih sederhana. Tidak ada tampilan menu utama ketika membuka program *microsoft excel*. Form pendaftaran pasien baru, data sosial yang dicatat pada pendaftaran klinik pada komputerisasi *microsoft excel*, yaitu nomor rekam medis, nama pasien, alamat, nama orang tua.

Kartu Identitas Berobat (KIB) terdapat masalah yaitu masih dituliskan manual dengan menuliskan data pasien pada KIB. Dengan ini, dapat memungkinkan terjadinya kerusakan pada KIB dan tulisan tidak dapat terbaca. Dilihat dari kegunaan KIB yaitu kartu identitas yang dimiliki setiap pasien yang dibawa pada saat akan berobat pada klinik untuk kunjungan berikutnya.

Form pendaftaran pasien lamanya dicatat pada buku register harian pasien. Dengan ini, petugas tidak dapat melihat kunjungan pasien sebelumnya pada komputerisasi *microsoft excel*. Pada sistem pendaftaran *microsoft excel* tidak terdapat data dokter sehingga petugas tidak dapat mengetahui dokter yang menangani pasien sebelumnya. Hal ini dapat mengganggu proses pemeriksaan pasien karena petugas tidak dapat menampilkan dokter yang menangani pada program *microsoft excel*. Pada data pelayanan, sistem pendaftaran pada *microsoft excel* tidak terdapat jenis pelayanan yang dituju pasien, pencatatan sebelumnya dilakukan pada buku register pasien dan petugas terkadang tidak mencatat jenis pelayanan yang dituju pasien. Hal ini dapat mengganggu proses pemeriksaan pasien karena tidak dapat jenis pelayanan sebelumnya.

Pada data kunjungan pasien, hanya terdapat pada buku registrasi pasien, sedangkan pada *microsoft excel* hanya mencatat data seluruh pasien baru yang berobat di Klinik Pratama Harapan Sehat. Pada data laporan kunjungan pasien, pendaftaran pasien menggunakan program *microsoft excel* tidak dapat melaporkan kunjungan pasien pada kurun waktu tertentu dan yang *diinput* pada *microsoft excel* hanya data identitas pasien baru. Pada *backup restore*, belum dilakukan *backup* secara berkala, sehingga apabila terjadi kerusakan pada laptop, akan menyebabkan data pasien hilang. Tampilan formulir pendaftaran pasien rawat jalan tidak ada, proses pendaftaran identitas pasien pada klinik hanya dicatat pada *microsoft excel* untuk pasien baru dan KIB, sedangkan pasien lama ada pada *microsoft excel* dan buku register.

Perancangan sistem informasi pendaftaran rawat jalan Klinik Pratama Harapan Sehat merupakan program komputerisasi untuk pendaftaran pasien rawat jalan. Data yang diperoleh dari wawancara pasien serta berkas rekam medis pasien yang telah diisi sebelumnya. Sistem informasi pendaftaran ini dirancang supaya menjadi alat bantu untuk mempermudah dan mempercepat proses pekerjaan petugas/pengguna. *Design interface* menurut Shneiderman (1998), meliputi konsistensi, penggunaan jenis *font*, warna, simbol bentuk tombol harus tetap sama atau tidak mengalami perubahan makna di seluruh bagian program. Pengguna dimungkinkan untuk menggunakan *shortcut*, ada kebutuhan dari pengguna yang sudah ahli

untuk meningkatkan kecepatan interaksi, sehingga diperlukansingkatan, tombol fungsi, simbol-simbol, perintah tersembunyi, dan fasilitas makro. Umpan balik yang informatif memberikan informasi atau umpan balik yang interaktif terhadap saksi yang dilakukan oleh *user*. Dialog dirancang untuk mengakhiri hasil, urutan tindakan sebaiknya diorganisir dalam suatu kelompok dengan bagian pembuka, isi, dan penutup sehingga *user* tahu kapan memulai dan kapan mengakhiri. Penanganan yang sederhana, sedapat mungkin sistem dirancang sehingga pengguna tidak dapat melakukan kesalahan fatal. Jika kesalahan terjadi, sistem dapat mendeteksi kesalahan dengan cepat dan memberikan mekanisme yang sederhana dan mudah untuk dipahami untuk penanganan kesalahan. Mudah kembali ke tindakan sebelumnya, suatu sistem dirancang sehingga jika pengguna mengalami kesalahan maka pengguna dapat kembali keadaan sebelumnya. Hal ini dapat mengurangi kekhawatiran pengguna karena pengguna mengetahui kesalahan yang dilakukan dapat dibatalkan, sehingga pengguna tidak takut untuk mengeksplorasi pilihan-pilihan lain yang belum bisa digunakan. Tempat pengendali internal (*internal locus of control*) tersedia, pengguna ingin menjadi pengontrol sistem dan sistem akan merespon tindakan yang dilakukan pengguna, bukan pengguna merasa bahwa sistem mengontrol pengguna. Ingatan jangka pendek dikurangi, dengan tampilan yang sederhana dan menarik dapat membantu pengguna sehingga tidak perlu mengingat terlalu banyak perintah, dan juga dapat menghindari terjadinya kebingungan pada pengguna.

Rancangan sistem informasi yang telah dirancang memperhatikan hak akses sistem informasi pendaftaran, menurut UUD 1945 Amandemen kedua pasal 28F yang menyatakan setiap orang berhak untuk berkomunikasi dan memperoleh informasi untuk mengembangkan pribadi dan lingkungan sosial serta berhak untuk mencari, memperoleh, memiliki, menyimpan, mengolah, dan menyampaikan informasi dengan menggunakan segala jenis saluran yang tersedia. Sesuai dengan peraturan undang-undang, untuk dapat memenuhi analisis kebutuhan. Rancangan sistem informasi yang dilakukan peneliti yaitu hak akses pada sistem informasi pendaftaran rawat jalan hanya dapat diakses oleh pihak yang bertanggungjawab atau berwenang dan memaksimalkan keamanan, karena sistem initerdapat menu *login* dengan memasukkan *user* dan *password*. Sistem informasi yang dilakukan peneliti menjadi keunggulan sistem informasi basis *web* yaitu dapat dibedakan antara *admin* dengan *user* berdasarkan tugasnya, *admin* dapat mengoperasikan semua sistem sedangkan *user* hanya diberikan pengoperasian terbatas. Pada sistem informasi ini *admin* dapat menambahkan *user* lebih dari satu untuk mengelola pendaftaran pasien.

Menu utama pendaftaran pasien adalah sebuah aplikasi yang terletak/terlihat dihalaman *desktop*, yang terinstal sebelumnya dan muncul otomatis sesudah pengguna menginstal suatu aplikasi/program. Berdasarkan hasil analisis kebutuhan, peneliti merancang desain *interface* lebih menarik dengan memberikan tampilan menu utama lebih berwarna dan terdapat f tur-f tur yang memudahkan petugas pendaftaran. Pada sistem informasi ini peneliti merancang sistem informasi berbasis *website* dengan memberikan f tur pasien, dokter, pelayanan, kunjungan, *backup restore*, *logout*.

Form pendaftaran pasien baru, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MenKes/Per/III/2008 BAB II pasal 3, formulir rawat jalan adalah formulir yang berisikan tentang identitas pasien, tindakan dan pengobatan yang tidak memerlukan rawat inap pelayanan kesehatan. Berdasarkan penelitian data di klinik masih belum akurat, sehingga perlu diperbaharui sesuai dengan aturan Kamus Data Kesehatan Indonesia (Kata Hat-I) yang dibuat oleh Kementrian Kesehatan Indonesia. Data yang diperlukan pada sistem informasi rawat jalan di klinik, yaitu data sosial pasien, nomor rekam medis, nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, alamat, nomor BPJS, pendidikan, pekerjaan, agama, kepala keluarga, status, nomor telepon. Peneliti menambahkan data medis pasien yang di *input*, sehingga memudahkan petugas saat melakukan pendaftaran pasien, diantaranya tanggal kunjungan, jenis pelayanan, dan dokter penanggungjawab.

Kartu Identitas Berobat (KIB), merupakan kartu identitas milik pasien di suatu instansi pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk mencari dokumen rekam medis milik pasien sudah berobat di instansi tersebut karena pada KIB terdapat nomor rekam medis pasien. Dengan kedatangan pasien ke instansi pelayanan kesehatan serta membawa KIB akan mempermudah petugas pendaftaran untuk mencari dokumen rekam medis pasien, maka penggunaan KIB diharuskan efektif dan efisien guna mempercepat pelayanan pasien dibagian pendaftaran dan menghindari pemupukan pasien yang berlebihan. Pada klinik sudah terdapat kartu berobat dalam bentuk kertas diharapkan dengan sistem ini kartu berobat dapat dicetak secara otomatis. Hasil rancangan yang dibuat peneliti saat ini, sistem informasi pendaftaran dapat menampilkan hasil cetak KIB pasien, sehingga dapat memudahkan petugas dalam *input* data pasien.

Form pendaftaran pasien lama, menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 269/MenKes/Per/III/2008 yaitu pasien yang pernah datang sebelumnya untuk berobat. Pasien lama datang ke tempat pendaftaran lalu menunggu di ruang tunggu pasien. Peneliti merancang sistem informasi agar proses pendaftaran pasien lama tercatat pada sistem komputerisasi. Diharapkan memudahkan petugas dalam mendaftarkan pasien lama, dengan cara mencari nama atau data lain tentang pasien pada kolom pencarian, kemudian pilih menu daftar dan pasien akan terdaftar sesuai dengan jenis pelayanan dan dokter yang dituju pasien.

Dokter adalah orang yang memiliki kewenangan dan izin sebagaimana mestinya untuk melakukan pelayanan kesehatan, khususnya memeriksa dan mengobati penyakit dan dilakukan menurut hukum dalam pelayanan kesehatan. Hal ini sangat penting dalam pemeriksaan. Dalam memenuhi kebutuhan pengguna keunggulan sistem yang dirancang peneliti sistem informasi ini dapat menampilkan dokter yang menangani pasien, sehingga petugas dapat mengetahui data dokter yang menangani pasien sebelumnya. Dengan ini, diharapkan dapat membantu pada saat proses pemeriksaan pasien.

Klinik adalah fasilitas medis yang lebih kecil yang hanya melayani keluhan tertentu. Klinik termasuk salah satu unit pelayanan masyarakat yang bergerak pada bidang kesehatan. Sebuah klinik yang menawarkan fasilitas perawatan kesehatan yang dikhususkan untuk perawatan pasien rawat jalan. Pelayanan di sistem informasi ini adalah jenis pelayanan yang dituju pasien (poliklinik). Kebutuhan sistem yang dirancang dilihat dari jenis pelayanan yang dituju pasien pada pemeriksaan sebelumnya. Sehingga dapat memudahkan petugas dalam mengetahui jenis pelayanan pasien dengan cepat tanpa harus membuka buku register.

Kunjungan pasien adalah adanya kepercayaan pasien terhadap organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhannya. Besarnya tingkat kunjungan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan dapat dilihat dari dimensi waktu, yaitu harian, mingguan, bulanan, dan tahunan. Sistem informasi ini dapat menampilkan kunjungan pasien dan dapat mengetahui kunjungan pasien pada kurun waktu tertentu.

Laporan kunjungan pasien, melaksanakan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat membuat laporan yang kemudian dikirim ke dinas kesehatan tingkat kabupaten/kota. Guna membantu membuat laporan yang akan dikirim ke dinas kesehatan, maka dibutuhkan data yang didapat dari dokumen rekam medis milik pasien. Setiap pelayanan kesehatan melaporkan rekapitulasi kunjungan pasien yang kemudian dilaporkan pada dinas kesehatan. Sistem informasi yang dibuat oleh peneliti yaitu petugas dapat melaporkan rekapitulasi kunjungan pasien pada waktu tertentu dan proses rekapitulasi kunjungan pasien dapat melaporkan pasien baru atau lama.

Backup restore, backup data adalah memindahkan atau menyalin kumpulan informasi (data) yang tersimpan didalam harddisk komputer yang isinya dilakukan dari satu lokasi/perangkat ke lokasi/perangkat lain. *Backup* mengacu pada menyalin data, dimana data tersebut merupakan data salinan yang dapat di-restore kembali apabila ada data yang hilang. Pada sistem informasi berbasis *web* ini peneliti membuat rancangan menu *backup restore* agar memudahkan pengguna dalam merekap data pasien setiap waktu dan menghindari kerusakan yang mengakibatkan hilangnya data ataupun kejadian yang tidak diinginkan.

Tampilan formulir pendaftaran pasien rawat jalan, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MenKes/Per/III/2008 BAB II pasal 3, formulir pendaftaran pasien adalah identitas yang dimiliki pasien pada saat melakukan pemeriksaan di pelayanan kesehatan. Peneliti merancang sistem informasi agar petugas dapat menampilkan formulir pendaftaran pasien yang sudah *diinput* sebelumnya dan tampilan formulir pendaftaran pasien dapat digunakan untuk keperluan dokumen rekam medis.

Kebutuhan sistem *elektronik medical record* berbasis *web* di Vietnam yaitu membuat catatan medis yang dapat diakses oleh staf medis rumah sakit dan pasien untuk membuat sistem perawatan kesehatan lebih efisien. Sistem akan meminimalkan kesalahan karena entri manual data medis pasien dengan akuisisi data informasi medis otomatis. Sistem ini juga memungkinkan pasien untuk mengakses informasi medis mereka melalui internet dan akan memberikan informasi tentang tes medis mereka tepat waktu dan perawatan yang direkomendasikan oleh dokter untuk pemulihan cepat. Sistem saat ini lebih cocok untuk rumah sakit menengah dan kecil. Standar ditetapkan untuk mengelola, menyimpan, dan berbagi catatan medis antara penyedia layanan kesehatan yang berbeda (Nguyen, 2011).

Tabel 4.16 Perbandingan *microsoft excel* dengan *web based*

Perbandingan	<i>Microsoft excel</i>	<i>Web based</i>
Hak akses	Dapat dioperasikan semua orang tanpa melakukan <i>login</i> .	Ada menu <i>login</i> untuk memaksimalkan keamanan saat masuk dalam sistem informasi dengan 2 kategori, yaitu <i>admin</i> dan <i>user</i> .
Efektifitas <i>input</i>	Proses pendaftaran nomor rekam medis, alamat, umur, masih dilakukan manual.	Proses pendaftaran nomor rekam medis, tanggal lahir, alamat, umur, agama, status, pendidikan, dokter, pelayanan, dilakukan secara otomatis.
Design interface	Tampilan sederhana, tidak berwarna, tidak ada fitur hapus, <i>edit</i> , cetak.	Lebih menarik, berwarna, terdapat fitur tambah pasien, <i>edit</i> , hapus, cetak.

Dengan sistem yang dirancang dengan baik akan dapat mengatasi masalah pencarian data dengan cepat. Pasien yang berkunjung akan merasa nyaman karena tidak akan dibebani dengan dokumen. Malpraktek akan ditekan karena dokter dapat dengan mudah menemukan data riwayat pasien sebelumnya, sehingga untuk menentukan diagnosis selanjutnya menjadi lebih mudah (Purnama, 2013).

KESIMPULAN

1. Sistem informasi pendaftaran pasien memaksimalkan keamanan dari orang-orang yang tidak berhak mengakses karena dilengkapi dengan menu *login* dimana petugas harus memasukan *user* dan *password* yang hanya dapat diakses oleh *admin* dan *user*.
2. Perancangan sistem informasi pendaftaran rawat jalan di Klinik Pratama Harapan Sehat membutuhkan data berupa: data pasien (nomor rekam medis, nama pasien, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, alamat, nomor BPJS, pendidikan, pekerjaan, agama, kepala keluarga, nama anak, status, nomor telepon), data medis pasien (tanggal kunjungan, jenis pelayanan, dokter penanggungjawab).
3. Sistem informasi pendaftaran rawat jalan yang dibuat mampu menyimpan data pasien yang berobat serta dapat mengetahui kunjungan pasien, sehingga mempermudah petugas mencari data kunjungan pasien sesuai yang diinginkan.
4. Berdasarkan pengujian sistem, sistem informasi pendaftaran rawat jalan dapat menghasilkan *output* rekapitulasi kunjungan pasien, mencetak KIB, dan mencetak formulir pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Bambang Eka Purnama, Ahmad Ashari (2013), *Distributed Data Patient In Medical Record Information System*, International Journal Of Scientific & Technology Research (IJSTR) Volume 2, Issue 8, August 2013.
- Gultom, Indah. 2009. Aplikasi Rawat Jalan pada Klinik Sumber Rahayu dengan Metode Berorientasi Obyek. *Jurnal Politeknik Telkom Bandung*.
- Jogiyanto, Hartono. 2005. Analisis Dan Desain Sistem Informasi Pendekatan Terstruktur Teori Dan Praktik Aplikasi Bisnis. Yogyakarta: Andi
- Meianti, Anggia; Rohman, Hendra; Mayretta, Anna. 2018. Perencanaan Implementasi Unit Kerja Rekam Medis Untuk Klinik Pratama Pancasila Baturetno Wonogiri. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki)*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 135-141, des. 2018. ISSN 2337-6007. <<http://jmiki.apitirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/198>>. doi:<http://dx.doi.org/10.33560/v6i2.198>.

- Menkes RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 269/MenKes/Per/III.2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Menkes RI. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 28/MenKes/Per/II/2011 tentang Klinik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Nguyen, Thuan D., Hai D. VU, John G. Webster, Amit J. Nimunkar, 2011, *A Web-Based Electronic Medical Records and Hospital Information System for Developing Countries*, Journal of Health Informatics in Developing Countries, <https://www.researchgate.net/publication/239524799>.
- Nugroho, Bunaf t. 2013. *Dasar Pemograman Web PHPMySQL dengan Dreamweaver*. Yogyakarta: Gava Media.
- Oetomo, Budi Sutedjo Dharma. 2002. *Perencanaan dan Pengembangan Sistem Informasi*. Yogyakarta: Andi.
- Rohman, Hendra; Handoko, Tri; Sulisty, Widhi. 2017. Perancangan Sistem Informasi Pelaporan Rekam Medis Rawat Jalan. *Bhakti Setya Medika*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 30-44, June 2018. ISSN 2528-7621. <<http://www.jurnal.poltekkes-bsi.ac.id/index.php/bsm/article/view/14>>.
- Simarmata, Janner. 2010. *Rekayasa Perangkat Lunak*. Yogyakarta: Andi.
- Shneiderman, B., (1998), *Designing the User Interface, Strategy for Effective Human-Computer Interaction*, Third Edition, Addison Wesley.

PERANCANGAN SISTEM INFORMASI PENDAFTARAN RAWAT JALAN BERBASIS WEB DI KLINIK PRATAMA PATALAN

¹Hendra Rohman, ²Christyani Wahyu Puspita Dewi, ³Muhammad Raf Nuswantoro

¹ Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, hendrarohman@mail.ugm.ac.id

² Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, christianipuspita@yahoo.co.id

³ Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, muhammadraf.nuswantoro@gmail.com

ABSTRAK

Aplikasi epi info digunakan oleh petugas pendaftaran pasien rawat jalan di Klinik Pratama Patalan, Jetis, Bantul, sejak tahun 2007 dalam mengelola sistem pendaftaran rawat jalan. Sistem informasi tersebut sulit melakukan kontrol, karena isi dari sistem tersebut tidak dapat memberikan informasi yang dibutuhkan. Isi dari sistem informasi tersebut hanya berupa identitas sosial milik pasien saja, dan belum memiliki sistem keamanan (hak akses pengguna). Sistem yang digunakan belum dapat membantu petugas dalam mengelola laporan, sehingga berpengaruh pada kecepatan pelayanan dan kurang maksimal dalam menghasilkan informasi. Tujuan penelitian untuk merancang sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan berbasis web. Metode System Development Life Cycle (SDLC). Hasil sistem berupa rancangan menu pendaftaran pasien lama, pasien baru, dan rekapitulasi kunjungan pasien yang dapat membantu petugas melakukan pendaftaran. Data yang dimasukkan pada pendaftaran di sistem informasi ini meliputi nomor rekam medis, Nomor Induk Kependudukan (NIK), nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon, dan status. Petugas pendaftaran (user) hanya dapat input data pasien, mendaftar, dan mengelola rekapitulasi kunjungan pasien, sedangkan kepala bagian rekam medis (admin) diberikan hak akses seluruhnya, termasuk menambah user, mengubah username dan password, menambah daftar dokter, dan memiliki kewenangan melaporkan data dari sistem informasi kepada pimpinan klinik. Kesimpulan, berdasarkan hasil analisis, perancangan, dan implementasinya, sistem ini sangat membantu, mempermudah petugas mencari data pasien, dan membuat laporan rekapitulasi kunjungan pasien.

Kata kunci: elektronik, registrasi, rekam medis

ABSTRACT

The epi info application was used by outpatient registration officers at Klinik Pratama Patalan, Jetis, Bantul, since 2007 in managing the outpatient registration system. The information system was difficult to control, because the contents of the system cannot provide the information needed. The content of the information system was only a patient's social identity, and does not have a security system (user access rights). The system used has not been able to assist officers in managing reports, so that it affects the speed of service and is not maximal in producing information. The research objective was to design a web-based outpatient registration information system. System Development Life Cycle (SDLC) method. The results of the system were in the form of an old patient registration menu design, new patients, and recapitulation of patient visits that can help officers register. Data entered on registration in this information system includes medical record numbers, National Identification Number (NIK), name, date of birth, gender, address, education, occupation, religion, telephone number, and status. The registration officer (user) can only input patient data, register, and manage patient visit recapitulation, while the head of the medical record (admin) was given full access rights, including adding users, changing username and password, adding a list of doctors, and having the authority to report data from information systems to clinic leaders. Conclusion, based on the results of the analysis, design, and implementation, this system is very helpful, making it easier for officers to find patient data, and make a report on recapitulation of patient visits.

Keywords: electronics, registration, medical records

PENDAHULUAN

Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita Bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Dalam penjelasan umum atas Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan pada huruf (b) ditentukan, bahwa pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan secara optimal. Hal ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan di Indonesia mendapatkan perhatian dan penanganan secara serius oleh pemerintah, yaitu dengan didirikannya sarana-sarana kesehatan, tidak hanya di kota-kota, tetapi juga sampai ke desa-desa.

Klinik Pratama Patalan adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Kecamatan Jetis, Kabupaten Bantul, Yogyakarta. Setiap harinya, tidak sedikit orang yang datang ke klinik tersebut untuk berobat. Mengingat letak yang sangat strategis di pinggir jalan raya parangtritis dan buka praktek di waktu sore. Klinik Pratama Patalan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan membutuhkan keberadaan suatu sistem informasi yang akurat untuk meningkatkan pelayanan kepada para pasien serta lingkungan terkait lainnya. Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan petugas pendaftaran pasien di Klinik Pratama Patalan menjelaskan bahwa sistem yang digunakan oleh petugas pendaftaran pasien rawat jalan di Klinik Pratama Patalan menggunakan epi info. Sistem tersebut masih sangat sederhana dan belum ada sistem keamanannya (hak akses pengguna). Sistem epi info yang ada, hanya digunakan untuk *input* pendaftaran pasien saja. Epi info yang digunakan di Klinik Pratama Patalan ini digunakan sejak tahun 2007. Selain itu, sistem informasi yang digunakan memiliki kekurangan, antara lain desain antar muka yang terlihat membosankan bagi pengguna dan kurang efektif dalam *input* data pasien. Selain itu, dalam penerapannya kemampuan sistem informasi epi info yang digunakan masih terbatas, dalam artian sistem informasi ini tidak dapat memberikan informasi yang banyak karena isi dari sistem informasi tersebut hanya berupa identitas sosial milik pasien saja, dan hal identitas tersebut pun hanya sebatas nama pasien, alamat, umur, dan jenis kelamin saja, sehingga tidak dapat memenuhi standar Kamus Data Kesehatan Indonesia milik Kementerian Kesehatan. Selain itu, fitur yang ada pada epi info hanyalah pengisian data sosial pasien dan pencariannya, tidak ada fitur pendaftaran, rekapitulasi kunjungan pasien, dan lain sebagainya.

Dengan diusulkannya sistem informasi pendaftaran rawat jalan berbasis web ini kepada pihak klinik, diharapkan dapat membantu petugas pendaftaran pasien rawat jalan dalam pengumpulan, pencatatan, dan penyimpanan data pasien rawat jalan serta dapat memenuhi tuntutan perkembangan jaman perubahan sistem informasi. Tujuan dilakukan penelitian ini adalah melakukan analisis kebutuhan dan perancangan sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan berbasis web di Klinik Pratama Patalan yang dinamis dan interaktif.

METODE

Peneliti menggunakan penelitian kualitatif dengan teknik pengumpulan data pada tahapan identifikasi kebutuhan, perancangan, dan uji coba rancangan. Dengan metode ini ada kerja sama atau kolaborasi antara peneliti dengan subjek penelitian sebagai pengguna sistem. Sedangkan untuk sumber data dari penelitian ini menggunakan sumber data primer. Dimana proses pengumpulan dan pengambilan data dilakukan dengan melakukan wawancara dengan petugas yang berkompeten, serta melakukan observasi secara langsung terhadap pelaksanaan kegiatan pendaftaran pasien. Penelitian ini merupakan penelitian perancangan dengan menggunakan metode *System Development Life Cycle* (SDLC) atau siklus hidup pengembangan sistem. *System Development Life Cycle* (SDLC) adalah salah satu metode pengembangan sistem informasi yang populer pada saat sistem informasi pertama kali dikembangkan. Metode SDLC adalah tahap-tahap pengembangan sistem informasi yang pertama kali dikembangkan yang dilakukan oleh analisis sistem dan programmer untuk membangun sebuah sistem informasi. Metode SDLC ini seringkali dinamakan sebagai proses pemecahan masalah, yang langkah-langkahnya meliputi analisis, perancangan, penerapan, dan pemeliharaan (Susanto, 2004).

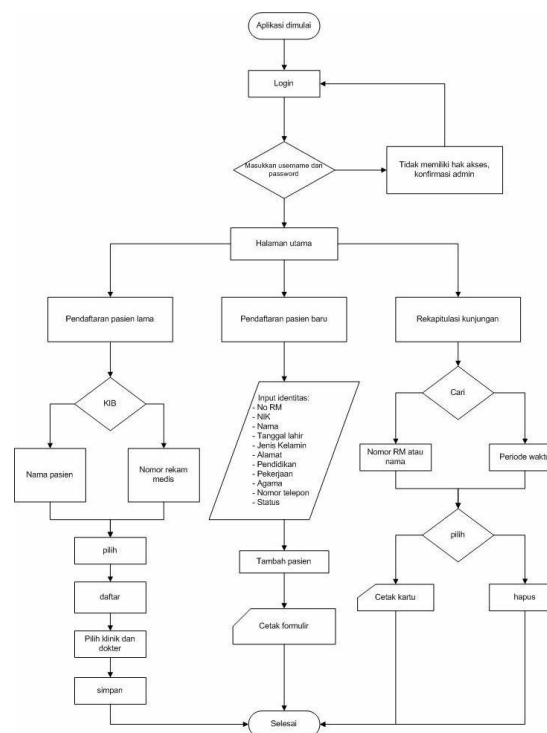
HASIL

Klinik Pratama Patalan sendiri berdiri sejak tanggal 1 September 2007. Sehubungan dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehatan yang berkorelasi langsung dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat atas layanan kesehatan maka Klinik Pratama Patalan selaku penyedia jasa layanan kesehatan bermaksud untuk ikut berpartisipasi dan turut serta memenuhi harapan kesehatan masyarakat tersebut. Sistem penamaan di Klinik Pratama Patalan menggunakan nama pribadi pasien yang bersangkutan. Sistem penomoran yang dilaksanakan adalah sistem penomoran unit (*unit numbering system*), dimana satu pasien mendapatkan satu nomor rekam medis untuk selamanya.

Pencatatan data pada pendaftaran pasien dilakukan secara komputerisasi dan *diinput* pada sistem informasi epi info, sedangkan untuk pencatatan identitas pasien pada KIB (Kartu Identitas Berobat) dilakukan secara manual. KIB berisi nomor rekam medis, nama, alamat. Data formulir pasien pada Epi Info berisi nama, nomor rekam medis, alamat, umur, jenis kelamin, nomor telepon. Buku register pendaftaran berisi tanggal kunjungan, nomor rekam medis, nama, umur, alamat, jenis kelamin, no telepon.

Identifikasi masalah jika dilihat dari aspek kinerja, aspek informasi, dan aspek control, epi Info yang sudah ada di Klinik Pratama Patalan memiliki kelemahan yaitu pada aspek kinerja (*performance*), pada sistem informasi sudah menggunakan sistem komputerisasi (sistem informasi epi info), namun pada sistem yang digunakan masih terdapat beberapa kekurangan, diantaranya tidak dilengkapi dengan menu cetak formulir dan cetak kartu, sehingga penulisan kartu berobat masih menggunakan sistem manual, dan juga belum tersedianya tampilan rekapitulasi kunjungan pasien.

Aspek informasi (*information*), pada sistem informasi yang ada di Klinik Pratama Patalan masih terdapat beberapa informasi yang belum lengkap, diantaranya data sosial pasien yang belum lengkap, misalnya tidak ada identitas pasien tentang agama, pendidikan, pekerjaan, dan lain sebagainya. Aspek kontrol (*control*), pada sistem informasi yang sudah digunakan memiliki kekurangan pada bagian hak akses epi info, karena tidak ada pembeda antara *admin* dan *user*, sehingga memiliki kemungkinan bahwa orang yang tidak memiliki kewenangan dapat menggunakan sistem informasi tersebut atau melakukan pendaftaran.

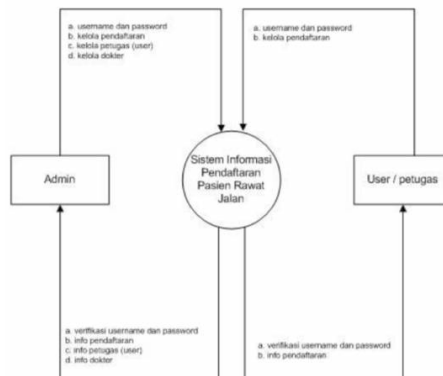


Gambar 1. Flowchart

Kebutuhan *input* data yang diperlukan adalah Data sosial pasien meliputi Nomor Induk Kependudukan (NIK), nama tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon, status. Data

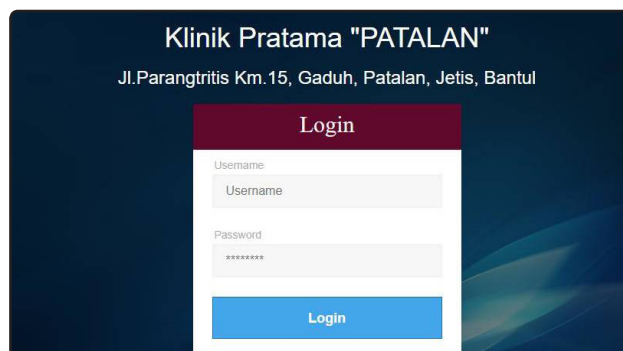
jenis pelayanan meliputi KIA, Umum, Gigi. Data dokter meliputi 15 nama dokter. Data jenis pasien meliputi umum dan BPJS. *Software* yang diperlukan untuk menjalankan sistem informasi adalah *phpmyadmin database manager* sebagai *database*, XAMPP versi 3.4.5 sebagai *control panel application*, dan aplikasi *browser* untuk menjalankan sistem informasi.

Pada *context diagram* di bawah ini, *admin* ke sistem informasi pendaftaran rawat jalan meliputi *username* dan *password*, kelola registrasi, kelola petugas (*user*), kelola dokter. Sistem informasi pendaftaran rawat jalan ke *admin* meliputi verifikasi *username* dan *password*, info registrasi, info petugas (*user*) info dokter). Petugas (*user*) ke sistem informasi pendaftaran rawat jalan meliputi *username* dan *password*, kelola registrasi). Sistem informasi pendaftaran rawat jalan ke petugas (*user*) meliputi verifikasi *username* dan *password*, info registrasi.



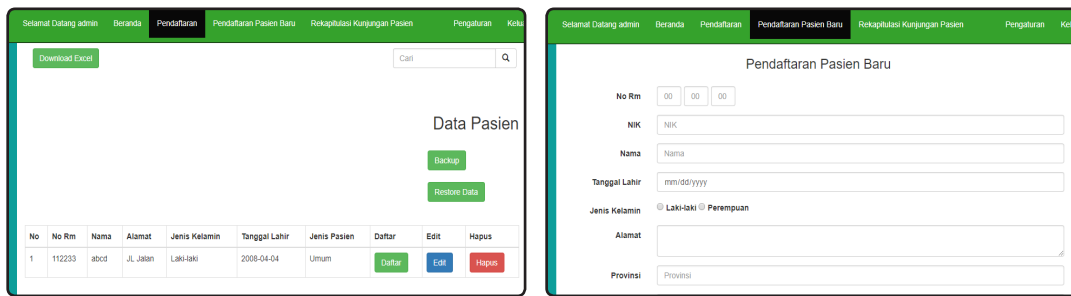
Gambar 2. Context diagram

Rancangan *login*, pada halaman ini, terdapat dua kategori pengguna yang dapat *login* dan mengoperasikan sistem informasi ini, yaitu *admin* dan *user*. *Admin* adalah kepala rekam medis dan *user* adalah petugas pendaftaran. *Admin* memiliki akses untuk mengelola sistem informasi, diantaranya untuk mengelola registrasi, rekapitulasi kunjungan, dan memiliki wewenang untuk menambah *user*, mengubah *username* dan *password*, serta menambah daftar dokter. Sedangkan untuk *user* hanya memiliki hak akses untuk mengelola registrasi dan rekapitulasi kunjungan pasien.



Gambar 3. Tampilan login

Rancangan halaman utama, pada halaman ini, akan menampilkan profil dari Klinik Pratama Patalan. Diantaranya ada informasi alamat klinik, jenis pelayanan, dan layanan pelengkap. Rancangan *form* pendaftaran pasien lama, pada halaman ini, untuk mendaftarkan pasien lama dapat mencari data pasien di kolom pencarian dengan menggunakan nama ataupun nomor rekam medis milik pasien. Setelah menemukan data pasien, terdapat tiga pilihan, yaitu daftar, *edit*, dan hapus. Pilihan daftar untuk mendaftarkan jenis pelayanan yang diinginkan, dokter yang memeriksa, dan jenis pasien, kemudian daftar. Untuk pilihan *edit*, tersedia form untuk mengedit data pasien. Sedangkan untuk pilihan hapus, digunakan untuk menghapus data pasien dari *database system*.



Gambar 4. Rancangan form pendaftaran pasien lama dan baru

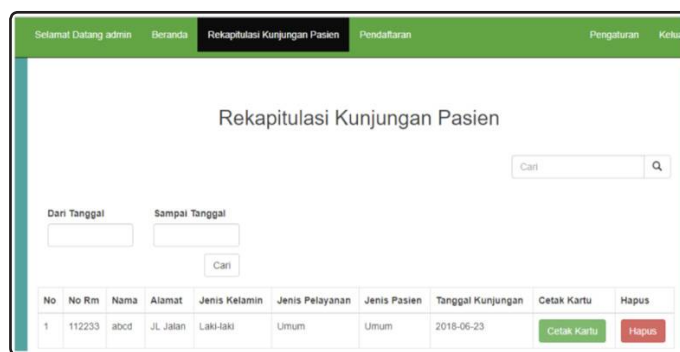
Rancangan *form* pendaftaran pasien baru, pasien baru tersedia form untuk mengisi data sosial pasien yang akan mendaftar. Diantaranya terdiri dari nomor rekam medis, NIK, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon, status, jenis pelayanan, jenis pasien, dan dokter. Dimana isian formulir tersebut sudah sesuai dengan standar dari kamus data kesehatan Indonesia (Kata Hat-I) milik Kementerian Kesehatan.

Penomoran rekam medis sangat berperan penting dalam memudahkan pencarian berkas atau dokumen rekam medis apabila pasien kemudian datang kembali berobat di sarana pelayanan kesehatan serta untuk kesinambungan informasi, dengan menggunakan sistem penomoran maka informasi dapat secara berurut dan meminimalkan informasi hilang. Pada sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan ini, pemberian nomor rekam medis masih dilakukan manual. Dalam arti, tidak menggunakan nomor rekam medis otomatis, karena bila menggunakan sistem dan terjadi kesalahan pendaftaran maka sistem harus memiliki solusi untuk mengubah urutan nomor rekam medis kembali. Sedangkan jika menggunakan sistem manual, apabila terjadi kesalahan seperti duplikasi nomor rekam medis, sistem sudah memiliki menu untuk menghapus data tersebut.

Nomor induk kependudukan (NIK) sesuai dengan nomor yang tercantum pada Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Keluarga. NIK terdiri atas 16 digit yang bersifat unik dan khas, tunggal, serta melekat pada seseorang (dan hanya pada orang itu) sepanjang masa. NIK akan dikenakan pada setiap orang ketika terdaftar sebagai penduduk Indonesia, dan NIK itu tidak dapat digantikan walaupun orang itu meninggal. Nama, nama lengkap seseorang berdasarkan identitas yang tercatat pada data kependudukan (akte lahir, KTP, kartu keluarga) atau paspor. Tanggal lahir, tanggal lahir seseorang berdasarkan akte kelahiran atau identitas lain yang sah. Jenis kelamin, keterangan tanda fisik gender yang melekat pada orang. Alamat, merujuk pada alamat yang tercantum dalam KTP atau paspor, dan alamat domisili jika tidak sama dengan alamat KTP atau paspor. Terdiri dari provinsi, kabupaten/kota/kota madya, kecamatan, kelurahan/desa, RT dan RW. Pendidikan, jenjang pendidikan formal terakhir yang dimiliki oleh seseorang dan dapat dibuktikan dengan dokumen resmi (ijazah). Diantaranya Tidak/belum sekolah, TK/belum tamat SD/ sederajat, SD/ sederajat, SLTP/ sederajat, SLTA/ sederajat, Diploma I/II/III, Diploma IV/Strata I, dan Strata II/Strata III. Pekerjaan, macam pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang atau ditugaskan kepada seseorang yang sedang bekerja atau yang sementara tidak bekerja. Agama, agama-agama yang diakui di wilayah NKRI dan agama sesuai yang tercantum di Kartu Tanda Penduduk (KTP). Diantaranya islam, kristen (protestan), katolik, hindu, budha, konghucu. Nomor telepon, jenis nomor telepon yang terdaftar dan dapat dihubungi. Status pernikahan seseorang, diantaranya Belum kawin, kawin, cerai hidup, dan cerai mati.

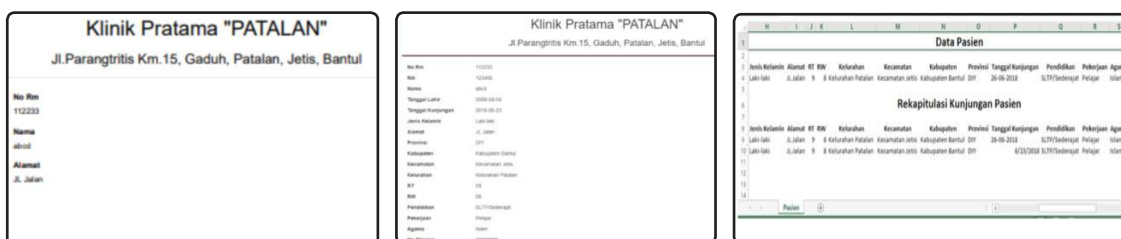
Pada halaman rekapitulasi kunjungan pasien, menampilkan rekapitulasi dari kunjungan pasien. Rekapitulasi kunjungan pasien dapat dicari berdasarkan rentang waktu tertentu dan dengan jenis pasien. Pada rancangan *backup* dan *restore*, petugas pendaftaran maupun kepala bagian rekam medis dapat melakukan *backup* dan *restore* data pasien yang ada di sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan ini. Pada rancangan *download file* dalam bentuk *microsoft excel*, pengguna sistem informasi baik petugas pendaftaran maupun kepala rekam medis dapat mengunduh file data pasien maupun rekapitulasi kunjungan pasien dalam bentuk *microsoft excel*. Pada rancangan menu pengaturan, yang memiliki wewenang hanya *admin*. Dimana dalam menu ini terdapat tiga perintah, yakni menambah *admin* atau *user*, menambah daftar dokter, dan mengganti *password* pemilik hak akses.

Desain *output* sistem informasi pendaftaran rawat jalan, meliputi KIB (Kartu Identitas Berobat), formulir pendaftaran pasien dan *file download microsoft excel*.



Gambar 5. Tampilan halaman rekapitulasi kunjungan pasien

Implementasi sistem informasi pendaftaran rawat jalan di Klinik Pratama Patalan, merupakan tahapan dimana akan dilakukan sebuah skenario pengujian terhadap sistem yang telah dibangun. Adapun skenario pengujian sistem yang dilakukan ialah dengan menggunakan metode pengujian sistem berupa *blackbox testing*. Pengujian *blackbox* adalah salah satu metode pengujian perangkat lunak yang berfokus pada sisi fungsionalitas, khususnya pada *input* dan *output* aplikasi (apakah susah sesuai dengan dengan apa yang diharapkan atau belum). Tahap pengujian atau *testing* merupakan salah satu tahap yang harus ada dalam sebuah siklus pengembangan perangkat lunak (selain tahap perancangan atau *desain*). Pada implementasi dan perancangan sistem informasi pendaftaran rawat jalan di Klinik Pratama Patalan tidak lepas dari tujuan perancangan yang ingin dicapai.



Gambar 6. Tampilan KIB, formulir pendaftaran pasien dan *file download microsoft excel*

PEMBAHASAN

Dengan adanya identifikasi masalah yang dilakukan di Klinik Pratama Patalan, menjadi bahan dasar untuk merancang sistem informasi yang baru. Rancangan sistem informasi yang baru untuk memenuhi kebutuhan dari kekurangan sistem informasi epi info di Klinik Pratama Patalan. Konsep awal unit kerja rekam medis untuk klinik pratama dapat dimulai dari perencanaan secara bertahap mulai identifikasi hingga pemilihan alternatif agar dapat diimplementasikan sesuai standar dan kebutuhan (Meianti, 2018). Hasil perancangan sistem dapat digunakan sebagai dasar pengembangan sistem informasi pendaftaran rawat jalan klinik yang mampu melayani pasien dengan cepat dan akurat serta mampu menyajikan informasi rekam medis yang berkualitas (Tominanto, 2015).

Hak akses sistem informasi, hak akses adalah hak yang diberikan kepada pengguna sistem informasi untuk mengakses sistem. Hak akses dapat dikatakan sebagai hal yang mendasar untuk keamanan suatu sistem. Tidak adanya hak akses di sistem informasi epi info membuat perancang mengusulkan untuk ditambahkan hak akses pada sistem informasi yang baru. Dengan dilakukannya perbaikan pada sistem informasi pendaftaran rawat jalan yang baru, maka perancang mengusulkan untuk dibuatkan halaman *login* dengan membedakan pengguna menjadi dua jenis, yaitu *admin* dan *user* yang keduanya memiliki tanggung jawab terhadap sistem informasi tersebut. Halaman utama yang belum ada pada sistem informasi epi info membuat perancang mengusulkan rancangan yang menampilkan bagaimana profil dari klinik tersebut dan

mengusulkan rancangan desain *interface* yang sederhana agar tampilan tidak membosankan dan terlihat lebih tertata dan teratur.

Sistem informasi mendapatkan *input* berupa data-data atau kejadian dalam sebuah perusahaan, diubah dengan pengolah informasi untuk memperoleh informasi. Pada pendaftaran pasien di sistem informasi pendaftaran yang lama (*epi info*), pengisian data sosial pasien pada saat pendaftaran pasien baru hanya berisikan nama pasien, nomor rekam medis, alamat, jenis kelamin. Data tersebut dirasa belum cukup untuk memenuhi kebutuhan informasi. Berdasarkan Kamus Data Kesehatan Indonesia (Kata Hat-I) milik Kementerian Kesehatan Indonesia ada banyak set data seseorang yang setidaknya dipakai untuk dijadikan informasi data pasien. Oleh karena itu, perbaikan yang dilakukan dalam perancangan ini memberikan kolom isian pada saat pendaftaran pasien baru dengan mengadopsi sebagian besar standar dari Kamus Data Kesehatan Indonesia (Kata Hat-I), yaitu nomor rekam medis, NIK, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon. Dengan demikian diharapkan dapat membantu petugas dan klinik dalam mengolah informasi data pasien secara maksimal. Selain itu, pada sistem informasi yang lama belum terdapat fitur pendaftaran yang menunjukkan jenis pelayanan maupun dokter yang memeriksa. Jadi perancang mengusulkan untuk sistem informasi yang baru melengkapi sistem pendaftaran dengan mendaftar jenis pelayanan yang diinginkan dan dokter yang memeriksa. Kebutuhan sistem *elektronik medical record* berbasis *web* di Vietnam yaitu membuat catatan medis yang dapat diakses oleh staf medis rumah sakit dan pasien untuk membuat sistem perawatan kesehatan lebih efisien. Sistem akan meminimalkan kesalahan karena entri manual data medis pasien dengan akuisisi data informasi medis otomatis. Sistem saat ini lebih cocok untuk rumah sakit menengah dan kecil. Standar ditetapkan untuk mengelola, menyimpan, dan berbagi catatan medis antara penyedia layanan kesehatan yang berbeda (Nguyen, 2011).

Menurut PerMenKes 28 tahun 2011 klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar atau spesialis yang diselenggarakan lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Klinik merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pada sistem *epi info* di klinik hanya berupa data milik pasien dan belum memiliki fitur tampilan rekapitulasi kunjungan pasien. Sistem hanya dapat menampilkan daftar data pasien saja. Hal tersebut sangat disayangkan karena klinik memiliki jumlah pasien tidak sedikit dan sudah berkembang seharusnya memiliki sistem informasi yang dapat menampilkan rekapitulasi kunjungan pasien. Perancang mengusulkan fitur untuk menampilkan jumlah rekapitulasi kunjungan pasien yang nantinya dapat digunakan untuk membantu menyampaikan laporan. Fitur rekapitulasi kunjungan pasien ini dapat *filter* dengan mencari kunjungan pasien berdasarkan rentang waktu dan jenis pasien (umum atau BPJS). Terlebih klinik tersebut juga bekerjasama dengan BPJS dalam memberikan pelayanan kesehatan, dan fitur ini diharapkan akan membantu dalam proses pengolahan laporan. Sistem informasi pelaporan rekam medis rawat jalan mempermudah petugas dalam mencari data pasien dengan menggunakan fungsi *queries*, mampu mengolah data pasien serta membuat laporan rekapitulasi kunjungan pasien rawat jalan (Rohman, 2017).

Fitur *backup* dan *restore* data, pada teknologi informasi, *backup* mengacu pada penyalinan data, dimana data tersebut merupakan data salinan yang dapat di *restore* kembali apabila ada data yang hilang atau dibutuhkan. *Backup* data adalah memindahkan atau menyalin kumpulan informasi (data) yang tersimpan di dalam *harddisk* komputer yang biasanya dilakukan dari satu lokasi/perangkat ke lokasi/perangkat lain (Azikin, 2011). Sedangkan *restore* adalah proses yang penting setelah *backup* yaitu mengembalikan kembali data yang ada dan dimasukkan ke dalam suatu sistem. Di klinik, sistem informasi yang digunakan sebelumnya belum memiliki fitur *backup* dan *restore* data. Oleh karena itu perancang mengusulkan fitur *backup* dan *restore* karena perancang menilai fitur ini sangat penting.

Fitur cetak kartu identitas berobat dan formulir. Di dalam PerMenKes 269 tahun 2008 dijelaskan bahwa rekam medis rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan salah satunya memuat identitas pasien, yang tuangkan dalam formulir data pasien dimana data pasien didapat pada saat pasien melakukan pendaftaran. Di klinik belum memiliki formulir pendaftaran pasien yang memuat identitas pasien. Sebelumnya klinik menggunakan kartu rekam medis yang berupa satu lembar kertas dimana kartu tersebut hanya memuat data sosial pasien yang minim dan hasil pemeriksaan. Oleh karena itu perancang mencoba membantu untuk menyediakan fitur mencetak formulir yang diharapkan kedepannya juga dapat membantu mengembangkan rekam medis di klinik tersebut. Kartu Identitas Berobat (KIB) merupakan kartu identitas milik pasien di suatu

instansi pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk mencari dokumen rekam medis milik pasien yang sudah berobat ke instansi tersebut karena pada KIB tersebut terdapat nomor rekam medis. Kedatangan pasien ke instansi pelayanan kesehatan disertai membawa KIB akan mempermudah petugas untuk mencarikan dokumen rekam medis pasien. Di klinik sudah menyediakan KIB untuk pasien yang datang dan melakukan pemeriksaan. Namun sebelumnya KIB masih dilakukan dengan cara manual, yaitu ditulis oleh petugas pendaftaran. Melihat hal tersebut, perancang mengusulkan untuk menambah fitur pencetak KIB pada sistem informasi pendaftaran rawat jalan yang baru ini.

Fitur *download file microsoft excel* pada sistem informasi sebelumnya belum ada. Sehingga petugas merasa kesulitan untuk mengolah data yang ada tersebut. Pengolahan data yang dilakukan di klinik berdasarkan data yang ada di buku register pendaftaran pasien. Namun pada sistem yang baru ini, perancang mengembangkan format laporan pada unduhan file ini. Diharapkan dengan adanya pengembangan dari file ini dapat membantu petugas dalam mengolah laporan. Pada penelitian perancangan sistem informasi pelaporan dimulai dari identifikasi kebutuhan pengguna, perancangan aplikasi dan menguji coba *prototype* sistem informasi pelaporan posyandu lansia yang merupakan aplikasi desktop berbasis *microsoft access*. Pengguna menyatakan menerima *prototype* ini, kelengkapan pengisian pelaporan menjadi lebih lengkap, hak akses dapat diatur, dan penghitungan umur sudah otomatis (Rohman, 2018).

Fitur pengaturan untuk *admin*, selain tidak adanya hak akses di sistem sebelumnya, belum adanya pendaftaran jenis pelayanan dan dokter yang memeriksa pun menjadi bahan pertimbangan dalam perancangan sistem ini. Setelah dirasa fitur yang lain cukup untuk memenuhi kebutuhan pokok dalam pendaftaran di klinik, perancang menambah fitur untuk mengelola sistem informasi. Dimana yang dapat melakukan fitur ini hanyalah *admin* atau kepala bagian rekam medis, yaitu penambahan fitur pengaturan, fitur ini memberikan tiga fungsi yaitu menambah *user* atau *admin*, menambah daftar dokter, dan mengubah *username* atau *password*. Pada sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan di Klinik dr. Sri Widatik masih secara manual dan belum membuat laporan maka dibuatlah perancangan sistem yang baru guna meningkatkan pelayanan kepada pasien dan sebagai bahan pertimbangan kepada pimpinan klinik untuk mengetahui kelebihan dan kelemahan bila menggunakan sistem dengan komputerisasi (Putra, 2013).

KESIMPULAN

Setelah selesai melakukan analisis kebutuhan, merancang sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan berbasis *web*, dan mengimplementasikan di Klinik Pratama Patalan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Perancangan sistem informasi ini dapat membantu petugas untuk melakukan pendaftaran terhadap pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
2. Data yang dimasukkan pada formulir pendaftaran di sistem informasi ini meliputi nomor rekam medis, Nomor Induk Kependudukan (NIK), nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon, dan status. Di mana masukan data tersebut sudah sesuai dengan standar dari Kamus Data Kesehatan Indonesia.
3. Terdapat beberapa fungsi pada sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan ini, yaitu pendaftaran pasien lama, pendaftaran pasien baru, rekapitulasi kunjungan pasien, dan menu cetak formulir serta cetak kartu.
4. Petugas pendaftaran (*user*) hanya dapat melakukan *input* data pasien, mendaftar, dan mengelola rekapitulasi kunjungan pasien. Sedangkan kepala bagian rekam medis (*admin*) dapat melakukan semuanya, termasuk untuk menambah *user*, mengubah *username* dan *password* serta menambah daftar dokter, serta kepala bagian rekam medis memiliki kewenangan untuk melaporkan data dari sistem informasi kepada pimpinan klinik.
5. *Backup data* dilakukan secara berkala dalam rentang waktu tertentu seiring dengan dibutuhkan-kannya laporan rekapitulasi kunjungan pasien. Guna menghindari kekeliruan atau terjadinya *error* pada sistem maupun *database*, klinik menyediakan kapasitas *harddisk* yang besar.

DAFTAR PUSTAKA

- Azikin, Askari (2011). *Debian GNU/Linux*. Bandung:Informatika.
- Meianti, Anggia; Rohman, Hendra; Mayretta, Anna. 2018. *Perencanaan Implementasi Unit Kerja Rekam Medis Untuk Klinik Pratama Pancasila Baturetno Wonogiri*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki), [S.l.], v. 6, n. 2, p. 135-141, des. 2018. ISSN 2337-6007. <<http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/198>>. doi:<http://dx.doi.org/10.33560/v6i2.198>.
- Menkes RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Menkes, RI. 2011. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 028/MenKes/Per/I/2011 tentang Klinik. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Nguyen, Thuan D., Hai D. VU, John G. Webster, Amit J. Nimunkar.2011.*A Web-Based Electronic Medical Records and Hospital Information System for Developing Countries*, Journal of Health Informatics in Developing Countries, <https://www.researchgate.net/publication/239524799>.
- Putra, Dedi Karunia, Rohmadi, Sri Mulyono. 2013. *Perancangan Sistem Informasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Klinik dr. Sri Wedatik Sukoharjo Berbasis Web*. Surakarta.Jurnal Rekam Medis. Vol 7, No 2.
- Rohman, Hendra; Handoko, Tri; Sulistyono, Widhi. 2017. *Perancangan Sistem Informasi Pelaporan Rekam Medis Rawat Jalan*. *Bhakti Setya Medika*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 30-44, June 2018. ISSN 2528-7621. <<http://www.jurnal.poltekkes-bsi.ac.id/index.php/bsm/article/view/14>>.
- Rohman, Hendra.Try Nur Aminaa. 2018. *Perancangan Sistem Informasi Pelaporan Posyandu Lansia*. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan*, 1(02). <http://jmiak-rekammedis-univetbantara.ac.id/index.php/jmiak/article/view/12>.
- Susanto, Azhar.2004.Sistem Informasi Manajemen konsep dan pengembangannya.Lingga Jaya.Bandung.
- Tominanto. 2015. *Perancangan Sistem Informasi Pendaftaran Rawat Jalan Klinik*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. Vol 3, No 2.

PERANCANGAN SISTEM INFORMASI PENDAFTARAN RAWAT JALAN BERBASIS WEB DI KLINIK PRATAMA PATALAN

¹Hendra Rohman, ²Christyani Wahyu Puspita Dewi, ³Muhammad Raf Nuswantoro

¹ Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, hendrarohman@mail.ugm.ac.id

² Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, christianipuspita@yahoo.co.id

³ Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, muhammadraf.nuswantoro@gmail.com

ABSTRAK

Aplikasi epi info digunakan oleh petugas pendaftaran pasien rawat jalan di Klinik Pratama Patalan, Jetis, Bantul, sejak tahun 2007 dalam mengelola sistem pendaftaran rawat jalan. Sistem informasi tersebut sulit melakukan kontrol, karena isi dari sistem tersebut tidak dapat memberikan informasi yang dibutuhkan. Isi dari sistem informasi tersebut hanya berupa identitas sosial milik pasien saja, dan belum memiliki sistem keamanan (hak akses pengguna). Sistem yang digunakan belum dapat membantu petugas dalam mengelola laporan, sehingga berpengaruh pada kecepatan pelayanan dan kurang maksimal dalam menghasilkan informasi. Tujuan penelitian untuk merancang sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan berbasis web. Metode System Development Life Cycle (SDLC). Hasil sistem berupa rancangan menu pendaftaran pasien lama, pasien baru, dan rekapitulasi kunjungan pasien yang dapat membantu petugas melakukan pendaftaran. Data yang dimasukkan pada pendaftaran di sistem informasi ini meliputi nomor rekam medis, Nomor Induk Kependudukan (NIK), nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon, dan status. Petugas pendaftaran (user) hanya dapat input data pasien, mendaftar, dan mengelola rekapitulasi kunjungan pasien, sedangkan kepala bagian rekam medis (admin) diberikan hak akses seluruhnya, termasuk menambah user, mengubah username dan password, menambah daftar dokter, dan memiliki kewenangan melaporkan data dari sistem informasi kepada pimpinan klinik. Kesimpulan, berdasarkan hasil analisis, perancangan, dan implementasinya, sistem ini sangat membantu, mempermudah petugas mencari data pasien, dan membuat laporan rekapitulasi kunjungan pasien.

Kata kunci: elektronik, registrasi, rekam medis

ABSTRACT

The epi info application was used by outpatient registration officers at Klinik Pratama Patalan, Jetis, Bantul, since 2007 in managing the outpatient registration system. The information system was difficult to control, because the contents of the system cannot provide the information needed. The content of the information system was only a patient's social identity, and does not have a security system (user access rights). The system used has not been able to assist officers in managing reports, so that it affects the speed of service and is not maximal in producing information. The research objective was to design a web-based outpatient registration information system. System Development Life Cycle (SDLC) method. The results of the system were in the form of an old patient registration menu design, new patients, and recapitulation of patient visits that can help officers register. Data entered on registration in this information system includes medical record numbers, National Identification Number (NIK), name, date of birth, gender, address, education, occupation, religion, telephone number, and status. The registration officer (user) can only input patient data, register, and manage patient visit recapitulation, while the head of the medical record (admin) was given full access rights, including adding users, changing username and password, adding a list of doctors, and having the authority to report data from information systems to clinic leaders. Conclusion, based on the results of the analysis, design, and implementation, this system is very helpful, making it easier for officers to find patient data, and make a report on recapitulation of patient visits.

Keywords: electronics, registration, medical records

PENDAHULUAN

Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita Bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945. Dalam penjelasan umum atas Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan pada huruf (b) ditentukan, bahwa pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan secara optimal. Hal ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan di Indonesia mendapatkan perhatian dan penanganan secara serius oleh pemerintah, yaitu dengan didirikannya sarana-sarana kesehatan, tidak hanya di kota-kota, tetapi juga sampai ke desa-desa.

Klinik Pratama Patalan adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Kecamatan Jetis, Kabupaten Bantul, Yogyakarta. Setiap harinya, tidak sedikit orang yang datang ke klinik tersebut untuk berobat. Mengingat letak yang sangat strategis di pinggir jalan raya parangtritis dan buka praktek di waktu sore. Klinik Pratama Patalan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan membutuhkan keberadaan suatu sistem informasi yang akurat untuk meningkatkan pelayanan kepada para pasien serta lingkungan terkait lainnya. Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti lakukan dengan petugas pendaftaran pasien di Klinik Pratama Patalan menjelaskan bahwa sistem yang digunakan oleh petugas pendaftaran pasien rawat jalan di Klinik Pratama Patalan menggunakan epi info. Sistem tersebut masih sangat sederhana dan belum ada sistem keamanannya (hak akses pengguna). Sistem epi info yang ada, hanya digunakan untuk *input* pendaftaran pasien saja. Epi info yang digunakan di Klinik Pratama Patalan ini digunakan sejak tahun 2007. Selain itu, sistem informasi yang digunakan memiliki kekurangan, antara lain desain antar muka yang terlihat membosankan bagi pengguna dan kurang efektif dalam *input* data pasien. Selain itu, dalam penerapannya kemampuan sistem informasi epi info yang digunakan masih terbatas, dalam artian sistem informasi ini tidak dapat memberikan informasi yang banyak karena isi dari sistem informasi tersebut hanya berupa identitas sosial milik pasien saja, dan hal identitas tersebut pun hanya sebatas nama pasien, alamat, umur, dan jenis kelamin saja, sehingga tidak dapat memenuhi standar Kamus Data Kesehatan Indonesia milik Kementerian Kesehatan. Selain itu, fitur yang ada pada epi info hanyalah pengisian data sosial pasien dan pencariannya, tidak ada fitur pendaftaran, rekapitulasi kunjungan pasien, dan lain sebagainya.

Dengan diusulkannya sistem informasi pendaftaran rawat jalan berbasis web ini kepada pihak klinik, diharapkan dapat membantu petugas pendaftaran pasien rawat jalan dalam pengumpulan, pencatatan, dan penyimpanan data pasien rawat jalan serta dapat memenuhi tuntutan perkembangan jaman perubahan sistem informasi. Tujuan dilakukan penelitian ini adalah melakukan analisis kebutuhan dan perancangan sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan berbasis web di Klinik Pratama Patalan yang dinamis dan interaktif.

METODE

Peneliti menggunakan penelitian kualitatif dengan teknik pengumpulan data pada tahapan identifikasi kebutuhan, perancangan, dan uji coba rancangan. Dengan metode ini ada kerja sama atau kolaborasi antara peneliti dengan subjek penelitian sebagai pengguna sistem. Sedangkan untuk sumber data dari penelitian ini menggunakan sumber data primer. Dimana proses pengumpulan dan pengambilan data dilakukan dengan melakukan wawancara dengan petugas yang berkompeten, serta melakukan observasi secara langsung terhadap pelaksanaan kegiatan pendaftaran pasien. Penelitian ini merupakan penelitian perancangan dengan menggunakan metode *System Development Life Cycle* (SDLC) atau siklus hidup pengembangan sistem. *System Development Life Cycle* (SDLC) adalah salah satu metode pengembangan sistem informasi yang populer pada saat sistem informasi pertama kali dikembangkan. Metode SDLC adalah tahap-tahap pengembangan sistem informasi yang pertama kali dikembangkan yang dilakukan oleh analisis sistem dan programmer untuk membangun sebuah sistem informasi. Metode SDLC ini seringkali dinamakan sebagai proses pemecahan masalah, yang langkah-langkahnya meliputi analisis, perancangan, penerapan, dan pemeliharaan (Susanto, 2004).

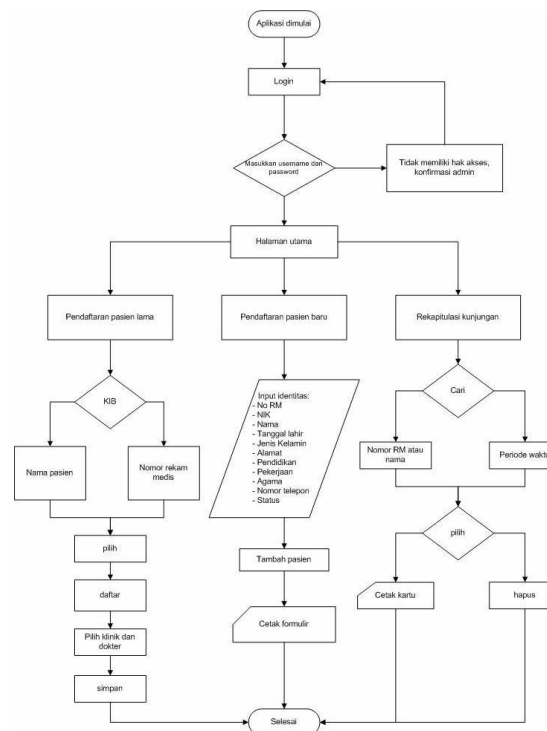
HASIL

Klinik Pratama Patalan sendiri berdiri sejak tanggal 1 September 2007. Sehubungan dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehatan yang berkorelasi langsung dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat atas layanan kesehatan maka Klinik Pratama Patalan selaku penyedia jasa layanan kesehatan bermaksud untuk ikut berpartisipasi dan turut serta memenuhi harapan kesehatan masyarakat tersebut. Sistem penamaan di Klinik Pratama Patalan menggunakan nama pribadi pasien yang bersangkutan. Sistem penomoran yang dilaksanakan adalah sistem penomoran unit (*unit numbering system*), dimana satu pasien mendapatkan satu nomor rekam medis untuk selamanya.

Pencatatan data pada pendaftaran pasien dilakukan secara komputerisasi dan *diinput* pada sistem informasi epi info, sedangkan untuk pencatatan identitas pasien pada KIB (Kartu Identitas Berobat) dilakukan secara manual. KIB berisi nomor rekam medis, nama, alamat. Data formulir pasien pada Epi Info berisi nama, nomor rekam medis, alamat, umur, jenis kelamin, nomor telepon. Buku register pendaftaran berisi tanggal kunjungan, nomor rekam medis, nama, umur, alamat, jenis kelamin, no telepon.

Identifikasi masalah jika dilihat dari aspek kinerja, aspek informasi, dan aspek control, epi Info yang sudah ada di Klinik Pratama Patalan memiliki kelemahan yaitu pada aspek kinerja (*performance*), pada sistem informasi sudah menggunakan sistem komputerisasi (sistem informasi epi info), namun pada sistem yang digunakan masih terdapat beberapa kekurangan, diantaranya tidak dilengkapi dengan menu cetak formulir dan cetak kartu, sehingga penulisan kartu berobat masih menggunakan sistem manual, dan juga belum tersedianya tampilan rekapitulasi kunjungan pasien.

Aspek informasi (*information*), pada sistem informasi yang ada di Klinik Pratama Patalan masih terdapat beberapa informasi yang belum lengkap, diantaranya data sosial pasien yang belum lengkap, misalnya tidak ada identitas pasien tentang agama, pendidikan, pekerjaan, dan lain sebagainya. Aspek kontrol (*control*), pada sistem informasi yang sudah digunakan memiliki kekurangan pada bagian hak akses epi info, karena tidak ada pembeda antara *admin* dan *user*, sehingga memiliki kemungkinan bahwa orang yang tidak memiliki kewenangan dapat menggunakan sistem informasi tersebut atau melakukan pendaftaran.

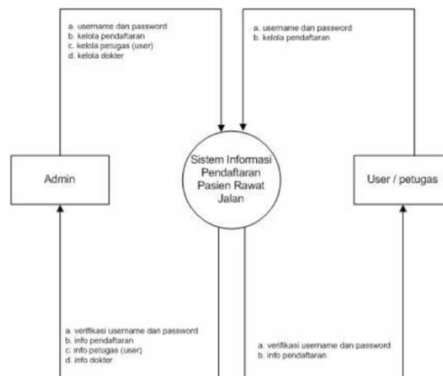


Gambar 1. Flowchart

Kebutuhan *input* data yang diperlukan adalah Data sosial pasien meliputi Nomor Induk Kependudukan (NIK), nama tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon, status. Data

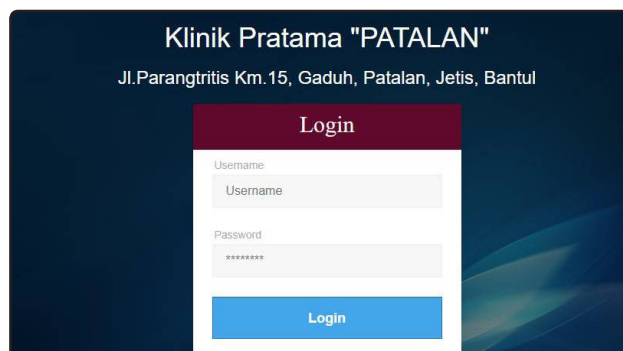
jenis pelayanan meliputi KIA, Umum, Gigi. Data dokter meliputi 15 nama dokter. Data jenis pasien meliputi umum dan BPJS. *Software* yang diperlukan untuk menjalankan sistem informasi adalah *phpmyadmin database manager* sebagai *database*, XAMPP versi 3.4.5 sebagai *control panel application*, dan aplikasi *browser* untuk menjalankan sistem informasi.

Pada *context diagram* di bawah ini, *admin* ke sistem informasi pendaftaran rawat jalan meliputi *username* dan *password*, kelola registrasi, kelola petugas (*user*), kelola dokter. Sistem informasi pendaftaran rawat jalan ke *admin* meliputi verifikasi *username* dan *password*, info registrasi, info petugas (*user*) info dokter). Petugas (*user*) ke sistem informasi pendaftaran rawat jalan meliputi *username* dan *password*, kelola registrasi). Sistem informasi pendaftaran rawat jalan ke petugas (*user*) meliputi verifikasi *username* dan *password*, info registrasi.



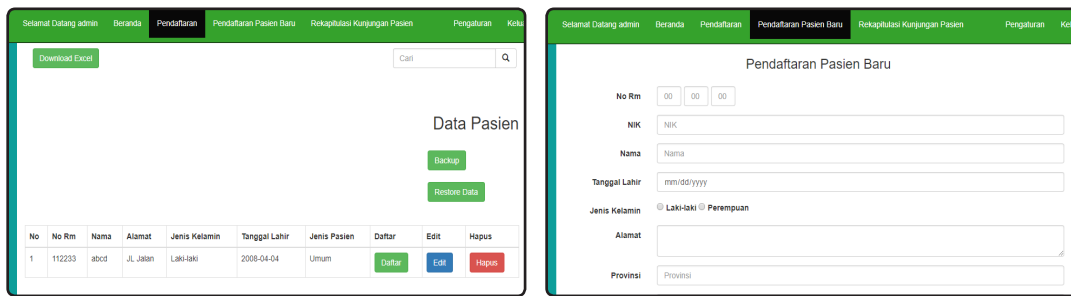
Gambar 2. Context diagram

Rancangan *login*, pada halaman ini, terdapat dua kategori pengguna yang dapat *login* dan mengoperasikan sistem informasi ini, yaitu *admin* dan *user*. *Admin* adalah kepala rekam medis dan *user* adalah petugas pendaftaran. *Admin* memiliki akses untuk mengelola sistem informasi, diantaranya untuk mengelola registrasi, rekapitulasi kunjungan, dan memiliki wewenang untuk menambah *user*, mengubah *username* dan *password*, serta menambah daftar dokter. Sedangkan untuk *user* hanya memiliki hak akses untuk mengelola registrasi dan rekapitulasi kunjungan pasien.



Gambar 3. Tampilan login

Rancangan halaman utama, pada halaman ini, akan menampilkan profil dari Klinik Pratama Patalan. Diantaranya ada informasi alamat klinik, jenis pelayanan, dan layanan pelengkap. Rancangan *form* pendaftaran pasien lama, pada halaman ini, untuk mendaftarkan pasien lama dapat mencari data pasien di kolom pencarian dengan menggunakan nama ataupun nomor rekam medis milik pasien. Setelah menemukan data pasien, terdapat tiga pilihan, yaitu daftar, *edit*, dan hapus. Pilihan daftar untuk mendaftarkan jenis pelayanan yang diinginkan, dokter yang memeriksa, dan jenis pasien, kemudian daftar. Untuk pilihan *edit*, tersedia form untuk mengedit data pasien. Sedangkan untuk pilihan hapus, digunakan untuk menghapus data pasien dari *database system*.



Gambar 4. Rancangan form pendaftaran pasien lama dan baru

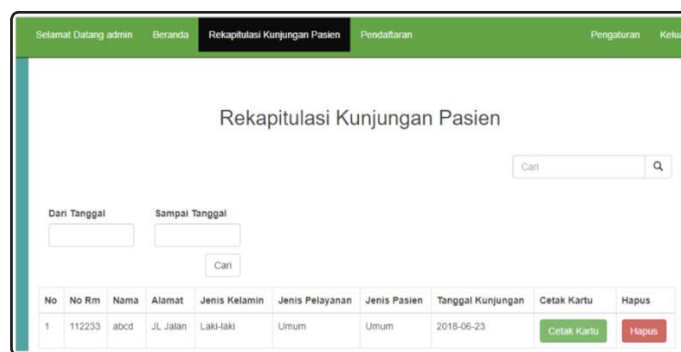
Rancangan *form* pendaftaran pasien baru, pasien baru tersedia form untuk mengisi data sosial pasien yang akan mendaftar. Diantaranya terdiri dari nomor rekam medis, NIK, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon, status, jenis pelayanan, jenis pasien, dan dokter. Dimana isian formulir tersebut sudah sesuai dengan standar dari kamus data kesehatan Indonesia (Kata Hat-I) milik Kementerian Kesehatan.

Penomoran rekam medis sangat berperan penting dalam memudahkan pencarian berkas atau dokumen rekam medis apabila pasien kemudian datang kembali berobat di sarana pelayanan kesehatan serta untuk kesinambungan informasi, dengan menggunakan sistem penomoran maka informasi dapat secara berurut dan meminimalkan informasi hilang. Pada sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan ini, pemberian nomor rekam medis masih dilakukan manual. Dalam arti, tidak menggunakan nomor rekam medis otomatis, karena bila menggunakan sistem dan terjadi kesalahan pendaftaran maka sistem harus memiliki solusi untuk mengubah urutan nomor rekam medis kembali. Sedangkan jika menggunakan sistem manual, apabila terjadi kesalahan seperti duplikasi nomor rekam medis, sistem sudah memiliki menu untuk menghapus data tersebut.

Nomor induk kependudukan (NIK) sesuai dengan nomor yang tercantum pada Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Keluarga. NIK terdiri atas 16 digit yang bersifat unik dan khas, tunggal, serta melekat pada seseorang (dan hanya pada orang itu) sepanjang masa. NIK akan dikenakan pada setiap orang ketika terdaftar sebagai penduduk Indonesia, dan NIK itu tidak dapat digantikan walaupun orang itu meninggal. Nama, nama lengkap seseorang berdasarkan identitas yang tercatat pada data kependudukan (akte lahir, KTP, kartu keluarga) atau paspor. Tanggal lahir, tanggal lahir seseorang berdasarkan akte kelahiran atau identitas lain yang sah. Jenis kelamin, keterangan tanda fisik gender yang melekat pada orang. Alamat, merujuk pada alamat yang tercantum dalam KTP atau paspor, dan alamat domisili jika tidak sama dengan alamat KTP atau paspor. Terdiri dari provinsi, kabupaten/kota/kota madya, kecamatan, kelurahan/desa, RT dan RW. Pendidikan, jenjang pendidikan formal terakhir yang dimiliki oleh seseorang dan dapat dibuktikan dengan dokumen resmi (ijazah). Diantaranya Tidak/belum sekolah, TK/belum tamat SD/ sederajat, SD/ sederajat, SLTP/ sederajat, SLTA/ sederajat, Diploma I/II/III, Diploma IV/Strata I, dan Strata II/Strata III. Pekerjaan, macam pekerjaan yang dilakukan oleh seseorang atau ditugaskan kepada seseorang yang sedang bekerja atau yang sementara tidak bekerja. Agama, agama-agama yang diakui di wilayah NKRI dan agama sesuai yang tercantum di Kartu Tanda Penduduk (KTP). Diantaranya islam, kristen (protestan), katolik, hindu, budha, konghucu. Nomor telepon, jenis nomor telepon yang terdaftar dan dapat dihubungi. Status pernikahan seseorang, diantaranya Belum kawin, kawin, cerai hidup, dan cerai mati.

Pada halaman rekapitulasi kunjungan pasien, menampilkan rekapitulasi dari kunjungan pasien. Rekapitulasi kunjungan pasien dapat dicari berdasarkan rentang waktu tertentu dan dengan jenis pasien. Pada rancangan *backup* dan *restore*, petugas pendaftaran maupun kepala bagian rekam medis dapat melakukan *backup* dan *restore* data pasien yang ada di sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan ini. Pada rancangan *download file* dalam bentuk *microsoft excel*, pengguna sistem informasi baik petugas pendaftaran maupun kepala rekam medis dapat mengunduh file data pasien maupun rekapitulasi kunjungan pasien dalam bentuk *microsoft excel*. Pada rancangan menu pengaturan, yang memiliki wewenang hanya *admin*. Dimana dalam menu ini terdapat tiga perintah, yakni menambah *admin* atau *user*, menambah daftar dokter, dan mengganti *password* pemilik hak akses.

Desain *output* sistem informasi pendaftaran rawat jalan, meliputi KIB (Kartu Identitas Berobat), formulir pendaftaran pasien dan *file download microsoft excel*.



Gambar 5. Tampilan halaman rekapitulasi kunjungan pasien

Implementasi sistem informasi pendaftaran rawat jalan di Klinik Pratama Patalan, merupakan tahapan dimana akan dilakukan sebuah skenario pengujian terhadap sistem yang telah dibangun. Adapun skenario pengujian sistem yang dilakukan ialah dengan menggunakan metode pengujian sistem berupa *blackbox testing*. Pengujian *blackbox* adalah salah satu metode pengujian perangkat lunak yang berfokus pada sisi fungsionalitas, khususnya pada *input* dan *output* aplikasi (apakah susah sesuai dengan dengan apa yang diharapkan atau belum). Tahap pengujian atau *testing* merupakan salah satu tahap yang harus ada dalam sebuah siklus pengembangan perangkat lunak (selain tahap perancangan atau *desain*). Pada implementasi dan perancangan sistem informasi pendaftaran rawat jalan di Klinik Pratama Patalan tidak lepas dari tujuan perancangan yang ingin dicapai.



Gambar 6. Tampilan KIB, formulir pendaftaran pasien dan *file download microsoft excel*

PEMBAHASAN

Dengan adanya identifikasi masalah yang dilakukan di Klinik Pratama Patalan, menjadi bahan dasar untuk merancang sistem informasi yang baru. Rancangan sistem informasi yang baru untuk memenuhi kebutuhan dari kekurangan sistem informasi epi info di Klinik Pratama Patalan. Konsep awal unit kerja rekam medis untuk klinik pratama dapat dimulai dari perencanaan secara bertahap mulai identifikasi hingga pemilihan alternatif agar dapat diimplementasikan sesuai standar dan kebutuhan (Meianti, 2018). Hasil perancangan sistem dapat digunakan sebagai dasar pengembangan sistem informasi pendaftaran rawat jalan klinik yang mampu melayani pasien dengan cepat dan akurat serta mampu menyajikan informasi rekam medis yang berkualitas (Tominanto, 2015).

Hak akses sistem informasi, hak akses adalah hak yang diberikan kepada pengguna sistem informasi untuk mengakses sistem. Hak akses dapat dikatakan sebagai hal yang mendasar untuk keamanan suatu sistem. Tidak adanya hak akses di sistem informasi epi info membuat perancang mengusulkan untuk ditambahkan hak akses pada sistem informasi yang baru. Dengan dilakukannya perbaikan pada sistem informasi pendaftaran rawat jalan yang baru, maka perancang mengusulkan untuk dibuatkan halaman *login* dengan membedakan pengguna menjadi dua jenis, yaitu *admin* dan *user* yang keduanya memiliki tanggung jawab terhadap sistem informasi tersebut. Halaman utama yang belum ada pada sistem informasi epi info membuat perancang mengusulkan rancangan yang menampilkan bagaimana profil dari klinik tersebut dan

mengusulkan rancangan desain *interface* yang sederhana agar tampilan tidak membosankan dan terlihat lebih tertata dan teratur.

Sistem informasi mendapatkan *input* berupa data-data atau kejadian dalam sebuah perusahaan, diubah dengan pengolah informasi untuk memperoleh informasi. Pada pendaftaran pasien di sistem informasi pendaftaran yang lama (epi info), pengisian data sosial pasien pada saat pendaftaran pasien baru hanya berisikan nama pasien, nomor rekam medis, alamat, jenis kelamin. Data tersebut dirasa belum cukup untuk memenuhi kebutuhan informasi. Berdasarkan Kamus Data Kesehatan Indonesia (Kata Hat-I) milik Kementerian Kesehatan Indonesia ada banyak set data seseorang yang setidaknya dipakai untuk dijadikan informasi data pasien. Oleh karena itu, perbaikan yang dilakukan dalam perancangan ini memberikan kolom isian pada saat pendaftaran pasien baru dengan mengadopsi sebagian besar standar dari Kamus Data Kesehatan Indonesia (Kata Hat-I), yaitu nomor rekam medis, NIK, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon. Dengan demikian diharapkan dapat membantu petugas dan klinik dalam mengolah informasi data pasien secara maksimal. Selain itu, pada sistem informasi yang lama belum terdapat fitur pendaftaran yang menunjukkan jenis pelayanan maupun dokter yang memeriksa. Jadi perancang mengusulkan untuk sistem informasi yang baru melengkapi sistem pendaftaran dengan mendaftar jenis pelayanan yang diinginkan dan dokter yang memeriksa. Kebutuhan sistem *elektronik medical record* berbasis *web* di Vietnam yaitu membuat catatan medis yang dapat diakses oleh staf medis rumah sakit dan pasien untuk membuat sistem perawatan kesehatan lebih efisien. Sistem akan meminimalkan kesalahan karena entri manual data medis pasien dengan akuisisi data informasi medis otomatis. Sistem saat ini lebih cocok untuk rumah sakit menengah dan kecil. Standar ditetapkan untuk mengelola, menyimpan, dan berbagi catatan medis antara penyedia layanan kesehatan yang berbeda (Nguyen, 2011).

Menurut PerMenKes 28 tahun 2011 klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar atau spesialis yang diselenggarakan lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Klinik merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pada sistem epi info di klinik hanya berupa data milik pasien dan belum memiliki fitur tampilan rekapitulasi kunjungan pasien. Sistem hanya dapat menampilkan daftar data pasien saja. Hal tersebut sangat disayangkan karena klinik memiliki jumlah pasien tidak sedikit dan sudah berkembang seharusnya memiliki sistem informasi yang dapat menampilkan rekapitulasi kunjungan pasien. Perancang mengusulkan fitur untuk menampilkan jumlah rekapitulasi kunjungan pasien yang nantinya dapat digunakan untuk membantu menyampaikan laporan. Fitur rekapitulasi kunjungan pasien ini dapat *diff* dengan mencari kunjungan pasien berdasarkan rentang waktu dan jenis pasien (umum atau BPJS). Terlebih klinik tersebut juga bekerjasama dengan BPJS dalam memberikan pelayanan kesehatan, dan fitur ini diharapkan akan membantu dalam proses pengolahan laporan. Sistem informasi pelaporan rekam medis rawat jalan mempermudah petugas dalam mencari data pasien dengan menggunakan fungsi queries, mampu mengolah data pasien serta membuat laporan rekapitulasi kunjungan pasien rawat jalan (Rohman, 2017).

Fitur *backup* dan *restore* data, pada teknologi informasi, *backup* mengacu pada penyalinan data, dimana data tersebut merupakan data salinan yang dapat di *restore* kembali apabila ada data yang hilang atau dibutuhkan. *Backup* data adalah memindahkan atau menyalin kumpulan informasi (data) yang tersimpan di dalam *harddisk* komputer yang biasanya dilakukan dari satu lokasi/perangkat ke lokasi/perangkat lain (Azikin, 2011). Sedangkan *restore* adalah proses yang penting setelah *backup* yaitu mengembalikan kembali data yang ada dan dimasukkan ke dalam suatu sistem. Di klinik, sistem informasi yang digunakan sebelumnya belum memiliki fitur *backup* dan *restore* data. Oleh karena itu perancang mengusulkan fitur *backup* dan *restore* karena perancang menilai fitur ini sangat penting.

Fitur cetak kartu identitas berobat dan formulir. Di dalam PerMenKes 269 tahun 2008 dijelaskan bahwa rekam medis rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan salah satunya memuat identitas pasien, yang tuangkan dalam formulir data pasien dimana data pasien didapat pada saat pasien melakukan pendaftaran. Di klinik belum memiliki formulir pendaftaran pasien yang memuat identitas pasien. Sebelumnya klinik menggunakan kartu rekam medis yang berupa satu lembar kertas dimana kartu tersebut hanya memuat data sosial pasien yang minim dan hasil pemeriksaan. Oleh karena itu perancang mencoba membantu untuk menyediakan fitur mencetak formulir yang diharapkan kedepannya juga dapat membantu mengembangkan rekam medis di klinik tersebut. Kartu Identitas Berobat (KIB) merupakan kartu identitas milik pasien di suatu

instansi pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk mencari dokumen rekam medis milik pasien yang sudah berobat ke instansi tersebut karena pada KIB tersebut terdapat nomor rekam medis. Kedatangan pasien ke instansi pelayanan kesehatan disertai membawa KIB akan mempermudah petugas untuk mencarinya dokumen rekam medis pasien. Di klinik sudah menyediakan KIB untuk pasien yang datang dan melakukan pemeriksaan. Namun sebelumnya KIB masih dilakukan dengan cara manual, yaitu ditulis oleh petugas pendaftaran. Melihat hal tersebut, perancang mengusulkan untuk menambah fitur pencetakan KIB pada sistem informasi pendaftaran rawat jalan yang baru ini.

Fitur *download file microsoft excel* pada sistem informasi sebelumnya belum ada. Sehingga petugas merasa kesulitan untuk mengolah data yang ada tersebut. Pengolahan data yang dilakukan di klinik berdasarkan data yang ada di buku register pendaftaran pasien. Namun pada sistem yang baru ini, perancang mengembangkan format laporan pada unduhan file ini. Diharapkan dengan adanya pengembangan dari file ini dapat membantu petugas dalam mengolah laporan. Pada penelitian perancangan sistem informasi pelaporan dimulai dari identifikasi kebutuhan pengguna, perancangan aplikasi dan menguji coba *prototype* sistem informasi pelaporan posyandu lansia yang merupakan aplikasi desktop berbasis *microsoft access*. Pengguna menyatakan menerima *prototype* ini, kelengkapan pengisian pelaporan menjadi lebih lengkap, hak akses dapat diatur, dan penghitungan umur sudah otomatis (Rohman, 2018).

Fitur pengaturan untuk *admin*, selain tidak adanya hak akses di sistem sebelumnya, belum adanya pendaftaran jenis pelayanan dan dokter yang memeriksa pun menjadi bahan pertimbangan dalam perancangan sistem ini. Setelah dirasa fitur yang lain cukup untuk memenuhi kebutuhan pokok dalam pendaftaran di klinik, perancang menambah fitur untuk mengelola sistem informasi. Dimana yang dapat melakukan fitur ini hanyalah *admin* atau kepala bagian rekam medis, yaitu penambahan fitur pengaturan, fitur ini memberikan tiga fungsi yaitu menambah *user* atau *admin*, menambah daftar dokter, dan mengubah *username* atau *password*. Pada sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan di Klinik dr. Sri Widatik masih secara manual dan belum membuat laporan maka dibuatlah perancangan sistem yang baru guna meningkatkan pelayanan kepada pasien dan sebagai bahan pertimbangan kepada pimpinan klinik untuk mengetahui kelebihan dan kelemahan bila menggunakan sistem dengan komputerisasi (Putra, 2013).

KESIMPULAN

Setelah selesai melakukan analisis kebutuhan, merancang sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan berbasis *web*, dan mengimplementasikan di Klinik Pratama Patalan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Perancangan sistem informasi ini dapat membantu petugas untuk melakukan pendaftaran terhadap pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
2. Data yang dimasukkan pada formulir pendaftaran di sistem informasi ini meliputi nomor rekam medis, Nomor Induk Kependudukan (NIK), nama, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pendidikan, pekerjaan, agama, nomor telepon, dan status. Di mana masukan data tersebut sudah sesuai dengan standar dari Kamus Data Kesehatan Indonesia.
3. Terdapat beberapa fungsi pada sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan ini, yaitu pendaftaran pasien lama, pendaftaran pasien baru, rekapitulasi kunjungan pasien, dan menu cetak formulir serta cetak kartu.
4. Petugas pendaftaran (*user*) hanya dapat melakukan *input* data pasien, mendaftar, dan mengelola rekapitulasi kunjungan pasien. Sedangkan kepala bagian rekam medis (*admin*) dapat melakukan semuanya, termasuk untuk menambah *user*, mengubah *username* dan *password* serta menambah daftar dokter, serta kepala bagian rekam medis memiliki kewenangan untuk melaporkan data dari sistem informasi kepada pimpinan klinik.
5. *Backup data* dilakukan secara berkala dalam rentang waktu tertentu seiring dengan dibutuhkan-kannya laporan rekapitulasi kunjungan pasien. Guna menghindari kekeliruan atau terjadinya *error* pada sistem maupun *database*, klinik menyediakan kapasitas *harddisk* yang besar.

DAFTAR PUSTAKA

- Azikin, Askari (2011). *Debian GNU/Linux*. Bandung:Informatika.
- Meianti, Anggia; Rohman, Hendra; Mayretta, Anna. 2018. *Perencanaan Implementasi Unit Kerja Rekam Medis Untuk Klinik Pratama Pancasila Baturetno Wonogiri*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki), [S.l.], v. 6, n. 2, p. 135-141, des. 2018. ISSN 2337-6007. <<http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/198>>. doi:<http://dx.doi.org/10.33560/v6i2.198>.
- Menkes RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Menkes, RI. 2011. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 028/MenKes/Per/II/2011 tentang Klinik. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Nguyen, Thuan D., Hai D. VU, John G. Webster, Amit J. Nimunkar.2011.*A Web-Based Electronic Medical Records and Hospital Information System for Developing Countries*, Journal of Health Informatics in Developing Countries, <https://www.researchgate.net/publication/239524799>.
- Putra, Dedi Karunia, Rohmadi, Sri Mulyono. 2013. *Perancangan Sistem Informasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan di Klinik dr. Sri Wedatik Sukoharjo Berbasis Web*. Surakarta.Jurnal Rekam Medis. Vol 7, No 2.
- Rohman, Hendra; Handoko, Tri; Sulisty, Widhi. 2017. *Perancangan Sistem Informasi Pelaporan Rekam Medis Rawat Jalan*. *Bhakti Setya Medika*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 30-44, June 2018. ISSN 2528-7621. <<http://www.jurnal.poltekkes-bsi.ac.id/index.php/bsm/article/view/14>>.
- Rohman, Hendra.Try Nur Aminaa. 2018. *Perancangan Sistem Informasi Pelaporan Posyandu Lansia*. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan*, 1(02). <http://jmiak-rekammedis-univetbantara.ac.id/index.php/jmiak/article/view/12>.
- Susanto, Azhar.2004.Sistem Informasi Manajemen konsep dan pengembangannya.Lingga Jaya.Bandung.
- Tominanto. 2015. *Perancangan Sistem Informasi Pendaftaran Rawat Jalan Klinik*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. Vol 3, No 2.

EFEKTIVITAS PENGGUNAAN *CLINICAL PATHWAY* BERDASARKAN AVLOS PASIEN *SECTIO CAESAREA*

¹Isna Oktavia Setyorini, ²Hendra Rohman, ³Endang Susilowati

¹ Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, isnaoktaviasetyorini@yahoo.co.id

² Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, hendrarohman@mail.ugm.ac.id

³ Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, syla9810@gmail.com

ABSTRAK

Clinical pathway diterapkan di Rumah Sakit Baptis Batu Malang tahun 2013 pada kasus apendisitis, dengue haemorrhagic fever, hernia, sectio caesarea, stroke, dan thypoid fever. Audit efektivitas penggunaan clinical pathway ditinjau dari Average Length Of Stay (AVLOS) pada pasien sectio caesarea belum dilakukan secara rutin. Penelitian ini bertujuan mengetahui efektivitas penggunaan clinical pathway ditinjau dari AVLOS pada pasien sectio caesarea. Penelitian deskriptif kualitatif dengan metode sampling jenuh. Data diperoleh melalui metode observasi, studi dokumentasi dan wawancara, uji validitas data menggunakan triangulasi sumber. Hasilnya menunjukkan bahwa sebelum implementasi clinical pathway rata-rata hari perawatan 3,25 hari, pada tahun 2013 sesudah implementasi clinical pathway rata-rata hari perawatan 3,096 hari. Kemudian pada tahun 2015 terjadi peningkatan sesudah implementasi clinical pathway dengan rata-rata hari perawatan menjadi 3,129 hari. Kesimpulannya adalah AVLOS sebelum dan sesudah implementasi clinical pathway pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Baptis Batu mengalami peningkatan pada tahun 2015. Tidak adanya tim clinical pathway dan standar operasional prosedur menyebabkan implementasi clinical pathway belum terlaksana sebagaimana mestinya.

Kata kunci: alur klinis, bedah sesar, rekam medis

ABSTRACT

The clinical pathway was implemented in Batu Malang Baptist Hospital in 2013 in cases of appendicitis, dengue haemorrhagic fever, hernias, caesarean section, stroke, and typhoid fever. The audit of the effectiveness of the use of clinical pathways in terms of Average Length of Stay (AVLOS) in patients with caesarean section has not been routinely performed. This study aims to determine the effectiveness of the use of clinical pathways in terms of AVLOS in sectio caesarean patients. Qualitative descriptive research with saturated sampling method. Data obtained through observation, documentation and interview methods, test the validity of the data using source triangulation. The results showed that before the implementation of the clinical pathway the average treatment day was 3.25 days, in 2013 after the implementation of the clinical pathway the average day of treatment was 3,096 days. Then in 2015 there was an increase after the implementation of clinical pathways with an average treatment day of 3,129 days. The conclusion is AVLOS before and after the implementation of clinical pathways in sectio caesarean patients at Batu Baptist Hospital experienced an increase in 2015. The absence of a clinical pathway team and standard operating procedures led to the implementation of the clinical pathway not being implemented properly.

Keywords: clinical flow, cesarean section, medical record

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap rawat jalan dan gawat darurat (UU RI No 44 tentang rumah sakit tahun 2009). Dalam upaya mencapai pelayanan yang sempurna, dalam sebuah rumah sakit memerlukan sarana dan prasarana yang memadai salah satunya adalah keberadaan dari Instalasi Rekam Medis.

Rekam medis menurut Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam penerapannya, rumah sakit harus mengimplementasikan *clinical pathway* sebagai perencanaan pelayanan kesehatan terpadu dengan merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai dari masuk sampai keluar rumah sakit (KemenKes, 2010). Konsep awal unit kerja rekam medis dapat dimulai dari perencanaan secara bertahap mulai identifikasi hingga pemilihan alternatif agar dapat diimplementasikan sesuai standar dan kebutuhan (Meianti, 2018).

Clinical pathway adalah alur yang menunjukkan secara detail tahap-tahap penting dari pelayanan kesehatan termasuk hasil yang diharapkan. Parameter yang berhubungan dengan implementasi *clinical pathway* pada rumah sakit dapat dilihat dari *Average Length Of Stay* (ALOS).

Rumah Sakit Baptis Batu Malang adalah salah satu rumah sakit di Jawa Timur yang sudah menerapkan *clinical pathway*. Adapun *clinical pathway* yang telah diterapkan yaitu pada kasus *apendicitis*, *dengue haemorrhagic fever*, *hernia*, *sectio caesarea*, *stroke*, dan *typhoid fever*. *Clinical pathway* ini sudah diterapkan di Rumah Sakit Baptis Batu sejak bulan Juni 2013 dengan jumlah dokter sebanyak 31 dokter. *Sectio caesarea* merupakan tindakan medis yang telah menggunakan *clinical pathway* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang. Dalam pelaksanaan *clinical pathway* perlu dilakukan audit untuk melihat efektivitas penggunaan *clinical pathway*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas penggunaan *clinical pathway* ditinjau dari AVLOS pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang.

METODE

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian observasional dengan jenis deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Rancangan penelitian ini menggunakan studi penelitian kasus (*case study*). Subjek pada penelitian ini adalah petugas rekam medis, dokter umum, dokter spesialis, ketua komite medis, perawat, petugas farmasi, dan petugas pemeriksaan penunjang. Objek dalam penelitian ini adalah semua berkas rekam medis pasien sebelum implementasi dan sesudah implementasi *clinical pathway*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medis pasien *sectio caesarea* sebelum dan sesudah implementasi *clinical pathway*. Dalam penelitian ini sampel subjek adalah petugas statistik dan pelaporan serta tim *clinical pathway* yaitu 1 dokter umum, 1 dokter spesialis, ketua komite medis, dan 1 perawat di Rumah Sakit Baptis Batu Malang. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *sampling jenuh*.

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Baptis Batu Malang mulai dari bulan April-Mei 2015. Teknik pengumpulan data menggunakan observasi/pengamatan, studi dokumentasi, dan wawancara. Instrumen penelitian yang digunakan adalah panduan observasi, panduan studi dokumentasi, alat tulis dan catat, dan komputer. Analisis data dilakukan secara retrospektif, yaitu menggunakan data dalam rekam medis. Hasil wawancara ditampilkan dengan menggunakan diagram *fishbone*.

HASIL

Hasil penelitian diperoleh bahwa implementasi *clinical pathway* pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang dimulai sejak bulan Juni 2013 untuk persiapan akreditasi rumah sakit. Dalam penyusunan *clinical pathway* tidak ada tim khusus untuk penyusunan *clinical pathway*, tetapi awal penyusunan *clinical pathway* dilakukan oleh para dokter tetap dengan mengadakan rapat untuk membahas kasus apa saja yang dapat menggunakan *clinical pathway*, yang mana kasus tersebut harus memenuhi tiga kriteria, yaitu *high volume*, *high cost*, dan *high variant*.

Kasus yang memenuhi tiga kriteria tersebut diantaranya *dengue haemorrhagic fever*, *hernia*, *sectio caesarea*, *stroke*, dan *typhoid fever*. Kasus yang memenuhi kriteria tersebut kemudian diserahkan kepada masing-masing dokter yang bertanggung jawab atas kasus tersebut untuk menyusun *clinical pathway* sesuai dengan kebutuhan yang berpedoman pada PPK (Pedoman Praktik Klinis). Pada kasus *sectio caesarea* penyusunan dilakukan oleh dokter umum yang mendapatkan pelatihan atau seminar tentang *clinical pathway*, yang akan dikonsultasikan kepada dokter yang menangani penyakit *sectio caesarea*.

Dokumentasi (formulir) *clinical pathway* diadopsi dari pelatihan yang disesuaikan dengan PPK (Pedoman Praktik Klinis) Rumah SakitBaptis Batu yang telah dikonsultasikan dengan dokter spesialis yang menangani kasus *sectio caesarea* sehingga tidak ada pengujian dalamdokumteasi (formulir) *clinical pathway*, dokumentasi (formulir) *clinical pathway* tersebut kemudian disosialisasikan kepada bagian-bagian yangterkait diantaranya bagian keperawatan dan bagian farmasi. Tetapi dalam sosialisasi dokumentasi (formulir) *clinical pathway* tersebut hanya sebatas mensosialisasikan bentuk dokumentasi (formulir) *clinical pathway* saja tanpa ada sosialisasi penggunaan dan tujuannya, sehinggadalam penerapannya *clinical pathway* hanya dijalankan oleh dokter yang menangani kasus *sectio caesarea* saja.

Dalam pengisian dokumentasi (formulir) *clinical pathway* dilakukan oleh dokter yang menangani penyakit *sectio caesarea* dandalam pengisian tersebut belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) pengisian dokumentasi (formulir) *clinical pathway*. Dalam penerapan *clinical pathway* belum bisa diketahui secaramendalam kekurangan dan kelebihan implementasi *clinical pathway* tersebut karena sejauh ini belum pernah dilakukan evaluasi baik evaluasikhusus maupun evaluasi umum yang dilakukan secara berkala.

Perbandingan *Length Of Stay* (LOS) yang melebihi standar hari perawatan pada *clinical pathway* sebagai parameter efektivitas implementasi *clinical pathway*. Hasil dari dokumentasi dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1 Perbandingan *Length Of Stay* (LOS)>CP sebelum dan sesudah implementasi *clinical pathway*

Perbandingan LOS >CP					
CP	Code	Standar (hari)	Sebelum CP 2013	Sesudah CP 2013	2015
SC	082	3	28%	11%	12%

Melihat perbandingan pada tabel diatas, hanya kasus *sectio caesarea* yang mengalami peningkatan persentase LOS (*Length of Stay*) yang melebihi standar hari perawatan *clinical pathway*. Pada tahun 2013 sebelum implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Maret-Mei 2013 dengan jumlah persentase 28%, pada bulan Juni-Agustus 2013 dengan jumlah persentase 11%. Terjadi peningkatan pada tahun 2015 sesudah implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Januari-Maret 2015dengan jumlah persentase 12%.

Melihat peningkatan tersebut peneliti juga melakukan perbandingan *Average Length Of Stay* (AVLOS), yang dapat dijadikan parameter efektivitas implementasi *clinical pathway*. Hasil perbandingan *AverageLength Of Stay* (AVLOS) dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2 Perbandingan *Average Length Of Stay* (AVLOS) sebelum dan sesudah implementasi *clinical pathway*.

Perbandingan AVLOS >CP					
CP	Code	Standar (hari)	Sebelum CP 2013	Sesudah CP 2013	2015
SC	082	3	3,25	3,096	3,129

Melihat perbandingan pada tabel dan grafk diatas hanya kasus *sectio caesarea* yang mengalami peningkatan jumlah AVLOS (*Average Length of Stay*). Pada tahun 2013 sebelum implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Maret-Mei 2013 dengan rata-rata hari perawatan 3,25 hari, pada tahun 2013 sesudah implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Juni-Agustus 2013 dengan rata-rata hari perawatan 3,096 hari. Tetapi, terjadi peningkatan pada tahun 2015 sesudah implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Januari-Maret dengan rata-rata hari perawatan 3,129 hari. Peningkatan ini menunjukkan kurangnya efektivitas penggunaan *clinical pathway* pada kasus *sectio caesarea*.

Faktor penyebab permasalahan implementasi *clinical pathway* pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit Baptis Batu yaitu dapat disebabkan oleh *input*, *proses*, dan *output*. *Input*nya dapat dilihat dari faktor kebijakan dan sumber daya tenaga. Dilihat dari kebijakannya yaitu dilakukannya sosialisasi *clinical pathway* di lingkungan rumah sakit dengan mengeluarkan surat Keputusan Direktur tentang pembentukan *clinical pathway* dalam rencana strategik rumah sakit, namun dalam pelaksanaannya belum ada kebijakan operasional rumah sakit berupa standar operasional prosedur (SOP) yaitu kebijakan yang terdiri dari kegiatan-kegiatan secara nyata menggerakkan organisasi dalam memenuhi tujuannya yang mendukung, sehingga implementasi *clinical pathway* belum terlaksana sebagaimana mestinya.

Sumber daya tenaga untuk penerapan *clinical pathway* diketahui bahwa tenaga yang ada cukup memadai dari segi kualitas dan kuantitas dalam penerapan *clinical pathway*. Hambatan yang ditemui adalah belum ada konsep tim dalam memberdayakan sumber daya yang ada seoptimal mungkin.

Dilihat dari prosesnya, pada strategi, upaya penerapan, dan evaluasi. Faktor strategi yaitu di Rumah Sakit Baptis Batu Malang belum ada pembentukan komitmen manajemen staf untuk penerapan *clinical pathway* ini terbukti masih belum dilakukannya evaluasi pelaksanaan *clinical pathway* secara rutin dan belum adanya prosedur tetap pelaksanaan *clinical pathway*. Faktor upaya penerapan yaitu bahwa pihak rumah sakit telah melakukan upaya edukasi (pendidikan dan pelatihan) kepada staf untuk penerapan *clinical pathway* ini. Edukasi yang dilakukan dalam bentuk mengirim petugas mengikuti pelatihan dan seminar tentang *clinical pathway*. Tetapi belum dilakukan edukasi yang mendalam kepada pihak-pihak terkait penerapan *clinical pathway*, edukasi yang dimaksud dalam hal ini adalah sosialisasi penggunaan dan tujuan *clinical pathway* kepada pihak yang bersangkutan seperti perawat dan farmasi.

Menurut Paat, *et al.*, (2017) Sosialisasi *clinical pathway* pada umumnya dilaksanakan di saat menjelang proses akreditasi rumah sakit karena *clinical pathway* merupakan salah satu unsur dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang juga merupakan kriteria penilaian akreditasi rumah sakit. Bentuk sosialisasi *clinical pathway* dilakukan secara gabungan antara semua pihak yang terlibat seperti dokter penanggung jawab pelaksana (DPJP), dokter ruangan, dan perawat yang biasanya dilakukan dalam waktu relatif lama.

Faktor evaluasi yaitu bahwa di Rumah Sakit Baptis Batu Malang belum pernah dilakukan sejak dikeluarkannya kebijakan penerapan *clinical pathway*. *Output*nya yaitu bahwa di Rumah Sakit Baptis Batu baru tahap pengenalan dan secara umum telah siap untuk melaksanakan penerapan *clinical pathway* ini, tahap penggunaan (pelaksanaan) ada beberapa hal yang harus diperhatikan dan perlu ketegasan manajemen serta pendekatan manajemen untuk membuat kebijakan dan konsep tim pelaksanaan *clinical pathway* serta meningkatkan edukasi komitmen yang kuat dan evaluasi dalam mengimplementasikan *clinical pathway*.

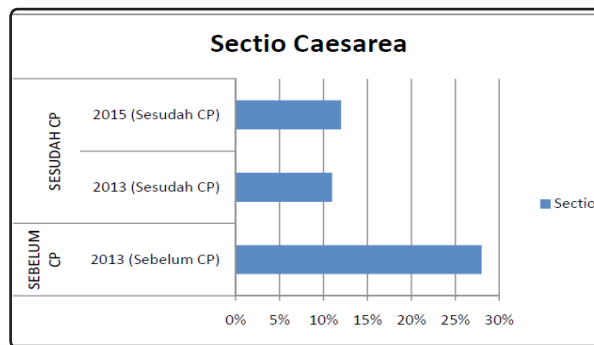
PEMBAHASAN

Implementasi *clinical pathway* pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang dimulai sejak bulan Mei 2013 untuk persiapan akreditasi rumah sakit. Dalam penyusunan *clinical pathway* tidak ada tim khusus untuk penyusunan *clinical pathway*, tetapi awal penyusunan *clinical pathway* dilakukan oleh para dokter tetap di Rumah Sakit Baptis Batu Malang dengan mengadakan rapat untuk membahas kasus apa saja yang dapat menggunakan *clinical pathway*. Kasus yang memenuhi kriteria kemudian diserahkan kepadamasing-masing dokter yang bertanggung jawab atas kasus tersebut untuk menyusun *clinical pathway* sesuai dengan kebutuhan yang berpedoman pada PPK (Pedoman Praktik Klinis).

Pada tindakan *sectio caesarea* penyusunan dilakukan oleh dokter umum yang mendapatkan pelatihan atau seminar tentang *clinical pathway*. Dokumentasi *clinical pathway* diadopsi dari pelatihan yang disesuaikan dengan PPK (Pedoman Praktik Klinis) Rumah Sakit Baptis Batu Malang yang telah dikonsultasikan dengan dokter spesialis yang menangani kasus *sectio caesarea* sehingga tidak ada pengujian dalam dokumentasi *clinical pathway*, dokumentasi (formulir) *clinical pathway* tersebut kemudian disosialisasikan kepada bagian-bagian yang terkait diantaranya bagian keperawatan dan bagian farmasi. Tetapi dalam sosialisasi dokumentasi (formulir) *clinical pathway* tersebut hanya sebatas mensosialisasikan bentuk dokumentasi (formulir) *clinical pathway* saja tanpa ada sosialisasi penggunaan dan tujuannya dan sejauh ini belum pernah dilakukan evaluasi secara berkala.

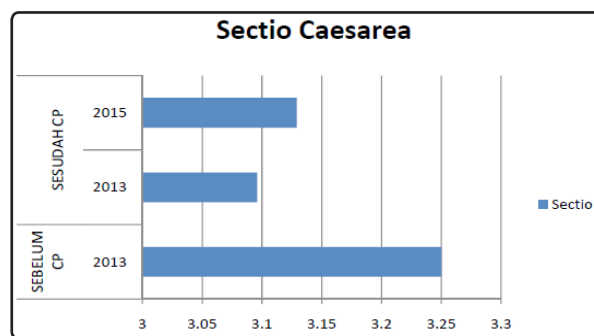
Berdasarkan hasil wawancara, dalam implementasian *clinical pathway* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang, dari beberapa tahap penyusunan *clinical pathway* menurut seorang dokter, ada beberapa tahap yang belum dilakukan diantaranya belum dibentuknya tim *clinical pathway* dan belum dilakukannya uji coba implementasi *clinical pathway*. *Average Length Of Stay (AVLOS)* dapat dijadikan parameter efektivitas implementasi *clinical pathway*. Menurut Darmadjaja tahun 2009 evaluasi penggunaan yang ditujukan untuk melihat sejauh mana *clinical pathway* digunakan untuk efektif dan efisiensi pelayanan. Pada tahap ini *clinical pathway* memastikan semua intervensi dilakukan secara tepat waktu dengan mendorong staf klinik untuk bersikap pro-aktif dalam pelayanan. *Clinical pathway* diharapkan dapat mengurangi biaya dengan menurunkan *Length Of Stay (LOS)* dan tetap memelihara mutu pelayanan.

Berikut grafik perbandingan *Length Of Stay (LOS) > CP* sebelum dan sesudah implementasi *clinical pathway* pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit Baptis Batu dan perbandingan dan *Average Length Of Stay (AVLOS)* sebelum dan sesudah implementasi *clinical pathway*.



Gambar 1 *Length Of Stay (LOS) > CP* sebelum dan sesudah implementasi *clinical pathway* pada pasien *sectio caesarea*

Berdasarkan gambar 1, bahwa perbandingan kasus *sectio caesarea* yang mengalami peningkatan prosentase *LOS (Length of Stay)* yang melebihi standar hari perawatan *clinical pathway*. Pada tahun 2013 sebelum implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Maret-Mei 2013 dengan jumlah persentase 28%, pada bulan Juni-Agustus 2013 dengan jumlah persentase 11%. Tetapi, terjadi peningkatan pada tahun 2015 sesudah implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Januari-Maret 2015 dengan jumlah persentase 12%.



Gambar 2. perbandingan *Average Length Of Stay (AVLOS)* sebelum dan sesudah implementasi *clinical pathway* pada pasien *sectio caesarea*

Berdasarkan gambar 2, bahwa perbandingan pada tabel dan grafik di atas hanya kasus *section caesarea* yang mengalami peningkatan jumlah *AVLOS (Average Length of Stay)*. Pada tahun 2013 sebelum implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Maret-Mei 2013 dengan rata-rata hari perawatan 3,25 hari, pada tahun 2013 sesudah implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Juni-Agustus 2013 dengan rata-rata hari perawatan 3,096 hari. Tetapi, terjadi peningkatan pada tahun 2015 sesudah implementasi *clinical pathway* yaitu pada bulan Januari-Maret dengan rata-rata hari perawatan 3,129 hari.

Faktor penyebab permasalahan implementasi *clinical pathway* pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang yaitu dapat dilihat dari 3 sumber, yaitu *input*, *proses*, dan *output*. *Input* terdiri dari kebijakan dan sumber daya tenaga. Kebijakan dapat dibuktikan dengan telah dilakukansosialisasi *clinical pathway* dilingkungan rumah sakit dengan mengeluarkan surat Keputusan Direktur tentang pembentukan *clinical pathway* dalam rencana strategik rumah sakit. Namun dalam pelaksanaannya belum ada kebijakan operasional rumah sakit berupa standar operasional prosedur (SOP) yaitu kebijakan yang terdiri dari kegiatan-kegiatan secara nyata menggerakkan organisasi dalam memenuhi tujuannya yang mendukung, sehingga implementasi *clinical pathway* belum terlaksana sebagaimana mestinya. Kebijakan dalam hal ini adalah berupa prosedur tetap terkait pengisian dokumentasi (formulir) *clinical pathway* dalam implementasi *clinical pathway* ini.

Menurut teori pelayanan yang diberikan kepada pasien mulai bulan September 2008, Departemen Kesehatan melakukan terobosan dengan mengubah model pembayaran pelayanan kesehatan dari pembiayaan *fee for service* menjadi *Prospective Payment System (PPS)* berdasarkan paket *casemix* sistem INACBGs. Dalam penerapannya, rumah sakit harus mengimplementasikan *clinical pathway* sebagai perencanaan. Pelayanan kesehatan terpadu dengan merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai dari masuk sampai keluar rumah sakit (KemenKes, 2010). Penerapan *clinical pathway* ini sangat memerlukan dukungan rumah sakit dalam bentuk kebijakan. Seperti yang ditekankan pada teori bahwa kunci sukses penerapan *clinical pathway* adalah adanya dukungan organisasi dalam bentuk kebijakan (Currey dan Harvey, 1998). Selain kebijakan faktor penyebab permasalahannya dapat disebabkan dari sumber daya tenaga.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam tentang sumber daya tenaga untuk penerapan *clinical pathway* diketahui bahwa tenaga yang ada cukup memadai dari segi kualitas dan kuantitas dalam penerapan *clinical pathway*. Hambatan yang ditemui adalah belum ada konsep tim karena belum terbentuknya tim *clinical pathway* dalam implementasi *clinical pathway* ini. Menurut teori, suatu *pathway* seyogyanya dikembangkan oleh tim multidisiplin yang terlibat aktif dalam penanganan pasien dan keterlibatan semua anggota tim dalam pengembangan sebuah *clinical pathway* merupakan kunci sukses penerapan *clinical pathway* dalam pelayanan sehari-hari (Pearson *et al.*, 1995).

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang terdiri dari strategi, upaya penerapan, dan evaluasi. Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang terdiri dari strategi, upaya penerapan, dan evaluasi. Pada penerapan *clinical pathway*, strategi penerapan yang digunakan salah satunya adalah dengan melihat dari pembentukan komitmen yang kuat. Berdasarkan hasil observasi didapatkan bahwa di Rumah Sakit Baptis Batu Malang belum ada pembentukan komitmen manajemen dan staf untuk penerapan *clinical pathway* ini terbukti masih belum dilakukannya evaluasi pelaksanaan *clinical pathway* secara rutin dan belum adanya prosedur tetap pelaksanaan *clinical pathway*. Menurut Pearson *et al.*, (1995) untuk pengembangan *clinical pathway* dicapai dengan sebuah konsensus yang disepakati bersama oleh semua anggota tim kesepakatan dengan konsensus diperlukan untuk mengurangi hambatan dan resistensi dalam pelaksanaan *pathway*. Pembentukan komitmen organisasi sangat diperlukan dalam penerapan *clinical pathway* di rumah sakit (Cheah, 2000). Menurut Campbell (1998) staf didorong untuk menggunakan *clinical pathway* dan untuk mendokumentasikan variabel dalam perawatan yang mengidentifikasi pasien berupa informasi tambahan yang dianggap perlu dan bagian perawatan tersendiri, pemeliharaan hasil yang berkualitas dan berkelanjutan, penyempurnaan struktur dan konten jalur klinis disarankan agar penggunaan variabel didorong untuk memastikan bahwa relevansi dan informasi tambahan pasien didokumentasikan, serta pendidikan disediakan untuk memastikan bahwa staf mengerti bagaimana cara menggunakan variabel secara akurat mendokumentasikan perawatan tambahan yang disediakan.

Berdasarkan hasil wawancara didapatkan hasil bahwa pihak rumah sakit telah melakukan upaya edukasi (pendidikan dan pelatihan) kepada staf dalam rangka penerapan *clinical pathway* ini. Edukasi yang dilakukan dalam bentuk mengirim petugas mengikuti pelatihan dan seminar tentang *clinical pathway*. Tetapi, belum dilakukan edukasi yang mendalam kepada pihak-pihak terkait penerapan *clinical pathway*, edukasi yang dimaksud dalam hal ini adalah sosialisasi penggunaan dan tujuan *clinical pathway* kepada pihak yang

bersangkutan seperti perawat dan farmasi. Menurut teori bahwa edukasi dan komunikasi yang intensif dibutuhkan untuk menjamin *pathway* dapat berjalan dengan baik (Cheah, 2000). Menurut Kolk, *et al.*, (2017) Perawat dan kepemimpinan medis sangat penting untuk mengingatkan, umpan balik dan motivasi selama pengembangan, implementasi dan, penggunaan *clinical pathway*.

Evaluasi terhadap upaya pelaksanaan *clinical pathway* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang belum pernah dilakukan sejak dikeluarkannya kebijakan penerapan *clinical pathway*. Menurut Darmadjaja (2009) evaluasi yang dilakukan terhadap kebijakan penerapan *clinical pathway* pada suatu rumah sakit untuk efisiensi dan efektifitas. Menurut Astuti, *et al.*, (2017) di dalam penerapan *clinical pathway* diperlukan *monitoring* dan evaluasi terhadap kesesuaian tahapan proses pengembangan, kesesuaian aktivitas yang diterapkan dengan perencanaan, dan realisasi tujuan.

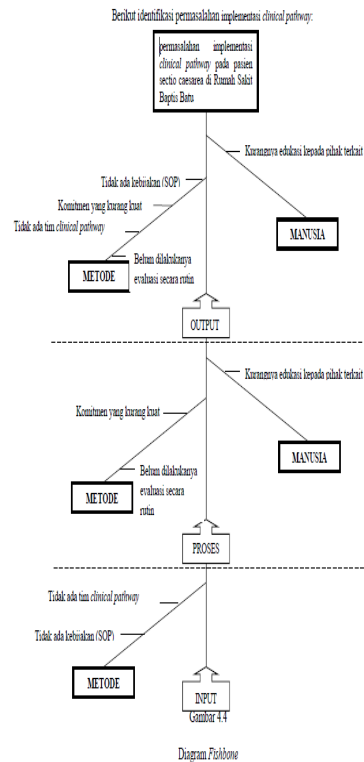
Hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa implementasi *clinical pathway* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang baru tahap pengenalan dan secara umum telah siap untuk melaksanakan penerapan *clinical pathway* ini, tahap penggunaan (pelaksanaan) ada beberapa hal yang harus diperhatikan dan perlu ketegasan manajemen serta pendekatan manajemen untuk membuat kebijakan dan konsep tim pelaksanaan *clinical pathway* serta meningkatkan edukasi komitmen yang kuat dan evaluasi dalam mengimplementasikan *clinical pathway*. Menurut Hasibuan (2012), Untuk membantu dalam menentukan faktor-faktor yang berpengaruh digunakan 4M dan 1L, antara lain: faktor mesin, material, metode, manusia, dan lingkungan.

Identifikasi unsur lima M dalam implementasi *clinical pathway* yaitu *man* (sumber daya manusia), *material* (bahan-bahan yang diperlukan dalam kegiatan), *method* (langkah-langkah atau cara yang digunakan untuk melakukan kegiatan), *machine* (mesin), dan *money* (dana yang diperlukan untuk mencapai tujuan). Unsur *man* (manusia), Menurut Budi (2011) untuk menjalankan pekerjaan di rekam medis diperlukan sumber daya manusia yang memenuhi kompetensi perekam medis. Seorang profesi rekam medis merupakan lulusan dari program diploma rekam medis dan informasi kesehatan. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara untuk tim pelaksana *clinical pathway* belum terkonsep dengan baik, perawat dan petugas farmasi belum diberikan edukasi terkait dengan penerapan *clinical pathway*. Unsur *material* (bahan-bahan yang diperlukan dalam kegiatan), Menurut Rusdarti (2008), manusia tanpa bahan dan perlengkapan tidak akan mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam penerapan *clinical pathway* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang belum terdapat SOP terkait dengan *clinical pathway*. Unsur *method* (langkah-langkah atau cara yang digunakan untuk melakukan kegiatan), menurut Rusdarti (2008), *method* atau metode adalah suatu tata cara kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan manajer. Sebuah metode yang dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, uang dan kegiatan usaha.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara bahwa di Rumah Sakit Baptis Batu Malang belum pernah melakukan evaluasi terkait dengan penerapan *clinical pathway* dan manajemen dan staf belum memiliki komitmen yang kuat untuk penerapan *clinical pathway*. Menurut Devitra (2011), komitmen adalah upaya penyatuan persepsi dan kesepakatan, serta tekad bersama untuk mencapai sebuah tujuan.

Unsur *machine* (mesin), Menurut Rusdarti (2008), *machine* atau mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Formulir yang digunakan untuk penerapan *clinical pathway* belum pernah disosialisasikan kepada tim pelaksana *clinical pathway*. Unsur *money* (dana yang diperlukan untuk mencapai tujuan), menurut Rusdarti (2008), *money* merupakan satu unsur yang tidak pernah dapat diabaikan. Uang merupakan alat tukar dan alat pengukur nilai besar kecilnya hasil kegiatan dapat diukur dari jumlah uang yang beredar di dalam perusahaan. Anggaran penerapan *clinical pathway* diperoleh dari yayasan dan dikelola oleh unit manajemen.

Berikut gambar identifikasi permasalahan implementasi *clinical pathway* dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3 Fishbone diagram

Berdasarkan kajian data diatas, dapat dilihat bahwa akar masalah yang paling mempengaruhi permasalahan implementasi *clinical pathway* pada pasien *sectio caesarea* di Rumah Sakit Baptis Batu Malang adalah Tidak adanya tim *clinical pathway* dan standar operasional prosedur menyebabkan implementasi *clinical pathway* belum terlaksana sebagaimana mestinya.

KESIMPULAN

Belum optimalnya implementasi *clinical pathway* pada pasien *section caesarea* disebabkan karena belum adanya tim *clinical pathway* dalam implementasi *clinical pathway*. *Average Length Of Stay (AVLOS)* sebelum dan sesudah implementasi *clinical pathway* pada pasien *section caesarea* mengalami peningkatan pada tahun 2015 dan AVLOS melebihi standar hari *clinical pathway*.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, Y. D., Dewi, A., & Arini, M. (2017). Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Sectio Caesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(2), 97–111. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6133>.
- Budi, Savitri C, 2011. Manajemen Unit Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Medika
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M 1998 Integrated care pathways. *British Medical Journal* 316: 133-137.
- Cheah. 2000. *Evidence And Information For Policy*. Geneva.
- Currey dan Harvey. 1998. *Clinical Pathway in Hospital*. Aksara. Jakarta.

- Darmadjaja. 2009. *Implementasi Clinical Pathway dan Case Manajer*. Jakarta.
- Devitra A. Analisis implementasi clinical pathway kasus stroke berdasarkan INA-CBGs di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukit Tinggi. Padang: Universitas Andalas; 2011.
- Kemendes. 2010. *Perubahan Grouper Klaim Jamkesmas dengan INA-CBGs*.
- Kemendes. 2010. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan*. Jakarta.
- Kolk, M. Van Der, Boogaard, M. Van Den, & Becking-verhaar, F. (2017). Implementation and Evaluation of a Clinical Pathway for Pancreaticoduodenectomy Procedures: a Prospective Cohort Study, 1428–1441. <https://doi.org/10.1007/s11605-017-3459-1>
- Meianti, Anggia; Rohman, Hendra; Mayretta, Anna. Perencanaan Implementasi Unit Kerja Rekam Medis Untuk Klinik Pratama Pancasila Baturetno Wonogiri. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki)*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 135-141, des. 2018. ISSN 2337-6007. <<http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/198>>. doi:<http://dx.doi.org/10.33560/v6i2.198>.
- Paat, C., Kristanto, E., & Kalalo, F. (2017). Analisis Pelaksanaan Clinical Pathway di RSUP Prof. Dr.R.D. Kandou Manado. *Journal Biomedik (JBM)*, 9(Maret), 62–67.
- Pearson, dkk. 1995. *Integrited Clinical Pathways*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis.
- Rusdarti, Kusmuriyanto. 2008. *Ekonomi: Fenomena di Sekitar Kita 3*.Jawa Tengah: Platinum.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

ANALISIS PENGELOLAAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP BERDASARKAN (SNARS) EDISI 1 DI RSJD DR. ARIF ZAINUDIN SURAKARTA

¹Linda Widyaningrum, ²Putu Gede Nadya Yadnya Nugraha

¹Universitas Duta Bangsa, lindanoumy@gmail.com

²Universitas Duta Bangsa, tudenugraha10@gmail.com

ABSTRAK

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) mengeluarkan standar akreditasi baru bersifat Nasional yang disebut SNARS Edisi 1. Berdasarkan survei pendahuluan RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta akan melaksanakan akreditasi ulang menggunakan SNARS Edisi 1. Tujuan penelitian ini membantu persiapan rumah sakit dalam mengikuti penilaian akreditasi. Metode penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Sampel berjumlah 97 Dokumen Rekam Medis (DRM) rawat inap dengan teknik sampling acak sistematis. Hasil penelitian penyediaan DRM rawat inap berdasarkan standar MIRM 13 terpenuhi lengkap. Informasi yang termuat dalam DRM rawat inap berdasarkan MIRM 13.1 terdapat 2 elemen penilaian tidak terpenuhi. Individu yang berwenang mengisi DRM rawat inap dan memahami cara melakukan koreksi berdasarkan standar MIRM 13.2 terdapat 1 elemen penilaian tidak terpenuhi. Identifikasi profesional pemberi asuhan yang mengisi DRM rawat inap berdasarkan standar MIRM 13.3 terpenuhi sebagian. Pelaksanaan review DRM rawat inap berdasarkan standar MIRM 13.4 terpenuhi lengkap. Kesimpulan pengelolaan DRM rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 terdapat standar yang tidak terpenuhi. Penulis menyarankan sebaiknya regulasi mengenai isi spesifik rekam medis segera direvisi dan disahkan oleh direktur rumah sakit. Aktivitas manajer pelayanan pasien sebaiknya dicatat dalam seluruh DRM pasien rawat inap.

Kata kunci: SNARS Edisi 1; MIRM ; DRM Rawat Inap

ABSTRACT

The Hospital Accreditation Commission (KARS) issued a new National accreditation standard called SNARS Edition 1. Based on a preliminary survey of the RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta will carry out re-accreditation using SNARS Edition 1. The purpose of this study is to help prepare the hospital for the accreditation assessment in June 2018. The research method used is descriptive research with a retrospective approach. Samples totaled 97 Medical Record Documents (DRM) hospitalization with systematic random sampling techniques. The results of the study of providing inpatient DRM based on the MIRM 13 standard were fully fulfilled. Information contained in DRM hospitalization based on MIRM 13.1 there are 2 elements of assessment not fulfilled. Individuals who are authorized to fill in DRM inpatients and understand how to make corrections based on MIRM standards 13.2 there are 1 element of assessment not fulfilled. Professional identification of caregivers who fill in DRM inpatients based on the MIRM 13.3 standard is partially met. Inpatient review of DRM based on the MIRM 13.4 standard is complete. Conclusion Inpatient DRM management based on SNARS Edition 1 there are unmet standards.

Keywords: SNARS Edition 1; MIRM ; DRM Inpatient

PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu. Pelayanan yang bermutu bukan hanya pada pelayanan medis saja, tetapi juga pada penyelenggaraan rekam medis.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan rumah sakit. Rekam medis yang baik merupakan cerminan dari pelayanan kesehatan yang bermutu.

Upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib melakukan akreditasi secara berkala minimal tiga tahun sekali. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 34 Tahun 2017, Akreditasi rumah sakit merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi.

Akreditasi tersebut diselenggarakan oleh lembaga akreditasi yang sudah ditetapkan oleh menteri kesehatan yaitu Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Pada tahun 2017 KARS mengeluarkan standar akreditasi baru bersifat nasional dan diberlakukan 01 Januari 2018 yang disebut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 yang disingkat menjadi SNARS Edisi 1.

SNARS Edisi 1 terdiri dari 5 kelompok yaitu sasaran keselamatan pasien, standar pelayanan berfokus pada pasien, standar manajemen rumah sakit, program nasional dan integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan di rumah sakit. Standar yang berkaitan dengan rekam medis dalam SNARS Edisi 1 terdapat pada Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit Bab keenam yaitu Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM). MIRM memuat 15 sub kelompok standarisasi yang di antaranya standar MIRM 13, MIRM 13.1, MIRM 13.2, MIRM 13.3 dan MIRM 13.4 mengenai pengelolaan dokumen rekam medis meliputi penyediaan, isi, pengisian rekam medis dan *review* rekam medis. Bagi rumah sakit yang telah terakreditasi menurut standar versi 2012, bila akreditasi ulang dilaksanakan tahun 2018 akan menggunakan SNARS Edisi 1 termasuk Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr. Arif Zainudin Surakarta.

RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta merupakan rumah sakit khusus bertipe A yang sudah melakukan akreditasi KARS 2012 dengan kelulusan paripurna pada tahun 2015 dan akan melakukan akreditasi ulang menggunakan SNARS Edisi 1 yang dilaksanakan pada bulan Juni tahun 2018, maka perlu dilakukan persiapan dalam mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Oleh karena itu diperlukan suatu penelitian yang bermanfaat untuk menunjang persiapan penilaian akreditasi. Penelitian yang dimaksudkan di sini adalah penelitian yang dapat digunakan sebagai evaluasi diri untuk mengetahui kesiapan rumah sakit dalam mengikuti penilaian akreditasi. Selain alasan di atas terdapat hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan peneliti.

Berdasarkan survei pendahuluan di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta didapatkan regulasi berupa 1 kebijakan pelayanan instalasi rekam medis dan 6 Standar Prosedur Operasional (SPO). Dokumentasi berupa dokumen rekam medis rawat inap serta formulir-formulir yang digunakan untuk pasien rawat inap, buku register pasien rawat inap, buku Ketidaklengkapan Pengisian Catatan Medis (KLPCM) dan *checklist* kelengkapan rekam medis pasien di bangsal. Hasil observasi dari 10 dokumen rekam medis rawat inap didapatkan aktivitas Manajer Pelayanan Pasien (MPP) 100% belum tercatat di dalam rekam medis, cara melakukan koreksi yang benar dalam pengisian rekam medis 10% benar, pengisian identifikasi Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang mengisi rekam medis meliputi tanda tangan dan paraf 50% terisi lengkap, tanggal dan jam pengisian rekam medis 80% terisi lengkap. Hasil wawancara dengan kepala instalasi rekam medis diketahui penomoran rekam medis menggunakan sistem penomoran unit, pelaksanaan *review* rekam medis dilakukan secara berkala dan dilakukan pada dokumen rekam medis pasien rawat inap yang sudah pulang maupun yang masih dirawat. Tujuan penelitian meliputi Mengetahui penyediaan rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13, Mengetahui informasi yang termuat dalam rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1, Mengetahui individu yang berwenang mengisi rekam medis rawat inap dan memahami cara melakukan koreksi berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13.2, Mengetahui identifikasi profesional pemberi asuhan yang mengisi rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13.3 dan Mengetahui pelaksanaan *review* rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13.4

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, yaitu suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di dalam masyarakat (Notoatmodjo,

2012). Penelitian ini menggambarkan pengelolaan dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta. Pendekatan yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian adalah pendekatan retrospektif. Menurut Notoatmodjo (2012) pendekatan retrospektif yaitu penelitian yang berusaha melihat kebelakang (*backward looking*), artinya penelitian yang pengumpulan datanya dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Pada penelitian ini yang menjadi data adalah regulasi, dokumentasi, hasil observasi dan hasil wawancara mengenai penyediaan dokumen rekam medis rawat inap, informasi yang termuat dalam rekam medis rawat inap, individu yang berwenang mengisi rekam medis rawat inap dan memahami cara melakukan koreksi, identifikasi profesional pemberi asuhan yang mengisi rekam medis rawat inap dan pelaksanaan *review* rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1. Populasi penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien rawat inap pada tahun 2017 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta yang berjumlah 2877 dokumen rekam medis dan sampel sebanyak 97 dokumen.

HASIL

1. Penyediaan Rekam Medis Berdasarkan SNARS edisi 1 Standar MIRM 13 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta

Hasil observasi dari 97 dokumen rekam medis rawat inap didapatkan hasil 94 dokumen rekam medis rawat inap (96,91%) tersusun sesuai regulasi dan 3 dokumen rekam medis rawat inap (3,09%) tidak tersusun sesuai regulasi.

Pencapaian nilai pada setiap elemen penilaian mengenai penyediaan rekam medis berdasarkan SNARS edisi 1 standar MIRM 13 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta sebagai berikut :

Tabel 1.1. Penilaian Penyediaan Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Standar MIRM 13 Pada Setiap Elemen Penilaian

MIRM 13					
No	Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
	Terdapat regulasi bahwa setiap pasien memiliki rekam medis dengan satu nomor rekam medis sesuai dengan sistem penomoran unit, pengaturan urutan berkas rekam medis, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, dan pemeriksaan penunjang. (R)	R	Kebijakan Pelayanan Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Surakarta, SPO tentang penomoran rekam medis, analisis kelengkapan dokumen rekam medis, pengisian dokumen rekam medis pasien yang kurang lengkap dan daftar urutan berkas rekam medis di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta	10	TL
	Rekam medis pasien digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien. (D,O)	D	Terdapat formulir yang digunakan untuk mencatat hasil asesmen, rencana asuhan dan perkembangan kondisi pasien	10	TL
		O	100% lengkap		
	Ada bukti rekam medis pasien menggunakan satu unit penomoran rekam medis untuk setiap pasien. (D,W,O)	D	Buku Bank Nomor dan KIB	10	TL
		O	Menggunakan sistem penomoran unit		
		W	Kepala instalasi rekam medis menyebutkan menggunakan sistem penomoran unit		

MIRM 13					
No	Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
	Rekam medis pasien tersedia untuk rawat jalan, rawap inap, gawat darurat, dan pemeriksaan penunjang. (D,O)	D	Formulir rekam medis rawat inap	10	TL
		O	Tersedia di tempat pendaftaran pasien dan bangsal		
	Berkas rekam medis pasien tersusun sesuai regulasi. (D,O) (lihat juga AP)	D	Dokumen rekam medis rawat inap	10	TL
		O	96,91% tersusun sesuai regulasi dan 3,09% tidak tersusun sesuai regulasi		

2. Informasi yang Termuat Dalam Rekam Medis Berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.1 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta

Hasil penelitian mengenai informasi yang termuat dalam rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.1 di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sebagai berikut Regulasi tentang isi spesifik dari berkas rekam medis pasien untuk kesinambungan asuhan oleh PPA di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta belum tercantum baik di Kebijakan Pelayanan Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta maupun SPO tetapi hasil wawancara dengan Kepala Rekam Medis menyebutkan bahwa regulasinya sudah ada tetapi dalam revisi. ketidaklengkapan informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien tertinggi terdapat pada item nama pasien dan item tanggal lahir sebesar 11,34% sedangkan ketidaklengkapan informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien terendah terdapat pada item nomor rekam medis, jenis kelamin dan alamat sebesar 10,31%. Kelengkapan informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien tertinggi terdapat pada item nomor rekam medis, jenis kelamin dan alamat yaitu sebesar 89,69% sedangkan ketidaklengkapan informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien terendah terdapat pada item nama pasien dan tanggal lahir sebesar 88,66%.

3. Individu yang Berwenang Mengisi Rekam Medis Berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.2 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta

Hasil penelitian mengenai individu yang berwenang mengisi rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.2 Di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sebagai berikut :

Terdapat regulasi yang menetapkan individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi. (R)

Regulasi individu yang berwenang mengisi dokumen rekam medis rawat inap dan memahami cara melakukan koreksi di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta terdapat dalam regulasi sebagai berikut :

- a. Kebijakan Pelayanan Rekam Medis RSJD Surakarta.
- b. SPO Nomor 03.02.119 tentang Pengisian Dokumen Rekam Medis.

Individu yang berwenang mengisi dokumen rekam medis rawat inap diatur dalam kebijakan pelayanan rekam medis RSJD Surakarta. Selain itu disebutkan juga yang mempunyai akses terhadap dokumen rekam medis pasien adalah Tenaga kesehatan yang memberi asuhan pelayanan pasien terkait, petugas rekam medis, petugas billing dan penatalaksanaan klaim, kepala ruang/case manager, Panitia Rekam Medis, Sub Komite Mutu Medis, Komite Keperawatan, Wadir pelayanan medis dan Direktur. Terdapat prosedur mengenai Individu yang berwenang mengisi dokumen rekam medis rawat inap yang diatur dalam SPO nomor 03.02.119 tentang pengisian dokumen rekam medis. Cara melakukan koreksi dalam pengisian dokumen rekam medis rawat inap diatur dalam kebijakan pelayanan rekam medis RSJD Surakarta. Selain itu juga disebutkan dalam SPO nomor 03.02.119 tentang pengisian dokumen rekam medis. Dokumentasi bukti yang mengisi dokumen rekam medis rawat inap hanya individu yang

mendapat otoritas untuk mengisi rekam medis rawat inap di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta dapat diketahui dari format formulir rekam medis. Setiap formulir rekam medis terdapat identifikasi individu yang berhak mengisi formulir tersebut. Individu yang berhak mengisi dokumen rekam medis rawat inap dan formulir yang diisi di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta

4. Identifikasi Profesional Pemberi Asuhan yang Mengisi Rekam Medis Berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.3 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta

Pencapaian nilai pada setiap elemen penilaian mengenai identifikasi profesional pemberi asuhan yang mengisi rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13.3 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta sebagai berikut :

MIRM 13.3						
No	Elemen Penilaian	Telusur			Skor	
	Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi. (D,O)	D O	Seluruh formulir rekam medis rawat inap 55,67% lengkap dan 44,33% tidak lengkap	5	TS	
	Tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi. (D,O)	D O	Seluruh formulir rekam medis rawat inap kecuali formulir Persetujuan Pasien rawat Inap, Formulir Pendaftaran Rawat Inap, Catatan Grafik Tanda-tanda Vital, Serah Terima Pasien Kepada keluarga, Lembar rehabilitasi tidak ada pengisian jam 51,55% lengkap dan 48,45% tidak lengkap	5	TS	

5. Pelaksanaan Review Rekam Medis Berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.4 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta

Proses *review* termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sudah dilakukan sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku yang didokumentasikan dalam lembar *review* dokumen rekam medis rawat inap.

Berdasarkan hasil wawancara salah satu peraturan dan perundang-undangan tersebut adalah permenkes nomor 269 tahun 2008 dimana dokumen rekam medis harus terisi lengkap pelayanan yang diterima dari awal masuk ke rumah sakit hingga keluar dari rumah sakit. Selain itu dokumen rekam medis rawat inap direview menggunakan 4 review meliputi review identifikasi, review pelaporan, review pencatatan dan review autentifikasi serta mengikuti standar akreditasi yang terbaru yaitu Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1

PEMBAHASAN

1. Penyediaan Rekam Medis Berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta

Dokumen rekam medis rawat inap yang tersusun sesuai regulasi dari 97 dokumen rekam medis rawat inap diketahui 94 dokumen rekam medis rawat inap (96,91%) tersusun sesuai regulasi dan 3 dokumen rekam medis rawat inap (3,09%) tidak tersusun sesuai regulasi.

Tidak tersusunnya berkas rekam medis rawat inap di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta disebabkan karena petugas *assembling* salah merakit dokumen rekam medis rawat inap, perakitan dokumen rekam medis dilakukan oleh mahasiswa-mahasiswi yang sedang melakukan praktik lapangan dan dokumen rekam medis rawat inap yang sudah dirakit dan disusun dipinjam oleh poliklinik atau unit lainnya kemudian setelah digunakan tidak diurutkan seperti semula. Tidak tersusunnya berkas rekam

medis rawat inap dapat menyebabkan petugas yang membaca atau menggunakan dokumen rekam medis rawat inap mengalami kesulitan saat mencari formulir yang diperlukan, karena dokumen rekam medis rawat inap terdiri dari 55 jenis formulir. Sebaiknya petugas *assembling* lebih teliti dalam merakit dokumen rekam medis rawat inap dan selalu memeriksa kembali dokumen rekam medis rawat inap yang dirakit oleh mahasiswa-mahasiswi yang sedang melakukan praktik lapangan maupun dokumen rekam medis rawat inap yang dipinjam oleh poliklinik.

Penyediaan rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13 di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta mengenai Berkas rekam medis pasien tersusun sesuai regulasi terpenuhi lengkap karena rekam medis pasiendi RSJD dr. Arif Zainudin Surakartatersusun sesuai regulasi sebesar 96,91% sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1. Batas minimal yang harus dicapai setiap elemen yaitu 80%.

2. Informasi yang termuat dalam rekam medis rawat inap

Standar MIRM 13.1 di RSJD dr, Arif Zainudn Surakarta mengenai regulasi tentang isi spesifik dari berkas rekam medis pasien yang ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA tidak terpenuhi karena RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta belum mempunyai regulasi tentang isi spesifik dari berkas rekam medis pasien untuk kesinambungan asuhan oleh PPA sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1. Regulasi yang sedang direvisi dan belum ditandatangani oleh direktur rumah sakit dianggap belum memiliki regulasi. Formulir *Case Managemem* memuat evaluasi penanganan pasien selama pasien dirawat yang dievaluasi oleh MPP. Dari 97 dokumen rekam medis rawat inap aktivitas MPP terdapat dalam 13 dokumen rekam medis rawat inap (13,40%) dan 84 dokumen rekam medis rawat inap lainnya (86,60%) tidak terdapat aktivitas MPP. Aktivitas MPP terdapat dalam SNARS Edisi 1 dimana dalam standar sebelumnya tidak terdapat standar mengenai aktivitas MPP. SNARS Edisi 1 mulai dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada bulan agustus tahun 2017. Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala instalasi rekam medis, sejak dikeluarkannya SNARS Edisi 1, RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sudah memulai pencatatan aktivitas MPP dalam rekam medis yang dicatat pada formulir *Case Manager* untuk mempersiapkan penilaian akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1. Karena pencatatan aktivitas MPP dimulai pada bulan agustus tahun 2017 sehingga dari 97 sampel dokumen rekam medis rawat inap tahun 2017 hanya terdapat 13,40% aktivitas MPP tercatat dalam rekam medis. Informasi yang termuat dalam rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.1 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta mengenai aktivitas MPP dicatat dalam rekam medis tidak terpenuhi karena belum sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1. Batas minimal yang harus dicapai setiap elemen yaitu 80% sedangkan pencapaian dalam elemen penilaian ini sebesar 13,40%. Sebaiknya pencatatan aktivitas MPP dilakukan lebih maksimal sehingga seluruh dokumen rekam medis rawat inap di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta terdapat aktivitas MPP agar dapat meningkatkan kesinambungan pelayanan antara PPA

3. Ketidaklengkapan individu berwenang mengisi rekam medis memahami cara melakukan koreksi disebabkan karena tidak semua individu memahami cara melakukan koreksi kesalahan dalam pengisian rekam medis. Dari 5 responden yang peneliti wawancara, terdapat 1 responden yang tidak memahami cara melakukan koreksi kesalahan dalam pengisian rekam medis. Responden tersebut yaitu seorang perawat yang menyebutkan bahwa cara melakukan koreksi yang benar dengan cara dicoret dan tidak menggunakan tipe-x, seharusnya cara melakukan koreksi yang benar berdasarkan regulasi di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta dengan cara dicoret satu kali serta diberi paraf dan tidak menggunakan tipe-x tetapi perawat tersebut hanya menyebutkan dengan cara dicoret saja.

Kelengkapan terendah terdapat pada item coretan dengan paraf. Hal tersebut dikarenakan tidak semua petugas memahami cara melakukan koreksi kesalahan pengisian rekam medis. Seorang dokter penanggung jawab pasien yang peneliti wawancara juga menyebutkan bahwa tidak semua Profesional Pemberi Asuhan mengetahui cara koreksi yang benar. Selain itu kesalahan cara melakukan koreksi juga dapat disebabkan karena petugas yang mengisi rekam medis terburu-buru dan lupa. RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sudah mempunyai regulasi mengenai cara melakukan koreksi kesalahan pengisian rekam medis yaitu dengan cara dicoret satu kali disertai paraf dan tidak boleh menggunakan tipe-x, tetapi masih ada petugas yang belum paham cara melakukan koreksi dengan benar. Hasil wawancara dengan kepala instalasi rekam medis yang menyebabkan masih ada individu yang salah

melakukan cara koreksi kesalahan dalam pengisian rekam medis yaitu karena terburu-buru, lupa dan tidak paham dengan regulasi yang berlaku.

Kelengkapan individu berwenang mengisi rekam medis memahami cara melakukan koreksi terendah terdapat pada formulir catatan perkembangan keperawatan dan formulir CPPT Formulir catatan perkembangan perawatan di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta diisi oleh perawat di seluruh bangsal sedangkan formulir CPPT diisi oleh dokter, perawat, apoteker dan nutrisionis. Ketidaklengkapan individu berwenang mengisi rekam medis memahami cara melakukan koreksi karena adanya PPA yang tidak paham cara melakukan koreksi kesalahan pengisian rekam medis salah satunya yaitu perawat. Selain itu, ketidaklengkapan individu yang berwenang mengisi rekam medis memahami cara melakukan koreksi disebabkan petugas mengisi rekam medis terburu-buru sehingga petugas lupa melakukan cara koreksi yang benar sesuai regulasi yang berlaku. Seharusnya regulasi yang sudah berlaku diterapkan dengan baik dan apabila masih ada petugas yang belum memahami cara melakukan koreksi yang benar perlu diadakan rapat/sosialisai mengenai cara pengisian rekam medis serta cara melakukan koreksi bila terjadi kesalahan. Individu yang berwenang mengisi rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.2 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta mengenai individu yang berwenang mengisi rekam medis memahami cara melakukan koreksi tidak terpenuhi karena cara melakukan koreksi 11,34% lengkap. Batas minimal yang harus dicapai setiap elemen sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1 yaitu 80%, sedangkan pencapaian nilai pada elemen ini kurang dari 20%. Perlu dilakukan sosialisasi mengenai cara pengisian rekam medis serta cara melakukan koreksi bila terjadi kesalahan sehingga standar MIRM 13.2 elemen penilaian ketiga dapat terpenuhi.

Berdasarkan hasil penelitian di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta peneliti dapat memberikan pembahasan mengenai identifikasi profesional pemberi asuhan yang mengisi rekam medis berdasarkan SNARS edisi 1 standar MIRM 13.3 di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sebagai berikut :

1. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi.

Identifikasi PPA yang mengisi rekam medis di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta meliputi tanda tangan/paraf dan nama terang didokumentasikan pada seluruh formulir rekam medis. Identifikasi PPA bertujuan untuk menjamin bahwa hanya PPA yang diberi kewenangan yang mengisi rekam medis. Identifikasi PPA yang mengisi rekam medis meliputi tanda tangan/paraf dan nama terang, dari 97 dokumen rekam medis rawat inap diketahui 54 dokumen rekam medis rawat inap lengkap (55,67%) dan 43 dokumen rekam medis rawat inap tidak lengkap (44,33%).

Kelengkapan terendah terdapat pada item nama terang. Hal tersebut dikarenakan PPA memberi nama terang pada formulir menggunakan stempel nama. Pada formulir yang memiliki tindasan para PPA hanya memberi stempel nama pada formulir yang diisi sedangkan pada tindasan tidak diberi stempel nama, sehingga formulir tersebut tidak lengkap. Seharusnya pada formulir yang memiliki tindasan juga diberi stempel nama PPA yang mengisi formulir tersebut.

Pada formulir pemeriksaan laboratorium dokter hanya memberi tanda tangan dan nama terang pada formulir yang diisi. Pemberian nama terang menggunakan stempel nama, tetapi pada tindasan formulir pemeriksaan laboratorium tidak diberi stempel nama. Sehingga formulir pemeriksaan laboratorium tidak lengkap. Seharusnya pada tindasan formulir pemeriksaan laboratorium juga diberi stempel nama agar identifikasi PPA yang mengisi formulir pemeriksaan laboratorium terisi dengan lengkap.

Identifikasi PPA yang mengisi rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.3 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta mengenai setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi terpenuhi sebagian karena identifikasi PPA yang mengisi rekam medis 55,67% lengkap. Batas minimal yang harus dicapai setiap elemen sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1 yaitu 80% sedangkan pencapaian nilai pada elemen ini 21%-79%. Perlu dilakukan sosialisasi mengenai cara pengisian rekam medis meliputi pengisian identifikasi PPA meliputi tanda tangan dan nama terang sehingga standar MIRM 13.3 elemen penilaian pertama dapat terpenuhi.

2. Tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi. (D,O)

Identifikasi tanggal dan jam pengisian rekam medis di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta didokumentasikan pada seluruh formulir yang digunakan untuk rawat inap kecuali formulir Persetujuan Pasien rawat inap,

Formulir Pendaftaran Rawat Inap, Catatan Grafik Tanda-tanda Vital, Serah Terima Pasien Kepada keluarga, Lembar Pengiriman Pasien dari Bangsal ke Rehabilitasi, Lembar Kegiatan Pasien di Rehabilitasi dan Lembar Pemeriksaan Rehabilitasi.

Dari 97 dokumen rekam medis rawat inap diketahui 50 dokumen rekam medis rawat inap lengkap (51,55%) dan 47 dokumen rekam medis rawat inap tidak lengkap (48,45%). Ketidaklengkapan Identifikasi tanggal dan pengisian rekam medis disebabkan karena para PPA terburu-buru dalam mengisi rekam medis sehingga lupa untuk memberi jam tanggal dan pada formulir yang diisi.

Kelengkapan terendah terdapat pada item jam. Hal tersebut dikarenakan pengisian tanggal dan jam pada formulir yang memiliki tindasan sering tidak terisi. Selain itu para PPA yang mengisi rekam medis rawat inap tergesa-gesa dalam mengisi rekam medis sehingga lupa menulis tanggal dan jam pengisian rekam medis rawat inap tersebut.

Kelengkapan identifikasi tanggal dan jam pengisian rekam medis terendah terdapat pada formulir pemeriksaan laboratorium. Formulir pemeriksaan laboratorium memiliki tindasan. Pengisian tanggal dan jam pada formulir pemeriksaan laboratorium tidak lengkap karena item tanggal dan jam sering tertutupi label/stiker identitas pasien sehingga dokter tidak bisa menulis tanggal dan jam pengisian formulir tersebut. Seharusnya penempelan label/stiker identitas pasien lebih rapi agar tidak menutupi item pengisian tanggal dan jam sehingga dokter dapat menulis tanggal dan jam pengisian formulir tersebut.

Identifikasi PPA yang mengisi rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.3 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta mengenai tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi terpenuhi sebagian karena tanggal dan jam pengisian rekam medis 51,55% lengkap. Batas minimal yang harus dicapai setiap elemen sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1 yaitu 80% sedangkan pencapaian nilai pada elemen ini 21%-79%. Perlu dilakukan sosialisasi mengenai cara pengisian rekam medis meliputi pengisian tanggal dan jam sehingga standar MIRM 13.3 elemen penilaian kedua dapat terpenuhi.

4. **Pelaksanaan *Review* Rekam Medis Berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.4 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta**

Berdasarkan hasil penelitian di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta peneliti dapat memberikan pembahasan pelaksanaan *review* rekam medis berdasarkan SNARS edisi 1 standar MIRM 13.4 di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sebagai berikut :

1. *Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan review rekam medis secara berkala. (R)*
Rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan *review* rekam medis secara berkala diatur dalam kebijakan pelayanan rekam medis RSJD Surakarta yang menyebutkan pelaksanaan *review* dokumen rekam medis, Instalasi Rekam Medis menggunakan Sistem Kuota Sampling, menurut notoatmodjo dalam pelaksanaan *review* dokumen rekam medis, sampel yang digunakan setiap tribulannya sejumlah 50 sampel dokumen rekam medis serta evaluasi dan monitoring terhadap *review* dokumen rekam medis dilakukan oleh para pemberi asuhan secara berkala dengan menggunakan sampel yang dilakukan oleh komite medik dan komite keperawatan tentang ketepatan waktu, kelengkapan dapat terbaca. Terdapat prosedur mengenai *review* rekam medis secara berkala yang diatur dalam SPO nomor 03.02.95 tentang evaluasi pengisian dokumen rekam medis rawat inap yang menyebutkan Evaluasi dibuat setiap bulan dan dilaporkan secara berkala per-3 bulan.

Pelaksanaan *review* rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.4 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta mengenai regulasi bahwa rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan *review* rekam medis secara berkala terpenuhi lengkap karena RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sudah memiliki regulasi mengenai rumah sakit menetapkan individu atau tim yang melakukan *review* rekam medis secara berkala sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1.

2. *Rekam medis pasien di-review secara berkala.*
RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta melaksanakan *review* rekam medis secara berkala yaitu setiap 3 bulan sekali. *Review* rekam medis secara berkala didokumentasikan pada lembar *review* rekam

medis rawat inap dan ditandatangani oleh PPA yang ikut melaksanakan *review* rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala instalasi rekam medis *review* rekam medis secara berkala dilaksanakan oleh tim panitia rekam medis. Tim panitia rekam terdiri dari seorang dokter spesialis yang menjadi ketua tim dengan kepala instalasi rekam medis yang menjadi sekretari tim dan seluruh PPA yang menjadi anggota tim.

Pelaksanaan *review* rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.4 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta mengenai Rekam medis pasien di-*review* secara berkala terpenuhi lengkap karena RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sudah melaksanakan *review* rekam medis secara berkala sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1.

3. *Proses review termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.*

Pelaksanaan *review* rekam medis berdasarkan SNARS Edisi 1 Standar MIRM 13.4 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta mengenai proses *review* termasuk isi rekam medis harus sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan terpenuhi lengkap sesuai dengan instrumen akreditasi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1, karena RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta dalam pelaksanaan *review* termasuk isi rekam medis sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis pengelolaan dokumen rekam medis rawat inap berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta tahun 2017 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penyediaan rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta tahun 2017 dari 5 elemen penilaian seluruhnya terpenuhi lengkap.
2. Informasi yang termuat dalam rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13.1 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta tahun 2017 dari 6 elemen penilaian terdapat 2 elemen penilaian tidak terpenuhi yaitu elemen penilaian pertama mengenai regulasi tentang isi spesifik dari berkas rekam medis pasien yang ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA dan elemen penilaian keenam mengenai aktivitas MPP dicatat dalam rekam medis.
3. Individu yang berwenang mengisi rekam medis rawat inap dan memahami cara melakukan koreksi berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13.2 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta tahun 2017 dari 3 elemen penilaian terdapat 1 elemen penilaian tidak terpenuhi yaitu elemen penilaian ketiga mengenai bukti individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi.
4. Identifikasi profesional pemberi asuhan yang mengisi rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13.3 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta tahun 2017 dari 2 elemen penilaian seluruhnya terpenuhi sebagian yaitu elemen penilaian pertama mengenai setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi dengan jelas PPA yang mengisi dan elemen penilaian kedua mengenai tanggal dan jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi.
5. Pelaksanaan *review* rekam medis rawat inap berdasarkan SNARS Edisi 1 standar MIRM 13.4 di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta tahun 2017 dari 7 elemen penilaian seluruhnya terpenuhi lengkap

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Budi, S.C. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta : Quantum Sinergis Media.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta.: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2017. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 34 tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta
- Pratama, F.M. 2015. *Tinjauan Kesiapan Akreditasi KARS Bagian Manajemen Informasi dan Komunikasi (MKI) Standar MKI 19, MKI 19.1, MKI 19.1.1, MKI 19.2, MKI 19.3, MKI 19.4 di RS Panti Wilasa "Dr. Cipto" Semarang Tahun 2015*. Tugas Akhir. Semarang : Universitas Dian Nuswantoro.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta.
- Sabrina, H.A. 2015. *Analisis Isi Rekam Medis Rawat Inap Kasus Diabetes Melitus Berdasarkan Standar MKI. 19.1 Akreditasi KARS 2012 di RSUD Tidar Magelang*. Tugas Akhir. Yogyakarta. Diploma III Rekam Medis Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada.
- Saryono. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta.
- Siregar, S. 2010. *Statistik Deskriptif Untuk Penelitian*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Sudra, R.I. 2014. *Rekam Medis Ed.2*. Tangerang Selatan : Universitas Terbuka
- Sugiyono. 2005. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta
- Wannay, A.O. 2017. *Evaluasi Standar Akreditasi Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) 13 pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSJD Dr. Arif Zainudin Surakarta Tahun 2017*. Karya Tulis Ilmiah. Surakarta : APIKES Citra Medika.

SYSTEMATIC REVIEW: FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKURASI KODING DIAGNOSIS DI RUMAH SAKIT

Julia Pertiwi

Universitas Veteran Bangun Nusantara, pertiwijulia26@gmail.com

ABSTRAK

Akurasi penentuan kode diagnosis pada pasien memiliki peran fatal dalam kelancaran pelayanan kesehatan. Namun, studi menunjukkan tingkat ketidaktepatan pemberian kode yang tinggi. Keadaan demikian berpengaruh langsung pada kesalahan prosedur medis, proses klaim yang tidak lancar, pencatatan angka kesakitan yang tidak tepat dan perencanaan & evaluasi pelayanan kesehatan yang terhambat. Studi ini dilakukan untuk menemukan faktor yang berpengaruh pada ketepatan pemberian kode. Studi literature review dilakukan pada 20 jurnal nasional dan 10 jurnal internasional yang diunggah secara di media daring pada rentang tahun 2010-2019. Kata kunci yang digunakan Faktor yang berpengaruh tinggi terhadap akurasi koding diagnosis adalah man (sumber daya manusia) dan method (cara penentuan penyakit).

Kata Kunci: akurasi, koding, rumah sakit

ABSTRACT

Accuracy in determining the diagnosis code in patients has a fatal role in hospital. However, studies showed high degree of inaccuracy in coding. Thus conditions directly affected to medical procedure errors, claims processing become so late, improper recording of morbidity and obstructed to planning & evaluation at hospital management. This study aimed to find factors that influence the accuracy of coding. The literature review study was conducted in 20 national journals and 10 international journals uploaded in the online media for 2010-2019. The factors that have a high influence on the accuracy of diagnosis coding are man (human resources) and methods (how to determine the disease).

Keyword: accuracy, coding, hospital

PENDAHULUAN

Inti dari sistem informasi kesehatan di sebuah rumah sakit tergantung pada rekam medis. Sebagai inti berarti komunikasi antara pekerja di pelayanan kesehatan dan rekam medis yang terisi dengan tepat dan akurat merupakan dasar pelayanan kesehatan yang baik. Seiring pemanfaatan teknologi informasi di bidang kesehatan rekam medis berkembang ke arah pembuatan Rekam Medis Elektronik (RME). Penerapan pengembangan RME ini memberikan perubahan yang luar biasa bagi pasien, dokter, dan pelayanan kesehatan lainnya serta institusi kesehatan baik di Indonesia ataupun di luar negeri. Implementasi Rekam Medis Elektronik ini dimaksudkan untuk mempermudah pelayanan kesehatan dan diharapkan memiliki efek yang positif pada perawatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien. (Sittig, Gonzalez and Singh, 2014)

Rekam medis didefinisikan oleh *Center of Medicare and Medicaid Services* (CMS) sebagai catatan medis pasien, yang dikelola oleh penyedia layanan kesehatan dari waktu ke waktu, dan mencakup data klinis yang relevan dengan perawatan seorang pasien dibawah instansi pelayanan kesehatan tertentu, termasuk demograf, catatan kemajuan, permasalahan, pengobatan, tanda vital, riwayat pengobatan sebelumnya, imunisasi, hasil laboratorium dan laporan radiologi. (Sittig, Gonzalez and Singh, 2014) Bagian yang sangat lekat dengan rekam medis adalah koding dan *coder*. Koding dalam rekam medis diartikan sebagai translasi dari suatu diagnosis, prosedur, jasa maupun pelayanan kedalam kode alfanumerik dan atau numerik untuk tujuan pelaporan statistik dan *reimbursement*. (Anggraini *et al.*, 2017)

Di Indonesia, khususnya untuk kepentingan *reimbursement* digunakan ICD-10 versi tahun 2010 untuk kode diagnosis penyakit sedangkan untuk koding prosedur medis menggunakan ICD-9-CM versi th

2010. (Kemenkes RI, 2016) Kode diagnosis berdasarkan ICD-10 versi 2010 adalah kunci utama untuk menentukan tren penyakit, sebagai dasar prosedur medis yang akan diberikan kepada pasien dan sebagai penentu besar biaya kesehatan. (WHO, 2016) Sehingga, jika kode diagnosis yang ditentukan koder (umumnya tenaga rekam medis) tidak tepat maka akan menyebabkan kesalahan pengambilan keputusan prosedur medis dan menyebabkan kerugian bagi rumah sakit baik secara finansial maupun saat pengambilan kebijakan.

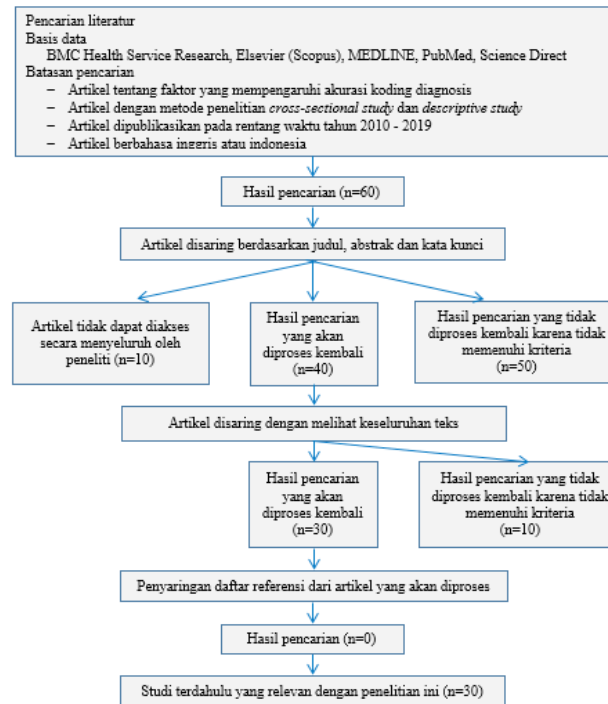
Sebuah studi mengungkapkan bahwa kesalahan koding berpotensi menurunkan pendapatan rumah sakit mencapai 32,6% dan menurunkan pendapatan dari klaim dengan perhitungan sejumlah Rp 559.632.015,00 dengan selisih kurang terhadap standar adalah 8% atau sebesar Rp. 48.958.416,00. (Yuniati, 2013) Studi lain menunjukkan bahwa rumah sakit mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayar dengan besaran biaya yang telah dikeluarkan oleh rumah sakit untuk suatu pelayanan. (Septianis, Misnaniarti and Alwi, 2010) Studi yang baru-baru ini dilakukan di Malaysia menunjukkan potensi kerugian yang dialami rumah sakit X ketika *coder* salah menentukan kode diagnosis mencapai RM 654.303,91 (2,2 miliar rupiah) per tahun. (Zafrah *et al.*, 2018)

Dalam Buku *The World Report on Knowledge for Better Health* telah diungkapkan bahwa salah satu permasalahan dalam penelitian kesehatan adalah terkait dengan kurangnya pemanfaatan hasil penelitian oleh pengguna (*the utilization of research results*). Bahkan, permasalahan ini tidak saja terjadi di negara berkembang namun juga terjadi di negara maju. Pemanfaatan hasil penelitian oleh penentu kebijakan mencakup penyediaan fakta pada keseluruhan sekuensi proses kebijakan (*policy process*). Fakta harus mampu dikemas dalam format yang mudah dipahami oleh penentu kebijakan. *World Health Organization* menganjurkan bahwa terdapat hirarki metode penyajian fakta kepada pengguna sebagai berikut: (i) inovasi dalam ranah teori, metodologi dan penelitian dasar, (ii) laporan penelitian tunggal dan artikel, (iii) sintesis hasil penelitian: (*systematic review: meta-analysis, meta-sintesis*), (iv) masukan untuk penentu kebijakan (*actionable message: policy brief dan policy paper*). (WHO, 2004)

Melihat pentingnya koding diagnosis yang tepat dalam rumah sakit dan kurangnya pemanfaatan hasil penelitian tentang faktor yang mempengaruhi ketepatan koding diagnosis, maka penelitian ini bermaksud mengkaji lebih lanjut mengenai faktor yang mempengaruhi ketepatan koding diagnosis di rumah sakit dengan metode *systematic review*.

METODE

Jenis penelitian ini adalah *systematic review* dengan pendekatan *meta-aggregation* terhadap faktor yang mempengaruhi tingkat akurasi koding diagnosis di rumah sakit. *Systematic review* adalah suatu metode penelitian untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan interpretasi terhadap semua hasil penelitian yang relevan terkait pertanyaan penelitian tertentu, topik tertentu, atau fenomena yang menjadi perhatian. (Kitchenham, 2004) *Systematic review* akan sangat bermanfaat untuk melakukan sintesis dari berbagai hasil penelitian yang relevan, sehingga fakta yang disajikan kepada penentu kebijakan menjadi lebih komprehensif dan berimbang. Jenis pendekatan *meta-aggregation* bertujuan mensintesis (merangkum) hasil-hasil penelitian yang bersifat deskriptif kualitatif bertujuan untuk menjawab pertanyaan penelitian (*review question*) dengan cara merangkum berbagai hasil penelitian (*summarizing*). (Perry and Hammond, 2002) Pada meta-agregasi topik penelitian dielaborasi menjadi tema-tema tertentu untuk menghasilkan kerangka analisis (*conceptual framework*). Kemudian, dalam tema-tema tertentu tersebut dilakukan pencarian artikel hasil penelitian yang relevan dan dibandingkan dan dirangkum antar yang satu dengan yang lainnya. Pada pendekatan meta-agregasi, hasil sintesis merupakan "agregat" dari berbagai hasil penelitian sesuai dengan tema yang relevan. Oleh karena itu, pada metode sintesis meta-agregasi harus dibuat terlebih dahulu kerangka konsep penelitian yang menggambarkan tema-tema yang saling terkait (berhubungan), kemudian hasil-hasil studi primer diplot pada tema-tema yang telah diidentifikasi. Dengan kata lain penyajian hasil lebih kepada melakukan agregat (deskriptif). (Siswanto, 2010)



Gambar 1. Diagram Alir Penelitian

Studi literatur yang dilakukan pada penelitian ini terbatas pada faktor yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis. Literatur yang digunakan dalam penelitian ini adalah prosiding dan jurnal yang berasal dari BMC Health Service Research, Elsevier (Scopus), MEDLINE, PubMed, ScienceDirect. Prosiding dan jurnal yang digunakan menggunakan kata kunci *diagnosis coding error*, *coding accuracy factors*, *diagnosis coding accuracy*, *factors influencing accuracy*. Prosiding dan jurnal yang digunakan memiliki desain study deskriptif dan dipublikasikan pada rentang tahun 2010-2019. Jurnal dan prosiding yang telah dikumpulkan kemudian disaring dengan melihat keseluruhan isi teks. Dari hasil penyaringan ditetapkan 30 artikel yang sesuai terdiri dari 20 jurnal nasional dan 10 jurnal internasional. Diagram alir penelitian tersaji pada Gambar 1.

HASIL

Berdasarkan kajian literatur yang dilakukan pada 30 sumber, diperoleh nilai tengah akurasi koding diagnosis di rumah sakit sebesar 56,3%, nilai minimal 10,5% dan nilai maksimal 87,0% (Tabel 1).

Hasil kajian analisis faktor yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis di rumah sakit diperoleh bahwa terdapat 25 aspek yang kemudian dikategorikan dalam 3 unsur yang meliputi: *man* (sumber daya manusia), *material-machine* (sarana dan prasarana) dan *method* (metode).

Tabel 1. Persentase Akurasi Koding Diagnosis

No	Status Jurnal	Penulis	Akurasi (%)
1.	Internasional	(Khwaja, Syed and Cranston, 2012)	71,0
2.	Internasional	(Farzandipour and Sheikhtaheri, 2010)	81,3
3.	Internasional	(Maryati and Murti, 2016)	40,0
4.	Internasional	(Zafrah <i>et al.</i> , 2018)	11,6
5.	Internasional	(Anian, 2016)	85,0

No	Status Jurnal	Penulis	Akurasi (%)
6.	Internasional	(Santos <i>et al.</i> , 2010)	20,6
7.	Internasional	(Cafardi <i>et al.</i> , 2012)	16,0
8.	Internasional	(NHS, 2014)	69,1
9.	Internasional	(Alakrawi, 2017)	36,3
10.	Internasional	(Cheng <i>et al.</i> , 2010)	16,0
11.	Nasional	(Abiyasa, Ernawati and Kresnowati, 2012)	64,7
12.	Nasional	(Yuniati, 2013)	80,2
13.	Nasional	(Putri, 2011)	61,7
14.	Nasional	(Kresnowati and Ernawati, 2013)	79,3
15.	Nasional	(Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017)	23,7
16.	Nasional	(Windari and Kristijono, 2016)	74,6
17.	Nasional	(Rusliyati, Hidayat and Seha, 2016)	10,5
18.	Nasional	(Hatta, 2013)	86,2
19.	Nasional	(Puspitasari, 2018)	61,0
20.	Nasional	(Saputro and Nuryati, 2015)	65,8
21.	Nasional	(Hamid, 2013)	77,1
22.	Nasional	(Rosita and Wiqoyah, 2018)	87,0
23.	Nasional	(Pepo and Yulia, 2015)	45,9
24.	Nasional	(Indawati, 2017)	25,9
25.	Nasional	(Hikmah <i>et al.</i> , 2019)	80,0
26.	Nasional	(Utami, 2015)	28,6
27.	Nasional	(Dwi Astuti and Lena, 2010)	55,0
28.	Nasional	(Setiyani, Lestari and Suriyasa, 2013)	75,0
29.	Nasional	(Novita, 2016)	80,0
30.	Nasional	(Setianto, 2013)	80,0

Unsur *man* (sumber daya manusia) dibagi menjadi 3, meliputi: sumber daya paramedis (klinisi yang langsung berhadapan dengan pasien dan memberi diagnosis), sumber daya tenaga koding (*coder*) dan kolaborasi antara paramedis dan *coder*. Unsur sumber daya paramedis yang mempengaruhi akurasi koding antara lain: kemudahan tulisan dokter untuk dibaca (diungkapkan 9 sumber), kelengkapan informasi diagnosis yang ditulis (diungkapkan 5 sumber), kesesuaian penulisan diagnosis dengan kriteria diagnosis utama berdasarkan aturan koding (diungkapkan 8 sumber), kelengkapan catatan dokumen rekam medis (diungkapkan 16 sumber), masa kerja paramedis (diungkapkan 2 sumber), jenis keahlian dan sub-spesialistik (diungkapkan 1 sumber) dan status kepegawaian paramedis (diungkapkan 1 sumber). Unsur sumber daya *coder* yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: kebingungan *coder* dalam memilih kode yang tepat (diungkapkan 2 sumber), ketidaktelitian *coder* (diungkapkan 6 sumber), minimnya pemahaman *coder* tentang terminologi medis yang ditulis oleh paramedis (diungkapkan 3 sumber), masa kerja sebagai *coder* (diungkapkan 5 sumber), kesesuaian pendidikan *coder* (diungkapkan 3 sumber) dan usia *coder* (diungkapkan 1 sumber). Unsur kolaborasi antara paramedis dan *coder* yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: pelatihan koding yang pernah diikuti (diungkapkan 4 sumber), komunikasi antara

paramedis dan *coder* yang masih minim (diungkapkan 5 sumber), beban kerja yang tinggi (diungkapkan 11 sumber), pengetahuan *coder* dan paramedis tentang koding (diungkapkan 2 sumber) serta pemahaman dan sikap *coder* & paramedis tentang koding diagnosis yang masih rendah (diungkapkan 1 sumber).

Unsur *material machine* (sarana prasarana) yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: kualitas dokumen rekam medis yang disediakan rumah sakit (diungkapkan 2 sumber) dan ketersediaan sarana pendukung & sarana komunikasi (diungkapkan 6 sumber).

Unsur *method* (metode) yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: panduan koding yang ambigu (diungkapkan 2 sumber), penundaan input kode (diungkapkan 1 sumber), ketersediaan Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait pengkodean diagnosis (diungkapkan 3 sumber), monitoring dan evaluasi penyelenggaraan rekam medis tidak dilakukan (diungkapkan 5 sumber).

Tabel 2. Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis di Rumah Sakit

Penulis	Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis di Rumah Sakit	Komponen Input
(Yuniati, 2013), (Putri, 2011), (Windari and Kristijono, 2016), (Rusliyati, Hidayat and Seha, 2016), (Hamid, 2013), (Utami, 2015), (Dwi Astuti and Lena, 2010), (Novita, 2016), (Setianto, 2013)	Kemudahan tulisan paramedis untuk dibaca	Man (Paramedis)
(Rosita and Wiqoyah, 2018), (Rosita and Wiqoyah, 2018), (Santos <i>et al.</i> , 2010), (Alakrawi, 2017), (Cheng <i>et al.</i> , 2010)	Kelengkapan informasi diagnosis yang ditulis	
(Kresnowati and Ernawati, 2013), (Rusliyati, Hidayat and Seha, 2016), (Hatta, 2013), (Hamid, 2013), (Rosita and Wiqoyah, 2018), (Utami, 2015), (Dwi Astuti and Lena, 2010), (Alakrawi, 2017)	Kesesuaian penulisan diagnosis dengan kriteria diagnosis utama berdasarkan aturan koding	
(Yuniati, 2013), (Putri, 2011), (Kresnowati and Ernawati, 2013), (Khwaja, Syed and Cranston, 2012), (Zafrah <i>et al.</i> , 2018), (Windari and Kristijono, 2016), (Rusliyati, Hidayat and Seha, 2016), (Hatta, 2013), (Anian, 2016), (Saputro and Nuryati, 2015), (Pepo and Yulia, 2015), (Utami, 2015), (Santos <i>et al.</i> , 2010), (Cafardi <i>et al.</i> , 2012), (Alakrawi, 2017), (Cheng <i>et al.</i> , 2010)	Kelengkapan catatan dokumen rekam medis	
(Maryati and Murti, 2016), (NHS, 2014)	Masa kerja paramedis	
(Maryati and Murti, 2016)	Jenis keahlian dan sub-spesialistik	
(Maryati and Murti, 2016)	Status kepegawaian paramedis	
(Yuniati, 2013), (Utami, 2015)	Kebingungan <i>coder</i> dalam memilih kode yang tepat	Man (Coder)
(Kresnowati and Ernawati, 2013), (Khwaja, Syed and Cranston, 2012), (Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017), (Dwi Astuti and Lena, 2010), (Setiyani, Lestari and Suriyasa, 2013), (Novita, 2016)	Ketidaktelitian <i>coder</i>	

Penulis	Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis di Rumah Sakit	Komponen Input
(Kresnowati and Ernawati, 2013), (Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017), (Setiyani, Lestari and Suriyasa, 2013)	Minimnya pemahaman <i>coder</i> tentang terminologi medis yang ditulis oleh paramedis	
(Farzandipour and Sheikhtaheri, 2010), (Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017), (NHS, 2014), (Alakrawi, 2017), (Maryati and Murti, 2016)	Masa kerja sebagai <i>coder</i>	
(Farzandipour and Sheikhtaheri, 2010), (Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017), (Saputro and Nuryati, 2015)	Kesesuaian pendidikan <i>coder</i>	
(Maryati and Murti, 2016)	Usia <i>coder</i>	
(Maryati and Murti, 2016), (Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017), (NHS, 2014), (Abiyasa, Ernawati and Kresnowati, 2012)	Pelatihan koding yang pernah diikuti <i>coder</i> dan paramedis	Man
(Putri, 2011), (Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017), (Rosita and Wiqoyah, 2018), (Santos <i>et al.</i> , 2010), (Cafardi <i>et al.</i> , 2012)	Kolaborasi dan komunikasi paramedis dan koder	
(Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017), (Rosita and Wiqoyah, 2018), (Indawati, 2017), (Hikmah <i>et al.</i> , 2019), (Utami, 2015), (Novita, 2016), (Setianto, 2013), (Santos <i>et al.</i> , 2010), (Cafardi <i>et al.</i> , 2012), (NHS, 2014), (Cheng <i>et al.</i> , 2010)	Beban kerja paramedis dan <i>coder</i>	
(Rosita and Wiqoyah, 2018), (Pepo and Yulia, 2015)	Pengetahuan <i>coder</i> dan dokter tentang koding diagnosis	
(Rosita and Wiqoyah, 2018)	Pemahaman dan sikap <i>coder</i> dan dokter tentang koding diagnosis	
(Maryati and Murti, 2016), (Saputro and Nuryati, 2015)	Kualitas dokumen rekam medis yang disediakan rumah sakit	<i>Material-machine</i> (sarana prasarana)
(Karimah, Setiawan and Nurmalia, 2017), (Dwi Astuti and Lena, 2010), (Santos <i>et al.</i> , 2010), (NHS, 2014), (Cheng <i>et al.</i> , 2010)	Sarana pendukung dan komunikasi	
(Putri, 2011), (NHS, 2014)	Panduan koding yang ambigu	Method
(Saputro and Nuryati, 2015)	Penundaan input kode	
(Saputro and Nuryati, 2015), (Pepo and Yulia, 2015), (Utami, 2015)	Ketersediaan SOP terkait pengkodean diagnosis	

Penulis	Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis di Rumah Sakit	Komponen Input
(Setiyani, Lestari and Suriyasa, 2013), (Cafardi <i>et al.</i> , 2012), (NHS, 2014), (Alakrawi, 2017), (Cheng <i>et al.</i> , 2010)	Monitoring dan evaluasi atau tinjauan ulang penyelenggaraan rekam medis yang tidak dilakukan	

PEMBAHASAN

Menurut Emerson manajemen mempunyai lima unsur (5M), yaitu *man*, *money*, *material*, *machine*, dan *method*. *Man* merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. *Money* berhubungan dengan berapa uang yang harus disediakan untuk membiayai gaji tenaga kerja, alat-alat yang dibutuhkan dan harus dibeli serta berapa hasil yang akan dicapai dari suatu organisasi. *Material* terdiri dari bahan setengah jadi (*raw material*) dan bahan jadi. Dalam dunia usaha untuk mencapai hasil yang lebih baik, selain manusia yang ahli dalam bidangnya juga harus dapat menggunakan bahan/materi-materi sebagai salah satu sarana. Sebab materi dan manusia tidak dapat dipisahkan, tanpa materi tidak akan tercapai hasil yang dikehendaki. *Machine* atau mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja. Rekam medis dan SIMPUS menjadi mesin dalam pelaksanaan pengkodean diagnosis. *Method* atau metode adalah suatu tata cara kerja yang memperlancar jalannya pekerjaan. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dengan memberikan berbagai pertimbangan kepada sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu, serta uang dari kegiatan usaha.

Pada penelitian ini diperoleh bahwa unsur sumber daya paramedis yang mempengaruhi akurasi koding antara lain: kemudahan tulisan dokter untuk dibaca, kesesuaian penulisan diagnosis dengan kriteria diagnosis utama berdasarkan aturan koding, kelengkapan catatan dokumen rekam medis. Paramedis merupakan penentu pertama ketepatan penentuan diagnosis karena mereka berhadapan langsung dengan pasien.

Unsur sumber daya *coder* yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: ketidaktepatan *coder*, minimnya pemahaman *coder* tentang terminologi medis yang ditulis oleh paramedis dan masa kerja sebagai *coder*. Ketelitian merupakan hal yang penting dalam menentukan kode diagnosis karena satu huruf atau angka saja akan memberikan arti yang berbeda. Lebih jauh, kesalahan tersebut akan berlanjut pada kesalahan prosedur medis yang akan diberikan kepada pasien. Pemahaman *coder* tentang terminologi medis juga sangat diperlukan, mengingat ilmu ini merupakan dasar utama seorang *coder*. Semakin tinggi pemahaman *coder* tentang terminologi medis, maka makin tepat pula kode diagnosis yang dihasilkan. Masa kerja *coder* berhubungan langsung dengan pengalaman menghadapi kasus yang mudah hingga yang sulit. Makin lama masa kerja *coder*, maka makin banyak juga pengalaman yang dimiliki.

Unsur kolaborasi antara paramedis dan *coder* yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: komunikasi antara paramedis dan *coder* yang masih minim dan beban kerja yang tinggi. Komunikasi antara paramedis dan *coder* menjadi sangat penting untuk melakukan *crosscheck* apakah diagnosis yang dimaksud paramedis sudah sesuai dengan apa yang ditangkap oleh *coder*. Komunikasi penting untuk menghindari kesalahpahaman diagnosis.

Unsur *material machine* (sarana prasarana) yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: kualitas dokumen rekam medis yang disediakan rumah sakit dan ketersediaan sarana pendukung & sarana komunikasi. Ruangan kerja yang nyaman, kemampuan komputer yang memadai dan sarana komunikasi terbukti menunjang keakuratan koding diagnosis di rumah sakit. Lingkungan kerja erat kaitannya dengan produktivitas pekerja. Lingkungan kerja yang baik akan memicu pekerja untuk bekerja dengan optimal.

Unsur *method*(metode) yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: ketersediaan Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait pengkodean diagnosis dan monitoring & evaluasi penyelenggaraan rekam medis tidak dilakukan. Evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dan pencapaian suatu tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi merupakan bagian penting dari proses manajemen, karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik terhadap program atau pelaksanaan kegiatan. Evaluasi penyelenggaraan rekam medis diharapkan mampu mengidentifikasi kendala dan penyebab sedini mungkin untuk kemudian dicari jalan keluar atau solusi dari permasalahan tersebut.

KESIMPULAN

Faktor yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis meliputi man (sumber daya manusia), *material-machine* (sarana dan prasarana) dan *method* (metode).

Unsur *man* yang mempengaruhi akurasi koding antara lain: kelengkapan catatan dokumen rekam medis, ketelitian *coder* dan beban kerja yang tinggi. Unsur *material machine* (sarana prasarana) yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: kualitas dokumen rekam medis yang disediakan rumah sakit dan ketersediaan sarana pendukung & sarana komunikasi. Unsur *method*(metode) yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: ketersediaan Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait pengkodean diagnosis dan monitoring & evaluasi penyelenggaraan rekam medis tidak dilakukan.

Perlu ditumbuhkan komunikasi yang baik antara *coder* dan paramedis serta melakukan perhitungan beban kerja berdasarkan kemampuan, menyediakan sarana yang memadai dan menyelenggarakan monitoring & evaluasi rekam medis secara berkala agar kesalahan koding diagnosis dapat diminimalisir.

DAFTAR PUSTAKA

- Abiyasa, M. T., Ernawati, D. and Kresnowati, L. (2012) 'Hubungan Antara Spesifitas Penulisan Diagnosis Terhadap Akurasi Kode Pada RM 1 Dokumen Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Semarang', *Jurnal Visikes*, 11(2), pp. 99–104.
- Alakrawi, Z. M. (2017) *Data Analytics Of Codified Patient Data: Identifying Factors Influencing Coding, Trends, Productivity And Quality*. Pittsburgh.
- Anggraini, M. et al. (2017) *Klasifikasi, Kodefikasi Penyakit dan Masalah Terkait I: Anatomi, Fisiologi, Patologi, Terminologi Medis dan Tindakan pada Sistem Kardiovaskuler, Respirasi dan Muskuloskeletal*. I. Edited by Nono Sarwono. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Anian, S. (2016) *Coding Error And Coder Skill In Implementing International Classification Of Disease (ICD) Case Mix System In Malaysia*. Malaysia.
- Cafardi, S. G. et al. (2012) *Accuracy Of Coding In The Hospital-Acquired Conditions-Present On Admission Program*. Baltimore.
- Cheng, P. et al. (2010) 'The Risk And Consequences Of Clinical Miscoding Due To Inadequate Medical Documentation: A Case Study Of The Impact On Health Services Funding', *Health Information Management Journal*, 38(1), pp. 35–46. doi: 10.1177/183335830903800105.
- Dwi Astuti, R. and Lena, D. S. (2010) 'Tinjauan Akurasi Kode Diagnosis Utama Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 Bangsal Dahlia Di Badan RSUD Sukoharjo', *Jurnal Kesehatan*, 2(1).
- Farzandipour, M. and Sheikhtaheri, A. (2010) 'Evaluation of Factors Influencing Accuracy of Principal Procedure Coding Based on ICD-9-CM: An Iranian Study', in *Perspective in Health Information Management*, pp. 1–16.
- Hamid (2013) *Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang*. Surakarta.

- Hatta, G. R. (2013) *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan KeseHATAN*. 2nd edn. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Hikmah, F. et al. (2019) *Penentu Prioritas dan Perbaikan Masalah Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat*, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*.
- Indawati, L. (2017) *Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tidakan (Systematic Review)*. Jakarta.
- Karimah, R. N., Setiawan, D. and Nurmalia, P. S. (2017) 'Diagnosis Code Accuracy Analysis Of Acute Gastroenteritis Disease Based on Medical Record Document in Balung Hospital Jember', *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 2(2), pp. 12–17. doi: 10.19184/ams.v2i2.2775.
- Kemendes RI (2016) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional'. Jakarta.
- Khwaja, H. A., Syed, H. and Cranston, D. W. (2012) 'Coding Errors: A Comparative Analysis of Hospital and Prospectively Collected Departmental Data', *British Journal of Urology International*, 89, pp. 178–180. doi: 10.1046/j.1464-4096.2001.01428.x.
- Kitchenham, B. (2004) *Procedures for Performing Systematic Reviews*. Eversleigh, Australia: Department of Computer Science Keele University.
- Kresnowati, L. and Ernawati, D. (2013) *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis dan Prosedur Medis pada Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Kota Semarang Laporan Akhir Penelitian Dosen Pemula*. Semarang.
- Maryati, W. and Murti, B. (2016) 'Factors Affecting the Quality of Diagnosis Coding and Medical Record at Dr. Moewardi Hospital, Surakarta', *Journal of Health Policy and Management*, 1(2), pp. 61–70. doi: 10.26911/thejhpm.2016.01.02.01.
- NHS (2014) *The Quality Of Clinical Coding In The NHS*. London.
- Novita, M. (2016) *Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2016*. Yogyakarta.
- Pepo, A. A. H. and Yulia, N. (2015) 'Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2), pp. 2337–585.
- Perry, A. and Hammond, N. (2002) *Systematic Reviews: The Experiences of a PhD Student, Psychology Learning and Teaching*. Available at: www.cochrane.org.
- Puspitasari, N. (2018) 'Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis Dan Faktor Penyebab Di Rumah Sakit X Jawa Timur', *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*. doi: 10.29241/jmk.v3i1.77.
- Putri, N. M. (2011) *Hubungan Beban Kerja Coder Dengan Keakuratan Koding Diagnosis Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 Di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta Tahun 2011*. Surakarta.
- Rosita, R. and Wiqoyah, matul (2018) *Hubungan Ketepatan Penulisan Terminologi Medis Diagnosis Utama Dengan Keakuratan Kode Kasus Penyakit Dalam Pasien Rawat Inap Relations The Accuracy Of Writing Terminology Medical Of Diagnosis Main With Accuracy Code Cases Of A Disease In Inpatients, IJMS-Indonesian Journal On Medical Science*.
- Rusliyati, N. K., Hidayat, A. R. and Seha, H. N. (2016) 'Analisis Ketepatan Pengkodean Diagnosis Berdasarkan ICD-10 Dengan Penerapan Karakter Ke-5 Pada Pasien Fraktur Rawat Jalan Semester II Di RSU Mitra Paramedika Yogyakarta', *Jurnal Permata Indonesia*, 7(1), pp. 26–34.

- Santos, S. *et al.* (2010) 'Organisational Factors Affecting The Quality Of Hospital Clinical Coding', *Health Information Management Journal*, 37(1), pp. 25–37. doi: 10.1177/183335830803700103.
- Saputro, N. T. and Nuryati (2015) 'Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Di Puskesmas Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah', *urnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(1).
- Septianis, D., Misnaniarti and Alwi, M. (2010) 'Perbandingan Biaya Pelayanan Tindakan Medik Operatif Terhadap Tarif INA-DRG Pada ProgramJamkesmas Di RSUD Dr. Mohammad Hoesin Palembang', *JurnalManajemen Pelayanan Kesehatan*, 13, pp. 133–139.
- Setianto, D. B. (2013) *Tinjauan Keakuratan Penetapan Kode Diagnosis Utama Berdasarkan Spesifikasi Penulisan Diagnosis Utama Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Permata Medika Semarang*. Semarang.
- Setiyani, L., Lestari, T. and Suriyasa, P. (2013) 'Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Pasien Rawat Inap Penyakit Cronic Renal Failure End Stage Berdasarkan ICD 10 Di RSUD Dr. Moewardi Bulan Januari Tahun 2013', *Jurnal Rekam Medis*, VII(2), pp. 1–8.
- Siswanto (2010) 'Systematic Review Sebagai Metode Penelitian Untuk Mensintesis Hasil-Hasil Penelitian (Sebuah Pengantar)', *Buletin Penelitian SistemKesehatan*, 13(4), pp. 326–333.
- Sittig, D. F., Gonzalez, D. and Singh, H. (2014) 'Contingency Planning For Electronic Health Record-Based Care Continuity: A Survey Of Recommended Practices', *International Journal of Medical Informatics*. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2014.07.007.
- Utami, Y. T. (2015) 'Hubungan Pengetahuan Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan ICD-10 Di RSUD Simo Boyolali', *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 5(1), pp. 13–25.
- WHO (2004) *World Report on Knowledge for Better Health*. Geneva.
- WHO (2016) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.
- Windari, A. and Kristijono, A. (2016) 'Analisis Ketepatan Koding Yang Dihasilkan Koder Di RSUD Ungaran', *Jurnal Riset Kesehatan*, 5(1), pp. 35–39. Available at: <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk>.
- Yuniati, D. I. (2013) 'Analisis Hasil Koding yang Dihasilkan oleh Coder di Rumah Sakit Pemerintah X di Kota Semarang Tahun 2012', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4), pp. 167–174. doi: 10.7454/eki.v1i4.1791.
- Zaf rah, S. A. *et al.* (2018) 'Potential Loss Of Revenue Due To Errors In Clinical Coding During The Implementation Of The Malaysia Diagnosis Related Group (MY-DRG) Casemix System In A Teaching Hospital In Malaysia', *BMC Health Services Research*. doi: 10.1186/s12913-018-2843-1.

ANALISIS TINGKAT PENERIMAAN PENGGUNA TERHADAP TEKNOLOGI SISTEM INFORMASI REKAM MEDIS DI PKU MUHAMMADIYAH KARANGANYAR

¹Nurhayati, ²Yunita Wisda Tumarta Arif, ³Irma Nur Hidayah

¹Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, nurhayati@udb.ac.id

²Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, yunita_wisda@udb.ac.id

ABSTRAK

Kehadiran sistem informasi rekam medis di PKU Muhammadiyah Karanganyar telah membawa banyak pengaruh bagi pelayanan. Seiring penerapan sistem informasi rekam medis perlu dilakukan penilaian apakah sistem sudah berjalan sebagaimana mestinya dan sudah dapat diterima oleh penggunanya dalam hal ini petugas rekam medis. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengukur tingkat penerimaan pengguna sistem terhadap teknologi sistem informasi rekam medis yang diterapkan di rumah sakit. Metode analisis yang digunakan adalah model Technology Acceptance Model (TAM) untuk menilai persepsi pengguna dari sisi kebermanfaatan dan kemudahan sistem. Data primer yang didapatkan dari penyebaran kuisioner kepada 17 orang petugas rekam medis selaku pengguna sistem rekam medis untuk mendapatkan tingkat penerimaan pengguna terhadap teknologi. Hasil penelitian didapatkan bahwa pengukuran rata-rata tingkat penerimaan berdasarkan persepsi kebermanfaatan yaitu 3,48 yang ditafsirkan bahwa sistem memberikan manfaat bagi pengguna, sedangkan rata-rata tingkat penerimaan sistem berdasarkan persepsi pengguna 3,29 yang ditafsirkan bahwa sistem mudah dalam pengoperasian.

Kata Kunci : sistem informasi rekam medis, TAM, persepsi pengguna

ABSTRACT

The presence of a medical record information system at PKU Muhammadiyah Karanganyar has brought a lot of influence to the service. Along with the application of the medical record information system, it is necessary to evaluate whether the system has been running as it should and has been accepted by its users in this case the medical record officer. The purpose of this study is to measure the level of user acceptance of the system to the medical record information system technology applied in the hospital. The analytical method used is the Technology Acceptance Model (TAM) model to assess user perceptions in terms of system usefulness and convenience. Primary data obtained from the distribution of questionnaires to 17 medical records officers as users of the medical record system to obtain the level of user acceptance of technology. The results showed that the measurement of the average level of acceptance based on perceptions of usefulness is 3.48 which is interpreted that the system provides benefits to users, while the average level of acceptance of the system is based on user perceptions 3.29 which is interpreted that the system is easy to operate.

Keywords: medical record information system, TAM, user perception

PENDAHULUAN

Salah satu perkembangan teknologi informasi di bidang kesehatan adalah Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang diterapkan di rumah sakit. Menurut Rustiyanto (2011:36), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yaitu rangkaian kegiatan yang mencakup semua pelayanan kesehatan (rumah sakit) di semua tingkatan administrasi yang dapat memberikan informasi kepada pengelola untuk proses manajemen (berhubung dengan pengumpulan data, pengolahan data, penyajian informasi, dan analisa) pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Agar tingkat penerimaan pengguna dari SIMRS dapat diketahui maka perlu dilakukan evaluasi. Teori yang digunakan untuk memberikan bukti secara empiris mengenai penggunaan teknologi (evaluasi) adalah Model Penerimaan Teknologi (*Technology Acceptance Model*). Model penerimaan teknologi ini telah banyak digunakan di berbagai penelitian di banyak negara, pada berbagai konteks, lingkungan dan budaya. Model Penerimaan Teknologi (*Technology Acceptance Model*) pertama kali diperkenalkan oleh Davis (1986). *Technology Acceptance Model* (TAM) menggambarkan bahwa penggunaan teknologi informasi akan dipengaruhi oleh dua variabel yaitu persepsi pengguna terhadap manfaat (*perceived usefulness*) dan persepsi pengguna terhadap penggunaan (*perceived ease of use*). Manfaat dilakukan evaluasi yaitu digunakan untuk perbaikan atau peningkatan program.

Berdasarkan survei pendahuluan yang penulis lakukan, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar sudah terkomputerisasi sejak 2001 dan mulai mengaplikasikan SIMRS mulai Maret tahun 2017. SIMRS baru digunakan pada Maret tahun 2017 karena dari pihak Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar bernegosiasi terlebih dahulu dengan pihak *vendor* untuk melakukan penawaran harga dan akhirnya bekerja sama untuk menerapkan SIMRS. SIMRS digunakan pada bagian pendaftaran rawat jalan, rawat inap/IGD, *fling*, dan pengelolaan berkas. Saat pertama diimplementasikannya SIMRS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar pengguna mengalami kendala karena perubahan dari aplikasi lama ke aplikasi SIMRS tersebut pengguna perlu menyesuaikan diri dan sejak awal diimplementasikan SIMRS belum dilakukan evaluasi. SIMRS digunakan di beberapa bagian yaitu pendaftaran rawat jalan, rawat inap/IGD, *fling* dan pengelolaan berkas yang digunakan oleh petugas dengan latar belakang pendidikan yang berbeda sehingga perlu diketahui bagaimana penerimaan teknologi informasi bagi pengguna SIMRS tersebut. Dari masalah tersebut maka penulis melakukan penelitian tentang "Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Bagian Rekam Medis dengan Metode *Technology Acceptance Model* (TAM) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar Tahun 2018". Dengan penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif kuantitatif yang bertujuan untuk menggambarkan, meringkas, berbagi kondisi, berbagai situasi atau berbagai variabel yang timbul di masyarakat yang menjadi objek penelitian, dalam hal ini objek penelitian yang diambil adalah sistem informasi rekam medis di PKU Muhammadiyah Karanganyar. Variabel penelitian terbagi menjadi dua yaitu persepsi pengguna terhadap kebermanfaatan sistem (*perceived of usefulness*) dan persepsi pengguna terhadap kemudahan sistem (*perceived easy of use*).

Populasi penelitian ini seluruh petugas rekam medis yang mengoperasikan sistem informasi rekam medis sejumlah 17 orang petugas. Sampel penelitian adalah sampel jenuh dengan mengambil keseluruhan populasi. Teknik pengambilan data dengan observasi sistem informasi rekam medis dan wawancara terhadap petugas rekam medis. Instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan kuisioner yang bersifat tertutup (*close-ended question*) sehingga hasil yang dicapai dari metode kuisioner ini dapat kompleks dan akurat. Variabel persepsi pengguna terhadap kebermanfaatan sistem (*perceived of usefulness*) dan variabel persepsi pengguna terhadap kemudahan sistem (*perceived easy of use*) yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden tentang tingkat penerimaan pengguna terhadap teknologi.

1. Persepsi Pengguna Terhadap Kebermanfaatan Sistem

Variabel persepsi pengguna terhadap kebermanfaatan sistem (*perceived of usefulness*) terbagi menjadi 6 pernyataan sebagai berikut:

Tabel 1. Pernyataan Persepsi Pengguna Terhadap Kebermanfaatan Sistem

No.	Pernyataan
1.	Menggunakan sistem informasi rekam medis dalam pekerjaan memungkinkan saya untuk menyelesaikan tugas dengan lebih cepat.
2.	Menggunakan sistem informasi rekam medis akan meningkatkan kinerja say

No.	Pernyataan
3.	Menggunakan sistem informasi rekam medis meningkatkan produktivitas saya
4.	Menggunakan sistem informasi rekam medis meningkatkan efektivitas saya
5.	Menggunakan sistem informasi rekam medis membuat saya lebih mudah mengerjakan tugas saya.
6.	Secara keseluruhan, saya merasa sistem informasi rekam medis berguna bagi pekerjaan saya

2. Persepsi Pengguna Terhadap Kemudahan Sistem

variabel persepsi pengguna terhadap kemudahan sistem (*perceived easy of use*) terbagi menjadi 6 pernyataan sebagai berikut:

Tabel 2. Pernyataan Persepsi Pengguna Terhadap Kemudahan Sistem

No.	Pernyataan
1.	Mudah bagi saya untuk belajar mengoperasikan sistem informasi rekam medis.
2.	Mudah bagi saya untuk mengoperasikan sistem informasi rekam medis sesuai dengan keinginan
3.	Interaksi saya dengan sistem informasi rekam medis. mudah dipahami.
4.	Saya merasa fleksibel untuk berinteraksi dengan sistem informasi rekam medis.
5.	Mudah bagi saya untuk terampil dalam menggunakan sistem informasi rekam medis.
6.	Secara keseluruhan, saya merasa sistem informasi rekam medis mudah digunakan.

Skala pengukuran digunakan sebagai acuan untuk menentukan panjang pendeknya interval yang ada dalam alat ukur. Salah satu skala pengukuran adalah skala *Likert*. skala likert digunakan untuk menganalisis data yang diperoleh dari kuisioner.

Tabel 3. Skala Likert Tingkat Penerimaan Responden

Tingkat Penerimaan	Nilai Skor
Sangat Setuju	4
Setuju	3
Tidak Setuju	2
Sangat Tidak Setuju	1

Untuk menghitung rata-rata tingkat penerimaan responden menurut metode likert dengan menggunakan rumus:

$$RK = \frac{JSK}{JK}$$

Keterangan :

RK = Rata-rata Kepuasan/Kepentingan
 JSK = Jumlah Skor Kuesioner
 JK = Jumlah Item Pernyataan Kuisisioner

Interval antara satu kriteria dengan kriteria lainnya diperoleh dengan cara pengurangan nilai skor tertinggi oleh nilai skor terendah kemudian dibagi oleh banyaknya kriteria. Jumlah skor ideal untuk pernyataan yang diajukan kepada responden dalam penelitian ini sebagai berikut :

$$\text{Interval (I)} = \frac{\text{Nilai skor tertinggi} - \text{nilai skor terendah}}{\text{Banyaknya kriteria}}$$

$$D e m o = \frac{4 - 1}{4} = 0,75$$

Maka diperoleh kriteria penafsiran responden sebagai berikut

Tabel 4. Kriteria Penafsiran Penerimaan Responden

Tingkat Penerimaan	Nilai Skor
0,75 – 1,50	Sangat Tidak Menerima Teknologi
1,51 – 2,25	Tidak Menerima Teknologi
2,26 – 3,00	Menerima Teknologi
3,01 – 3,75	Sangat Menerima Teknologi

HASIL

Evaluasi SIMRS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar dibedakan menjadi dua aspek, antara lain:

1. Evaluasi SIMRS bagian rekam medis dengan metode TAM berdasarkan aspek kebermanfaatan (*perceived usefulness*)

Aspek kebermanfaatan (*perceived usefulness*) antara lain mempercepat pekerjaan, meningkatkan kinerja, meningkatkan produktivitas, efektivitas, mempermudah pekerjaan dan bermanfaat. Tabel 4.1 menunjukkan evaluasi SIMRS berdasarkan aspek kebermanfaatan (*perceived usefulness*).

Tabel 5 Penilaian Responden Terhadap Teknologi SIMRS Berdasarkan Aspek Kebermanfaatan (*Perceived Usefulness*)

No.	Pernyataan	Frekuensi Penilaian Responden (f)			
		STS	TS	S	SS
<i>Perceived of Usefulness</i>					
1.	Menggunakan SIMRS dalam pekerjaan memungkinkan saya untuk menyelesaikan tugas dengan lebih cepat.	0	1	5	11
2.	Menggunakan SIMRS akan meningkatkan kinerja saya.	0	0	8	9
3.	Menggunakan SIMRS meningkatkan produktivitas saya sebagai petugas rekam medis.	0	0	9	8
4.	Menggunakan SIMRS meningkatkan efektivitas saya sebagai petugas rekam medis.	1	0	8	8
5.	Menggunakan SIMRS membuat saya lebih mudah mengerjakan tugas saya.	0	1	9	7
6.	Secara keseluruhan, saya merasa SIMRS berguna bagi pekerjaan saya sebagai petugas rekam medis.	0	0	6	11

Sedangkan perhitungan tingkat penerimaan *user* terhadap teknologi simrs berdasarkan aspek kebermanfaatan (*perceived usefulness*) dengan skala likert seperti pada tabel 6 sebagai berikut:

Tabel 6 Perhitungan Tingkat Penerimaan *User* Terhadap Teknologi SIMRS

No. Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total Skor Per Indikator $\sum f(x)h$	Nilai Responden $\frac{\sum f(x)h}{m}$
	f.x	f.x	f.x	f.x		
1	0	2	15	44	61	3,58
2	0	0	24	36	60	3,52
3	0	0	27	32	59	3,47

No. Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total Skor Per Indikator $\sum f(x)h$	Nilai Responden $\frac{\sum f(x)h}{\text{Responden}}$
	f.x	f.x	f.x	f.x		
4	1	0	24	32	57	3,35
5	0	2	27	28	57	3,35
6	0	0	18	44	62	3,64
Jumlah $\sum(\sum f(x))$					356	20,91
Rata-rata $(\frac{\sum(\sum f(x))}{x})$					59,33	3,48

Berdasarkan tabel 5, menunjukkan evaluasi sistem informasi rumah sakit pada bagian rekam medis dengan metode *Technology Acceptance Model (TAM)* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar, dengan responden sebanyak 17 berdasarkan aspek kebermanfaatan (*perceived usefulness*) terhadap sistem, dari perhitungan pada tabel 6 memiliki rata-rata nilai responden sejumlah 3,48 dengan kriteria penafsiran Sangat Menerima Teknologi.

2. **Evaluasi SIMRS bagian rekam medis dengan metode TAM berdasarkan aspek kemudahan (*perceived ease of use*)**

Aspek aspek kemudahan (*perceived ease of use*) antara lain mudah dipelajari, dapat dikontrol, jelas dan dapat dipahami, fleksibel, mudah untuk menjadi terampil/mahir serta mudah digunakan. Tabel 7 menunjukkan evaluasi SIMRS berdasarkan aspek kemudahan (*perceived ease of use*).

Tabel 7. Penilaian Responden Terhadap Teknologi SIMRS Berdasarkan Aspek Kemudahan (*Perceived Ease of Use*)

No.	Pernyataan	Frekuensi Penilaian Responden (f)			
		STS	TS	S	SS
Perceived of Ease of Use					
1.	Mudah bagi saya untuk belajar mengoperasikan SIMRS.	0	0	10	7
2.	Mudah bagi saya untuk mengoperasikan SIMRS sesuai dengan keinginan saya.	0	2	10	5
3.	Interaksi saya dengan SIMRS mudah dipahami.	0	0	13	4
4.	Saya merasa fleksibel untuk berinteraksi dengan SIMRS.	0	1	12	4
5.	Mudah bagi saya untuk terampil dalam menggunakan SIMRS.	0	0	11	6
6.	Secara keseluruhan, saya merasa SIMRS mudah digunakan.	0	0	10	7

Sedangkan perhitungan tingkat penerimaan *user* terhadap teknologi simrs berdasarkan aspek Kemudahan (*Perceived Ease of Use*) dengan skala likert seperti pada tabel 8 sebagai berikut:

Tabel 8 Perhitungan Tingkat Penerimaan User Terhadap Teknologi SIMRS

No. Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total Skor Per Indikator $\sum f(x)h$	Nilai Responden $\frac{\sum f(x)h}{\text{Responden}}$
	f.x	f.x	f.x	f.x		
1	0	0	30	28	58	3,41
2	0	4	30	20	54	3,17

No. Pernyataan	STS	TS	S	SS	Total Skor Per Indikator $\sum f(x)h$	Nilai Responden $\frac{\sum f(x)h}{\sum f(x)}$
	f.x	f.x	f.x	f.x		
3	0	0	39	16	55	3,23
4	0	2	36	16	54	3,17
5	0	0	33	24	57	3,35
6	0	0	30	28	58	3,41
Jumlah $\sum(\sum f(x))$					336	19,74
Rata-rata $(\frac{\sum(\sum f(x))}{x})$					56	3,29

Berdasarkan tabel 7, menunjukkan evaluasi sistem informasi rumah sakit pada bagian rekam medis dengan metode *Technology Acceptance Model (TAM)* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar, dengan responden sebanyak 17 berdasarkan aspek kemudahan (*perceived ease of use*) terhadap sistem, berdasarkan tabel 8 memiliki rata-rata nilai responden sejumlah 3,29 dengan kriteria penafsiran sangat setuju.

3. Evaluasi SIMRS bagian rekam medis dengan metode TAM berdasarkan aspek secara keseluruhan

Tabel 9 Penilaian Responden Terhadap Teknologi SIMRS Berdasarkan Aspek Secara Keseluruhan

No.	Pernyataan	Rata-Rata Nilai Responden
1.	<i>Perceived usefulness</i>	3,48
2.	<i>Perceived ease of use</i>	3,29
Jumlah ($\sum x$)		6,77
Rata-rata ($\frac{\sum x}{x}$)		3,38

Berdasarkan tabel 9, menunjukkan evaluasi sistem informasi rumahsakit pada bagian rekam medis dengan metode *Technology Acceptance Model (TAM)* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar, dengan responden sebanyak 17 responden berdasarkan aspek kebermanfaatan (*perceived usefulness*) dan aspek kemudahan (*perceived ease of use*) dengan hasil rata-rata nilai responden sebanyak 3,38.

PEMBAHASAN

a. Evaluasi SIMRS Berdasarkan Aspek *Perceived of Usefulness*

Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada bagian rekam medis dengan metode *Technology Acceptance Model (TAM)* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar Tahun 2018, peneliti mengajukan enam pernyataan mengenai aspek *perceived of usefulness*, pengambilan data dilakukan pada tujuh belas responden di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar, meliputi bagian rekam medis (*coding* atau klaim BPJS), bagian pendaftaran rawat jalan, bagian pendaftaran gawat darurat atau rawat inap, petugas bagian input data pasien rawat jalan dan rawat inap, bagian *assembling*, dan bagian *fling*. Adapun aspek kebermanfaatan (*perceived usefulness*) SIMRS bagian rekam medis, antara lain :

1. *Mempercepat pekerjaan*

Berdasarkan tabel 5, sejumlah 1 responden menyatakan tidak setuju, 5 responden menyatakan setuju dan 11 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden

menyatakan sangat setuju bahwa sistem mempercepat pekerjaan. Pengguna menginput data-data yang dibutuhkan, mengelola data dan mencari data secara cepat menggunakan SIMRS, hal ini menunjukkan penggunaan SIMRS dalam pekerjaan memungkinkan pengguna untuk menyelesaikan tugas dengan lebih cepat. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil observasi yaitu penggunaan SIMRS mempercepat petugas menginput data-data yang dibutuhkan, mengelola data dan mencari data secara cepat.

2. *Meningkatkan kinerja*

Berdasarkan tabel 5, sejumlah 8 responden menyatakan setuju dan 9 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan sangat setuju bahwa sistem meningkatkan kinerja SIMRS mencetak formulir dalam waktu cepat, hal ini menunjukkan penggunaan SIMRS meningkatkan kinerja bagi penggunanya. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil observasi yaitu hasil output dari SIMRS mampu mencetak formulir selama + 6 detik sehingga dalam waktu 1 menit dapat mencetak sejumlah 10 formulir.

3. *Meningkatkan produktivitas*

Berdasarkan tabel 5, sejumlah 9 responden menyatakan setuju dan 8 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan setuju bahwa sistem meningkatkan produktivitas. Setelah data diolah menggunakan SIMRS dan hasil pengolahan dapat tampil secara cepat sebelum beberapa lembar formulir tersebut dicetak. Hal ini menunjukkan penggunaan SIMRS meningkatkan produktivitas sebagai petugas rekam medis. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil observasi yaitu aplikasi mampu menampilkan print preview secara cepat yaitu + 3 detik.

4. *Efektivitas*

Berdasarkan tabel 5, sejumlah 1 responden menyatakan sangat tidak setuju, 8 responden menyatakan setuju dan 8 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan sangat setuju bahwa sistem meningkatkan efektivitas. SIMRS sudah terkait antar bagian sehingga petugas tidak memerlukan waktu lama untuk mengambil data antar bagian, hal ini menunjukkan penggunaan SIMRS meningkatkan efektivitas sebagai petugas rekam medis. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil wawancara responden 1 dan responden 2 yaitu.

Responden 1 : *“SIMRS di sini sudah terkait antar bagian dek seperti laboratorium, radiologi, farmasi, akuntansi, gizi, logistik, indexing, pelaporan, input diagnosis, dsb.”*

Responden 2 : *“Bagian yang terkait dengan SIMRS yaitu semua terkait pelayanan dan administrasi.”*

5. *Mempermudah pekerjaan*

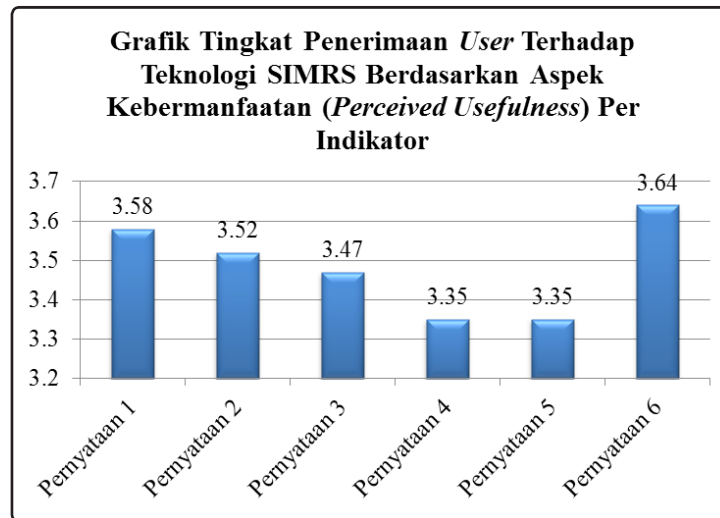
Berdasarkan tabel 5, sejumlah 1 responden menyatakan tidak setuju, 9 responden menyatakan setuju dan 7 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan setuju bahwa sistem memudahkan pekerjaan. Petugas dapat mengisi data pasien, mencari data pasien secara cepat dan akurat sehingga menghasilkan informasi bagi pasien maupun untuk kepentingan rumah sakit dengan SIMRS, hal ini menunjukkan user lebih mudah mengerjakan tugas menggunakan SIMRS. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil wawancara responden 1 yaitu

“Ya dek, SIMRS ini dapat mempermudah pekerjaan petugas rekam medis.”

6. *Bermanfaat*

Berdasarkan tabel 5, sejumlah 6 responden menyatakan setuju dan 11 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan sangat setuju bahwa sistem memiliki manfaat. Fitur SIMRS lebih lengkap dibandingkan sistem informasi yang lama, sehingga membantu pelayanan, hal ini menunjukkan user merasa SIMRS berguna bagi pekerjaan sebagai petugas rekam medis. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil wawancara responden 2 yaitu

“Karena fitur SIMRS ini lebih lengkap dibandingkan dengan sistem informasi yang lama mbak, sehingga membantu pelayanan di rumah sakit terutama pada era BPJS ini serta mendukung segala kebutuhan rumah sakit dalam bidang pelayanan.”



Gambar 5.1 Grafik Tingkat Penerimaan User Terhadap Teknologi SIMRS

Rata-rata penilaian responden untuk aspek *perceived usefulness* dari gambar di atas adalah 3,48 yang ditafsirkan bahwa responden sangat setuju SIMRS sudah bermanfaat. Hal ini menandakan bahwa user sudah mampu menerima teknologi SIMRS dari sisi aspek kebermanfaatannya.

B. Evaluasi SIMRS Berdasarkan Aspek *Perceived Ease of Use*

Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada bagian rekam medis dengan metode Technology Acceptance Model (TAM) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar Tahun 2018, penulis mengajukan enam pernyataan mengenai aspek *perceived ease of use*, pengambilan data dilakukan pada tujuh belas responden di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar, meliputi bagian rekam medis (coding atau klaim BPJS), bagian pendaftaran rawat jalan, bagian pendaftaran gawatdarurat atau rawat inap, petugas bagian input data pasien rawat jalan dan rawat inap, bagian assembling, dan bagian filing. Adapun aspek kemudahan (*perceived ease of use*) SIMRS bagian rekam medis, antara lain :

1. Mudah dipelajari

Berdasarkan tabel 7, sejumlah 10 responden menyatakan setuju dan 7 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan setuju bahwa sistem mudah dipelajari. Pengoperasian SIMRS mudah sehingga pengguna baru tidak memerlukan waktu yang lama untuk bisa menggunakan, hal ini menunjukkan SIMRS mudah untuk dipelajari pengoperasiannya. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil wawancara responden 2 yaitu

“Staf baru tidak memerlukan waktu yang lama untuk bisa menggunakan SIMRS mbak.”

2. Dapat dikontrol

Berdasarkan tabel 7, sejumlah 2 responden menyatakan tidak setuju, 10 responden menyatakan setuju dan 5 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan setuju bahwa sistem dapat dikontrol. Pengguna SIMRS mudah menguasai sistem yang digunakan dan digunakan sesuai tugasnya, hal ini menunjukkan SIMRS mudah dioperasikan sesuai dengan kemampuan user. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil observasi yaitu dalam penggunaan aplikasi pengguna SIMRS mudah menguasai sistem tersebut.

3. *Jelas dan dapat dipahami*

Berdasarkan tabel 7, sejumlah 13 responden menyatakan setuju dan 4 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan setuju bahwa sistem sudah jelas dan dapat dipahami. Menu-menu SIMRS dapat dibaca jelas oleh pengguna sehingga mudah memahami maksud dari menu tersebut, hal ini menunjukkan SIMRS dengan user mudah dipahami. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil observasi yaitu menu-menu yang ditampilkan oleh aplikasi SIMRS dapat terbaca dengan jelas, penggunaan menu-menu tersebut dapat dipahami pengguna tiap bagian dan tiap kelompok pengisian diberi warna berbeda.

4. *Fleksibel*

Berdasarkan tabel 7, sejumlah 1 responden menyatakan tidak setuju, 12 responden menyatakan setuju dan 4 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan setuju bahwa sistem ini bersifat fleksibel. Penambahan fitur bisa dilakukan sesuai kebutuhan rumah sakit maupun pengguna, hal ini menunjukkan user merasa fleksibel berinteraksi dengan SIMRS. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil wawancara responden 2 yaitu

“Mungkin jangka waktu dekat tidak ada ya, tapi pengembangan selanjutnya pasti ada seperti penambahan fitur.”

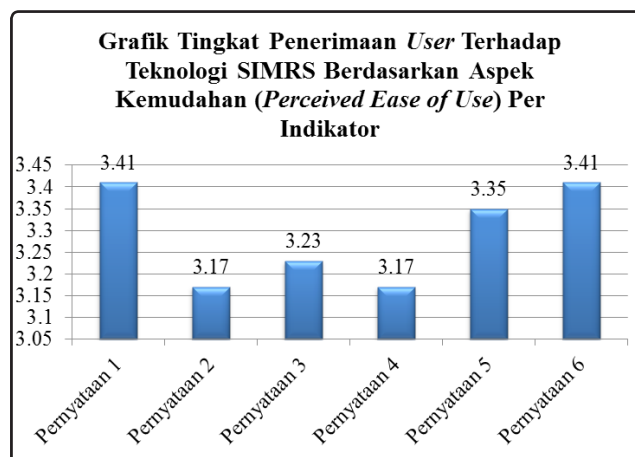
5. *Mudah untuk menjadi terampil/mahir*

Berdasarkan tabel 7, sejumlah 11 responden menyatakan setuju dan 6 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan setuju bahwa sistem memudahkan user terampil/mahir. Pengguna mengoperasikan SIMRS secara tepat, hal ini menunjukkan user mudah terampil dalam menggunakan SIMRS. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil observasi yaitu pengguna sudah terampil dan mahir saat menggunakan SIMRS untuk mengerjakan tugas setiap harinya.

6. *Mudah digunakan*

Berdasarkan tabel 7, sejumlah 10 responden menyatakan setuju dan 7 responden menyatakan sangat setuju. Secara keseluruhan responden menyatakan setuju bahwa sistem mudah digunakan. Responden menyatakan saat awal implementasi pengguna mengalami kesulitan karena perubahan sistem yang ada namun tidak memerlukan waktu lama. SIMRS dapat diterima hal ini menunjukkan user merasa SIMRS mudah digunakan. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil wawancara responden 1 yaitu :

“Pada awal implementasi SIMRS sempat mengalami kendala dek, karena adanya perubahan dari sistem lama menjadi sistem baru akan tetapi lama-kelamaan petugas mampu menerima perubahan itu kok.”



*Gambar 5.2 Grafik Tingkat Penerimaan User Terhadap Teknologi SIMRS Berdasarkan Aspek Kemudahan (*Perceived Ease of Use*) Per Indikator*

Rata-rata penilaian responden untuk aspek *perceived ease of usefulness* dari gambar di atas adalah 3,29 yang ditafsirkan bahwa responden sangat setuju SIMRS memberi kemudahan. Hal ini menandakan bahwa usersudah mampu menerima teknologi SIMRS dari sisi aspek kemudahannya.

Hal tersebut selaras dengan Davis (1989) dalam Fatmawati (2015) bahwa teknologi dinyatakan diterima oleh pengguna jika teknologi sistem sudah mampu memberikan kemudahan kepada pengguna meliputi mudah dipelajari, dapat dikontrol, jelas dan dapat dipahami, fleksibel, mudah untuk menjadi terampil/mahir, serta mudah digunakan.

Penerimaan responden tersebut sesuai dengan hasil observasi dan hasil wawancara. Namun, masih ada kendala dalam penggunaan sistem yaitu pada bagian tempat pendaftaran pasien rawat inap atau gawat darurat terkadang terjadi error jika ada nomor registrasi samayang tidak bisa dibenahi oleh penggunaanya sehingga hanya bisa diatasi oleh staf IT saja.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Evaluasi tingkat penerimaan teknologi pengguna Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada bagian rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar berdasarkan aspek kebermanfaatan (*perceived of usefulness*) secara keseluruhan responden sangat setuju bahwa SIMRS sudah mampu memberikan kebermanfaatan kepada pengguna.
2. Evaluasi tingkat penerimaan teknologi pengguna Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada bagian rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Karanganyar berdasarkan aspek kemudahan (*perceived ease of use*) secara keseluruhan responden sangat setuju bahwa SIMRS sudah mampu memberikan kemudahan kepada pengguna

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyaningrum, Nopita. 2016. Evaluasi Penerapan Sistem Komputerisasi Pendaftaran Pasien di Balai Besar Kesehatan Paru (BBKPM) Surakarta. *Jurnal Infokes APIKES Citra Medika Surakarta*, Vol. 6 No. 2, ISSN: 2086-2628.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medik Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Fatmawati, Endang. 2015. Technology Acceptance Model (TAM) untuk Menganalisis Penerimaan Terhadap Sistem Informasi Perpustakaan. *Jurnal Perpustakaan dan Informasi*, Vol. 9 No. 1.
- Hakam, Fahmi. 2016. *Analisis Perancangan dan Evaluasi Sistem Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Goysen Publishing.
- Hanggono, dkk. 2015. Analisis atas Praktek TAM (Technology Acceptance Model) dalam Mendukung Bisnis Online dengan Memanfaatkan Jejaring Sosial Instagram. *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)*, Vol. 26 No. 1.
- Machfoedz, Ircham. 2008. *Teknik Menyusun Kuesioner & Panduan Wawancara (Alat Ukur Penelitian) Bidang Kesehatan, Kedokteran, Keperawatan, Dan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rachmawati, Ria. 2017. *Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Bagian Rekam Medis dengan Metode PIECES di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2017*. Jawa Tengah: APIKES Citra Medika Surakarta. Disertasi.
- Riyanto, Agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Rustiyanto, Ery. 2011. *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang Terintegrasi*. Edisi Revisi. Yogyakarta: Goysen Publishing.

- Sabarguna, MARS. 2007. *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Edisi Revisi. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng.
- Saryono dan Anggraeni, Mekar Dwi. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Sujarweni, V. Wiratna. 2015. *Statistik untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Supriyanti dan Cholil, Muhammad. 2016. Aplikasi Technology Acceptance Model pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. *Jurnal Ekonomi Manajemen Sumber Daya*, Vol. 18, No. 1, ISSN: 1411-3422.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta: 2009.
- Yakub. 2012. *Pengantar Sistem Informasi*. Yogyakarta: Graha Pustaka.

KEAKURATAN REKAM MEDIS BERDASARKAN LAPORAN INSIDEN PASIEN JATUH DI RUMAH SAKIT

^{1,2*}Savitri Citra Budi, ^{2*}Annisa Nurdini, ³Sunartini, ⁴Lutfan Lazuardi, ⁵Fatwa Sari Tetra
^{1,3,4,5}Program Doktorat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, UGM,
² Departemen layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, UGM
email:¹savitri@ugm.ac.id,²annisa.nurdini@mail.ugm.ac.id

ABSTRAK

PENDAHULUAN: Rekam medis berisi semua bukti pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, termasuk dokumentasi pelayanan setelah terjadinya insiden pada pasien. Pada kasus terjadinya insiden, seharusnya tenaga kesehatan mengisikan riwayat pelayanan yang telah diberikan pada rekam medis. Penelitian ini memfokuskan pada pendokumentasian tenaga kesehatan pada rekam medis berdasarkan laporan insiden yang diakibatkan karena pasien jatuh. Tujuan penelitian ini: mengetahui persentase jumlah insiden pasien jatuh, variasi insiden pasien jatuh, dan keakuratan rekam medis pasien yang mengalami insiden jatuh.

METODE: Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian dengan cross-sectional. Lokasi penelitian di rumah sakit tipe B Pendidikan di Kota Wates Kabupaten Kulon Progo. Populasi penelitian adalah laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 dan rekam medis pasien yang mengalami insiden jatuh berdasarkan laporan insiden tahun 2018. Analisis data menggunakan analisis univariat.

HASIL: Distribusi frekuensi insiden pasien jatuh ditemukan sebesar 16,7% (n=11) dari total insiden. Ditemukan ada 8 variasi pasien jatuh selama pelayanan di rumah sakit tahun 2018. Hasil analisis keakuratan rekam medis dilihat dari pendokumentasian tindakan tenaga kesehatan setelah terjadinya insiden ditemukan 100% tidak akurat.

KESIMPULAN: Tenaga kesehatan belum mendokumentasikan tindakan yang diberikan pada rekam medis setelah terjadinya insiden pada pasien. Monitoring terkait keakuratan rekam medis sebagai bukti pelayanan perlu ditingkatkan.

Kata kunci: Insiden Pasien, Cedera Pasien Akibat Terjatuh, Keselamatan Pasien, Keakuratan Rekam Medis

ABSTRACT

INTRODUCTION: Medical records contain all evidence of services provided by health workers, including documentation of services after the incident occurred in patients. In the case of an incident, health workers should fill in the service history that has been provided in the medical record. This study focuses on documenting health workers in medical records based on incident reports caused by patients falling. The purpose of this study: to determine the percentage of the number of incidents of patients falling, variations in the incidence of patients falling, and the accuracy of the medical records of patients who experienced a fall incident.

METHOD: This type of research is a descriptive study with a quantitative approach. Research design with cross-sectional. The location of the study in Type B Education hospitals in the City of Wates in Kulon Progo Regency. The study population was a report on incidents of patient safety in 2018 and medical records of patients who experienced a fall incident based on an incident report in 2018. Data analysis used univariate analysis.

RESULTS: The frequency distribution of falling patient incidents was found to be 16.7% (n = 11) of the total incidents. It was found that 8 variations of patients fell during the service in the hospital in 2018. The results of the analysis of the accuracy of the medical records seen from the documentation of the actions of health workers after the incident were found to be 100% inaccurate.

CONCLUSION: Health workers have not documented the actions given to the medical record after the incident occurred in the patient. Monitoring related to the accuracy of medical records as proof of service needs to be improved.

Keywords: *Incidence of Patients, Patient Injuries Due to Falling, Patient Safety, Medical Record Accuracy*

PENDAHULUAN

Pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan akurat merupakan bagian dari mutu pelayanan kesehatan. Rekam medis berguna sebagai media komunikasi antar pemberi pelayanan kesehatan dan sebagai perlindungan hukum bagi pasien maupun pemberi pelayanan kesehatan. Rekam medik pasien berisi: 1) catatan tentang keluhan utama dan riwayat penyakit 2) instruksi dokter dalam pengobatan dan rencana tindakan 3) pencatatan hasil pengkajian perawat dan diagnosis keperawatan 4) riwayat pengobatan pasien sebelumnya 5) catatan perawat dan catatan perkembangan pasien 6) hasil-hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi 7) laporan tentang pelaksanaan tindakan (operasi) atau proses pemberian pengobatan 8) *flowsheet, checklist dan graphic sheet* 9) pencatatan pasien discharge planning 10) sistem rujukan 11) mencatat nama dokter, perawat dan orang-orang yang terlibat dalam pelayanan asuhan 12) instruksi untuk perawatan di rumah (Iyer, 2001; Mc Cann, 2004 dalam Sumaedi, 2010).

Pendokumentasian tentang pelayanan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan dan respon pasien atas pelayanan yang diberikan sangat penting dalam menunjang keselamatan pasien. Keselamatan pasien adalah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera (PMK No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien). Terdapat enam sasaran keselamatan pasien, yaitu mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (*High Alert Medications*), memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh. Insiden keselamatan pasien yaitu peristiwa atau keadaan menyebabkan bahaya pada pasien yang sebenarnya kejadian itu tidak boleh terjadi (Lyphout et al., 2018).

Salah satu insiden keselamatan pasien adalah insiden pasien jatuh. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien (Mulyana, 2013). Untuk mengurangi risiko pasien jatuh, didalam rekam medis pasien yang berisiko jatuh terdapat formulir yang berfungsi untuk memonitor kondisi pasien selama perawatan dan mencegah terjadinya insiden pasien jatuh. Formulir tersebut meliputi formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Pasien Risiko Jatuh", formulir "Asesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa (*Morse Fall Scale*)", formulir "Tata Laksana Pencegahan Risiko Jatuh Dewasa". Selain formulir-formulir tersebut, juga terdapat formulir terkait pelayanan dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien yang berupa formulir "Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi", formulir "Tindakan Keperawatan/ Kebidanan", dan formulir "Catatan Pemberian Obat". Formulir-formulir ini disediakan oleh perekam medis.

Menurut Budi, et al (2017), peran perekam medis dalam mendukung sasaran ini salah satunya dengan membuat desain formulir rekam medis yang berupa *checklist* sebagai upaya untuk mengurangi risiko pasien jatuh dalam rangka membantu menyediakan berkas rekam medis yang lengkap mengenai riwayat pasien agar tenaga medis dapat melihat riwayat pasien dan membantu membuat tanda peringatan agar mengurangi resiko pasien jatuh. Upaya mengantisipasi dan mencegah terjadinya pasien jatuh dengan atau tanpa cedera perlu dilakukan pengkajian di awal maupun kemudian pengkajian ulang secara berkala mengenai resiko pasien jatuh, termasuk resiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua resiko yang telah diidentifikasi tersebut. Pengkajian resiko jatuh ini telah dapat dilaksanakan sejak pasien mulai mendaftar, yaitu dengan menggunakan skala jatuh. Menghitung MFS (*Morse Fall Score*) merupakan cara untuk menentukan risiko jatuh dari pasien

dan manajemen pencegahan jatuh yang perlu dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasional pencegahan jatuh yang telah ada dan berlaku diseluruh unit di rumah sakit, khususnya di ruang rawat inap (Budiono, 2014 dalam Julimar 2018).

Untuk menunjang keselamatan pasien di rumah sakit dilakukan dengan adanya pelaporan insiden keselamatan pasien. Data tentang insiden keselamatan pasien diperoleh dari keluhan-keluhan pasien yang bukan karena penyakit yang dideritanya selama masa perawatan, tetapi karena hal-hal lain seperti efek dari pengobatan, tindakan, maupun kesalahan-kesalahan yang terjadi selama perawatan yang mengakibatkan cedera maupun tidak cedera. Dari laporan insiden dapat diketahui penyebab terjadinya insiden tersebut. Dalam laporan insiden pasien jatuh, dapat diketahui hal-hal yang menyebabkan pasien jatuh.

Rekam medis merupakan suatu berkas data yang berisikan identitas pasien, segala tindakan yang dilakukan (sejak awal) terhadap pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Pencatatan dan pendokumentasian tersebut harus tertera secara kronologis, sistematis dan akurat, sehingga akan memberikan gambaran informasi perjalanan penyakit seseorang, tindakan-tindakan investigasi yang telah dilakukan terhadapnya, informasi rencana penatalaksanaan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, persetujuan/penolakan suatu tindakan, ringkasan pulang (*discharge summary*), serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tersebut. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan yang berkualitas (bermutu), optimal dan berkesinambungan. Salah satu cara untuk memastikan terwujudnya kewajiban tersebut adalah melalui pelaksanaan kewajiban lainnya yaitu melakukan pencatatan dan pendokumentasian di dalam berkas rekam medis secara tepat, akurat dan bertanggung jawab oleh para tenaga kesehatan tersebut (Samandari et al, 2016). Rekam medis yang akurat dapat memberikan informasi riwayat pasien jatuh dan menggambarkan keadaan-keadaan yang menyebabkan pasien jatuh melalui catatan di dalam formulir-formulir yang terdapat di rekam medis. Penelitian ini memfokuskan pada pendokumentasian tenaga kesehatan pada rekam medis berdasarkan laporan insiden yang diakibatkan karena pasien jatuh.

METODE

Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan pada penelitian ini yaitu *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Kota Wates. Populasi pada penelitian ini adalah laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 dan rekam medis pasien yang mengalami insiden jatuh berdasarkan laporan insiden tahun 2018. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*. Kriteria inklusi yaitu: (1) Laporan insiden keselamatan pasien yang diarsip oleh tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dan terdapat identitas pasien berupa nomor rekam medis; (2) Rekam medis pada pasien yang mengalami insiden jatuh dan berada di ruang penyimpanan. Kriteria eksklusi yaitu laporan insiden keselamatan pasien yang tidak diarsip oleh tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan rusak tidak terbaca, serta tidak terdapat identitas pasien berupa nomor rekam medis, dan rekam medis yang sedang digunakan dalam pelayanan sehingga tidak dianalisis. Jumlah sampel laporan insiden yaitu 66 sampel dari 74 laporan. Jumlah sampel rekam medis ada 8 dari 11 rekam medis. Pengumpulan data menggunakan studi dokumentasi dengan instrumen ceklis dokumentasi. Teknik validitas dan reliabilitas digunakan untuk menguji *keajegan* peneliti dalam proses pengambilan data. Penelitian ini menggunakan analisis univariat.

HASIL

Pada penelitian ini peneliti menganalisis laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 untuk mengetahui laporan insiden pasien jatuh. Analisis dilakukan untuk mengetahui variasi insiden pasien jatuh yang dilaporkan. Pada tahap selanjutnya menyajikan hasil analisis keakuratan penulisan rekam medis berdasarkan kronologi yang dilaporkan pada laporan insiden.

a. Jumlah Insiden Pasien Jatuh

Berdasarkan hasil studi dokumentasi pada laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 didapatkan hasil jumlah insiden jatuh. Persentase jumlah insiden pasien jatuh ditampilkan pada table 1 berikut:

Tabel. 1 Distribusi Frekuensi Insiden

No.	Insiden	Jumlah	Persentase
1	Insiden lain	55	83,3%
2	Insiden pasien jatuh	11	16,7%
	Total	66	100%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa pada laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Kota Wates, terdapat 11 insiden pasien jatuh dari 66 insiden keselamatan pasien. Jadi, terdapat 16,7% insiden pasien jatuh dari total insiden pada tahun 2018.

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Insiden pasien jatuh merupakan insiden yang dapat dicegah dengan melibatkan peran perawat, keluarga dan pasien itu sendiri. Keterlibatan berbagai peran diimplementasikan dalam bentuk pengawasan, tindakan pencegahan, dan motivasi pada pasien itu sendiri.

b. Variasi Insiden Pasien Jatuh

Insiden pasien jatuh memiliki variasi insiden yang bermacam-macam, contohnya pasien jatuh dari tempat tidur, pasien jatuh di kamar mandi, dan lain sebagainya. Macam-macam variasi insiden pasien jatuh dapat dilihat pada tabel 2 berikut ini:

Tabel. 2 Variasi Insiden Pasien Jatuh

No.	Variasi insiden	Jumlah	Persentase
1	Pasien jatuh dari tempat tidur	3	27,3%
2	Pasien jatuh di kamar mandi	2	18,1%
3	Pasien jatuh karena tersandung kursi saat berjalan akan ke kamar mandi	1	0,09%
4	Pasien(bayi) jatuh saat digendong oleh ibunya	1	0,09%
5	Pasien(bayi) jatuh saat dipangku ibunya	1	0,09%
6	Pasien terpeleset	1	0,09%
7.	Pasien rawat jalan jatuh di depan klinik	1	0,09%
8.	Pasien rawat jalan jatuh di depan lab	1	0,09%
	Total	11	100%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa pada 11 insiden pasien jatuh, ada 8 variasi insiden pasien jatuh, variasi terbanyak yaitu insiden pasien jatuh dari tempat tidur sebanyak 3 insiden (27,3%). Berdasarkan hasil analisis, insiden pasien jatuh dari tempat tidur biasanya disebabkan karena pengamanan tempat tidur tidak terpasang.

c. Keakuratan Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Laporan Insiden Pasien Jatuh

Keakuratan rekam medis dianalisis dengan melakukan review keterisian dan pendokumentasian tindakan pada laporan dan rekam medis. Analisis keterisian rekam medis dilihat pada 6 formulir yang digunakan untuk pencatatan pasien risiko jatuh. Formulir tersebut yaitu formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh", formulir "Assesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa (*Morse Fall Scale*)", formulir "Tata Laksana Pencegahan Risiko Jatuh Dewasa", formulir "Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi", formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan", dan formulir "Catatan Pemberian Obat". Rekam medis dinilai tidak akurat, apabila ditemukan 1 atau lebih formulir tidak terisi lengkap. Tidak akurat karena tindakan yang dilakukan berdasarkan laporan insiden tidak sama dengan yang didokumentasikan di dalam rekam medis. Analisis keterisian rekam medis dilakukan pada 8 berkas dari 10 laporan insiden pasien jatuh, 3 rekam medis tidak berada di ruang penyimpanan ketika penelitian dilakukan. Jumlah keterisian formulir rekam medis berdasarkan laporan insiden pasien jatuh dapat dilihat pada tabel 3 berikut:

Tabel. 3 Keterisian Formulir Rekam Medis Berdasarkan Laporan Insiden Pasien Jatuh

No.	Nama Formulir	T n(%)	TT n(%)	TDD (n)
1.	Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh	6(100)	0(0)	2
2.	Assesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa (<i>Morse Fall Scale</i>)	2(33,3)	4(66,7)	2
3.	Tata Laksana Pencegahan Risiko Jatuh Dewasa	5(83,3)	1(16,7)	2
4.	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	4(50)	4(50)	0
5.	Tindakan Keperawatan/Kebidanan	2(25)	6(75)	0
6.	Catatan Pemberian Obat	1(100)	0(0)	7

Ket:

1. Terisi (T): Formulir terisi sesuai dengan tindakan dalam laporan yang harus didokumentasikan pada formulir tersebut.
2. Tidak Terisi (TT): Formulir tidak terisi sesuai keterangan dalam laporan insiden.
3. Tidak Dapat Dinilai (TDD): Formulir tidak ada atau laporan insiden tidak menyebutkan tindakan yang harus didokumentasikan pada formulir tersebut.

Berdasarkan tabel 3, dapat diketahui bahwa keterisian paling banyak (6, n=6) yaitu pada formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh" dimana jumlah formulir yang terisi sesuai dengan keterangan dalam laporan insiden sejumlah 6 formulir(100%). Dari 8 rekam medis, yang dapat dianalisis formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh" ada 6 rekam medis, sedangkan 2 rekam medis tidak terdapat formulir tersebut sehingga dapat tidak dianalisis keterisiannya.

Kemudian, untuk formulir yang paling sedikit keterisiannya yaitu formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan" yaitu 2 (n=8) . Dari 8 formulir, terdapat 2 formulir terisi sesuai dengan keterangan dalam laporan insiden, sedangkan 6 formulir lainnya tidak terisi.

Untuk formulir "Catatan Pemberian Obat" keterisiannya 100% karena hanya ada 1 laporan insiden yang membutuhkan dokumentasi tindakan yang dilakukan pada formulir tersebut.

Formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Pasien Jatuh" berisi informasi kepada pasien dan keluarga bahwa pasien berisiko jatuh. Biasanya keluarga sudah diberi informasi bahwa pasien berisiko jatuh dan membutuhkan pengawasan. Dari hasil analisis, pasien yang mengalami insiden jatuh merupakan pasien dengan risiko jatuh sedang atau tinggi, dan sudah diberi informasi tentang risiko jatuh sejak awal perawatan. Akan tetapi, untuk pasien bayi tidak terdapat informasi pasien risiko jatuh. Pasien dewasa yang berisiko jatuh diberi tindakan pencegahan yang didokumentasikan dalam formulir "Tata Laksana Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa". Berdasarkan laporan insiden pasien jatuh, sebelum dan setelah pasien mengalami insiden juga dilakukan tindakan pencegahan yang didokumentasikan dalam formulir "Tata Laksana Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa" dan "Assesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa(*Morse Fall Scale*)". Tindakan yang dilakukan setelah terjadinya insiden juga didokumentasikan dalam formulir "Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi", formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan". Apabila ada tindakan pemberian obat juga didokumentasikan dalam formulir "Catatan Pemberian Obat".

Setelah dilakukan analisis pada 8 rekam medis, dapat diketahui persentase keakuratannya. Persentase keakuratan rekam medis tersebut ditampilkan pada tabel 4 sebagai berikut:

Tabel. 4 Keakuratan Rekam Medis Berdasarkan Laporan Insiden Pasien Jatuh

No	Keakuratan	Jumlah	Persentase
1	Akurat	0	0%

No	Keakuratan	Jumlah	Persentase
2	Tidak akurat	8	100%
	Total	8	100%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hasil analisis keakuratan rekam medis pasien jatuh menunjukkan jumlah rekam medis yang akurat yaitu 0 dan yang tidak akurat yaitu 8 rekam medis, atau bisa dikatakan semua rekam medis yang dianalisis tidak akurat.

PEMBAHASAN

a. Jumlah Insiden Pasien Jatuh

Jumlah insiden pasien jatuh yaitu 16,7% dari total insiden yang dianalisis pada tahun 2018. Menurut penelitian yang pernah dilakukan oleh Purba dan Novieastari (2013), jumlah laporan insiden berdasarkan jenis Rumah Sakit umum atau Rumah Sakit khusus di Indonesia yaitu Rumah Sakit umum 96,67% dan Rumah Sakit Khusus 33,3%. Sedangkan jumlah insiden berdasarkan pelapor yaitu karyawan/perawat dll 90,0%, pasien 6,67%, keluarga atau pendamping 3,33 %. Sedangkan laporan insiden berdasarkan akibatnya yaitu tidak ada cedera 55,17%, cedera reversible 27,5%, kematian 10,34%, cedera irreversible 6,9%. Sedangkan jumlah laporan insiden berdasarkan tipe insiden adalah jatuh 12,5%, kecelakaan 4,17%, infrastruktur/bangunan 4,17%, laboratorium 8,33%. Di Rumah Sakit Tugu Ibu antara tahun 2007-2011 terjadi 5 insiden pasien jatuh. Merupakan jumlah yang cukup banyak dalam 5 tahun terakhir.

Berdasarkan hasil analisis laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Kota Wates, persentase jumlah insiden pasien jatuh sama dengan persentase jumlah laporan insiden yang ada di Indonesia yaitu 12,5%. Jumlah insiden pasien jatuh pada tahun 2018 di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Kota Wates yaitu 8 insiden yang juga termasuk banyak jika dibandingkan dengan jumlah insiden pasien jatuh di Rumah Sakit Tugu pada tahun 2007-2011.

b. Variasi Insiden Pasien Jatuh

Berdasarkan hasil analisis, terdapat 5 variasi insiden pasien jatuh. Insiden pasien jatuh yang paling banyak yaitu pasien jatuh dari tempat tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Pagala, et al (2017), data kejadian keselamatan pasien di Rumah Sakit X Tahun 2012 menunjukkan kejadian terbanyak dan merupakan variasi jatuh terbanyak yaitu pasien jatuh dari tempat tidur sebanyak 12 kasus. Insiden pasien jatuh dari tempat tidur biasanya disebabkan karena pengaman tempat tidur tidak terpasang. Pemasangan pengaman tempat tidur ini sangat penting disediakan terutama pada pasien dengan penurunan kesadaran dan gangguan mobilitas (Kilateng, et al, 2015).

Variasi terbanyak ke dua yaitu insiden pasien jatuh di kamar mandi. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Pagala, et al (2017) yang menunjukkan variasi jatuh terbanyak ke dua yaitu pasien jatuh di kamar mandi sebanyak 3 kasus. Berdasarkan hasil analisis, pasien jatuh di kamar mandi saat pasien memaksakan bangun dan jalan ke kamar mandi dengan keadaan tubuh yang lemah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Darliana (2016) dengan hasil pasien terjatuh di kamar mandi dikarenakan pasien dalam kondisi lemah bangun dari tempat tidur tanpa sepengetahuan perawat.

c. Keakuratan Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Laporan Insiden Pasien Jatuh

Berdasarkan hasil analisis keakuratan pada 8 rekam medis didapatkan hasil 100% tidak akurat karena tenaga kesehatan tidak mendokumentasikan tindakan yang dilakukan setelah terjadinya insiden. Analisis dilakukan pada 6 formulir diantaranya formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh", formulir "Assesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa (*Morse Fall Scale*)", formulir "Tata Laksana Pencegahan Risiko Jatuh Dewasa", formulir "Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi", formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan" dan formulir "Catatan Pemberian Obat". Dari hasil analisis pada 6 formulir ini, formulir yang paling banyak tidak terisi yaitu formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan".

Salah satu parameter untuk menentukan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah data atau informasi dari rekam medis yang baik dan lengkap. Indikator mutu rekam medis yang baik adalah kelengkapan isi, akurat, tepat waktu, dan pemenuhan aspek persyaratan hukum (Boekitwetan, 1996 dalam Giyana, 2012).

Rekam medis berisi semua bukti pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, termasuk dokumentasi pelayanan setelah terjadinya insiden pada pasien. Tenaga kesehatan memiliki kewajiban untuk mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan di dalam rekam medis. Hasil analisis menunjukkan bahwa tenaga kesehatan belum mendokumentasikan tindakan yang dilakukan. Pendokumentasian tindakan yang dilakukan merupakan bagian dari pendokumentasian asuhan keperawatan. Pendokumentasian asuhan keperawatan adalah proses pelaksanaan pencatatan asuhan keperawatan yakni dari pengkajian saat masuk sampai pasien dinyatakan sehat. Diagnosis yang diangkat berdasarkan masalah yang ditemukan, perencanaan keperawatan, tindakan yang dilakukan serta evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang diberikan (Nursalam, 2007 dalam Wulandini, et al, 2016).

Menurut penelitian yang pernah dilakukan oleh Hartati(2010), perawat lebih memprioritaskan pelaksanaan tindakan langsung pada pasien, padahal dalam tindakan/implementasi ada tiga tahap dalam tindakan keperawatan yaitu: persiapan, perencanaan dan dokumentasi, dalam lembar tindakan perawat kurang memperhatikan faktor dokumentasi padahal pada setiap tindakan harusnya segera dilakukan pendokumentasian sebagai bukti dari tindakan keperawatan pada pasien. Sebagian perawat belum mampu mendokumentasikan perawatan langsung sesuai standar. Perawat sering lupa dan tidak mendokumentasikan secara langsung setelah melakukan tindakan kepada pasien (Mashudi, et al, 2010).

Pendokumentasian tindakan keperawatan penting karena dapat dijadikan sebagai bukti di hadapan hukum dan dapat melindungi perawat jika sampai terjadi malpraktek dan sebagai bukti otentik atas tindakan apa saja yang sudah dilakukan terhadap pasien (Nugraha, 2012).

SIMPULAN

Jumlah insiden pasien jatuh berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 sebanyak 16,7% dari 66 insiden. Dari insiden pasien jatuh tersebut terdapat 8 variasi insiden pasien jatuh. Keakuratan pada 8 rekam medis pasien dengan insiden jatuh menunjukkan 100% tidak akurat karena tenaga kesehatan belum mendokumentasikan tindakan yang dilakukan kepada pasien setelah terjadinya insiden. Rumah sakit perlu meningkatkan monitoring terkait keakuratan rekam medis sebagai bukti pelayanan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, S.C., Fatmah, Marko, F.S. (2017). Peran Perekam Medis Dalam Mendukung Keselamatan Pasien. Prosiding SEMINAR NASIONAL REKAM MEDIS & INFORMASI KESEHATAN Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Terkait Rekam Medis. *publikasi.apfirmik.or.id*. Diakses pada tanggal 8 Februari 2019.
- Darlina, Devi. (2016). Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Upaya Penerapan *Patient Safety* Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*. 7(1): 61-69.
- Giyana, Frenti. (2012). Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 1(2): 48-61.
- Hartati, Sri. (2010). Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Skripsi*. Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Julimar. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Risiko Jatuh Pada Pasien Di Bangsal Neurologi RSUP Dr. M Djamil Padang. *Jurnal Photon*. 8(2): 133-141.

- Kilateng, E. W., Julianus, A., Estefana, M. (2015). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Patient Safety Dengan Tindakan Pencegahan Risiko Jatuh Di Ruang Interna RSUD Maria Walanda Maramis Airmadidi. *E-JurnalSariputra*. 2(2): 96-103.
- Lypthout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>.
- [Mashudi, S., Supatmi, Isnur, L. \(2010\). Hubungan Antara Intervensi Keperawatan Dan Dokumentasi Keperawatan. *Journal UM Surabaya*. 5\(1\): 59-64.](#)
- Mulyana. (2013). Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta. *Tesis*. Universitas Indonesia.
- Nugraha, A.T.H. (2012). Hubungan Persepsi Perawat Tentang Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Naskah Publikasi*. Stikes Aisyiyah Yogyakarta.
- Pagala, I., Zahroh S., Baju, W. (2017). Perilaku Kepatuhan Perawat Melaksanakan SOP Terhadap Kejadian Keselamatan Pasien di Rumah Sakit X Kendari. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. 12(1) :138-149.
- Peraturan Menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- Purba, I.M., Novieastari, E. (2013). Pengetahuan Perawat Pada Pasien Resiko Jatuh. *lib.ui.ac.id*. Diakses pada tanggal 7 Maret 2019.
- Samandari, N.A., Wila, C., Rahim, A.H. (2016). Kekuatan Pembuktian Rekam Medis Konvensional dan Elektronik. *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*. 2(2): 154-163.
- Sumaedi, D. A. (2010). Persepsi Perawat Dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di RSUD GJ Kota Cirebon. *repository.ui.ac.id*. Diakses pada tanggal 19 Februari 2019.
- Wulandini, P., Tri, K., Yuyun, P. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Jiwa. *Ners Jurnal Keperawatan*. 12(2):131-142.

HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN FASE PENGOBATAN TUBERKULOSIS PARU DENGAN STATUS GIZI PENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI BALAI BESAR KESEHATAN PARU MASYARAKAT SURAKARTA

¹ Mursudarinah. SKM.Mkes, ² Dwi Nur Indah Sari

¹Dosen Stikes Aisyiyah Surakarta, Ndari 1964@gmail.com

²Stikes Aisyiyah Surakarta

ABSTRAK

Latar Belakang : Tuberkulosis merupakan suatu penyakit yang membutuhkan perhatian global. Jumlah kasus tuberkulosis di Indonesia menduduki peringkat kedua di dunia. Kota Surakarta tahun 2014 terjadi peningkatan sebesar 62,3% (319) dibandingkan angka penemuan pada tahun 2013 (53,74%). Angka kesembuhan penyakit tuberkulosis paru tahun 2013 sebesar 89,05% dan terjadi penurunan pada tahun 2014 menjadi 87,36%. Tujuan : Mengetahui hubungan tingkat pendidikan dan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di BBKPM Surakarta. Metode : Analitik observasional dengan pendekatan cross sectional, sampel sebanyak 69 dengan teknik accidental sampling. Hasil : Tingkat pendidikan responden dalam kategori tinggi yaitu 47 (68,1%), fase pengobatan lanjutan sebanyak 42 (60,9%), status gizi dalam kategori normal sebanyak 41 (59,4%), hasil uji Spearman Rank Correlation antara tingkat pendidikan dengan status gizi didapatkan p value 0,000 dan hasil uji fase pengobatan dengan status gizi didapatkan p value 0,000. Kesimpulan : Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dan fase pengobatan tuberkulosis dengan status gizi penderita tuberkulosis.

Kata Kunci : Tingkat pendidikan, fase pengobatan, status gizi

ABSTRACT

Introduction : Tuberculosis is a disease that requires global attention. The number of cases of tuberculosis in Indonesia was ranked second in the world. Kota Surakarta in 2014 an increase of 62.3% (319) than the discovery rate in 2013 (53.74%). The cure rate of pulmonary tuberculosis in 2013 amounted to 89.05% and a decline in 2014 to 87.36%. Objective : To determine the relationship of education level and phase of the treatment of pulmonary tuberculosis with pulmonary tuberculosis patient nutritional status in BBKPM Surakarta. Methods : Analytical observational cross sectional study, a sample of 69 with accidental sampling technique. Results : The level of education of respondents in the high category, 47 (68.1%), continued treatment phase were 42 (60.9%), nutrition status in the normal category were 41 (59.4%), test results of Spearman Rank Correlation between level education and nutritional status was obtained p value 0.000 and the test results with the treatment phase of the nutritional status was obtained p value of 0.000. Conclusion : There is a correlation between education level and phase of tuberculosis treatment with the nutritional status of patients with tuberculosis.

Key words : Level Of Education, The Treatment Phase, Nutritional Status

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*, yang dapat menyerang berbagai organ tubuh terutama paru-paru. Penyakit tuberkulosis apabila tidak diobati dengan tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian. Pengendalian penyakit tuberkulosis di Indonesia sudah dilakukan sejak zaman penjajahan Belanda, namun masih mengalami keterbatasan pada kelompok tertentu. Tuberkulosis ditanggulangi melalui Balai Pengobatan Penyakit Paru Paru (BP-4) dan sejak tahun 1969 pengendalian tuberkulosis melalui Puskesmas. Pengendalian tuberkulosis pada tahun 1995 mulai menerapkan strategi pengobatan jangka pendek dengan pengawasan

langsung (*Directly Observed Treatment Short-Course*) yang dilaksanakan di Puskesmas secara bertahap dan pada tahun 2000 strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*) dilaksanakan secara nasional diseluruh fasilitas layanan kesehatan terutama Puskesmas yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar (Infodatin, 2015:1).

Tuberkulosis merupakan suatu penyakit yang membutuhkan perhatian global. WHO (*World Health Organization*) menargetkan sebesar 90% menurunkan kematian akibat tuberkulosis dan menurunkan insidens sebesar 80% pada tahun 2030 dibandingkan dengan tahun 2014 sesuai dengan pembangunan berkelanjutan 2030. Jumlah kasus tuberkulosis di Indonesia menduduki peringkat kedua di Dunia setelah India. Indonesia pada tahun 2016 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 351.893 kasus, meningkat apabila dibandingkan dengan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2015 yaitu sebesar 330.729 kasus. Berdasarkan kejadian yang dilaporkan jumlah kasus tertinggi terdapat pada provinsi dengan jumlah penduduk yang sangat besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus tuberkulosis di tiga provinsi tersebut sebesar 44% dari jumlah semua kasus baru di Indonesia (Prof I Kesehatan Indonesia, 2016:153). *Case Notification Rate* (CNR) untuk semua kasus tuberkulosis di Jawa Tengah pada tahun 2016 ditemukan kasus sebesar 118 per 100.000 penduduk, hal ini menunjukkan terjadinya peningkatan kasus tuberkulosis di Jawa Tengah dibandingkan tahun 2015 yaitu 117 per 100.000. Kabupaten/kota dengan CNR semua kasus tuberkulosis tertinggi adalah Kota Magelang yaitu 791,0 per 100.000 penduduk, kemudian diikuti Kota Tegal sebesar 505,6 per 100.000 penduduk serta Kota Surakarta 370,5 per 100.000 penduduk (Prof I Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2016:17).

Berdasarkan Prof I Kesehatan Kota Surakarta (2014:45) Angka penemuan penderita tuberkulosis paru dengan BTA (Basil Tahan Asam) positif (CDR = *Crude Death Rate*) di Kota Surakarta tahun 2014 terjadi peningkatan sebesar 62,3% (319) dibandingkan angka penemuan pada tahun 2013 (53,74%). Angka kesembuhan penyakit tuberkulosis paru tahun 2013 sebesar 89,05% dan terjadi penurunan pada tahun 2014 menjadi 87,36% ini masih dibawah target Renstra Kota Surakarta sebesar 98%, tetapi sudah diatas target nasional 85%. Upaya untuk meningkatkan angka kesembuhan dengan PMT (Pemberian Makanan Tambahan), dan mengantisipasi *Drop Out* pengobatan diberikan transport PMO (Pengawas Minum Obat).

Pengobatan tuberkulosis menurut Kemenkes RI (2014:21) meliputi 2 tahap, yaitu tahap awal dan tahap lanjutan dengan pemberian Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang diberikan selama pengobatan dapat menimbulkan beberapa efek samping diantaranya tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut, nyeri sendi, kesemutan sampai dengan rasa terbakar ditelapak kaki atau tangan, warna kemerahan pada air seni (urine), *fu syndrom* (demam, menggigil, lemas, sakit kepala, nyeri tulang).

Penelitian Salsabela *et al.* (2016:84) diperoleh hasil proporsi gizi kurang adalah tiga puluh lima persen (35%), enam puluh dua persen (62%) pasien tidak bekerja dan sembilan puluh persen (90%) pasien terdaftar sebagai pasien asuransi kesehatan. Enam puluh lima persen (65%) pasien mengalami gizi kurang dan tidak bekerja. Proporsi gizi kurang masih cukup tinggi (35%) pada pasien – pasien yang mengalami tuberkulosis. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi antara lain tingkat pendapatan, pendidikan, konsumsi makan, tingkat kesehatan terutama adanya penyakit infeksi, kandungan zat gizi dalam makanan, tidak adanya program pemberian makanan di luar keluarga, daya beli masyarakat, kebiasaan makanan, pemeliharaan kesehatan serta lingkungan fisik dan sosial (Supariasa *et al.*, 2012:25).

Studi pendahuluan pada tanggal 2 Februari 2018 di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta, dilakukan pada 10 responden menggunakan instrumen sementara berupa wawancara dengan pertanyaan seperti tingkat pendidikan, fase pengobatan tuberkulosis paru dan perubahan berat badan selama menjalani pengobatan tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. Hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa dari 10 responden yang di wawancarai terdapat 4 pasien berada pada fase pengobatan awal (1 – 2 bulan) dan 6 pasien berada pada fase pengobatan lanjutan (3 – 6 bulan), kemudian untuk 4 pasien yang berada pada fase pengobatan awal 3 orang berpendidikan terakhir SMP dan 1 orang berpendidikan terakhir SMK sedangkan untuk 6 pasien yang berada pada fase pengobatan lanjutan, 3 orang berpendidikan terakhir SMP dan 3 orang berpendidikan terakhir SMK. Status gizi dari 10 pasien tersebut, 4 orang yang berada pada fase pengobatan awal 1 orang dengan status gizi baik dan 3 orang dengan status gizi kurang sedangkan 6 orang yang berada pada fase pengobatan lanjutan 3 orang dengan status gizi kurang, 2 orang dengan status gizi baik dan 1 orang dengan status gizi gemuk

RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan tersebut, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Adakah Hubungan Tingkat Pendidikan dan Fase Pengobatan Tuberkulosis Paru dengan Status Gizi Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta?”

TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta

METODE PENELITIAN

a. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian *analitik observasional* dengan rancangan penelitian korelasional dimana peneliti mencoba mencari hubungan antara satu variabel dengan variabel yang lain dan seberapa besar hubungan antar variabel yang ada. Peneliti dalam penelitian ini mencoba mencari hubungan tingkat pendidikan dan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru. Metode pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan dengan mengambil waktu tertentu yang relatif pendek dan pada waktu tertentu. Pengumpulan data tingkat pendidikan dengan menggunakan lembar *check list*, sedangkan untuk fase pengobatan tuberkulosis paru dan status gizi penderita tuberkulosis paru menggunakan lembar observasi pada waktu bersamaan.

b. Populasi Dan Sampel

1) Populasi

Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh pasien tuberkulosis paru kategori 1 yang menjalani rawat jalan di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta pada tahun 2017 yaitu 224 pasien.

2) Sampel

Sampel merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi. Sampel dalam penelitian adalah pasien tuberkulosis kategori 1 yang datang berobat di klinik tuberkulosis di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di BBKPM Surakarta. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni – Juli 2018 di BBKPM Surakarta dengan jumlah responden sebanyak 69 orang. Hasil penelitian ini ditampilkan dalam bentuk analisis univariat dan analisis bivariat, adapun hasilnya sebagai berikut ini:

1. Analisa Univariat

Analisa univariat merupakan analisa yang menggambarkan distribusi frekuensi setiap variabel penelitian yang ada. Variabel yang dianalisa secara univariat dalam penelitian ini yaitu tingkat pendidikan, fase pengobatan tuberkulosis paru dan status gizi penderita tuberkulosis paru.

a) *Tingkat Pendidikan Responden*

Distribusi tingkat pendidikan responden dapat dilihat pada tabel 4.1 berikut ini: 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Poli Tuberkulosis BBKPM Surakarta Bulan Juni – Juli 2018.

No.	Tingkat pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Dasar	22	31,9

No.	Tingkat pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
2.	Tinggi	47	68,1
Jumlah		69	100

Sumber: data primer diolah tahun 2018.

Berdasarkan hasil analisa univariat tingkat pendidikan responden di Poli Tuberkulosis BBKPM Surakarta bulan Juni – Juli 2018 pada tabel 4.1 dapat disimpulkan bahwa dari 69 responden yang diteliti terdapat 47 (68,1%) responden mempunyai tingkat pendidikan tinggi.

b) *Fase Pengobatan Responden*

Distribusi fase pengobatan responden dapat di lihat pada tabel 4.2 berikut ini:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Fase Pengobatan Responden Di Poli Tuberkulosis BBKPM Surakarta Bulan Juni - Juli 2018.

No.	Fase pengobatan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Awal	27	39,1
2.	Lanjutan	42	60,9
Jumlah		69	100

Sumber: data primer diolah tahun 2018.

Hasil analisa univariat fase pengobatan responden di Poli Tuberkulosis BBKPM Surakarta seperti terlihat pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 69 responden terdapat 42 (60,9%) responden berada dalam fase pengobatan lanjutan.

c) *Status Gizi Responden*

Distribusi status gizi responden di Poli Tuberkulosis BBKPM Surakarta dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut ini:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Status Gizi Responden Di Poli Tuberkulosis BBKPM Surakarta Bulan Juni – Juli 2018.

No.	Status gizi	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Sangat Kurus	7	10,1
2.	Kurus	20	29,0
3.	Normal	41	59,4
4.	Gemuk	1	1,4
Jumlah		69	100

Sumber: data primer diolah tahun 2018.

Tabel 4.3 menunjukkan status gizi responden di BBKPM tahun 2018 terdapat 41 (59,4%) responden berada dalam status gizi normal dari total 69 responden yang diteliti.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat merupakan analisa yang digunakan untuk melihat hubungan antara dua variabel penelitian. Analisa bivariat dalam penelitian ini untuk melihat hubungan tingkat pendidikan dan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. Uji analisa dalam penelitian ini menggunakan uji *Spearman Rank Correlation*, untuk uji *Spearman Rank Correlation* distribusi data tidak harus normal dan didapatkan hasil sebagai berikut:

- a) Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Status Gizi Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta 2018.

Tabel 4.4 Tingkat Pendidikan Dengan Status Gizi Penderita Tuberkulosis Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta 2018

Tingkat pendidikan	Status gizi								p value
	Sangat kurus		Kurus		Normal		Gemuk		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Dasar	6	7,2	4	20,3	3	4,3	0	0,0	0,000
Tinggi	2	2,9	6	8,7	38	55,1	1	1,4	
Total	7	10,1	20	29,0	41	59,4	1	1,4	

Sumber: data diolah tahun 2018.

Tabel 4.4 hubungan tingkat pendidikan dengan status gizi penderita tuberkulosis paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta menunjukkan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi dan status gizi normal sebanyak 38 responden (55,1%). Berdasarkan uji *Spearman Rank Correlation* menunjukkan p value $0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak artinya terdapat hubungan yang signifikan tingkat pendidikan dengan status gizi penderita tuberkulosis paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

- b) Hubungan Fase Pengobatan Tuberkulosis Paru Dengan Status Gizi Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta 2018.

Tabel 4.5 Fase Pengobatan Tuberkulosis Paru Dengan Status Gizi Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta 2018

Fase Pengobatan	Status gizi								p value
	Sangat kurus		Kurus		Normal		Gemuk		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Awal	3	4,3	16	23,2	8	11,6	0	0,0	0,000
Lanjutan	4	5,8	4	5,8	33	47,6	1	1,4	
Total	7	10,1	20	29,0	41	59,4	1	1,4	

Sumber: data primer diolah tahun 2018.

Tabel 4.5 hubungan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta menunjukkan sebagian besar responden memiliki fase pengobatan lanjutan dan status gizi normal sebanyak 33 responden (47,8%). Berdasarkan uji *Spearman Rank Correlation* menunjukkan p value $0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak artinya terdapat hubungan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta

PEMBAHASAN

Pembahasan merupakan penjelasan rincian dari hasil penelitian yang dihubungkan dengan tujuan penelitian. Hasil penelitian dibandingkan dan diperkuat dengan hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dan dengan konsep atau teori yang telah disusun pada tinjauan pustaka. Hasil penelitian akan membahas mengenai variabel penelitian yaitu hubungan tingkat pendidikan dan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. Pembahasan dari hasil analisa data sebagai berikut ini:

1. Tingkat Pendidikan Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

Hasil interpretasi data penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa mayoritas responden berpendidikan tinggi atau mempunyai pendidikan terakhir SMA, SMK dan perguruan tinggi. Hasil analisa univariat menunjukkan 47 (68,1%) orang berpendidikan tinggi. Pendidikan merupakan upaya

yang di rencanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Fitriani, 2011:71). Pendidikan menurut Mubarak *et al.* (2007:30) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pendidikan diartikan sebagai suatu bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahamitidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Tingkat pendidikan rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sari *et al.* (2012:8) yang menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan mudah orang tersebut menerima hal – hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal baru tersebut. Penelitian yang dilakukan Hantoko dan Sugihartiningsih (2014:5) didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi anak. Tingkat keeratan hubungan kedua variabel tersebut termasuk sedang dan arahnya berbanding lurus. Pendidikan mempunyai kaitan erat dengan status kesehatan seseorang. Pendidikan responden yang baik sebanding lurus dengan status gizi yang baik pula. Pendidikan yang baik akan meningkatkan pengetahuan sesorang sehingga akan berpengaruh terhadap perilaku yang lebih positif, seperti mempunyai kesadaran untuk meningkatkan status gizi agar penyakitnya segera sembuh.

2. Fase Pengobatan Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

Hasil penelitian yang telah dilakukan di Poli Tuberkulosis Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta bulan Juni – Juli 2018 distribusi fase pengobatan menunjukkan sebagian responden memiliki fase pengobatan lanjutan sebanyak 42 (60,9%) responden. Pengobatan tuberkulosis bertujuan untuk menyembuhkan, memperbaiki kualitas hidup, meningkatkan produktivitas, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah resistensi kuman terhadap obat anti tuberkulosis menurut Misnadiarly dikutip dari Widyanto dan Triwibowo (2013:75). Pengobatan tuberkulosis meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan. Tahap awal adalah pengobatan diberikan setiap hari, panduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pengobatan lanjutan adalah pengobatan yang bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan (Kemenkes RI, 2014:21). Prayitami *et al.* (2012:23) obat yang diberikan pada fase awal yaitu isoniazid, rifampisin dan pirazinamid sedangkan pada fase lanjutan yaitu isoniazid dan rifampisin. Obat ini berfungsi untuk membunuh bakteri tuberkulosis. Efek samping dari obat tersebut yaitu rasa mual, muntah, anoreksia dan nyeri kepala serta dapat berakibat pada penurunan nafsu makan. Hasil penelitian Prayitami *et al.* (2012:23) menunjukkan bahwa terdapat 47 (65,3%) anak dalam fase pengobatan lanjutan dan mempunyai status gizi normal.

3. Status Gizi Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

Hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Juni – Juli 2018 di Poli Tuberkulosis Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta distribusi status gizi menunjukkan sebagian responden memiliki status gizi normal sebanyak 41 responden (59,4%). Status gizi menurut Papathakis dan Piwoz dikutip dari Putri *et al.* (2016:10) adalah salah satu faktor terpenting dalam pertahanan tubuh terhadap infeksi. Soemirat (dalam Wahyono dan Murtatiningsih, 2014:47) mengatakan kekurangan gizi akan berpengaruh terhadap kekuatan, daya tahan dan respon imunologis terhadap penyakit serta keracunan. Gracia (dalam Wahyono dan Murtatiningsih, 2014:47) menyebutkan bahwa keadaan malnutrisi atau kekurangan gizi akan menurunkan daya tahan atau resistensi terhadap penyakit tuberkulosis. Suharyo (dalam Puspita *et al.* 2016:2) Pasien tuberkulosis paru seringkali mengalami penurunan status gizi, bahkan dapat menjadi malnutrisi bila tidak diimbangi dengan diet yang tepat. Beberapa faktor yang berhubungan dengan status gizi pada pasien tuberkulosis paru adalah tingkat kecukupan energi dan protein, perilaku pasien terhadap makanan dan kesehatan, lama menderita tuberkulosis paru, serta

pendapatan perkapita pasien. Infeksi tuberkulosis mengakibatkan penurunan asupan dan malabsorpsi nutrisi serta perubahan metabolisme tubuh sehingga terjadi proses penurunan massa otot dan lemak (*wasting*) sebagai manifestasi malnutrisi energi protein menurut Pratomo dikutip dari Puspita (2016:2). Dukungan nutrisi yang baik akan membantu meningkatkan status gizi yang baik pula. Keadaan gizi yang baik dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan respon imun untuk melawan penyakit serta mendukung proses penyembuhan. Indeks masa tubuh yang menurun akan mempengaruhi fungsi sistem imun yang berperan sebagai pertahanan tubuh terhadap penyakit menular.

4. Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Status Gizi Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

Berdasarkan uji *Spearman Rank Correlation* menunjukkan p value $0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak artinya terdapat hubungan yang signifikan tingkat pendidikan dengan status gizi penderita tuberkulosis paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan Hantoko dan Sugihartiningsih (2014:5) di dapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan status gizi anak. Tingkat keeratan hubungan kedua variabel tersebut termasuk sedang dan arahnya berbanding lurus. Semakin tinggi pendidikan ibu semakin baik pula status gizi anaknya.

Penelitian yang dilakukan oleh Febrianto dan Rismayanthi (2014:11) menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua, semakin baik pula status gizi anak, sebaliknya semakin rendah tingkat pendidikan orang tua semakin kurang baik pula status gizi anak. Orang tua dengan pendidikan tinggi akan lebih memahami yang terbaik untuk anaknya, termasuk mempertimbangkan status gizi anak. Perkembangan kognitif, intelektual, serta mental seseorang yang berpendidikan rendah dibatasi oleh keterbatasan informasi serta kemampuan yang dimilikinya. Orang yang berpendidikan tinggi lebih mudah menerima dan memahami informasi, sehingga lebih mampu menentukan sikap yang tepat untuk perkembangan anaknya dibandingkan dengan orang yang berpendidikan rendah. Orang yang berpendidikan juga akan memperhatikan faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi anaknya. Pendidikan menurut Mubarak *et al.* (2007:30) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pendidikan diartikan sebagai suatu bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami, tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Tingkat pendidikan rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut menerima dan memperoleh informasi sehingga akan merubah perilakunya ke arah yang lebih positif. Orang yang mempunyai tingkat pendidikan yang rendah perkembangan kognitif, intelektual dan mentalnya juga akan mengalami keterbatasan informasi dan kemampuan. Penerimaan dan pemahaman informasi yang didapatkan akan berpengaruh terhadap sikap seseorang.

5. Hubungan Fase Pengobatan Tuberkulosis Paru Dengan Status Gizi Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

Berdasarkan uji *Spearman Rank Correlation* menunjukkan p value $0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak artinya terdapat hubungan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. Hasil penelitian Dewi dan Widyatmoko (2015:6) menunjukkan bahwa setelah pasien tuberkulosis mengkonsumsi obat anti tuberkulosis secara rutin, terjadi peningkatan berat badan yang semula kecil menjadi besar (dalam batas indeks masa tubuh normal). Hal tersebut terjadi karena pemberian obat anti tuberkulosis menyebabkan tubuh terbebas dari infeksi tuberkulosis sehingga mengakibatkan kondisi kesehatan pasien membaik dan nafsu makan meningkat (Rahman, 2014:186).

Hasil penelitian Oktaviani dan Kartini (2011:5) menunjukkan bahwa pasien yang berada dalam fase pengobatan lanjutan mempunyai status gizi yang lebih baik dibandingkan pasien yang masih berada dalam fase pengobatan awal. Penelitian yang dilakukan Prayitami *et al.* (2012:23) menunjukkan bahwa pengobatan tuberkulosis berhubungan dengan status gizi pasien. Pengobatan berkaitan dengan

status gizi penderita karena semakin baik sistem imunitas dalam tubuh maka penggunaan zat gizi untuk melawan infeksi berkurang sehingga zat gizi dapat digunakan secara optimal untuk mendukung proses penyembuhan dan peningkatan status gizi anak dengan infeksi tuberkulosis. Pengobatan yang dijalani pasien tuberkulosis dapat meningkatkan mekanisme pertahanan tubuh dengan mengurangi jumlah bakteri di dalam tubuh. Semakin meningkat mekanisme pertahanan tubuh status gizinya juga meningkat. Status gizi yang baik dapat juga mempercepat kesembuhan dan sistem imun semakin meningkat sehingga mampu melawan infeksi penyakit di dalam tubuhnya.

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian tentang “Hubungan Tingkat Pendidikan Dan Fase Pengobatan Tuberkulosis Paru Dengan Status Gizi Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta” didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Tingkat pendidikan penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta mayoritas dalam kategori tinggi yaitu 47 (68,1%) responden.
2. Fase pengobatan penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta mayoritas dalam kategori fase pengobatan lanjutan sebanyak 42 (60,9%) responden.
3. Status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta mayoritas dalam kategori status gizi normal sebanyak 41 (59,4%) responden.
4. Terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. Dibuktikan dengan p value $0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak
5. Terdapat hubungan fase pengobatan tuberkulosis paru dengan status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta dibuktikan dengan p value $0,000 < 0,05$ maka H_0 ditolak.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian diatas peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Pasien tuberkulosis
Hendaknya terus memantau status gizinya dan melakukan diet yang sesuai agar pengobatan yang dijalannya berhasil dan segera sembuh.
2. Masyarakat
Diharapkan bagi masyarakat dapat mengikuti penyuluhan, membaca dari berbagai sumber informasi kesehatan yang berkaitan dengan status gizi dan penyakit tuberkulosis sehingga dapat meningkatkan pengetahuan.
3. Petugas Kesehatan
Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan penyuluhan dan memberikan informasi lebih lanjut terhadap masyarakat terkait dengan tuberkulosis.
4. Peneliti Selanjutnya
Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan variabel faktor-faktor yang dapat mempengaruhi status gizi penderita tuberkulosis paru di Balai Besar Kesehatan Paru sehingga dapat dimanfaatkan oleh para penderita tuberkulosis.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, A. 2017. Monitoring Efek Samping Obat Anti-Tuberkulosis (OAT) Pada Pengobatan Tahap Intensif Penderita TB Paru Di Kota Makasar. *Journal Of Agromedicine And Medical Sciences* 3(1).
- Almatsier, S., Soetardjo, S., dan Soekatri, M. 2011. *Gizi seimbang dalam daur kehidupan*. PT Gramedia Pustaka Umum. Jakarta.

- Basri, H. 213. *Landasan Pendidikan*. Pustaka Setia. Bandung.
- Bernardus, H. H., Mamuja, C. F., dan Oessoe, J. Y. E. 2015. Hubungan Antar Tingkat Pendidikan Orang Tua Dengan Status Gizi Anak Usia 6 – 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Tareran Kecamatan Tareran Kabupaten Minahasa Selatan. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Pangan* 3(1).
- Departemen Kesehatan RI. 2016. *Prof I Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta.
- Dewi, H, K., dan Widyatmoko, A. 2015. Hubungan Terapi Obat Anti Tuberkulosis Terhadap Kadar Limfosit Dan Berat Badan Pada Pasien Tuberkulosis RSUD Kayen Kabupaten Pati. *Jurnal Kesehatan* 4(2)
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2016. *Prof I Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2016*. Semarang.
- Dinas Kesehatan Kota Surakarta. 2014. *Prof I Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2014*. Surakarta.
- Dini, O. 2011. Hubungan Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis Dengan Status Gizi Anak Penderita Tuberkulosis Paru. *Skripsi*. Universitas Diponegoro Semarang.
- Djojodibroto, D. 2012. *Respirologi (Respiratory Medicine) Ed 2*. EGC. Jakarta
- Farhanisa, Untari, E. K., dan Nansy, E. 2014. Kejadian Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis (OAT) Kategori 1 Pada Pasien TB Paru Di Unit Pengobatan Penyakit Paru – Paru (UP4) Provinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Kesehatan* 5(12).
- Fauzi, F. M. 2017. Hubungan Tingkat Pengetahuan Pendidikan dan Usia Ibu Dengan Perawatan ISPA Pada Balita Di Puskesmas Nusukan Surakarta. *Skripsi*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah. Surakarta.
- Febrianto, I. D., dan Rismayanthi, C. 2014. Hubungan Tingkat Penghasilan, Tingkat Pendidikan Dan Tingkat Pengetahuan Orang Tua Tentang Makanan Bergizi Dengan Status Gizi. *Medikora* 13(1).
- Hantoko, T. Y., dan Sugihartiningsih. (2014). Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Status Gizi Anak Usia 3 – 5 Tahun Di Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Di Desa Banyuurip Kecamatan Klego Kabupaten Boyolali. *Profesi* 10.
- Hidayati, I. S. 2014. Hubungan Tingkat Pendidikan Dan Jenis Kelamin Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Di RSUD Sukoharjo. *Skripsi*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Surakarta
- Humas RSHS (RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung). 2012. *Gizi buruk versus penyakit TB*. <http://web.rshs.or.id/gizi-buruk-versus-penyakit-tb/>. Diakses 09 Maret 2018 pukul 01.45 WIB.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. Jakarta.
- Mardalena, I. 2017. *Dasar – Dasar Ilmu Gizi Konsep dan Penerapan Pada Asuhan Keperawatan*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta.
- Murtatiningsih dan Wahyono, B. 2014. Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kesembuhan Penderita Tuberkulosis Paru. *Kemas* 6(1).
- Nasir, A., Muhith, A. Dan Ideputri, M., E. 2011. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan: Konsep Pembuatan Karya Ilmiah Dan Thesis Untuk Mahasiswa Kesehatan*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Noor, J. 2011. *Metodologi Penelitian: Skripsi, Tesis, Disertasi, Karya Ilmiah Ed 1*. Kencana Prenada Media Group. Jakarta.
- Oktaviani, D., dan Kartini, A. Hubungan Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis Dengan Status Gizi Anak Penderita Tuberkulosis Paru. *Jurnal Kesehatan* 4(5).
- Rahman, A. E., Ayudia, E. E., dan Miftahurrahmah. 2014. Pengaruh Terapi Antituberkulosis Terhadap Pertumbuhan Penderita Tuberkulosis Anak di Kota Jambi. *JMJ* 2(2).

- Riwikdikdo, H. 2012. *Statistik Kesehatan*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Salsabela, F. E., Suryadinata, H., dan Arya, I. F. D. 2016. Gambaran Status Nutrisi Pada Pasien Tuberkulosis Di Rumah Sakit Pusat Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Kesehatan* 2(2).
- Sari, I. D., Yuniar, Y., dan Syaripuddin, M. 2014. Studi Monitoring Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis FDC Kategori 1 Di Provinsi Banten Dan Provinsi Jawa Barat. *Media Litbangkes* 24(1): 28 – 35.
- Sari, M. P., Ropi, H. dan Fitri, S. Y. R. 2012. Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Perawatan Pneumonia Ringan Pada Balita Di Rumah Di Desa Sayang Kecamatan Jatinangor. *Jurnal Unpad* 1(1).
- Setiati, S., Alwi, I., Sudoyo, A. W., K, M. S., Setiyohadi, B., dan Syam, A. F. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Interna Publishing. Jakarta.
- Sujarweni, W. 2014. *Panduan Penelitian Keperawatan Dengan SPSS*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta.
- Sujarweni, W. 2014. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Gava Medika. Yogyakarta.
- Supriasa, I. D. N. 2015. *Pendidikan Dan Konsultasi Gizi*. EGC. Jakarta.
- Syarifudin, B. 2010. *Panduan TA Keperawatan Dan Kebidanan Dengan SPSS*. Grafindo Litera Media. Yogyakarta.
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003. *Sistem Pendidikan Nasional*. Lembaga Republik Indonesia. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 41 Tahun 2014. *Pedoman Gizi Seimbang*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Prayitami, S. P., Dewiyanti, L., & Rohmani, A. (2012). Hubungan Fase Pengobatan dan Status Gizi Tuberkulosis Anak Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kendal Periode Januari 2011 - September 2011. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah*, 1(1).
- Proverawati, A., Dan Wati, E. K. 2010. *Ilmu Gizi Untuk Keperawatan Dan Gizi Kesehatan*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI (Pusdatin). 2015. *Tuberkulosis Temukan Obati Sampai Sembuh*. <http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-info-datin.html>. Diakses tanggal 7 januari 2018 pukul 19.00 WIB
- Puspita, E., Christianto, E., dan Yovi, I. 2016. Gambaran Status Gizi Pada Pasien Tuberkulosis Paru (TB Paru) Yang Menjalani Rawat Jalan Di RSUD Arif n Achmad Pekanbaru. *JOM FK* 3(2).
- Putra, S. R. 2013. *Pengantar Ilmu Gizi Dan Diet*. D-Medika. Yogyakarta.
- Putri, W. A., Munir, S. M., dan Christiano, E. 2016. Gambaran Status Gizi Pada Pasien Tuberkulosis Paru (TB Paru) Yang Menjalani Rawat Inap Di RSUD Arif n Achmad Pekanbaru. *JOM FK* 3(2).
- Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis Epidemiologi Penularan Pencegahan & Pemberantasannya*. Erlangga. Jakarta.
- Widyanto, F. C., dan Triwibowo, C. 2013. *Trend Disease*. Trans Info Media. Jakarta.
- Wijaya, A. S., dan Putri Y. M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Nuha Medika. Yogyakarta

VARIASI INSIDEN BERDASARKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

^{1,2*}Savitri Citra Budi, ²Rani Rismayani, ³Sunartini, ⁴Lutfan Lazuardi, ⁵Fatwa Sari Tetra

^{1, 3, 4, 5}Program Doktorat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, UGM,

² Departemen layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, UGM

email: ¹savitri@ugm.ac.id, ²rani.rismayani@mail.ugm.ac.id

ABSTRAK

PENDAHULUAN: Insiden keselamatan pasien menjadi salah satu indikator mutu pelayanan di rumah sakit. Monitoring variasi insiden sebagai kontrol dalam melakukan upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menyajikan informasi variasi dan persentase jumlah insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

METODE: Penelitian ini suatu penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian dengan cross-sectional. Lokasi penelitian di rumah sakit tipe B Pendidikan di Kota Wates Kabupaten Kulon Progo. Populasi penelitian berupa laporan insiden tahun 2017. Analisis data menggunakan analisis univariate.

HASIL: Berdasarkan hasil studi dokumentasi ditemukan berbagai variasi insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien, pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 terdapat 14 variasi insiden (31,88%, n=44), pada SKP 2 terdapat 8 variasi insiden (7,97%, n=11), pada SKP 3 terdapat 14 variasi insiden (41,30%, n=57), pada SKP 4 terdapat 3 variasi insiden (2,90%, n=4), pada SKP 5 terdapat 1 variasi insiden (1,45%, n=2), dan pada SKP 6 terdapat 6 variasi insiden (13,04%, n=18).

KESIMPULAN: Monitoring perlu ditingkatkan terutama pada SKP 3 yang memiliki persentase insiden tertinggi.

Kata kunci: Insiden, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Keselamatan Pasien, Mutu Pelayanan

ABSTRACT

INTRODUCTION: The incidence of patient safety is one indicator of the quality of care in hospitals. Monitoring variations in incidents as controls in making efforts to improve quality and patient safety. This study aims to present information on variations and percentages of the number of incidents based on patient safety goals at the hospital.

METHOD: This research is a descriptive study with a quantitative approach. Research design with cross-sectional. The location of the study in Type B Education hospitals in the City of Wates in Kulon Progo Regency. The study population was in the form of a 2017 incident report. Data analysis used univariate analysis.

RESULTS: Based on the results of the documentation study found a variety of incidents based on patient safety goals, in the Patient Safety (PS) Target 1 there were 14 variations in incidence (31.88%, n = 44), in PS 2 there were 8 variations of incidents (7.97%, n=11), in PS 3 there were 14 variations of incidents (41.30%, n = 57), in PS 4 there were 3 variation of incident (2.90%, n =4), in PS 5 there was 1 variation of incident (1.45%, n = 2), and in PS 6 there were 6 variation of incident (13.04%, n = 18).

CONCLUSION: Monitoring need to be increased especially at PS 3 which has the highest percentage of incidents.

Keywords: Incidents, Patient Safety (PS), Patient Safety Indicator, Service Quality

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan pelayanan kesehatan dimana terdapat banyak jenis obat, bermacam-macam tes, berbagai alat kesehatan dan teknologinya, serta berbagai profesi yang memberikan pelayanan kepada pasien. Keberagaman tersebut dapat mengakibatkan suatu insiden apabila tidak dikelola dengan baik (Depkes, 2008). Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kementerian Kesehatan, 2017).

Institute of Medicine (IOM) melaporkan adanya kesalahan medis 10% mulai dari proses penerimaan pasien di rumah sakit. Penelitian di Rumah Sakit Utah Colorado menemukan kejadian tidak diharapkan pada 2,9% rawat inap dengan 6,6% menyebabkan kematian. Penelitian di New York dengan angka insiden 3,7% rawat inap dengan 13,6% diantaranya meninggal (Depkes, 2008). Laporan lain dari *World Alliance for Patient Safety, Forward Programme* menyebutkan kejadian tidak diharapkan dengan rentang 3,2 – 16,6% terjadi di negara Amerika, Inggris, Denmark dan Australia (WHO, 2009). Forster *et al* (2004) menyatakan bahwa di Ottawa Hospital tiga pasien meninggal karena KTD yang disebabkan oleh terapi obat, komplikasi operasi, dan infeksi nosokomial. Menurut JCAHO (2007) 65 % dari KTD yang terjadi di rumah sakit berdampak pada kematian pasien. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) melaporkan dalam rentang waktu 2006-2011 terdapat 877 insiden (RSUDZA dalam Harsul, 2018). Untuk itu perlu dilakukan upaya peningkatan keselamatan pasien.

Keselamatan pasien adalah salah satu indikator mutu pelayanan di Rumah Sakit. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien saling berhubungan, semakin tinggi keselamatan pasien maka semakin baik mutu suatu rumah sakit. *Patient safety* dan mutu rumah sakit berkorelasi positif (Sumarni, 2017). Keselamatan pasien di Indonesia diatur dalam Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009 pasal 43 bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Ketentuan lebih lengkap mengenai keselamatan pasien diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 yang menyatakan setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien. Terdapat enam sasaran keselamatan pasien di Indonesia yaitu Ketepatan identifikasi pasien; Peningkatkan komunikasi efektif; Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai; Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; Pengurangan risiko infeksi; dan Pengurangan risiko pasien jatuh. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) menjadi indikator dalam penilaian Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) dan dikembangkan berdasarkan standar pada *Joint Commision International* (KARS, 2017).

Pelaporan keselamatan pasien merupakan salah satu alat yang paling efektif untuk melakukan perbaikan dalam insiden keselamatan pasien, sehingga petugas dapat belajar dari insiden yang telah terjadi dan insiden tersebut tidak akan terulang kembali. Beberapa rumah sakit di wilayah Yogyakarta sudah melakukan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien, baik secara manual maupun elektronik sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2017 (Budi, 2018). Termasuk yang dilaporkan disini adalah insiden terkait enam sasaran keselamatan pasien yang berisiko terhadap pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan, di rumah sakit tipe B Pendidikan di Kota Wates Kabupaten Kulon Progo telah menjalankan program keselamatan pasien dibuktikan dengan dibentuknya Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS). Adanya laporan insiden menunjukkan belum optimalnya program keselamatan pasien sehingga rumah sakit perlu suatu upaya untuk memantau serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Monitoring variasi insiden sebagai kontrol dalam melakukan upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menyajikan informasi variasi dan persentase jumlah insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

METODE

Penelitian ini suatu penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian adalah cross-sectional. Lokasi penelitian di rumah sakit tipe B Pendidikan di Kota Wates Kabupaten Kulon Progo. Populasi dalam penelitian ini semua laporan insiden tahun 2017 dengan total 144 laporan. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*. Sampel penelitian adalah laporan yang memenuhi kriteria inklusi yaitu laporan insiden tahun 2017 yang terdokumentasi dengan lengkap sebanyak 138 laporan. Teknik pengumpulan data yaitu studi dokumentasi dengan instrumen lembar studi dokumentasi dari laporan insiden. Analisis data menggunakan analisis univariat. Analisis univariat berupa analisis persentase yang dilakukan terhadap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan hasil statistik deskriptif. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti.

HASIL

Berdasarkan hasil studi dokumentasi terhadap laporan insiden tahun 2017, ditemukan berbagai variasi insiden yaitu insiden terkait fasilitas di rumah sakit dan insiden terkait enam sasaran keselamatan pasien.

Penelitian ini hanya membahas variasi dan persentase insiden terkait enam sasaran keselamatan pasien yang dijabarkan di bawah ini:

1. Insiden Terkait SKP 1 (Ketepatan Identifikasi Pasien)

Keamanan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan salah satunya dimulai dari ketepatan identifikasi pasien. Kesalahan identifikasi pasien di awal pelayanan akan berdampak pada kesalahan pelayanan pada tahap selanjutnya. Insiden terkait Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 sangat bervariasi. Tabel 1 menyajikan variasi insiden dan persentasenya:

Tabel 1. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 1

No	Variasi Insiden terkait SKP 1 (Ketepatan identifikasi pasien)	Jumlah	Persentase
1.	Gelang identitas lepas	4	2,90%
2.	Kesalahan identifikasi tim gizi	2	1,45%
3.	Ketidaksesuaian identitas hasil pemeriksaan penunjang pada RM	1	0,72%
4.	Ketidaksesuaian identitas hasil pemeriksaan penunjang pada sampel	1	0,72%
5.	Ketidaksesuaian identitas pada etiket obat	5	3,62%
6.	Ketidaksesuaian identitas pada gelang	3	2,17%
7.	Ketidaksesuaian identitas pada resep	3	2,17%
8.	Ketidaksesuaian identitas pada RM	1	0,72%
9.	Ketidaksesuaian identitas pada sampel	4	2,90%
10.	Ketidaksesuaian identitas saat pemberian obat	2	1,45%
11.	Ketidaksesuaian pelaporan identitas hasil pemeriksaan penunjang	2	1,45%
12.	Ketidaksesuaian warna gelang	5	3,62%
13.	Sampel darah tanpa identitas	1	0,72%
14.	Tidak terpasang gelang	10	7,25%
TOTAL		44	31,88%

Tabel 1 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 terdapat 14 variasi insiden (31,88%, n=44). Insiden pada SKP 1 didominasi dengan tidak terpasangnya gelang identitas yang disebabkan karena perawat lupa memasangkan gelang pada pasien. Insiden sering dilaporkan oleh perawat rawat inap karena insiden diketahui ketika pasien sudah masuk ruang perawatan. Bahkan yang lebih berpotensi menimbulkan cedera yaitu terdapat insiden dimana pasien tidak terpasang gelang hingga saat pemulangan pasien.

2. Insiden Terkait SKP 2 (Komunikasi Efektif)

Kegagalan komunikasi merupakan salah satu faktor penyebab insiden keselamatan pasien. Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh penerima akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Variasi insiden terkait SKP 2 (Komunikasi efektif) dan persentasenya ditampilkan pada tabel 2 berikut:

Tabel 2. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 2

No	Variasi Insiden terkait SKP 2 (Komunikasi Efektif)	Jumlah	Persentase
1.	Insiden akibat riwayat alergi	1	0,72%
2.	Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium	1	0,72%

No	Variasi Insiden terkait SKP 2 (Komunikasi Efektif)	Jumlah	Persentase
3.	Kesalahan komunikasi antara perawat dengan petugas laboratorium	3	2,17%
4.	Ketidaksesuaian hasil pemeriksaan antara laboratorium dengan BDRS	2	1,45%
5.	Ketidaksesuaian jadwal fototerapi	1	0,72%
6.	Pasien kabur sebelum operasi	1	0,72%
7.	Percobaan bunuh diri pada pasien	1	0,72%
8.	Sampel darah hilang	1	0,72%
TOTAL		11	7,97%

Tabel 2 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 2 terdapat 8 variasi insiden (7,97%, n=11). Insiden terkait komunikasi efektif disebabkan oleh komunikasi antara tenaga kesehatan (perawat dan petugas laboratorium) yang tidak akurat. Hasil pemeriksaan yang diberikan oleh petugas laboratorium tidak sesuai dengan permintaan perawat. Kesalahan komunikasi juga terjadi antara petugas laboratorium dan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) dimana terjadi perbedaan dalam melaporkan hasil pemeriksaan. Hal ini dapat menimbulkan cedera yang fatal karena kesalahan hasil pemeriksaan dapat berakibat pada kesalahan pengobatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien.

3. Insiden Terkait SKP 3 (Peningkatan Keamanan Obat Yang Harus Diwaspadai)

Kesalahan pemberian obat dapat terjadi jika petugas kesehatan termasuk perawat tidak tepat dalam pemberian obat. Ketidaktepatan dalam proses pemberian obat dapat berdampak pada rendahnya tingkat keselamatan pasien (*patient safety*). Tabel 3 menunjukkan variasi insiden yang terjadi dalam SKP 3:

Tabel 3. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 3

No	Variasi Insiden terkait SKP 3 (Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai)	Jumlah	Persentase
1.	Duplikasi pemberian vaksin	1	0,72%
2.	Injeksi tidak diberikan	1	0,72%
3.	Ketidaksesuaian dosis injeksi	5	3,62%
4.	Ketidaksesuaian dosis obat	15	10,87%
5.	Ketidaksesuaian jadwal pemberian obat	6	4,35%
6.	Ketidaksesuaian obat atau injeksi	18	13,04%
7.	Ketidaksesuaian obat dan dosis obat	2	1,45%
8.	Ketidaksesuaian penyerahan obat	2	1,45%
9.	Ketidaksesuaian rute pemberian obat	2	1,45%
10.	Obat kadaluarsa	1	0,72%
11.	Obat tidak diberikan	1	0,72%
12.	Pemberian obat kurang	1	0,72%
13.	Penggunaan obat berlebih (<i>overuse</i>)	1	0,72%
14.	Perubahan warna obat	1	0,72%
TOTAL		57	41,30%

Tabel 3 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 3 terdapat 14 variasi insiden (41,30%, n=57). Ketidaksesuaian obat merupakan variasi insiden dengan persentase paling tinggi pada SKP 3 yaitu mencapai 18 kasus. Hal ini terjadi ketika obat yang diterima pasien berbeda dengan yang tertulis di resep. Petugas yang terlibat insiden berasal dari berbagai profesi di rumah sakit seperti perawat dan petugas farmasi. Ketidaksesuaian obat banyak terjadi pada pasien rawat jalan maupun rawat inap. Pada pasien rawat inap terjadi karena kesalahan perawat saat mengambil obat di farmasi. Pada pasien rawat jalan dimana petugas farmasi tidak memberikan obat sesuai resep juga menambah jumlah insiden yang terjadi akibat ketidaksesuaian obat. Hal ini dikarenakan nama obat yang mirip (*ampicillin* dengan *amikacin*, *bisoprolol* diambilkan *bisakodyl*, *cetirizine* tetapi ternyata obat terisi *cef xime*, *cetirizine* diambilkan *simvastatin*. Peletakan obat *Look Alike Sound Alike* (LASA) dalam satu area memiliki potensi menyebabkan cedera karena kesalahan pengambilan obat menjadi semakin meningkat. Perlu dilakukan juga pengecekan ketertiban pengecekan ganda oleh petugas saat mengemas atau menyerahkan obat.

4. Insiden Terkait SKP 4 (Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi)

Salah satu aspek yang penting dalam keselamatan pasien adalah tindakan pembedahan. Pembedahan merupakan tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan namun pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa. Hasil penelitian menunjukkan adanya insiden pada SKP 4 yang disajikan dalam tabel 4:

Tabel 4. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 4

No	Variasi Insiden terkait SKP 4 (kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi)	Jumlah	Persentase
1.	Insiden yang terjadi setelah dilakukan operasi	2	1,45%
2.	Kesalahan pasien rencana operasi	1	0,72%
3.	Kesalahan prosedur dalam operasi (alat konslet)	1	0,72%
TOTAL		4	2,90%

Tabel 4 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 4 terdapat 3 variasi insiden (2,90%, n=4). Insiden yang terjadi berupa kesalahan pasien rencana operasi. Insiden bermula ketika perawat ruang bedah menelepon perawat ruangan untuk mengantar pasien dengan diagnosis medis *hemangioma* rencana ekstirpasi. Setelah pasien sampai di ruangan operasi, perawat bedah melakukan identifikasi pasien dengan mencocokkan gelang pasien dengan rekam medis pasien tetapi ternyata tidak cocok. Diketahui bahwa pasien yang diantar adalah pasien dengan diagnosis medis *post hydroceletomy* hari ke 2 dengan rencana tindakan jahit luka. Insiden juga terjadi saat tindakan operasi dimana pasien mengalami luka bakar di paha kanan dan kiri derajat I akibat konsleting alat.

5. Insiden Terkait SKP 5 (Pengurangan Risiko Infeksi)

Rata-rata pasien yang dilakukan rawat inap mendapatkan terapi cairan melalui infus. Pemberian terapi tersebut dapat menimbulkan insiden salah satunya *phlebitis*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pasien yang mengalami *phlebitis* saat mendapatkan terapi cairan melalui infus.

Tabel 5. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 5

No	Variasi Insiden terkait SKP 5 (Pengurangan Risiko Infeksi)	Jumlah	Persentase
1.	Phlebitis	2	1,45%
TOTAL		2	1,45%

Tabel 5 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 5 terdapat 1 variasi (1,45%, n=2). Insiden yang terjadi yaitu *phlebitis* karena pasien mengalami gelisah, infus tercabut lalu dilakukan pemasangan infus kembali namun terlihat adanya *phlebitis*.

6. Insiden Terkait SKP 6 (Pengurangan Risiko Pasien Jatuh)

Pelaksanaan pengkajian risiko jatuh pada pasien yang tidak terlaksana dengan baik dapat menyebabkan suatu bahaya bagi pasien. Hasil penelitian pada tabel 6 menunjukkan bahwa terdapat insiden pasien jatuh:

Tabel 6. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 6

No	Variasi Insiden terkait SKP 6	Jumlah	Persentase
1.	Pasien jatuh dari bed	3	2,17%
2.	Pasien jatuh di kamar	7	5,07%
3.	Pasien jatuh di kamar mandi	1	0,72%
4.	Pasien jatuh di rumah sakit	3	2,17%
5.	Pasien jatuh pingsan saat menunggu antrian	3	2,17%
6.	Pasien kejang dan jatuh saat menunggu antrian	1	0,72%
TOTAL		18	13,04%

Tabel 6 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 6 terdapat 6 variasi (13,04%, n=18). Pasien terjatuh paling banyak terjadi di kamar saat rawat inap. Pasien sudah dimotivasi untuk *bedrest* dan diedukasi risiko jatuh oleh perawat tetapi pasien memaksa untuk turun dari tempat tidur. Selain itu juga karena kurangnya pengawasan dari keluarga pasien hal ini terbukti dari pasien yang terjatuh dari bed ditemukan pertama kali oleh petugas (pramusaji dan cleaning service) karena keluarga pasien sedang berada di luar kamar. Cidera yang ditimbulkan yaitu luka robek diatas alis panjang luka sekitar 3cm dan yang cukup fatal yaitu terdapat insiden dimana pasien kemudian direncanakan reposisi dengan GA di ruang operasi keesokan harinya. Pada pasien rawat jalan juga terjadi insiden dimana kelelahan tidak mendapat tempat duduk saat menunggu antrian periksa.

PEMBAHASAN

1. Insiden Terkait SKP 1 (Ketepatan Identifikasi Pasien)

Fasilitas pelayanan kesehatan harus menjamin proses identifikasi berjalan dengan benar sejak pertama kali pasien didaftar (Umaternate, 2015). Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait ketepatan identifikasi pasien sebesar (31,88%, n=44). Menurut KARS (2017) capaian ketepatan identifikasi pasien harus 100% sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian terhadap ketepatan identifikasi pasien sudah dilaksanakan namun belum optimal dan tidak sesuai dengan KARS.

Variasi insiden terkait SKP 1 didominasi oleh tidak terpasangnya gelang (7,25%, n=10). Hal ini sejalan dengan penelitian Setiyani (2016) sebesar (24,2%, n=8) pasien tidak menggunakan gelang identitas. Penelitian Sakinah (2017) juga menjelaskan ketepatan identifikasi pasien di RSPAD Gatot Soebroto pada tahun 2016 belum berjalan maksimal dikarenakan perawat tidak memberikan gelang identitas.

Pada SKP 1 juga ditemukan insiden berupa ketidaksesuaian identitas pada gelang (2,17%, n=3) dimana terdapat kesalahan penulisan nama pasien ataupun alamat pada gelang identitas. Sejalan dengan penelitian Lestari (2015) bahwa (13,5%, n=5) pasien memakai gelang yang tidak sesuai identitas. Penelitian Pasaribu (2017) menyatakan belum semua pasien menggunakan gelang identitas dengan identitas yang benar, karena petugas tidak menuliskan identitas penting pasien seperti tanggal lahir dan nomor rekam medis. Sedangkan menurut Permenkes No 11 Tahun 2017 dalam melakukan identifikasi pasien terdapat sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *barcode*.

Insiden gelang identitas lepas mencapai (2,90%, n=4). Seharusnya gelang pasien yang digunakan memenuhi pertimbangan kualitas, daya tahan dan keamanan gelang (Apriliawanti, 2010). Insiden sampel tanpa identitas mencapai (0,72%, n=1) sejalan dengan Lestari (2015) dimana dari hasil penelitian terdapat pengambilan sampel yang tidak diberi identitas pasien.

Insiden kesalahan identifikasi tim gizi sehingga terjadi ketidaksesuaian pemberian diet sebesar (1,45%, n=2). Hal ini tidak disesuaikan dengan KARS (2017) dimana dalam elemen penilaian SKP 1 dijelaskan bahwa pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, spesimen dan pemberian diet. Dalam proses penyajian diet, tindakan identifikasi meliputi mencocokkan nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medis dengan diet yang seharusnya diterima perlu dilakukan oleh pramusaji sebagai petugas distribusi makanan yang langsung berhubungan dengan pasien untuk menghindari adanya kesalahan pemberian diet.

2. Insiden Terkait SKP 2 (Komunikasi Efektif)

Komunikasi efektif merupakan kunci untuk mencapai keselamatan pasien di rumah sakit. Apabila komunikasi tidak dilakukan dengan baik akan menjadi ancaman bagi keselamatan pasien (WHO, 2009). Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait SKP 2 sebesar (7,97%, n=11) sedangkan KARS (2017) menyatakan capaian komunikasi efektif harus 100% sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian komunikasi efektif belum memenuhi standar KARS 2017. Penelitian Leonard *et al* (2004) dan Reader *et al* (2007) menyatakan bahwa komunikasi tidak efektif sebagai penyebab utama yang membahayakan pasien dalam banyak laporan insiden.

Insiden yang terjadi pada SKP 2 disebabkan oleh komunikasi antara tenaga kesehatan (perawat dan petugas laboratorium) tidak akurat. Hasil pemeriksaan yang diberikan oleh petugas laboratorium tidak sesuai dengan permintaan perawat. Hal ini sejalan dengan penelitian AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) yang menyatakan bahwa komunikasi yang tidak akurat antar petugas kesehatan merupakan salah satu penyebab terjadinya Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Menurut penelitian Kamil (2011) ketidaktepatan komunikasi juga dapat terjadi antar perawat. *Handover* yang tidak efektif dapat berkontribusi terhadap kesalahan dan pelanggaran dalam keselamatan perawatan pasien. Berdasarkan hasil penelitian, komunikasi yang diberikan perawat saat pertukaran *shift* dalam perawatan pasien telah dilakukan dengan baik karena tidak ditemukan insiden ketika proses *handover*.

Menurut Nazri (2015) ketidaktepatan komunikasi lainnya dapat terjadi antara dokter dengan perawat. Permasalahan komunikasi yang tidak efektif disebabkan oleh beberapa faktor. Studi ini menemukan bahwa perawat sering mengalami masalah komunikasi dokter melalui telepon karena persoalan kolaborasi, logistik, etika, bahasa, dan persiapan komunikasi.

3. Insiden Terkait SKP 3 (Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai)

Kepmenkes No 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit bahwa standar tidak adanya kesalahan pemberian obat adalah 100%. Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait SKP 3 sebesar (41,30%, n=57) sehingga capaian terhadap peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai belum optimal dan tidak sesuai standar pelayanan minimal.

Insiden terkait SKP 3 merupakan insiden dengan persentase tertinggi dibandingkan dengan SKP lainnya sehingga perlu dilakukan upaya peningkatan keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Perwitasari (2010) yang menjelaskan bahwa kejadian *medication errors* merupakan masalah yang penting dalam perawatan pasien dimana hasil penelitian menunjukkan dari 229 resep pasien rawat jalan di rumah sakit di Yogyakarta ditemukan 226 dengan *medication error*.

Variasi insiden yang mendominasi pada SKP 3 yaitu insiden ketidaksesuaian obat (13,04%, n=18). Menurut Cheung (2009), Harkanen (2018) dan Holmstrom (2018) insiden terkait keamanan obat yang harus diwaspadai berupa ketidaksesuaian dosis dan ketidaksesuaian obat. Penyebab kesalahan dalam pemberian obat ke pasien salah satunya adalah nama obat yang mirip (Cheung, 2009). Harkanen (2018) dan Holmstrom (2018) menambahkan adanya kejadian ketidaksesuaian rute pemberian obat sedangkan Cheung (2009) menambahkan adanya kejadian ketidaksesuaian jadwal pemberian obat, ketidaksesuaian jumlah obat dan obat kadaluarsa.

Ketidaksesuaian dosis obat juga perlu mendapat perhatian karena cukup banyak terjadi insiden (10,87%, n=15). Penelitian Perwitasari (2010) membedakan insiden ketidaksesuaian dosis obat

menjadi dua yaitu insiden *overdose* sebesar (0,87%, n=2) dan *under dose* (2,15%, n=5). Prinsip benar dosis ini penting mengingat efek obat yang akan didapat pasien tergantung benar atau sesuai dosis yang dibutuhkan, karena setiap pasien berbeda-beda. Sebelum memberikan obat perawat harus memastikan dosisnya, jika ada yang meragukan perawat harus berkonsultasi dengan dokter pemberi resep atau dengan apoteker (Tambayong, 2005).

Insiden dimana pasien tidak diberi obat, duplikasi pemberian vaksin dan penggunaan obat berlebih sejalan dengan penelitian Kusharwanti (2014). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Insani (2018) yang menyatakan pelaksanaan SKP 3 di RSUD Queen Latifa telah maksimal atau telah mencapai 100% dalam pemakaian obat dengan kewaspadaan tinggi.

4. Insiden Terkait SKP 4 (Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi)

Menurut Kepmenkes No 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal bahwa standar tidak adanya kejadian operasi salah sisi, salah orang, dan salah tindakan adalah 100%. Hasil penelitian ditemukan insiden sebesar (2,90%, n=4) sehingga capaian terhadap kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi belum optimal sesuai standar pelayanan minimal. Tepat pasien merupakan prosedur pemastian ketepatan pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan dengan tahapan pertama melakukan identifikasi pasien (*cross check*), kedua mencocokkan identitas tersebut dengan rekam medis, ketiga identifikasi pasien dan prosedur, sebelum anestesi, dan sebelum dilakukan tindakan insisi dan yang terakhir memastikan kelengkapan pemeriksaan penunjang (Panduan Penandaan Area Operasi, 2014).

Insiden bermula ketika perawat ruang bedah menelepon perawat ruangan untuk mengantar pasien dengan diagnosis medis *hemangioma* rencana *ekstirpasi*. Setelah pasien sudah sampai di ruangan operasi, kemudian perawat bedah melakukan identifikasi pasien dengan mencocokkan gelang pasien dengan rekam medis pasien tetapi ternyata tidak cocok. Dapat disimpulkan bahwa perawat di ruang inap tidak teliti dalam melakukan konfirmasi identitas pasien sedangkan perawat ruang bedah teliti dengan mengkonfirmasi identitas dengan data rekam medis. Hasil penelitian Siregar (2014) bahwa seluruh (100%) petugas (perawat dan dokter) mengkonfirmasi atau menayakan identitas pasien akan tetapi hanya (15,1%) petugas kesehatan yang mengkonfirmasi dengan data rekam medis dan tidak ada (0%) yang konfirmasi lisan tentang jenis dan lokasi tindakan yang direncanakan kepada pasien.

Berdasarkan hasil penelitian tidak ditemukan insiden terkait salah sisi. Hal ini berbeda dengan analisis WHO tahun 2005 dimana pada 126 terdapat kasus salah sisi, salah prosedur, salah pasien. Salah sisi sebesar 76%, salah prosedur 11% dan salah pasien 13% (WHO, 2009). Berbeda dengan hasil penelitian Insani (2018) menyatakan bahwa pelaksanaan SKP 4 di RSUD Queen Latifa telah maksimal dengan hasil 100% dilihat dari hasil observasi dokumen ditemukan *checklist* untuk verifikasi saat preoperasi dan SOP.

5. Insiden Terkait SKP 5 (Pengurangan Risiko Infeksi)

Infeksi yang terjadi pada pelayanan kesehatan selama masa perawatan merupakan hal yang harus dibatasi penyebarannya dan tindakan pengurangan terhadap risiko infeksi dilaksanakan *hand hygiene* sesuai aturan adalah cara yang paling efektif untuk dilakukan (KARS, 2017). Angka kejadian infeksi nosokomial atau infeksi baru selama perawatan berlangsung rentan terjadi di rumah sakit (Iswati, 2013). Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait risiko infeksi sebesar (1,45%, n=2) yaitu flebitis. Menurut standar pelayanan minimal bahwa angka kejadian infeksi nosokomial pasien rawat inap 1,5% sehingga disimpulkan bahwa telah memenuhi standar pelayanan minimal.

Persentase insiden terkait risiko infeksi di lokasi penelitian (1,45%, n=2) lebih kecil dibandingkan dengan penelitian di RSUD Pangkep dimana penderita yang mengalami *phlebitis* akibat pemasangan infus ketika dirawat di rumah sakit mencapai (54,8%, n=23) (Arifudin, 2013). Karakteristik angka kejadian flebitis yang terjadi berdasarkan penyebabnya masih variatif, penyebab yang sering terjadi pada pasien sering dipengaruhi oleh faktor usia, penyakit kronis (misal *diabetes mellitus*, hipertensi, gagal ginjal kronik, kanker), jenis cairan yang diberikan (osmolaritas cairan), juga teknik pemasangan yang salah serta masih ditemukan petugas yang tidak melakukan dressing atau perawatan luka infus yang seharusnya dilakukan setiap hari. *Phlebitis* merupakan masalah yang serius tetapi tidak

menyebabkan kematian karena dapat merugikan pasien dengan menambah kesakitan pada pasien dan tingginya biaya karena lamanya perawatan di rumah sakit (Nurjanah, 2011).

6. Insiden Terkait SKP 6 (Pengurangan Risiko Pasien Jatuh)

Standar *Joint Commission International (JCI)* terdapat upaya penanggulangan kejadian pasien jatuh di rumah sakit. Terutama disebutkan pada *International Patient Safety Goals (IPSG)*, yaitu mengurangi risiko pasien jatuh. Menurut Kepmenkes No 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS bahwa standar tidak adanya pasien jatuh adalah 100%. Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait pengurangan risiko pasien jatuh sebesar (13,04, n=18) sehingga dapat disimpulkan perlu adanya upaya untuk mengurangi risiko jatuh.

Sebagian besar cedera pada pasien terjadi karena jatuh di kamar, dimana dalam hal ini pihak rumah sakit seharusnya melaksanakan assesmen risiko jatuh, evaluasi risiko pasien terhadap jatuh dan segera bertindak mengurangi risiko terjatuh serta cedera yang diakibatkannya menjadi sangat diperlukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa risiko jatuh menimbulkan cedera yang cukup fatal hingga pasien harus dilakukan reposisi dengan GA keesokan harinya. Hal ini sejalan dengan *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care* bahwa di Amerika Serikat sekitar 700.000 hingga 1.000.000 pasien jatuh dilaporkan di rumah sakit setiap tahun. Beberapa kasus mengakibatkan patah tulang, luka robek, atau perdarahan internal dengan menambah biaya dan sumberdaya (Ganz, 2013). Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Stanley (2006) dimana dampak dari tidak terlaksananya penerapan *patient safety* risiko jatuh yaitu mengakibatkan berbagai jenis cedera, kerusakan fisik dan psikologis. Kerusakan fisik yang paling ditakuti dari kejadian jatuh yaitu patah tulang panggul. Fraktur yang sering terjadi akibat jatuh adalah fraktur pergelangan tangan, lengan atas dan *pelvis* serta kerusakan jaringan lunak. Dampak psikologis adalah *syok*, pembatasan dalam aktivitas sehari-hari dan *fobia* jatuh.

SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa ditemukan berbagai variasi insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien, pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 terdapat 14 variasi insiden (31,88%, n=44) didominasi oleh tidak terpasangnya gelang identitas, pada SKP 2 terdapat 8 variasi insiden (7,97%, n=11) dengan insiden terbanyak yaitu kesalahan komunikasi antara perawat dengan petugas laboratorium, pada SKP 3 terdapat 14 variasi insiden (41,30%, n=57) didominasi dengan ketidaksesuaian obat, pada SKP 4 terdapat 3 variasi insiden (2,90%, n=4) didominasi oleh insiden yang terjadi setelah operasi, pada SKP 5 terdapat 1 variasi insiden (1,45%, n=2) yaitu flebitis, dan pada SKP 6 terdapat 6 variasi insiden (13,04%, n=18) dengan insiden yang paling mendominasi adalah pasien jatuh di kamar. Monitoring perlu ditingkatkan terutama pada SKP 3 yang memiliki persentase insiden tertinggi diantara SKP lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriliawanti, A. (2010). Manfaat Technology Emar (Electronic Medication Administration Record) dengan Barcode dalam Medikasi yang Aman. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Arifuddin, H., E. Kadrianti, Y. Haskas. (2013). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Plebitis Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Pangkep. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. Vol 2 (2): 80-86.
- Budi, S.C., Fatmah. (2018). Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Studi Literatur Riview. *Prosiding Seminar And Workshop Public Health Action (Swopha)*. 10 Oktober 2018. Semarang. Hal 49.
- Cheung KC, Bouvy ML, and Smet PAGMD. (2009). Medication Errors: The Importance of Safe Dispensing. *British Journal of Clinical Pharmacology*. Vol67 (6): 676–680.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta. Depkes RI.
- Forster, A.J, Asmis TR, Clark HD, et al. (2004). Ottawa Hospital Patient Safety Study: Incidence & training of adverse events in patient safety admitted to a Canadian teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*. Vol 170 (8).

- Ganz, D.A., Huang, C., Saliba, D., *et al.* (2013). *Preventing Falls in Hospitals : A Toolkit for Improving Quality of Care*. Boston. AHRQ Publication.
- Harkanen, M. (2018). Medication administration errors and mortality: Incidents reported in England and Wales between 2007 2016. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Elsevier.
- Harsul,W., S.Syahrlul, A.Majid. (2018). Penerapan Budaya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Tipe B Provinsi Sulawesi Selatan. Vol 2(2):119-126.
- Holmstrom, A.R *et al.* (2018). Inter-rater reliability of medication error classification in a voluntary patient safety incident reporting system HaiPro in Finland. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Elsevier.
- Insani, T.H.N. (2018). Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat. *Journal of Health Studies*. Vol 2(1). 84-95.
- Iswati. (2013). Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. Akademi Keperawatan Adi Husada. Hal 59-63.
- JCAHO. (2007). Patient safety matters information and communication. *Spesial Issue*. 2 (1).
- Kamil, H. (2011). Handover dalam pelayanan keperawatan. Vol 4(11):102-116.
- KARS. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*. Edisi 1. Jakarta. Depkes RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Kusharwanti, W., S.C. Dewi, M.K. Setiawati. (2014). Pengoptimalan Peran Apoteker dalam Pemantauan dan Evaluasi Keselamatan Pasien. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*. Vol 3(3):67-76.
- Leonard, M., Graham, S, Bonacum D. (2004). The Human Factor: The Critical Importance Of Effective Teamwork And Communication In Providing Safe Care. *BMJ*.
- Lestari, S., Q. Aini. (2015). Pelaksanaan Identifikasi Pasien Berdasarkan Standar Akreditasi JCI guna meningkatkan program *patient safety* Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *Jurnal Medicoeticolegal Manajemen Rumah Sakit*. Vol 4(1).
- Nazri, F., S. Juhariah, M. Arif. (2015). Implementasi Komunikasi Efektif Perawat-Dokter dengan Telepon di Ruang ICU Rumah Sakit Wawa Husada. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. Vol 28(2).
- Nurjanah, D.Kristiyawati, S.P.Solechan, Achmad. (2011). Hubungan Antara Lokasi Penusukan Infus dan Tingkat Usia dengan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap Dewasa RSUD Tugurejo Semarang. *Karya Ilmiah S.1 Ilmu Keperawatan*. Vol 1(1).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. www.kemhan.go.id. Diakses tanggal 1 November 2018.
- Pasaribu, A.T.U. (2017). Gambaran Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Oleh Perawat Di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Pasar Minggu Tahun 2017. *Skripsi*. Program Studi Kesehatan Masyarakat, UIN, Jakarta.
- Pitoyo, A.Z., T.Hariyanto, N.Yuliansyah. (2016). Kebijakan Sistem Penyimpanan Obat LASA, Alur Layanan, dan Formulir untuk Mencegah Dispensing Error. Vol 29(3) : 235-244.
- Perwitasari, D.A., J.Abror, I.Wahyuningsih. (2010). Medication errors in outpatients of a government hospital in yogyakarta Indonesia. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*. Vol 1(1). Yogyakarta
- Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. (2007). Communication skills and error in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*. Vol 13(6):732-736

- Sakinah, S., P.A.Wigati, S.P.Arso. (2017). Analisis Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Keamanan Obat Di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 5(4):147.
- Setiyani, M. D., Zuhrotunida, Syahridal. (2016). Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang. *JKFT*. 59-69.
- Siregar, R., W. Utomo, Misrawati. (2014). Analisis Pelaksanaan Marking Pra Bedah Di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Jurnal Online Mahasiswa*. Vol 1(2).
- Stanley. (2006). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2. Jakarta. EGC.
- Sumarni. (2013). Analisis Implementasi *Patient Safety* Terkait Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. Vol 5(2): 91-99.
- Tambayong, J. (2005). *Farmakologi: untuk keperawatan*. Jakarta. Widya Medika.
- Umaterate, T.S., Kumaat, L.T, Mulyadi. (2015). Hubungan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Secara Benar dengan Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Journal Keperawatan*. Vol 3(2): 1-6
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. www.depkes.id. Diakses tanggal 1 Desember 2018.
- WHO. (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery: Safe Surgery Saves Lives*. Geneva.
- WHO. (2009). *World alliance for patient safety : Forward Programme 2008-2009*. www.who.int/iris/handle/10665/70460.

RANCANG BANGUN APLIKASI PENDAFTARAN RAWAT JALAN BERBASIS *MULTIUSER* DI KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA

¹Frestiany Regina Putri, ²Diah Ajeng Pertiwi, ³Agung Suryadi

¹Universitas Duta Bangsa Surakarta, frestianyregina@gmail.com

²Universitas Duta Bangsa Surakarta, diahajengpertiwi75@gmail.com

³Universitas Duta Bangsa Surakarta, agung_scc@yahoo.com

ABSTRAK

Sistem pendaftaran rawat jalan di Klinik Barokah masih dilakukan secara manual. Sistem pencatatan rekam medis pasien dilakukan secara konvensional dengan menulis pada buku register rawat jalan dan formulir rawat jalan. Proses konvensional inilah yang menyebabkan antrian pasien yang panjang dan memakan waktu yang lama dalam hal registrasi. Tujuan dari penelitian ini yaitu membuat rancang bangun aplikasi pendaftaran rawat jalan berbasis multiuser yang dapat mempermudah pasien dalam mendaftar tanpa antrian panjang, dan membantu petugas dalam mengkomputerisasi data sehingga pelayanan kesehatan akan lebih cepat dan tepat, juga merapikan data dalam hal pelaporan.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan cara survey. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu observasi dan wawancara dengan pendekatan cross sectional. Data yang dibutuhkan untuk di input dalam aplikasi adalah data pasien, data dokter, data poliklinik, data diagnosis, data obat, data tindakan, data wilayah, data pendaftaran, data pemeriksaan dan data pemberian obat. Dari data tersebut akan menghasilkan input berupa laporan kunjungan pasien per poliklinik dan laporan kunjungan pasien per wilayah.

Kata Kunci : Aplikasi, Rawat jalan, Multiuser

ABSTRACT

The outpatient registration system at Barokah Clinic is still done manually. The patient's medical record recording system is done conventionally by writing to the outpatient register book and outpatient form. This conventional process causes a long queue of patients and takes a long time in terms of registration. The purpose of this study is to create a multiuser-based outpatient registration application design that can make it easier for patients to register without long queues, and assist officers in computerizing data so that health services will be faster and more precise, also tidying up data in terms of reporting.

The research method used was descriptive by survey. The research instrument used was observation and interview with a cross sectional approach. Data needed for input in the application are patient data, doctor data, polyclinic data, diagnostic data, drug data, action data, regional data, registration data, examination data and drug administration data. From these data will produce input in the form of reports of patient visits per polyclinic and reports of patient visits per region.

Keywords: Information System, Outpatient, Website

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Teknologi merupakan hal yang dibutuhkan dalam setiap pekerjaan hampir semua bidang. Mulai dari bidang pendidikan, hiburan, bahkan kesehatan juga memerlukan adanya peranan teknologi dalam mempermudah pekerjaan. Aplikasi teknologi dibutuhkan dalam bidang kesehatan karena pelayanan kesehatan memerlukan waktu yang efektif agar penanganan terhadap pasien juga cepat dan tepat. Selain itu, komputerisasi rekam medis pasien juga sangat penting agar arsip data tersebut tidak hilang atau tersebar secara luas yang mengakibatkan penyalahgunaan data.

Klinik Barokah Pajang Surakarta terletak di Jl. Dr Rajiman No. 666, Pajang, Surakarta. Klinik Barokah Pajang merupakan klinik yang memberikan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Sistem

pencatatan rekam medis pasien masih dilakukan secara konvensional dengan menulis pada buku register rawat jalan dan formulir rawat jalan. Proses konvensional inilah yang menyebabkan antrian pasien yang panjang dan memakan waktu yang lama dalam hal registrasi.

Pasien rawat jalan Klinik Barokah biasa melakukan pendaftaran dengan menyebutkan identitasnya dan ditulis pada buku register oleh petugas klinik serta menuliskannya pada formulir rawat jalan. Setelah registrasi, petugas akan menentukan poli yang sesuai dengan keluhan pasien, kemudian pasien diperiksa oleh dokter dan diagnosa pasien dituliskan pada formulir rawat jalan dan formulir resep obat. Formulir resep obat tersebut memiliki koneksi dengan apotek secara manual, dimana dokter yang bertugas di klinik harus memberikan resep sesuai dengan persediaan obat yang ada di apotek. Hal tersebut tentu sangat merugikan bagi pihak klinik maupun pasien mengingat keterbatasan waktu dan antrian pasien yang panjang. Makadari itu, dibutuhkan rancang bangun sebuah aplikasi pendaftaran rawat jalan untuk pasien di Klinik Barokah, sehingga kendala-kendala tersebut dapat diatasi.

B. Perumusan Masalah

Bagaimana membuat rancang bangun aplikasi pendaftaran rawat jalan berbasis *multiuser* di Klinik Barokah Pajang Surakarta?

Untuk membuat rancang bangun aplikasi rawat jalan dibutuhkan tabel yang meliputi tabel pendaftaran, tabel pasien, tabel dokter, tabel diagnosa, tabel tindakan, tabel obat, tabel tindakan, tabel poliklinik, tabel pendaftaran, tabel pemeriksaan, tabel pemberian obat, dan tabel *user*. Data-data tersebut diproses dengan menggunakan bahasa pemrograman *PHP*, *databaseMySQL* dan *web service XAMPP*. Setelah dilakukan pemrosesan maka akan dihasilkan *output* yang berupa laporan mengenai data pasien, data dokter, data poliklinik, data diagnosis, data obat, data tindakan, data wilayah, data pendaftaran, data pemeriksaan, data pemberian obat, laporan kunjungan pasien per poliklinik dan laporan kunjungan pasien per wilayah.

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan cara survei yang digunakan untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program di masa sekarang, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu observasi dan wawancara dengan pendekatan *cross sectional*. Aplikasi ini dibutuhkan tabel yang meliputi tabel pasien, tabel waktu pelayanan, tabel poliklinik, tabel dokter, tabel diagnosa, dan tabel pembayaran akan menghasilkan output berupa laporan atau informasi mengenai laporan data pasien, laporan waktu pelayanan, laporan data poliklinik, laporan data dokter, laporan data diagnosa, laporan data pembayaran, laporan kunjungan pasien per poliklinik, laporan kunjungan pasien per dokter, dan laporan kunjungan pasien per waktu pelayanan.

Pengolahan dokumen rekam medis di Klinik Barokah Pajang Surakarta adalah sebagai berikut :

1. *Collecting* adalah mengumpulkan data dari unit rawat jalan meliputi data pasien, data poliklinik, data dokter, data tindakan, data diagnosis, data obat, data wilayah dan data klinik, data transaksi pendaftaran pasien, data transaksi pemeriksaan, data transaksi pemberian obat.
2. *Editing* adalah mengoreksi data yang telah dikumpulkan sebelum diolah karena kemungkinan data tersebut masih terjadi duplikasi atau kesalahan penempatan.
3. Penyajian data adalah data yang telah diinput dan diolah menggunakan bahasa pemrograman *Visual Foxpro 9.0* dan akan tersimpan dalam sebuah database yaitu *MySQL* yang kemudian akan menghasilkan *output* berupa laporan antara lain :
 - a. Laporan data pasien.
 - b. Laporan data dokter.
 - c. Laporan data poliklinik
 - d. Laporan data diagnosis.
 - e. Laporan data tindakan.
 - f. Laporan data obat.
 - g. Laporan data wilayah.
 - h. Laporan transaksi pendaftaran.

- i. Laporan transaksi pemeriksaan.
- j. Laporan transaksi pemberian obat.
- k. Laporan kunjungan pasien per poliklinik dan per wilayah.
- l. KIB.
- m. KIUP.

Metode pengembangan sistem menggunakan SDLC yang meliputi identifikasi dan seleksi proyek untuk mengetahui permasalahan yang ada, inisiasi dan perancangan proyek untuk memahami konsep dan materi yang berhubungan dengan *system*, tahap analisis untuk mengumpulkan informasi dan mengidentifikasi kebutuhan sistem, tahap desain, implementasi, dan pemeliharaan.

HASIL

A. Prof I Singkat Klinik Barokah Pajang Surakarta

Klinik Barokah Pajang Surakarta beralamat di Jl. Dr. Radjiman 666 Pajang Laweyan Surakarta merupakan suatu usaha layanan jasa kesehatan dalam rangka pertolongan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan rawat jalan, serta rawat inap umum. Klinik ini berdiri pada tanggal 25 Desember 1997 yang sudah beroperasi selama 21 tahun. Visi Klinik Barokah Pajang Surakarta adalah sebagai pelayanan kesehatan dasar yang dapat dipercaya sedangkan misi Klinik Barokah Pajang Surakarta yaitu menjadikan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kepuasan pelanggan. Tujuan dari didirikannya klinik ini adalah membantu masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau.

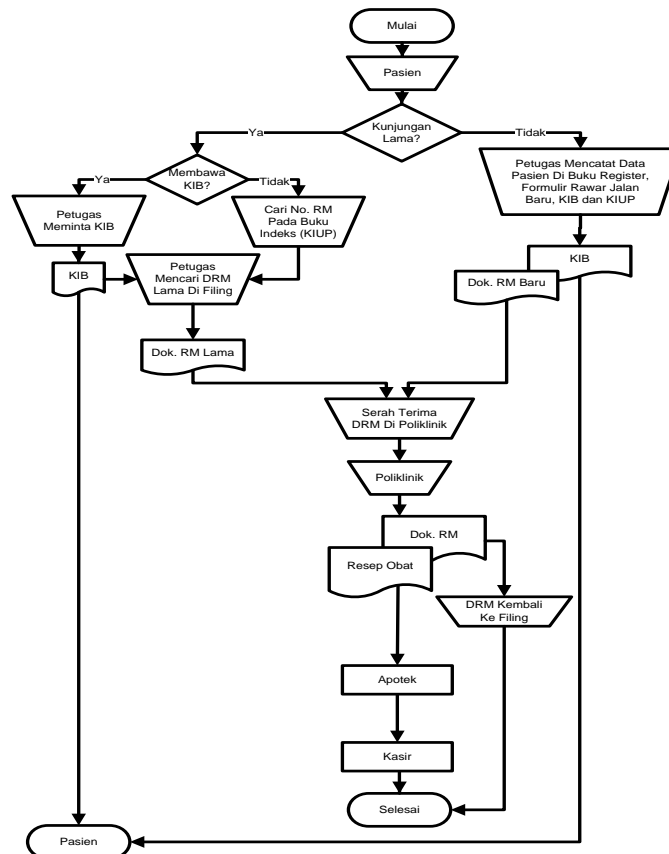
Klinik Barokah Pajang Surakarta berdiri di atas lahan seluas 484 m² dan memiliki 4 ruangan yang terbagi menjadi ruang konsultasi dan periksa, ruang rawat inap, ruang laborat klinik dan ruang apotek dengan daya tampung maksimum perhari 37 orang. Klinik melayani secara 24 jam dengan total tenaga kesehatan ada 17 orang dan memiliki 2 poliklinik yaitu poliklinik umum dan poliklinik kandungan serta melayani fisioterapi dan laboratorium. Pelayanan yang diberikan yaitu pelayanan poliklinik umum anak dan dewasa, pelayanan KB dan konsultasi KB, pelayanan vaksinasi bayi dan balita, pelayanan gawat darurat pertama pada kecelakaan.

B. Pendaftaran di Klinik Barokah Pajang Surakarta

Pendaftaran pasien di Klinik Barokah Pajang Surakarta ini dibagi menjadi dua, yaitu pasien baru dan pasien lama. Proses pendaftaran pasien sendiri masih bersifat konvensional yakni dengan cara mencatat identitas pasien pada formulir rawat jalan dan pada buku registrasi pasien. Pada pendaftaran pasien, identitas pasien dari nomor rekam medis, nama pasien, umur atau tanggal lahir, nama orang tua, alamat, dan nomor telepon yang dapat dihubungi ditulis pada Kartu Identitas Berobat (KIB), buku registrasi pasien, dan buku indeks utama pasien. Dalam pembuatan Kartu Identitas Berobat (KIB), sistem penomoran yang digunakan adalah *Unit Numbering Sistem* (UNS), yaitu satu nomor rekam medis digunakan untuk selamanya. Untuk pasien lama, hanya perlu menyerahkan Kartu Identitas Berobat (KIB) kepada petugas jika ingin melakukan pemeriksaan, namun untuk pasien baru, perlu untuk melakukan pendaftaran pasien untuk mendapatkan Kartu Identitas Berobat (KIB) tersebut.

Kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) yang ada di klinik berupa buku indeks pasien, buku ini digunakan untuk mencari nomor rekam medis pasien secara konvensional apabila pasien tidak membawa KIB dan akan memerlukan waktu sedikit lama karena petugas harus mencari secara teliti. Pada pemeriksaan pasien dilakukan kegiatan pencatatan oleh dokter poliklinik secara konvensional berupa pencatatan tanggal kunjungan pasien, pemeriksaan dan diagnosa, serta pengobatan yang diberikan kepada pasien. Apabila pasien memerlukan obat maka dokter akan mencatat pada resep obat yang kemudian akan diberikan ke bagian apotek. Bila obat yang diresepkan tidak tersedia di apotek klinik maka pasien dapat kembali menanyakan resep lain kepada dokter atau mencari obat ke apotek lain.

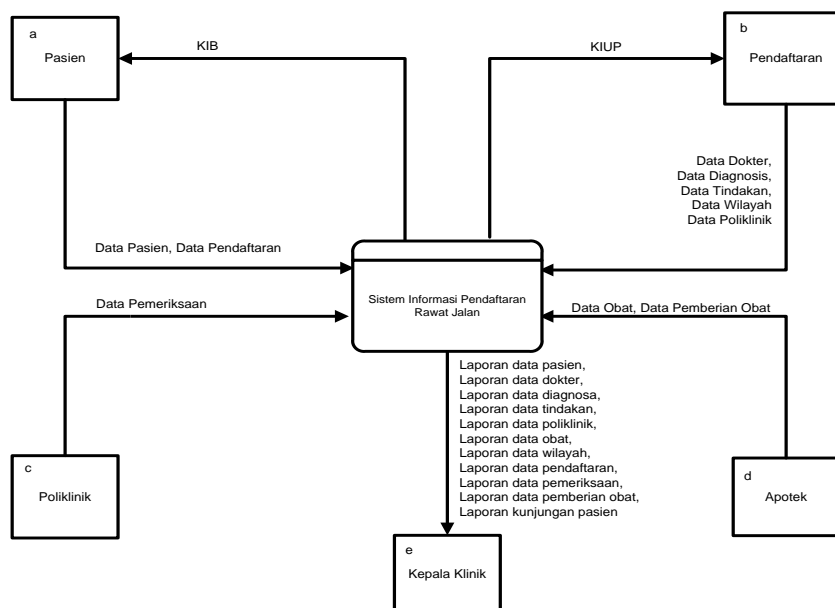
C. Sistem yang berjalan di Klinik Barokah Pajang Surakarta



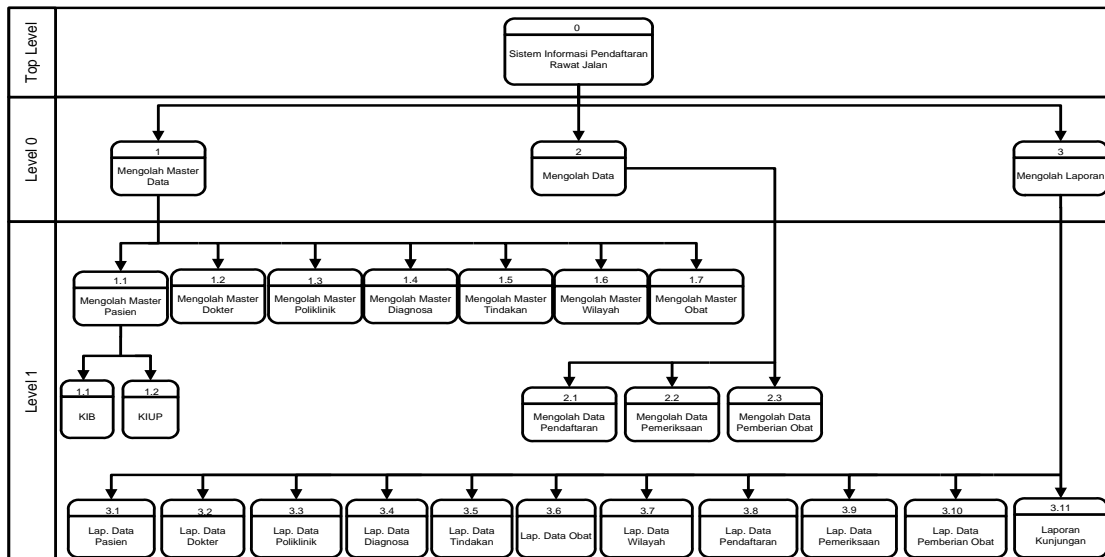
Gambar1. Flowchart Sistem yang berjalan di Klinik Barokah Pajang Surakarta

D. Perancangan Sistem

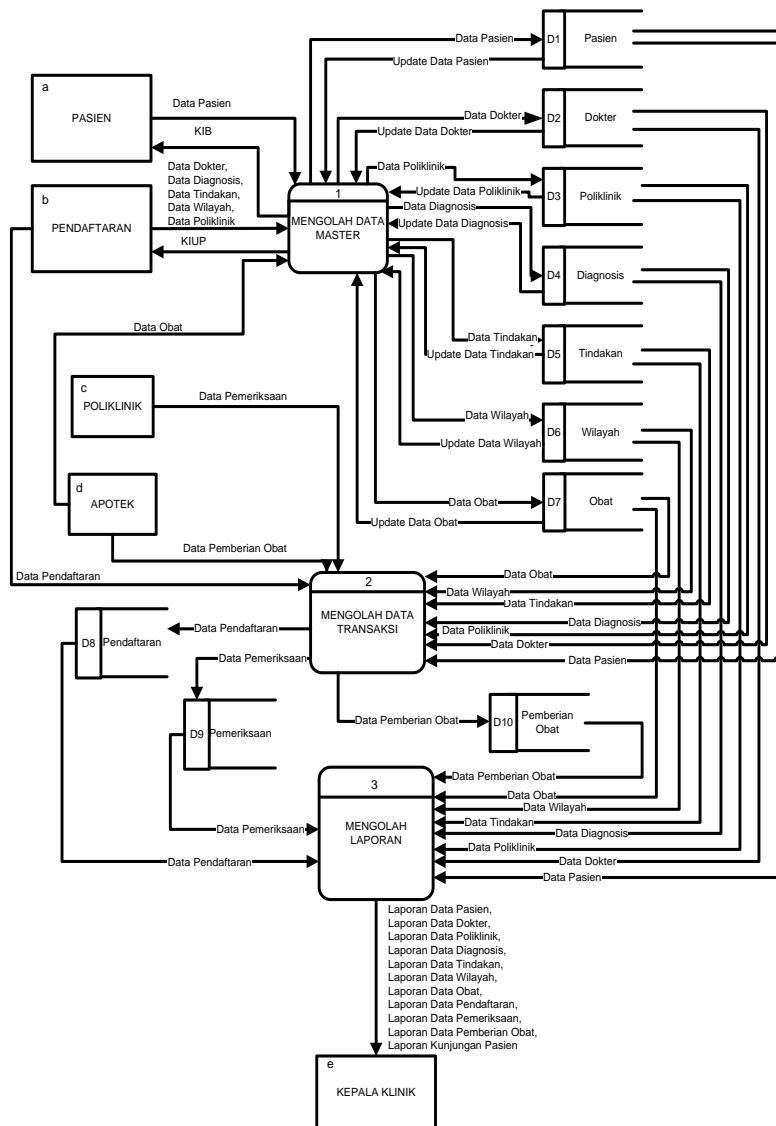
Rancangan sistem terdiri dari diagram konteks, diagram berjenjang, DAD Level 0 dan DAD Level 1, serta desain relasi tabel.



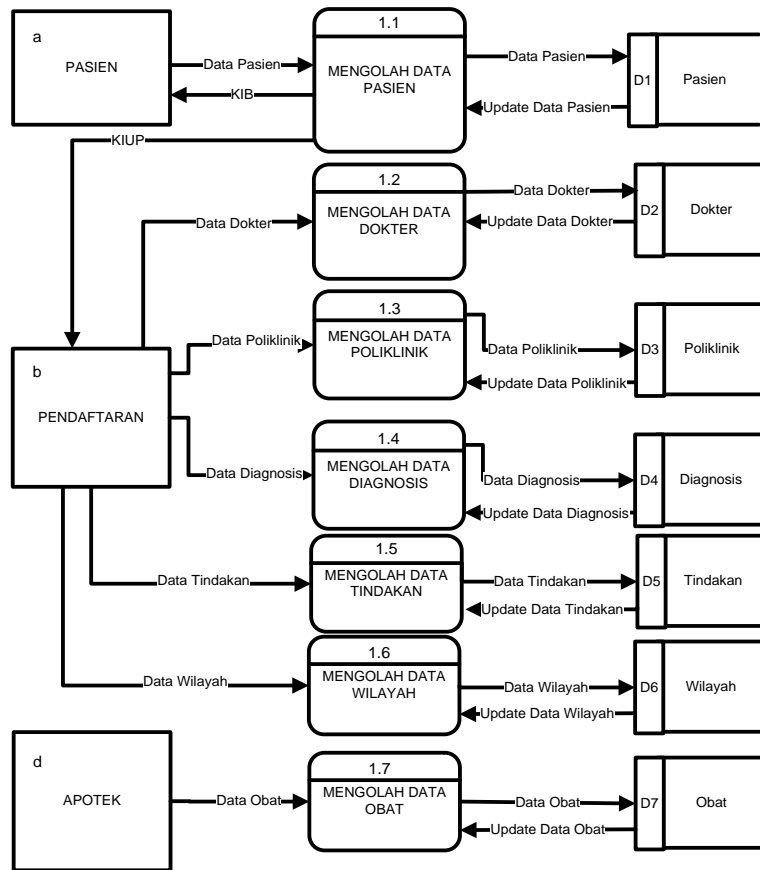
Gambar 2. Diagram Konteks Aplikasi Pendaftaran Rawat Jalan



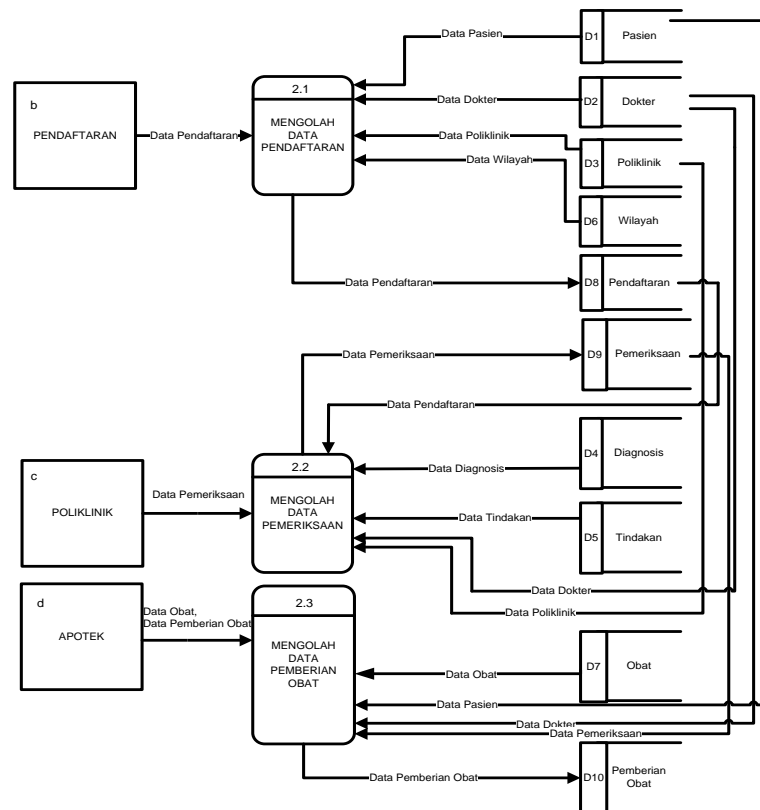
Gambar 3. Diagram Berjenjang Aplikasi Pendaftaran Rawat Jalan



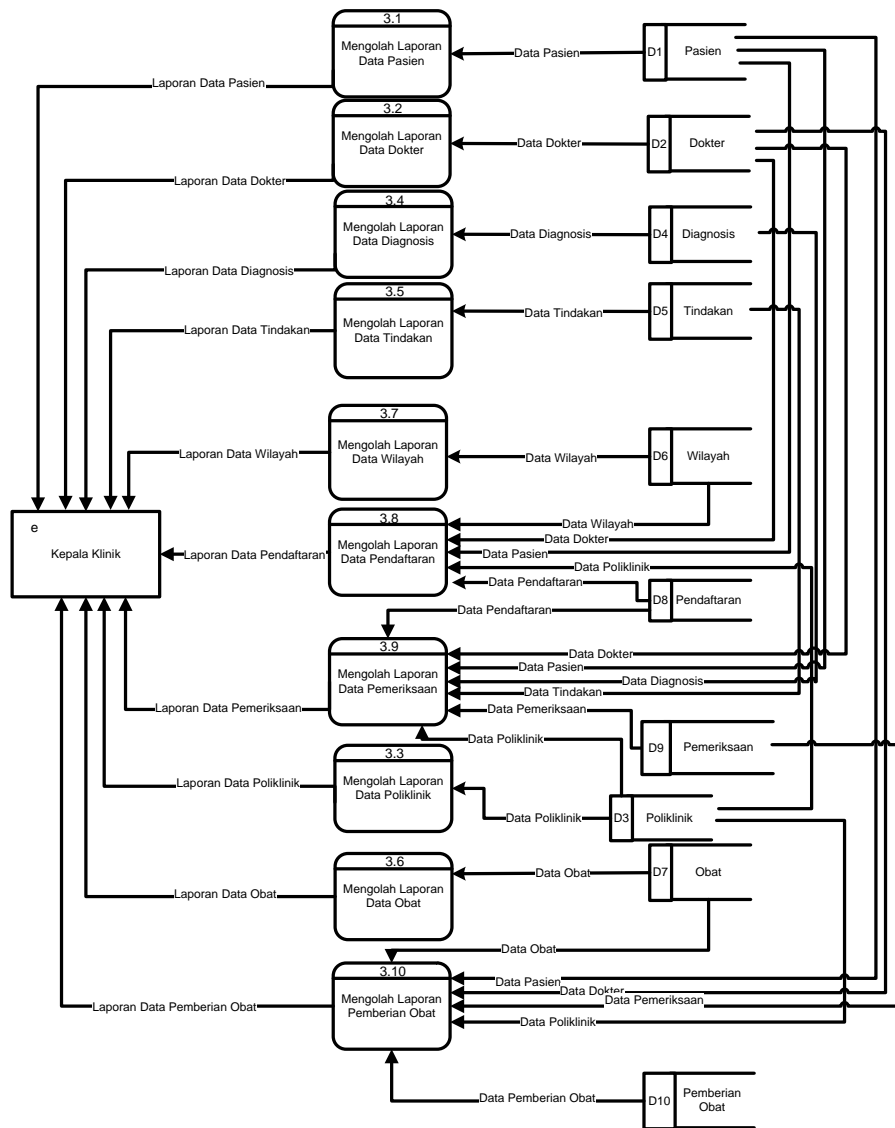
Gambar 4. Data Arus Diagram (DAD) level 0 Aplikasi Pendaftaran Rawat Jalan



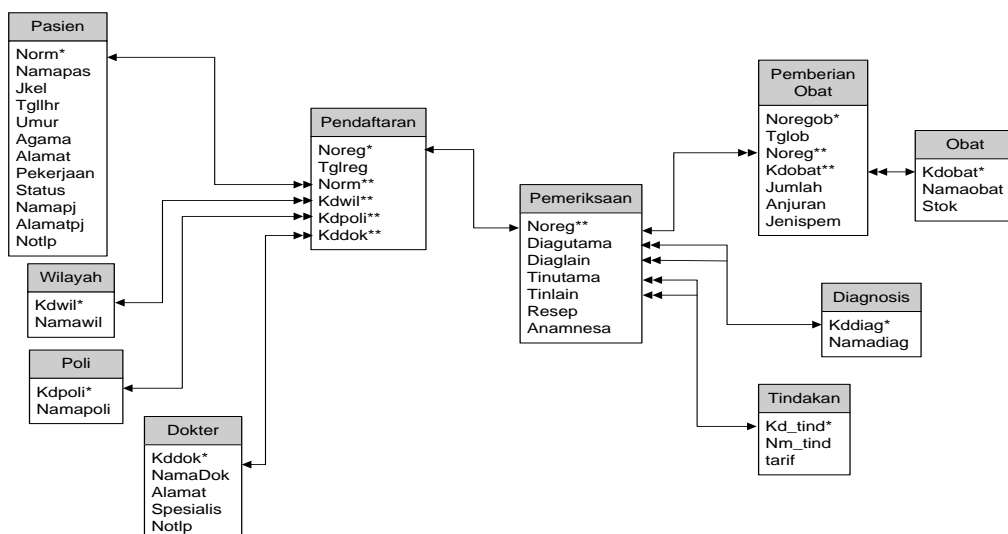
Gambar 5. Data Arus Diagram (DAD) level 1 Master Aplikasi Pendaftaran Rawat Jalan



Gambar 6. Data Arus Diagram(DAD) level 1 Transaksi Aplikasi Pendaftaran Rawat Jalan



Gambar 7. Data Arus Diagram (DAD) level 1 Laporan Aplikasi Pendaftaran Rawat Jalan



Gambar 8. Relasi Tabel Databasev

PEMBAHASAN

Sistem yang dikembangkan di bagian pendaftaran rawat jalan di Klinik Barokah Pajang Surakarta yaitu pasien hanya perlu memberitahukan kepada petugas klinik apakah pasien tergolong pasien lama (yang sudah pernah berobat di klinik yang sama) atau pasien baru (yang belum pernah berobat di klinik yang sama). Jika tergolong pasien lama, maka pasien menyerahkan KIB untuk dilakukan proses pendaftaran pemeriksaan. Jika pasien tidak membawa atau belum memiliki KIB, maka petugas akan menginputkan data identitas pasien pada aplikasi pendaftaran rawat jalan dan melakukan proses pendaftaran, lalu diberikan KIB yang baru.

Dokter memeriksa pasien di poliklinik dan mencatat hasil pemeriksaan pada sistem informasi, DRM serta resep obat bila diperlukan. Pasien menuju ke bagian apotek untuk melakukan pembayaran terhadap pelayanan yang diberikan serta mengambil obat. Petugas pendaftaran juga bertugas untuk mencetak laporan untuk dilaporkan ke kepala klinik. Laporan tersebut diantaranya laporan data pasien, laporan data dokter, laporan data poliklinik, laporan data diagnosa, laporan data tindakan, laporan data obat, laporan data wilayah, laporan data pendaftaran, laporan data pemeriksaan, laporan data pemberian obat, dan laporan kunjungan pasien.

Cara pengoperasian aplikasi rawat jalan di Klinik Barokah Pajang Surakarta adalah:

1) Pengaktifan Program

Langkah menjalankan program Sistem Informasi Pendaftaran Rawat Jalan adalah instalasi program tersebut. Program yang terinstal kemudian dijalankan dengan tampilan awal adalah *form login*. Isi nama *user* dan *password* benar, tekan tombol *login* untuk masuk *form* menu. Tekan tombol keluar untuk keluar dari program. Tampilan *form login* seperti gambar berikut ini :



Gambar 9. Form Login

Setelah *login* sukses maka tampil *form* menu utama dengan 7 sub menu yaitu master, transaksi, laporan, *utility* dan keluar. Tampilan menu utama seperti dibawah ini:



Gambar 10 Menu Utama

2) Menjalankan Menu Master

Klik menu master untuk menjalankan menu master yang terdapat 7 sub menu yaitu pasien, dokter, poliklinik, diagnosa, tindakan, obat dan wilayah.

a) Master *Input Data Pasien*

Klik sub menu master *input data pasien*, maka akan muncul tampilan *form* sebagai berikut :

No RM	Nama Pasien	Tgl Lahir	Umur	J. Kelamin	Agama	Status	Pekerjaan	Absensi
DOCC01	BAGIO	12/12/1993	25	Pria	Kristen	Umuriah	Siswa	Surabaya
DOCC02	Diah	12/12/1993	25	Wanita	Islam	Belum Menikah	Siswa	Surabaya
DOCC03	Ayeng	16/04/1993	25	Wanita	Islam	Belum Menikah	Wiraswasta	Solo
DOCC04	Fantia	27/09/1993	21	Wanita	Islam	Belum Menikah	Wiraswasta	Solo
DOCC05	Dewi	27/09/1993	25	Wanita	Islam	Belum Menikah	PHS	Solo

Gambar 11. Form Master Input Data Pasien

Untuk menambah data pasien, klik tombol tambah lalu inputkan data dengan benar, klik tombol simpan untuk menyimpan data yang telah diisikan. Tekan tombol batal untuk membatalkan penambahan atau perubahan data pasien. Tombol *edit* berfungsi untuk mengubah data yang sudah tersimpan. Untuk melakukan pencarian, tulis nomor rm, nama pasien atau alamat pada kolom pencarian. Pada *grid* data pasien akan muncul data pasien yang diinginkan. Untuk keluar dari tampilan *form*, klik tombol keluar.

b) Master *Input Data Dokter*

Klik sub menu master *input data dokter*, maka akan muncul tampilan *form* sebagai berikut :

kode	nama_dok	alamat_dok	spesialis
AD1	Dr. Mochtar B	Solo	Kardiologi
AD2	Dr. Budi	Sukoharjo	Kardiologi
AD3	Dr. Anna	Sukoharjo	Kardiologi
AD4	Dr. Rajad	Sukoharjo	Kardiologi
AD5	Dr. Indah Pur	Solo	Kardiologi
UD1	Dr. Agi	Solo	Ilmu Keperawatan
UD2	Dr. Lisyaning	Karanganyar	Ilmu Keperawatan
UD3	Dr. Sulis Rani	Boyolali	Ilmu Keperawatan
UD4	Dr. Cinda Sari	Boyolali	Ilmu Keperawatan

Gambar 12. Form Master Input Data Dokter

Untuk menambah data dokter, klik tombol tambah. Setelah data diisi dengan benar, klik tombol simpan untuk menyimpan data yang telah diisikan. Tekan tombol batal untuk membatalkan penambahan atau perubahan data dokter. Tombol *edit* berfungsi untuk mengubah data yang sudah tersimpan. Untuk melakukan pencarian, isikan kode dokter, nama dokter maupun alamat dokter pada kolom pencarian. Pada *grid* data dokter akan muncul data dokter yang diinginkan. Untuk keluar dari tampilan *form*, klik tombol keluar.

c) Master *Input* Data Poliklinik

Klik sub menu master *input* data poliklinik maka akan muncul tampilan *form* sebagai berikut :

Gambar 13. Form Master *Input* Data Poliklinik

Untuk menambah data poliklinik, klik tombol tambah. Setelah data diisi dengan benar, klik tombol simpan untuk menyimpan data yang telah diisikan. Tekan tombol batal untuk membatalkan penambahan atau perubahan data poliklinik. Tombol *edit* berfungsi untuk mengubah data yang sudah tersimpan. Untuk melakukan pencarian, isikan kode poliklinik atau nama poliklinik pada kolom pencarian. Pada grid data poliklinik akan muncul data poliklinik yang diinginkan. Untuk keluar dari tampilan *form*, klik tombol keluar.

d) Master *Input* Data Diagnosa

Klik sub menu master *input* data diagnosa, maka akan muncul tampilan *form* sebagai berikut :

Gambar 14. Form Master *Input* Data Diagnosa

Untuk menambah data diagnosa, klik tombol tambah. Setelah data diisi dengan benar, klik tombol simpan untuk menyimpan data yang telah diisikan. Tekan tombol batal untuk membatalkan penambahan atau perubahan data diagnosa. Tombol *edit* berfungsi untuk mengubah data yang sudah tersimpan. Untuk melakukan pencarian, isikan kode diagnosa atau nama diagnosa pada kolom pencarian. Pada grid data diagnosa akan muncul data diagnosa yang diinginkan. Untuk keluar dari tampilan *form*, klik tombol keluar.

e) Master *Input Data Tindakan*

Klik sub menu master *input data tindakan* maka akan muncul tampilan *form* sebagai berikut :

Kode Obat	Nama Obat	Jumlah Stok
A0001	Antalgin	150
A0002	Asama Fenamat	180
A0003	Antasida	230
A0004	Amoxicilin	250
B0001	Biodex Migra	280
H0001	Hutametason	100

Gambar 15. Form Master *Input Data Tindakan*

Untuk menambah data tindakan, klik tombol tambah. Setelah data diisi dengan benar, klik tombol simpan untuk menyimpan data yang telah diisikan. Tekan tombol batal untuk membatalkan penambahan atau perubahan data tindakan. Tombol *edit* berfungsi untuk mengubah data yang sudah tersimpan. Untuk melakukan pencarian, isikan kode tindakan atau nama tindakan pada kolom pencarian. Pada grid data tindakan akan muncul data tindakan yang diinginkan. Untuk keluar dari tampilan *form*, klik tombol keluar.

f) Master *Input Data Obat*

Klik sub menu master *input data obat* maka akan muncul tampilan *form* sebagai berikut :

Kode Obat	Nama Obat	Jumlah Stok
A0001	Antalgin	150
A0002	Asama Fenamat	180
A0003	Antasida	230
A0004	Amoxicilin	250
B0001	Biodex Migra	280
H0001	Hutametason	100

Gambar 16. Form Master *Input Data Obat*

Untuk menambah data obat, klik tombol tambah. Setelah data diisi dengan benar, klik tombol simpan untuk menyimpan data yang telah diisikan. Tekan tombol batal untuk membatalkan penambahan atau perubahan data obat. Tombol *edit* berfungsi untuk mengubah data yang sudah tersimpan. Untuk melakukan pencarian, isikan kode obat atau nama obat pada kolom pencarian. Pada grid data obat akan muncul data obat yang diinginkan. Untuk keluar dari tampilan *form*, klik tombol keluar.

g) Master *Input* Data Wilayah

Klik sub menu master *input* data wilayah maka akan muncul tampilan *form* sebagai berikut :

Gambar17. Form Master Input Data Wilayah

Untuk menambah data wilayah, klik tombol tambah. Setelah data diisi dengan benar, klik tombol simpan untuk menyimpan data yang telah diisikan. Tekan tombol batal untuk membatalkan penambahan atau perubahan data wilayah. Tombol *edit* berfungsi untuk mengubah data yang sudah tersimpan. Untuk melakukan pencarian, isikan kode wilayah atau nama wilayah pada kolom pencarian. Pada grid data wilayah akan muncul data obat yang diinginkan. Untuk keluar dari tampilan *form*, klik tombol keluar.

3) Menjalankan Menu Transaksi

a) Transaksi Pendaftaran

No. Reg	Tgl. Reg	No. RM	Nama Pasien	J. Kel	Tgl. Lahir	Umur	Alamat	Kd. Wil	Kd. Dokter	Nama Dok	Kd. Poli	Nama Poli
D0019	30/07/2010	000020	a	Pria	12/12/1990	20	a	00001	A02	Dr. Budi	U001	Poli Umum
D0020	31/07/2010	000010	a	Pria	12/12/1990	20	a	00001	A03	Dr. Anna	K001	Poli Gigi
D0021	31/07/2010	000020	a	Pria	12/12/1990	20	a	00001	A03	Dr. Anna	C001	Poli Gigi

Gambar 18. Form Transaksi Pendaftaran

Untuk mendaftarkan pasien klik tombol Tambah lalu klik tombol cari disamping *textbox* nomor RM untuk memanggil data pasien, klik tombol cari disamping *textbox* kode wilayah untuk memanggil data wilayah, klik tombol cari disamping *textbox* kode dokter untuk memanggil data dokter, serta klik tombol cari disamping *textbox* kode poliklinik untuk memanggil data poliklinik. Tombol batal berfungsi untuk membatalkan pendaftaran dan membatalkan perubahan data pendaftaran. Untuk menyimpan data, klik tombol Simpan. Klik tombol *edit* untuk mengubah data pendaftaran. Untuk keluar dari *form* pengelolaan pendaftaran klik tombol keluar.

a) Transaksi Pemeriksaan

Transaksi Pemeriksaan

DATA PEMERIKSAAN

No. Registrasi: 00015 Cari Tgl. Registrasi: 26/07/2016

No RM: 000013 Anamnesa: sakit gigi

Nama Pasien: Anisa Resep: amodolin

Jenis Kelamin: Pria Wanita

Tanggal Lahir: 12/12/1998 Umur: 20 Tahun Diagnosa Utama: K32.9 Cari Dental caries, unspecified

Alamat: Pajang P003 Diagnosa Lain: Cari

Dokter: 001 Drg. Bambang Tindakan Utama: 33.99 Cari 33.99

Poliklinik: 0001 Pct Gigi Tindakan Lain: Cari

Cari Segapan Tambah Batal Simpan Edit Hapus Keluar

noereg	tgireg	norm	namapas	jk	tglhr	umur	alamat	kdwt	kdok
D0013	25/07/2016	000004	Perliani		21/27/05/1995	21	Sels	P000	AC3
D0014	26/07/2016	000001	BAGIO		12/12/1990	25	Surabaya	K000	AC3
D0015	26/07/2016	000013	Anisa		12/12/1998	20	Pajang	P000	G01

Gambar 19. Form Transaksi Pemeriksaan

Untuk pemeriksaan pasien klik tombol Tambah lalu klik tombol cari disamping *textbox* nomor register untuk memanggil data pendaftaran, klik tombol cari disamping *textbox* diagnosa utama dan diagnosa lain untuk memanggil data diagnosa, klik tombol cari disamping *textbox* tindakan utama dan tindakan lain untuk memanggil data tindakan. Tombol batal berfungsi untuk membatalkan pemeriksaan dan membatalkan perubahan data pemeriksaan. Untuk menyimpan data, klik tombol Simpan. Klik tombol *edit* untuk mengubah data pemeriksaan. Untuk keluar dari *form* transaksi pemeriksaan klik tombol keluar.

b) Transaksi Pemberian Obat

Transaksi Pemberian Obat

DATA PEMBERIAN OBAT

No. Reg. Obat: 00019 Tgl. Reg. Obat: 26/07/2016

Jenis Pembeli: NON-PASIFIL Resep:

No. Registrasi: Cari Kode Obat: A0004 Cari

No RM: Nama Obat: Amoxicillin

Nama Pasien: U Th Jumlah Pakal: 4 Stok: 226

Kode Dokter: Anjuran: 3x3

Kode Poliklinik:

Kd Diagnosa Utama:

Cari Segapan Tambah Batal Simpan Edit Cetak Hapus Keluar

noeregob	tgiregob	noereg	norm	jenispe	kdobat	namaobat	jumlahpakal	anjuran	jumlahstok
00017	26/07/2016			2	A0004	Amoxicillin	5	2x3	226
00018	26/07/2016	D0014	000001	1	A0003	Amoxicillin	2	2x3	188
00019	26/07/2016			2	A0004	Amoxicillin	4	2x3	226

Gambar 20. Form Transaksi Pemberian Obat

Untuk pemberian obat klik tombol Tambah lalu klik tombol cari disamping *textbox* nomor register untuk memanggil data pemeriksaan, klik tombol cari disamping *textbox* kode obat untuk memanggil data obat. Tombol batal berfungsi untuk membatalkan pemberian obat dan membatalkan perubahan data pemberian obat. Untuk menyimpan data, klik tombol Simpan. Klik tombol *edit* untuk mengubah data pemberian obat. Untuk keluar dari *form* transaksi pemberian obat klik tombol keluar.

4) Menjalankan Menu Laporan

a) Laporan Data Pasien

Tekan submenu laporan data pasien, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data pasien. Apabila menginginkan melihat laporan data pasien saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data pasien pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan pasien dan laporan data pasien adalah sebagai berikut :



Gambar 21. Form Cetak Laporan Pasien

No	Nama Pasien	NOPE	Alamat	Uraian	Jenis	Status	Pekerjaan	Agama	Alamat RT	No Tlp
00100001	IRU Iri	00100001	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100002	Wati	00100002	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100003	Agam	00100003	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100004	Wati	00100004	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100005	Wati	00100005	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100006	Wati	00100006	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100007	Wati	00100007	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100008	Wati	00100008	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100009	Wati	00100009	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789
00100010	Wati	00100010	Kel. Sukoharjo	12/05/1980	21	Belum	Swadaya	Katolik	Sukoharjo	08123456789

Gambar 22. Laporan Data Pasien

b) Laporan Data Dokter

Tekan submenu laporan data dokter, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data dokter. Apabila menginginkan melihat laporan data dokter saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data dokter pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan dokter dan laporan data dokter adalah sebagai berikut :



Gambar 23. Form Cetak Laporan Dokter



KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr. Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia
 Telpun : 0271-731.300

LAPORAN DATA DOKTER

Tgl. Cetak : 30/06/2016

Hal : 1

No.	Kode Dokter	Nama Dokter	Spesialis	Alamat	No Tlp
1	A01	Dr. Mochtar	Kandungan	Solo	089876787656
2	A02	Dr. Budi	Kandungan	Sukoharjo	089876786678
3	A03	Dr. Anna	Kandungan	Sukoharjo	085786545676
4	A04	Dr. Rasyid	Kandungan	Sukoharjo	081234435645
5	A05	Dr. Indah	Kandungan	Solo	08987667789
6	U01	Dr. Ajil	Umum	Solo	089878667897
7	U02	Dr. Halidar	Umum	Karanganyar	08987788767
8	U03	Dr. Sulis Rano	Umum	Boyolali	089875432223
9	U04	Dr. Dinda Sari	Umum	Boyolali	087878999998
10	U05	Dr. Suranto	Umum	Sukoharjo	089764453626

Surakarta, 30/06/2016
 Kepala Klinik

Gambar 24. Laporan Data Dokter

c) Data Poliklinik

Tekan submenu laporan data poliklinik, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data poliklinik. Apabila menginginkan melihat laporan data poliklinik saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data poliklinik pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan poliklinik dan laporan poliklinik adalah sebagai berikut :



Gambar 25. Form Cetak Laporan Poliklinik



KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr. Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia
 Telpun : 0271-731.300

LAPORAN DATA POLIKLINIK

Tgl. Cetak : 30/06/2016

Hal : 1

No.	Kode Poliklinik	Nama Poliklinik
1	K001	Poli Kandungan
2	U001	Poli Umum

Surakarta, 30/06/2016
 Kepala Klinik

Dr. Mochtar Buchori

Gambar 26. Laporan Data Poliklinik

d) Data Diagnosa

Tekan submenu laporan data diagnosa, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data diagnosa. Apabila menginginkan melihat laporan data diagnosa saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data diagnosa pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan diagnosa dan laporan data diagnosa adalah sebagai berikut :



Gambar 27. Form Cetak Laporan Diagnosa


KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr. Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia
 Telpun : 0271-731300

LAPORAN DATA DIAGNOSA

Tgl. Cetak : 30/06/2015 Hal : 1

No.	Kode Diagnosa	Nama Diagnosa
1	A09	Diarhoea and gastroenteritis of presumed infectio
2	H40	Glaucoma
3	I20.9	Angina pectoris, unspecified
4	J02.9	Pharyngitis
5	J10	Influenza due to identified influenza virus
6	K29.7	Gastritis (Simple)
7	K30	Dyspepsia
8	K35.9	Acute appendicitis, unspecified
9	L20.9	Atopic dermatitis, unspecified
10	R51	Headache

Surakarta, 30/06/2016
 Kepala Klinik

 Dr. Hachtar Buchari

Gambar 28. Laporan Data Diagnosa

e) Data Tindakan

Tekan submenu laporan data tindakan, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data tindakan. Apabila menginginkan melihat laporan data tindakan saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data tindakan pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan tindakan dan laporan data tindakan adalah sebagai berikut :



Gambar 29. Form Cetak Laporan Tindakan



KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr. Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia
 Telpn : 0271-731300

LAPORAN DATA TINDAKAN

Tgl. Cetak : 30/06/2016

Hal : 1

No.	Kode Tindakan	Nama Tindakan
1	18.09	Pemasangan Nebulizer
2	21.09	pasang gigi

Surakarta, 30/06/2016
 Kepala Klinik

Dr. Mochtar Buchori

Gambar 30. Laporan Data Tindakan

f) Data Obat

Tekan submenu laporan data obat, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data obat. Apabila menginginkan melihat laporan data obat saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data obat pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan obat dan laporan data obat adalah sebagai berikut :



Gambar 31. Form Cetak Laporan Obat



KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia
 Telpn : 0271-731300

LAPORAN DATA OBAT

Tgl. Cetak : 30/06/2016

Hal : 1

No.	Kode Obat	Nama Obat	Jumlah Stok
1	A0001	Antalgin	150
2	A0002	Asam Panamat	100
3	A0003	Antasida	220
4	A0004	Amoxiclin	250
5	B0001	Bodrex Nigra	270
6	H0001	Hufametason	100
7	P0001	Paracetamol	240
8	P0002	Panadol	80
9	V0001	vitamin C	140
10	V0002	Vitamin B Complex	100

Surakarta, 30/06/2016
 Kepala Klinik

Dr. Mochtar Buchori

Gambar 32. Laporan Data Obat

g) Data Wilayah

Tekan submenu laporan data wilayah, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data wilayah. Apabila menginginkan melihat laporan data wilayah saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data wilayah pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan wilayah dan laporan data wilayah adalah sebagai berikut :



Gambar 33. Form Cetak Laporan Wilayah




Gambar 34. Laporan Data Wilayah

h) Data Pendaftaran

Tekan submenu laporan data pendaftaran, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data pendaftaran. Pilih tanggal data pendaftaran yang ingin dicetak. Apabila menginginkan melihat laporan data pendaftaran saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data pendaftaran pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan pendaftaran dan laporan data pendaftaran adalah sebagai berikut :



Gambar 35. Form Cetak Laporan Pendaftaran

 KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA Jl. Dr. Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia Telpun : 0271-731300													
LAPORAN DATA PENDAFTARAN													
Tgl. Cetak : 30/06/2016											Hal : 1		
No.	No. Reg	Tgl. Reg	No RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Tgl. Lahir	Umur	Alamat	Kode Wilayah	Kode Dokter	Nama Dokter	Kode Poli	Nama Poliklinik
1	D0001	29/06/2016	000001	BAGIO	Pria	12/12/1990	25	Surabaya	M0001	A00	Dr. Anna	K00	Poliklinik
2	D0002	29/06/2016	000003	Ajeng	Wanita	16/03/1996	20	Solo	P0001	A01	Dr. Mochtar	U00	Poliklinik
3	D0003	29/06/2016	000005	Dewi	Wanita	27/06/1990	26	Solo	M0001	A02	Dr. Budi	U00	Poliklinik
4	D0004	29/06/2016	000003	Ajeng	Wanita	16/03/1996	20	Solo	P0001	A02	Dr. Budi	U00	Poliklinik
5	D0005	30/06/2016	000006	Dono	Pria	21/06/1987	29	Sukoharjo	M0001	U04	Dr. Dinda	U00	Poli Umum
6	D0006	30/06/2016	000007	Ramlan	Pria	12/03/1977	39	Makam Haji	P0001	U05	Dr. Suranto	U00	Poli Umum
7	D0007	30/06/2016	000008	Ana Rosinah	Wanita	27/06/1995	21	Pajang	M0001	A02	Dr. Budi	K00	Poli
8	D0008	30/06/2016	000009	Tarmiji	Pria	12/05/1960	56	Pajang	P0001	U04	Dr. Dinda	U00	Poli Umum
9	D0009	30/06/2016	000010	Ayodya Sintia	Wanita	01/01/1997	20	Makam Haji	P0001	U02	Dr.	U00	Poli Umum
10	D0010	30/06/2016	000008	Ana Rosinah	Wanita	27/06/1995	21	Pajang	M0001	A03	Dr. Anna	K00	Poli


Surakarta, 30/06/2016
Kepala Klinik
Dr. Mochtar Buchori

Gambar 36 Laporan Data Pendaftaran Semua

 KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA Jl. Dr. Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia Telpun : 0271-731300												
LAPORAN DATA PENDAFTARAN												
Tgl. Pendaftaran : 30/06/2016											Hal : 1	
No.	No. Reg	No RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Tgl. Lahir	Umur	Alamat	Kode Wilayah	Kode Dokter	Nama Dokter	Kode Poli	Nama Poliklinik
1	D0005	000006	Dono	Pria	21/06/1987	29	Sukoharjo	M0001	U04	Dr. Dinda Seti	U001	Poli Umum
2	D0006	000007	Ramlan	Pria	12/03/1977	39	Makam Haji	P0001	U05	Dr. Suranto	U001	Poli Umum
3	D0007	000008	Ana Rosinah	Wanita	27/06/1995	21	Pajang	M0001	A02	Dr. Budi	K001	Poli Karidung
4	D0008	000009	Tarmiji	Pria	12/05/1960	56	Pajang	P0001	U04	Dr. Dinda Seti	U001	Poli Umum
5	D0009	000010	Ayodya Sintia	Wanita	01/01/1997	20	Makam Haji	P0001	U02	Dr.	U001	Poli Umum
6	D0010	000008	Ana Rosinah	Wanita	27/06/1995	21	Pajang	M0001	A03	Dr. Anna	K001	Poli Karidung

Surakarta, 30/06/2016
Kepala Klinik
Dr. Mochtar Buchori

Gambar 37. Laporan Data Pendaftaran Per Tanggal

 KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA Jl. Dr. Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia Telpun : 0271-731300												
LAPORAN DATA PENDAFTARAN												
Tgl. Cetak : 30/06/2016											Hal : 1	
No.	No. Reg	No RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Tgl. Lahir	Umur	Alamat	Kode Wilayah	Kode Dokter	Nama Dokter	Kode Poli	Nama Poliklinik
1	D0017	000017	Susanto	Pria	21/05/1977	39	Pajang	P0001	U04	Dr. Dinda Seti	U09	Poli Umum
2	D0018	000018	Anna	Wanita	12/12/1990	26	Solo	M0001	A03	Dr. Anna	K00	Poli
3	D0021	000021	Anna	Pria	12/12/1990	26	Solo	M0001	A03	Dr. Anna	K00	Poliklinik

Surakarta, 30/06/2016
Kepala Klinik
Dr. Mochtar Buchori

Gambar 38. Laporan Data Pendaftaran Per Pasien Baru

i) Data Pemeriksaan

Tekan submenu laporan data pemeriksaan, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data pemeriksaan. Pilih tanggal data pemeriksaan yang ingin dicetak. Apabila menginginkan melihat laporan data pemeriksaan saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data pemeriksaan pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan pemeriksaan dan laporan data pemeriksaan adalah sebagai berikut :



Gambar 39. Form Cetak Laporan Pemeriksaan

KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr. Rajiman No.660 Pajang Surakarta 57145 Jawa Tengah Indonesia
 Telpun : 0271 751300

LAPORAN DATA PEMERIKSAAN

Tgl. Cetak : 30/06/2016 Hal : 1

No.	No Reg	No RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Umur	Alamat	Kode Dokter	Kode Poli	Kd. Diagnosis Utama	Kd. Diagnosis Lain	Kd. Timbulan Utama	Kd. Timbulan Lain
1	00001	000001	BAGIO	Pria	25	Sundaaya	A00	K001	R51			
2	00002	000002	Adeq	Wanita	20	Solo	A01	U001	K27			
3	00003	000003	Dewa	Wanita	26	Solo	A02	U001	K29.7			
4	00004	000004	Ayau	Wanita	20	Solo	A03	U001	K29.7			
5	00005	000005	Dona	Pria	29	Sukoharjo	H04	U001	K29.7	K30		
6	00006	000006	Ramian	Pria	39	Makam Haji	U05	U001	R51			
7	00007	000007	Ana Rizkiyah	Wanita	21	Pajang	A03	K001	A05			
8	00008	000008	Lamaji	Pria	56	Pajang	H04	U001	H40			
9	00009	000009	Ayudia Similia	Wanita	20	Makam Haji	U02	U001	K02.9			
10	00010	000008	Ana Rizkiyah	Wanita	21	Pajang	A03	K001	H0			

Surakarta, 30/06/2016
 Kepala Klinik
 Dr. Machar Buchari

Gambar 40. Laporan Data Pemeriksaan Semua

KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr. Rajiman No.660 Pajang Surakarta 57145 Jawa Tengah Indonesia
 Telpun : 0271 751300

LAPORAN DATA PEMERIKSAAN

Tgl. Cetak : 30/06/2016 Hal : 1

No.	No Reg	No RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Umur	Alamat	Kode Dokter	Kode Poli	Kd. Diagnosis Utama	Kd. Diagnosis Lain	Kd. Timbulan Utama	Kd. Timbulan Lain
1	00001	000001	BAGIO	Pria	25	Sundaaya	A00	K001	R51			
2	00002	000002	Adeq	Wanita	20	Solo	A01	U001	K27			
3	00003	000003	Dewa	Wanita	26	Solo	A02	U001	K29.7			
4	00004	000004	Ayau	Wanita	20	Solo	A03	U001	K29.7			
5	00005	000005	Dona	Pria	29	Sukoharjo	H04	U001	K29.7	K30		
6	00006	000006	Ramian	Pria	39	Makam Haji	U05	U001	R51			
7	00007	000008	Ana Rizkiyah	Wanita	21	Pajang	A03	K001	A05			
8	00008	000008	Lamaji	Pria	56	Pajang	H04	U001	H40			
9	00009	000009	Ayudia Similia	Wanita	20	Makam Haji	U02	U001	K02.9			
10	00010	000008	Ana Rizkiyah	Wanita	21	Pajang	A03	K001	H0			

Surakarta, 30/06/2016
 Kepala Klinik
 Dr. Machar Buchari


Gambar 41. Laporan Data Pemeriksaan Per Tanggal

j) Data Pemberian Obat

Tekan submenu laporan data pemberian obat, kemudian akan muncul form cetak laporan data pemberian obat. Pilih tanggal data pemberian obat yang ingin dicetak. Apabila menginginkan melihat laporan data pemberian obat saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data pemberian obat pilih tombol *print*. Tampilan form cetak laporan pemberian obat dan laporan data pemberian obat adalah sebagai berikut :



Gambar 42. Form Cetak Laporan Pemberian Obat

 KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA Jl. Dr. Rajiman No.665 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia Telpun : 0271-731300										
LAPORAN DATA PEMBERIAN OBAT										
Tgl. Cetak : 30/06/2016 Hal : 1										
No.	No Res Obat	Tgl. Res Obat	No Registrasi	Jenis Pembeli	No RM	Kode Obat	Nama Obat	Jumlah Paket	Anjuran	Stok
1	B0002	29/06/2016		Non Pasien		A0002	Asam Fenamat	5	1x2	180
2	B0003	29/06/2016		Non-Pasien		A0002	Asam Fenamat	5	1x2	180
3	B0004	29/06/2016	D0004	Pesien	000003	A0001	Analgin	5	1x2	150
4	B0005	30/06/2016	D0005	Pesien	000005	A0003	Anestisik	10	1x3	220
5	B0006	30/06/2016	D0009	Pesien	000010	V0001	vitamin C	10	1x3	140
6	B0007	30/06/2016		Non-Pasien		P0001	Paracetamol	10	1x3	240
7	B0008	30/06/2016		Non-Pasien		B0001	Budex Miara	10	seel	270
8	B0009	30/06/2016		Non Pasien		P0002	Parasetil	10	1x3	80
9	B0010	30/06/2016	D0004	Non-Pasien	000003	P0002	Parasetil	10	1x3	80

Surakarta, 30/06/2016
Kepala Klinik
Dr. Mochtar Buchori

Gambar 43. Laporan Data Pemberian Obat Semua

 KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA Jl. Dr Rajiman No.665 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia Telpun : 0271-731300										
LAPORAN DATA PEMBERIAN OBAT										
Tgl. Cetak : 30/06/2016 Hal : 1										
No	No Res Obat	Tgl. Res Obat	No Registrasi	Jenis Pembeli	No RM	Kode Obat	Nama Obat	Jumlah Paket	Anjuran	Stok
1	B0002	29/06/2016		Non-Pasien		A0002	Asam Fenamat	5	1x2	180
2	B0003	29/06/2016		Non Pasien		A0002	Asam Fenamat	5	1x2	180
3	B0004	29/06/2016	D0004	Pesien	000003	A0001	Analgin	5	1x2	150
4	B0005	30/06/2016	D0005	Pesien	000005	A0003	Anestisik	10	1x3	220
5	B0006	30/06/2016	D0009	Pesien	000010	V0001	vitamin C	10	1x3	140
6	B0007	30/06/2016		Non Pasien		P0001	Paracetamol	10	1x3	240
7	B0008	30/06/2016		Non Pasien		B0001	Budex Miara	10	seel	270
8	B0009	30/06/2016		Non-Pasien		P0002	Parasetil	10	1x3	80
9	B0010	30/06/2016	D0004	Non Pasien	000003	P0002	Parasetil	10	1x3	80

Surakarta, 30/06/2016
Kepala Klinik
Dr. Mochtar Buchori

Gambar 44. Laporan Data Pemberian Obat Per Tanggal



KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia
 Telpn : 0271-731300

Hal: 1

PEMBERIAN OBAT

No Reg Obat : B0006
 Tgl. Reg Obat : 18/07/2016
 No.Registrasi : D0001
 Jenis Pembeli : Pasien
 No RM : 000001

No.	Kode Obat	Nama Obat	Jumlah	Anjuran
1	A0003	Antasida	6	2
2	A0003	Antasida	6	2x3
3	A0003	Antasida	2	2x3
Jumlah Obat :			14	
Total Obat :			14	

Surakarta,26/08/2016

Dr. Mochtar Buchori

Gambar 45. Laporan Data Pemberian Obat Per No RM

k) Data Kunjungan Pasien

Tekan submenu laporan data kunjungan pasien, kemudian akan muncul *form* cetak laporan data kunjungan pasien. Pilih tanggal data kunjungan pasien dan data kunjungan mana yang ingin dicetak. Apabila menginginkan melihat laporan data kunjungan pasien saja maka pilih tombol *preview*, sedangkan untuk mencetak laporan data kunjungan pasien pilih tombol *print*. Tampilan *form* cetak laporan kunjungan pasien dan laporan data kunjungan pasien adalah sebagai berikut



Gambar 46. Form Cetak Laporan Kunjungan Pasien



KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA
 Jl. Dr Rajiman No 666 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia
 Telpn : 0271 731300

LAPORAN DATA KUNJUNGAN PASIEN
Per Poliklinik

Hal : 1

Wilayah : K001 Poliklinik Kandungan

No.	No RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Alamat	Tgl. Lahir	Umur	Aqama	Status	Pekerjaan	Nama PI	Alamat PI	No Hp
00	000001	BACIO	Pria	Surabaya	12/12/1990	25	Krisben	Menikah	Ewasta	Sulastri	Surabaya	08567005078
00	000002	Diah	Wanita	Surabaya	17/12/1990	25	Islam	Belum	Ewasta	Sulastri	Surabaya	08567005078
00	000003	Ajang	Wanita	Solo	16/03/1996	20	Islam	Belum	Pelajar	Aynh	Solo	08988877887
00	000004	Pertwi	Wanita	Solo	27/06/1993	21	Islam	Belum	Wiraswasta	Aynh	Solo	08988877887

Surakarta, 31/05/2016
Kepala Klinik

Dr. Mochtar Buchori

Gambar 47. Laporan Data Kunjungan Pasien Per Poliklinik

 KLINIK BAROKAH PAJANG SURAKARTA Jl. Dr. Raimun No 688 Pajang Surakarta 57146 Jawa Tengah Indonesia Telpun : 0271-731309											
LAPORAN DATA KUNJUNGAN PASIEN											
Per Wilayah											
Widayah : 40001 Makam-haji										Hal : 1	
No. No. RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Alamat	Tgl. Lahir	Umur	Agama	Status	Keanggotaan	Nama PI	Alamat PI	No. Hp
00 000001	SALDO	Pria	Surabaya	12/12/1990	25	Kristen	Menikah	Swasta	Suludi	Surabaya	08557665678
00 000002	Diah	Wanita	Surabaya	12/12/1990	25	Jelom	Bekum	Swasta	Sulastri	Surabaya	08557665678
00 000003	Menc	Wanita	Solo	06/06/1994	20	Jelom	Bekum	Peajar	Ayuh	Solo	0898887887
00 000004	Herwin	Wanita	Solo	27/06/1995	21	Jelom	Bekum	Wiraswasta	Ayuh	Solo	0898887887

Surabaya, 11/04/2016
Kepala Klinik

Dr. Mochtar Buchari

Gambar 48. Laporan Data Kunjungan Pasien Per Wilayah

5) Menjalankan Menu Utility

Menu *Utility* terdapat 2 submenu, yaitu *Backup* data dan *Restore* data.

- a) Submenu *backup* data, tekan submenu *backup* kemudian tampil *formbackup* data yang berfungsi untuk menyimpan data yang sudah disimpan di basis data ke media penyimpanan lain yang dikehendaki. Selanjutnya tentukan *drive* untuk *backup* data kemudian tekan tombol bergambar folder terbuka. Setelah itu tekan tombol *backup*. Setelah selesai atau batal melakukan *backup* data tekan tombol keluar. Tampilan *formbackup* data adalah sebagai berikut :



Gambar 49. Form Backup Data

- b) Submenu *restore* data, tekan submenu *restore* kemudian tampil *formrestore* data yang berfungsi untuk mengembalikan data dari media penyimpanan ke basis data. Selanjutnya tentukan *drive* asal *restoe* data kemudian tekan tombol bergambar folder terbuka. Setelah itu tekan tombol *restore*. Setelah selesai atau batal melakukan *restore* data tekan tombol keluar. Tampilan *formrestore* data adalah sebagai berikut :



Gambar 50. Form Restore Data

- c) Submenu ganti *password*, tekan submenu tersebut kemudian tampil *form* ganti *password* yang berfungsi untuk mengubah *password* dari data *user* yang sudah ada. Selanjutnya masukkan *password* lama lalu ubah *password* dengan memasukan pada *password* baru dan *password* baru#2 sesuai dengan yang dikehendaki kemudian tekan tombol ganti pass. Setelah selesai atau batal melakukan ganti *password* tekan tombol keluar. Tampilan *form* ganti *password* data adalah sebagai berikut :

Gambar 51. Form Ganti Password

- d) Submenu *form admin*, tekan submenu tersebut kemudian tampil *formadmin* yang berfungsi untuk menambah *user* baru dan mengubah *user* dari data *user* yang sudah ada. Selanjutnya tekan tombol tambah untuk menambahkan *user* dan *password* baru lalu pilih *form* apa saja yang dapat diakses oleh *user* lalu tekan tombol simpan. Bila ingin mengubah *user*, *password*, atau hak akses lama klik tombol edit lalu ubah *user*, *password*, atau hak akses sesuai dengan kebutuhan kemudian klik tombol simpan. Setelah selesai atau batal melakukan tambah atau ganti *user* tekan tombol keluar. Tampilan *form* data *user* data adalah sebagai berikut :

user	pass
ADMIN	123
APOTEK	12345
CAFTAR	1234
POLIKLINIK	123456

Gambar 52. Form Admin

KESIMPULAN

Pencatatan dan pengolahan data pasien rawat jalan di Klinik Barokah Pajang Surakarta masih konvensional yakni dengan menulis pada KIB, buku indeks, buku register rawat jalan, formulir rawat jalan, dan buku pemeriksaan serta belum adanya sistem yang menghubungkan antara poliklinik dengan apotek. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya penumpukan pasien karena kegiatan pendaftaran lambat serta terjadinya dua kali kerja bagi dokter dalam memberikan resep pasien apabila obat yang diresepkan sebelumnya tidak tersedia di apotek.

Aplikasi pendaftaran rawat jalan berbasis *multiuser* di Klinik Barokah Pajang Surakarta di rancang menggunakan diagram konteks, diagram berjenjang, DAD Level 0, DAD Level 1 Master, DAD Level 1 Transaksi, dan DAD Level 1, serta dibuat menggunakan *input* data pasien, *input* data dokter, *input* data diagnosa, *input* data tindakan, *input* data poliklinik, *input* data obat, *input* data wilayah, transaksi pendaftaran, transaksi pemeriksaan, dan transaksi pemberian obat yang diproses menggunakan *Microsoft*

Visual Foxpro 9.0 dengan database *MySql* yang menghasilkan laporan berupa laporan data pasien, laporan data dokter, laporan data diagnosa, laporan data tindakan, laporan data poliklinik, laporan data obat, laporan data wilayah, laporan data pendaftaran, laporan data pemeriksaan, laporan data pemberian obat, laporan data kunjungan pasien per poliklinik dan laporan data kunjungan pasien per wilayah.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif n, Zaenal. 2005. *Langkah Mudah Membangun Jaringan Komputer*. Yogyakarta: Andi.
- Fatta, Hanif Al. 2007. *Analisis dan Perancangan Sistem Informasi Untuk Keunggulan Bersaing Perusahaan dan Organisasi Modern*. Yogyakarta: Andi.
- Hartono, Jogiyanto. 2005. *Pengenalan Komputer Dasar Ilmu Komputer, Pemrograman, Sistem Informasi dan Intelegensi Buatan*. Yogyakarta: Andi.
- Kadir, Abdul. 2010. *Mudah Mempelajari Database MySQL*. Yogyakarta: Andi.
- Sambada, Aditya Bagus. 2012. *Sistem Informasi Administrasi Data Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Marga Husada Berbasis Multiuser*. Skripsi. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Manajemen Informatika dan Komputer AKAKOM.
- Tominanto. 2015. *Perancangan Sistem Informasi Pendaftaran Rawat Jalan Klinik*. Jurnal Vol. 3 No. 2 APIKES Citra Medika Surakarta.
- Wardianto, Muhammad. 2011. *Rancang Bangun Aplikasi Pendaftaran Online Jasa Pengobatan Berbasis Multimedia pada Klinik Utama Siti Aksar Depok*. Jakarta: Universitas Negeri Syarif Hidayatullah.
- Zulf andri., dkk. 2014. *Rancang Bangun Aplikasi Poliklinik Gigi (Studi Kasus : Poliklinik Gigi Kejaksaan Agung RI)*. Jurnal Vol. 8. No. 2 Universitas Gunadarma Jakarta

METODE COUNTERPRESSURE SEBAGAI UPAYA UNTUK MENGURANGI NYERI PERSALINAN KALA I

¹Siti Farida*, ² Anik Sulistiyanti

¹Prodi DIII Kebidanan Universitas Duta Bangsa, siti_farida@udb.ac.id

²Prodi DIII Kebidanan Universitas Duta Bangsa. anik_sulis@udb.ac.id

ABSTRAK

Nyeri persalinan yang tidak cepat teratasi dapat menyebabkan kematian pada ibu dan bayi, karena nyeri menyebabkan pernafasan dan denyut jantung ibu akan meningkat yang menyebabkan aliran darah dan oksigen ke plasenta terganggu. Penanganan dan pengawasan nyeri persalinan terutama pada kala I fase aktif sangat penting sebagai titik penentu apakah seorang ibu bersalin dapat menjalani persalinan normal atau diakhiri dengan suatu tindakan dikarenakan adanya penyulit yang diakibatkan nyeri yang sangat hebat (Hermawati 2009). Tindakan nonfarmakologis dalam manajemen nyeri merupakan metode alternatif yang digunakan pada ibu untuk mengurangi nyeri persalinan. Metode non farmakologis dapat memberikan efek relaksasi dan dapat membantu meringankan ketegangan otot dan emosi serta dapat mengurangi nyeri persalinan (Astuti 2009). Salah satu upaya yang diyakini dapat meringankan nyeri saat persalinan kala I yaitu counterpressure. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efektivitas counterpressure untuk mengurangi nyeri persalinan kala I. Luaran penelitian untuk pengayaan bahan ajar. Jenis penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif, eksperimen semu. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian Quasi Eksperimental dengan Pre and post test without control. Efektifitas perlakuan dinilai dengan cara membandingkan nilai sebelum dengan setelah dilakukan counterpressure. Berdasarkan hasil uji t-test didapatkan hasil Sig (2-tailed) menunjukkan nilai 0,043 (p value < 0,05) dan t tabel 2,132 sehingga didapatkan hasil bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan sebelum dan setelah dilakukan counterpressure dalam mengatasi nyeri persalinan fase aktif kala I. Counterpressure efektif dapat mengurangi nyeri persalinan pada kala I dengan hasil mean sebesar 0,15385.

Kata Kunci: Counterpressure _Nyeri Persalinan_Kala I

ABSTRACT

Labor pain is not resolved quickly can cause death in mothers and infants, because of pain caused breathing and heart rate will increase which causes the mother's blood and oxygen flow to the placenta disturbed. Handling and control of labor pain, especially in the first stage of the active phase is very important as a determinant of whether a mother's point of delivery can lead a normal delivery or end with an action due to the complications caused very severe pain (Hermawati 2009). Nonpharmacologic pain management actions in an alternative method that is used in women to reduce labor pain. Non-pharmacological methods can provide a relaxing effect and can help relieve muscle tension and emotions and can reduce labor pain (Astuti, 2009). One effort that is believed to relieve pain during first stage of labor is counterpressure. The purpose of this study to determine the effectiveness of counterpressure to reduce labor pain when I. Outcomes research on the enrichment of teaching materials. This type of research is quantitative research, quasi experimental. This research uses quasi experimental study design with pre and post test without control. Effectiveness of the treatment was assessed by comparing the value of the before and after counterpressure. Based on the results of t-test showed Sig (2-tailed) showed a value of 0.043 (p value < 0.05) and 2.132 t table that showed that H_0 rejected and H_a accepted which means that there is a significant difference before and after counterpressure tackle labor pain in the active phase I. Counterpressure can effectively reduce labor pain in the first stage with a mean of 0,15385 results.

Keywords : Counterpressure_Labor Pain_First stage

PENDAHULUAN

Persalinan merupakan sesuatu peristiwa yang menegangkan bagi kebanyakan wanita. Seorang ibu yang sedang menghadapi persalinan cenderung merasa takut, terutama pada ibu primigravida. Namun ketika seorang ibu merasa sangat takut maka secara otomatis otak mengatur dan mempersiapkan tubuh untuk merasa sakit, sehingga rasa sakit saat persalinan akan lebih terasa. Pada ibu primigravida rasa sakit berlangsung 12-14 jam. Wall dan Malzack meyakini bahwa nyeri harus diringankan dengan efektif karena bila nyeri disertai reaksi stress memiliki efek berbahaya terhadap ibu dan kemungkinan juga pada janin (Danuatmaja 2004).

Nyeri yang tidak cepat teratasi dapat menyebabkan kematian pada ibu dan bayi, karena nyeri menyebabkan pernafasan dan denyut jantung ibu akan meningkat yang menyebabkan aliran darah dan oksigen ke plasenta terganggu. Penanganan dan pengawasan nyeri persalinan terutama pada kala I fase aktif sangat penting, karena ini sebagai titik penentu apakah seorang ibu bersalin dapat menjalani persalinan normal atau diakhiri dengan suatu tindakan dikarenakan adanya penyulit yang diakibatkan nyeri yang sangat hebat (Hermawati 2009).

Menurut Bobak (2004), Ada beberapa metode untuk mengurangi nyeri persalinan non farmakologis salah satunya yaitu *massage*. *Massage* salah satu metode nonfarmakologi yang dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri persalinan. Impuls rasa sakit yang dibawah oleh saraf yang berdiameter kecil menyebabkan *gate control dispinal cord* membuka dan impuls diteruskan ke korteks serebral sehingga akan menimbulkan rasa sakit. Tetapi impuls rasa sakit ini dapat diblok yaitu dengan memberikan rangsangan pada saraf yang berdiameter besar yang menyebabkan *gate control* akan tertutup dan rangsangan sakit tidak dapat diteruskan ke korteks serebral.

Massage cara lembut membantu ibu merasa lebih segar, rileks dan nyaman selama persalinan. Sebuah penelitian menyebutkan, ibu yang dipijat 20 menit setiap jam selama tahapan persalinan akan lebih bebas dari rasa sakit. Hal itu terjadi karena pijat merangsang tubuh 22 melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami. Endorphin juga dapat menciptakan perasaan nyaman dan enak. Dalam persalinan, pijat juga membuat ibu merasa lebih dekat orang yang merawatnya. Sentuhan seseorang yang peduli dan ingin menolong merupakan sumber kekuatan saat ibu sakit, lelah, dan kuat. Banyak bagian tubuh ibu bersalin dapat dipijat, seperti kepala, leher, punggung, dan tungkai. Saat memijat, pemijat harus memperhatikan respon ibu, apakah tekanan yang diberikan sudah tepat (Meiliasari & Danuatmadja, 2004).

Counter pressure lebih efektif mengatasi nyeri persalinan fase aktif kala I. Dengan pemberian *massage* dengan teknik *counterpressure* dapat menutup gerbang pesan nyeri yang akan dihantarkan menuju medulla spinalis dan otak, selain itu dengan tekanan yang kuat pada saat memberikan teknik tersebut maka akan dapat mengaktifkan senyawa endorphin yang berada di sinaps sel-sel saraf tulang belakang dan otak, sehingga transmisi dari pesan nyeri dapat dihambat dan menyebabkan penurunan sensasi nyeri (Nastiti,2012).

Berdasarkan hasil survey pendahuluan di BPM Wahyu Agustina., Amd. Keb di Kecamatan Tengaran, Kabupaten Semarang, masih banyak wanita yang belum siap menghadapi proses persalinan salah satunya karena rasa nyeri yang dirasakan pada kala I sehingga mengakhiri persalinan dengan tindakan SC. Beberapa alternatif yang bisa dipilih untuk mengurangi rasa nyeri saat melahirkan akan dapat membantu mempercepat proses persalinan dan membantu ibu memperoleh kepuasan dalam melalui proses persalinan normal. Metode untuk mengurangi rasa nyeri yang dilakukan secara terus menerus dalam bentuk dukungan harus dipilih yang bersifat sederhana, biaya rendah, resiko rendah, membantu kemajuan persalinan, hasil kelahiran bertambah baik dan bersifat sayang ibu. Berdasarkan permasalahan di atas penulis tertarik untuk meneliti efektivitas *counterpressure* sebagai upaya untuk mengurangi nyeri persalinan kala I.

METODE

Jenis penelitian ini yaitu penelitian kuantitatif, eksperimen semu yang bertujuan untuk mengetahui keefektifan *counterpressure* sebagai upaya untuk mengurangi nyeri persalinan kala I. Penelitian ini dilakukan di BPM Wahyu Agustina., Amd. Keb Keb di Kecamatan Tengaran, Kabupaten Semarang. Populasi

pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang melakukan persalinan spontan dengan menggunakan sampel sebanyak 52 responden. Cara pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan data primer yang diperoleh secara langsung dengan cara melakukan observasi intensitas nyeri setelah dilakukan perlakuan (*counterpressure*). Rancangan penelitian ini adalah *one group pre test and post test* design tanpa menggunakan kelompok pembandingan (kontrol), tetapi pada penelitian ini pengujian pertama (*pre test*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (program). Pada penelitian ini, peneliti melakukan *treatment* yaitu *counterpressure* terhadap subyek penelitian dengan sengaja, terencana, kemudian dinilai pengaruhnya pada pengujian kedua (*post test*).

HASIL

1. Nyeri Ibu Bersalin sebelum diberikan *counterpressure*

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Ibu Bersalin

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Nyeri ringan	4	15.4	15.4	15.4
	Nyeri sedang	14	53.8	53.8	69.2
	Nyeri berat	7	26.9	26.9	96.2
	Nyeri sangat berat	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa hasil untuk kelompok tingkat nyeri persalinan mayoritas responden berada pada skala nyeri sedang (4-6) sebanyak 14 responden (53,8%).

2. Nyeri Ibu Bersalin setelah diberikan *counterpressure*

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Nyeri Ibu Bersalin

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Tidak nyeri	1	3.8	3.8	3.8
	Nyeri ringan	3	11.5	11.5	15.4
	Nyeri sedang	16	61.5	61.5	76.9
	Nyeri berat	6	23.1	23.1	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa hasil untuk kelompok tingkat nyeri persalinan setelah dilakukan *counterpressure* mayoritas responden berada pada skala nyeri sedang (4-6) sebanyak 16 responden (61,5%).

3. Uji Normalitas Intensitas Skala Nyeri

Tabel 3. Uji Normalitas Intensitas Skala Nyeri dengan Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.
Sebelum	.970	26	.629
Setelah	.964	26	.486

Berdasarkan tabel 3. pada uji normalitas intensitas skala nyeri sebelum dilakukan *counterpressure* menggunakan uji *Saphiro-wilk* didapatkan nilai $p=0,629$ dan setelah dilakukan *counterpressure* menggunakan uji *Saphiro-wilk* didapatkan nilai $p=0,486$. Hal ini berarti nilai $p>0,05$ yang menunjukkan bahwa data berdistribusi normal, maka dapat dilanjutkan dengan melakukan *paired samples t test* untuk membandingkan nyeri persalinan pada ibu bersalin.

4. Hasil analisis statistic

Tabel 4. Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Sebelum	3.1923	26	.74936	.14696
	Setelah	3.0385	26	.72004	.14121

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata intensitas nyeri persalinan pada saat sebelum dilakukan *massage counterpressure* adalah 3.1923, dan rata-rata intensitas nyeri persalinan setelah dilakukan *massage counterpressure* adalah 3.0385.

Tabel 5. Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Sebelum & Setelah	26	.875	.000

Hasil uji menunjukkan bahwa korelasi antara dua variabel adalah sebesar 0.875 dengan sig sebesar 0.000. Hal ini menunjukkan bahwa korelasi antara dua rata-rata intensitas nyeri persalinan sebelum dan setelah dilakukan *massage counterpressure* adalah kuat dan signif kan.

Tabel 6. Hasil analisis statistik *paired samples t test*

Pair	Sebelum– Setelah	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Conf dence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
1		.15385	.36795	.07216	.00523	.30246	2.132	25	.043

Berdasarkan hasil uji *t-test* didapatkan hasil bahwa Sig (2-tailed) menunjukkan nilai p value = 0,043 < (0,05) dan t tabel 2,132 sehingga didapatkan hasil bahwa H0 ditolak dan Ha diterima. Dari hasil tersebut disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signif kan sebelum dilakukan *counterpressure* dan setelah dilakukan *counterpressure* dalam mengatasi nyeri persalinan fase aktif kala I. Dengan demikian teknik *counterpressure* efektif dapat mengurangi nyeri persalinan pada kala I dengan hasil mean sebesar 0,15385.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signif kan sebelum dilakukan *counterpressure* dan setelah dilakukan *counterpressure* dalam mengatasi nyeri persalinan fase aktif kala I. Dengan demikian teknik *counterpressure* efektif dapat mengurangi nyeri persalinan pada kala I dengan hasil mean sebesar 0,15385.

Counterpressure lebih efektif mengatasi nyeri persalinan fase aktif kala I. Dengan pemberian masase dengan teknik *counterpressure* dapat menutup gerbang pesan nyeri yang akan dihantarkan menuju medulla spinalis dan otak, selain itu dengan tekanan yang kuat pada saat memberikan teknik tersebut maka akan dapat mengaktifkan senyawa endorphin yang berada di sinaps sel-sel saraf tulang belakang dan otak, sehingga tranmisi dari pesan nyeri dapat dihambat dan menyebabkan penurunan sensasi nyeri (Nastiti,2012).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi Diah Angraeni dkk tentang Efektif tas Teknik *Abdominal Lifting* dan *Counter Pressure* dalam Mengatasi Nyeri Persalinan Fase Aktif Kala I Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signif kan antara teknik *abdominal lifting* dan *counterpressure* dalam mengatasi nyeri persalinan fase aktif kala I. Pada penelitian ini memberikan hasil bahwa terdapat perbedaan antara kelompok yang

diberikan tindakan *abdominal lifting* dan *counter pressure*, *counter pressure* lebih efektif dalam mengatasi nyeri persalinan fase aktif kala I dengan hasil mean 43 lebih kecil mean teknik *abdominal lifting* sebesar 46.58.

Hasil penelitian serupa pernah dilakukan oleh Seri Pasongli dkk tentang Efektifitas *Counterpressure* Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Normal Di Rumah Sakit Advent Manado menunjukkan nyeri persalinan sebelum dilakukan *masase counterpressure* berada pada skala 9-10 (100%) dan setelah dilakukan *masase counterpressure* nyeri menurun paling besar pada skala 3-6 sebanyak 13 responden (86,7%). Analisa data menunjukkan signifikansi lebih kecil dari 5% ($p=0,000<0,05$). Dengan hasil ini memperlihatkan bahwa *masase counterpressure* efektif dilakukan untuk menurunkan intensitas nyeri kala I fase aktif persalinan normal. Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan *masase counterpressure* merupakan tehnik masase yang memiliki kontribusi besar dalam menurunkan / mengurangi nyeri persalinan kala I fase aktif hal ini dapat terjadi dengan beberapa kemungkinan diantaranya adalah kebenaran Teori Gate Kontrol yang mengatakan bahwa selama proses persalianan impuls nyeri berjalan dari uterus sepanjang serat-serat saraf besar kearah uterus ke substansia gelatinosa di dalam spinal kolumna, sel-sel transmisi memproyeksikan pesan nyeri ke otak. Adanya stimulasi (seperti vibrasi, menggosok-gosok atau *masase*) mengakibatkan pesan yang berlawanan yang lebih kuat, cepat dan berjalan sepanjang serat saraf kecil. Pesan yang berlawanan ini menutup subtansi gelatinosa lalu memblokir pesan nyeri sehingga otak tidak mencatat pesan nyeri tersebut.

Counterpressure adalah pijatan tekanan kuat dengan cara meletakkan tumit tangan atau bagian datar dari tangan, atau juga menggunakan bola tenis. Tekanan dapat diberikan dalam gerakan lurus atau lingkaran kecil. Teknik ini efektif menghilangkan sakit punggung akibat persalinan. Teknik *counterpressure* dilakukan di daerah lumbal di mana saraf sensorik rahim dan mulut rahim berjalan bersama saraf simpatis rahim memasuki sumsum tulang belakang melalui saraf torakal 10-11-12 sampai lumbal 1. Dengan begitu impuls rasa sakit ini dapat diblok yaitu dengan memberikan rangsangan pada saraf yang berdiameter besar yang menyebabkan gate control akan tertutup dan rangsangan sakit tidak dapat diteruskan ke korteks serebral (Mander, 2003).

KESIMPULAN

Terdapat perbedaan yang signifikan sebelum dilakukan *counterpressure* dan setelah dilakukan *counterpressure* dalam mengatasi nyeri persalinan fase aktif kala I. Dengan demikian *counterpressure* efektif dapat mengurangi nyeri persalinan pada kala I dengan hasil mean sebesar 0,15385.

DAFTAR PUSTAKA

- Angraeni Pratiwi Diah; Er, Heni Setyowati; Wijayanti, Kartika, 2013 “ Efektifitas Teknik *Abdominal Lifting* dan *Counter Pressure* dalam Mengatasi Nyeri Persalinan Fase Aktif Kala I Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang “. Jurnal Fakultas Ilmu Kesehatan. <http://jurnal.ummg.ac.id/journal/index.php/fkes/article/view/7/8>, 23 February 2016.
- Anonim. 2010. Teknik Mengurangi Rasa Nyeri Persalinan. Posted on 18 Juni 2010. Diakses di <https://nyapatrien.wordpress.com/2010/06/18/belajar/>
- Astuti, L. 2009. Pengaruh Aromaterapi terhadap Nyeri Persalinan Kala I di Bidan Praktik Swasta Kecamatan Polokarto. Skripsi. Universitas Jenderal Soedirman.
- Bobak, L. (2004). Keperawatan Maternitas. Jakarta : EGC.
- Danuarmaja, B., Meiliasari, M. (2004) *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Jakarta: Puspa Swara.
- Hidayat, A. Aziz, Alimul. (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan..* Jakarta: Salemba Medika

- Hermawati, 2009. Hubungan antara Kecemasan pada Kehamilan Akhir Triwulan Tiga dengan Lama Persalinan pada Ibu yang Melahirkan Anak Pertama. Vol. IX (No.34), (Hal; 63-83). Anima: Media Psikologi Indonesia.
- Mander, Rosemary. 2003. Nyeri Persalinan. Jakarta: EGC.
- Meiliasari, M dan Danuatmaja, B. (2004). Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit. Jakarta : Puspa Swara.
- Nurullita, Rejeki, Nastiti, (2012). Perbedaan Efektivitas Teknik Back-Eff eurage Dan Teknik Counter-Pressure Terhadap Nyeri Pinggang Kala I Fase Aktif Persalinan. Semarang. From : [http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id /index.php/ilmukeperawatan/article/download/98/125](http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/ilmukeperawatan/article/download/98/125) di unduh tanggal 15 Juli 2013
- Perry, G.A. & Potter, P.A. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik. Jakarta:EGC.
- Seri Pasongli; Maria Rantung; Ellen Pesak (2014). Efektif tas Counterpressure Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Normal Di Rumah Sakit Advent Manado. Jurnal Ilmiah Bidan, Volume 2 Nomor 2. ISSN : 2339-1731
- Simkin, Penny (2007). Edisi revisi Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan dan Bayi. Arcan: Jakarta
- Simkin, P., Walley, J., dan Keppler, A. (2008). Panduan Praktis Bagi Calon Ibu :Kehamilan dan Persalinan. Jakarta : PT. Bhuana Ilmu Populer
- Simkin, P & Ancheta, R (2005). *Buku Saku Persalinan*. Jakarta : EGC.

PENGARUH ASUPAN DHA DAN PROTEIN PADA IBU HAMIL TERHADAP BERAT BADAN DAN PANJANG JANIN DI RUMAH BERSALIN NISSA TEGALGEDE, KARANGANYAR

¹Liss Dyah Dewi Arini, ²Erma Nurhayati Firdaus

¹Prodi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, leeansz_fortune@yahoo.com

² Prodi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, firdaus.erma@gmail.com

ABSTRAK

Pemenuhan kebutuhan gizi pada ibu hamil sangat mempengaruhi status gizi janin di dalam kandungan dan akan menentukan tumbuh kembang bayi terutama pada masa pertumbuhan (golden age). Di dalam rahim ibu, sel otak mengalami berbagai tahapan perkembangan, yaitu dari proliferasi, migrasi, sinaptogenesis sampai apoptosis. Zat gizi yang cukup adalah faktor utama dan paling penting yang memiliki peran dalam menentukan keberhasilan pertumbuhan tubuh dan otak pada janin. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian asupan DHA dan protein pada usia kehamilan 18-34 minggu terhadap perbedaan berat badan dan panjang janin. Pendekatan penelitian yang digunakan adalah cross sectional dan wawancara dilakukan secara langsung kepada 20 pasien ibu hamil yang memiliki usia kehamilan 18-34 minggu di rumah bersalin Nissa Tegalgede, Karanganyar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata berat badan janin di usia kehamilan 18-24 minggu, 25-29 minggu dan 30-34 minggu secara berturut-turut adalah sebagai berikut : 362 gr, 876 gr dan 1619 gr. Rata-rata panjang janin di usia kehamilan 18-24 minggu, 25-29 minggu dan 30-34 minggu secara berturut-turut adalah sebagai berikut : 25 cm, 33 cm dan 38 cm. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh positif (signifikan) dari pemberian asupan DHA dan protein terhadap berat badan dan panjang janin.

Kata Kunci : DHA, protein, pasien maternal, berat badan janin, panjang janin

ABSTRACT

Fulfillment of nutritional needs of pregnant women greatly affects the nutritional status of the fetus in the womb and will determine the growth of infants, especially in the growth period (golden age). In the mother's womb, brain cells undergo various stages of development, namely from proliferation, migration, synaptogenesis to apoptosis. Adequate nutrition is the main and most important factor that has a role in determining the success of body and brain growth in the fetus. The purpose of this study was to determine the effect of giving DHA and protein intake at 18-34 weeks of gestation on differences in fetal weight and length. The research approach used was cross sectional and interviews were conducted directly to 20 patients of pregnant women who had a gestational age of 18-34 weeks at the Nissa Tegalgede maternity home, Karanganyar. The results showed that the average fetal weight at gestational age 18-24 weeks, 25-29 weeks and 30-34 weeks respectively are as follows: 362 gr, 876 gr and 1619 gr. The average length of the fetus at 18-24 weeks gestation, 25-29 weeks and 30-34 weeks respectively are as follows: 25 cm, 33 cm and 38 cm. The conclusion of this study is that there is a positive (significant) effect of giving DHA and protein intake to fetal weight and length.

Keywords: DHA, protein, maternal patients, fetal weight, fetal length

PENDAHULUAN

Sumber daya manusia sangat menentukan kemajuan bangsa dan negara. Pertumbuhan dan perkembangan anak dari sejak dini sangat menentukan kualitas sumber daya manusia. Perkembangan otak bayi akan sangat menentukan kecerdasan anak. Di dalam rahim ibu sel otak mengalami proliferasi, migrasi, sinaptogenesis

dan apoptosis. Jumlah neuron otak janin tidak bertambah lagi pada usia kehamilan sekitar 20 minggu atau usia kehamilan lima bulan. Kemampuan neurobehavior pada bayi di usia 20 minggu tidak berbeda dengan bayi aterm. Oleh karena itu kehamilan merupakan saat yang tepat untuk menyiapkan potensi otak sejak di dalam kandungan. Hal ini merupakan satu jendela peluang bagi para orang tua. Nutrisi yang cukup merupakan faktor utama yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan otak. Penelitian menunjukkan bahwa kemampuan kognitif dapat dimodifikasi dengan pemberian nutrisi pada masa janin. Kemajuan dalam bidang neurobiologi dan *cognitive neuroscience* mulai menemukan beberapa mekanisme yang memungkinkan berlangsungnya efek ini. Otak merupakan organ yang kaya akan lemak, jumlahnya mencapai 60%. Sel saraf menerima zat makanan terutama lemak dimana sebagian besar adalah Long Chain Poly Unsaturated Fatty Acid (LC-PUFA), khususnya Docosahexaenoic Acid (DHA). DHA adalah komponen terbesar dari LC-PUFA, banyak ditemukan pada sel otak dan retina (Satriyanto, 2016).

Pada ibu hamil memiliki karakteristik yang berbeda-beda, antara lain dari faktor pendidikan dan perekonomian. Dari faktor pendidikan, ibu hamil yang memiliki latar belakang pendidikan minimal Sarjana tentunya memiliki tingkat pengetahuan tentang kehamilan yang lebih baik dibandingkan dengan ibu hamil yang berlatar belakang pendidikan SMA atau di bawahnya. Untuk faktor perekonomian, ibu hamil dengan kondisi perekonomian menengah ke atas dalam artian sudah memiliki pekerjaan yang tetap tentunya sudah memiliki finansial yang cukup untuk memenuhi segala kebutuhan gizi selama kehamilan seperti asam folat, DHA, protein dan mineral-mineral lainnya yang dibutuhkan selama kehamilan, dibandingkan dengan ibu hamil yang belum atau tidak memiliki pekerjaan yang tetap yang tentunya akan lebih kesulitan dalam memenuhi kebutuhan gizi selama hamil. Faktor-faktor inilah yang nantinya akan menentukan pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim ibu hamil, termasuk di antaranya berat badan dan lingkar kepala janin.

Menurut nama kimia formal dari IUPAC, DHA mempunyai nama kimia (4Z,7Z,10Z,13Z,16Z,19Z)docosa 4,7,10,13,16,19hexanoic acid, kemudian dialihbahasakan ke dalam bahasa Indonesia dengan nama Asam dekosahexanoat atau asam servonat atau asam lemak esensial omega3. Secara kimia DHA adalah asam karboksilat dengan 22 rantai karbon dan 6 (cis) ikatan ganda, ikatan ganda pertama terletak pada karbon ke3 dari akhir omega. DHA diproduksi dalam tubuh melalui jalur biosintesis senyawa precursor ALA, membentuk senyawa antara EPA dan produk akhir DHA (Satriyanto, 2016).

DHA banyak ditemukan pada kuning telur ayam, minyak ikan laut dalam dan pada alga. Kebanyakan binatang memetabolisme sedikit DHA yang terbentuk dari konsumsi hewan tersebut dari asam linolenat dan asam lemak omega 3 dari kacang-kacangan dan alga laut. Asam Dekosaheksanoat adalah asam lemak rantai panjang yang tidak tersaturasi (LCPUFA's) yang keduanya bersama Asam arakidonat (AA) ditemukan pada setiap membran sel tubuh. Keduanya terutama terkonsentrasi pada organ otak selain juga pada retina dengan proporsi yang besar. Pada organ otak, DHA terutama terkonsentrasi pada membran presinaptik, sedangkan pada retina, DHA ditemukan pada daerah sinaptik dan membran fotoreseptor. DHA dan AA terakumulasi secara cepat pada sistem saraf pusat (SSP) janin pada periode triwulan terakhir kehamilan, DHA yang belum terbentuk masuk melalui sirkulasi fetomaternal dalam uterus dan setelah bayi lahir, asam lemak diberikan ibu melalui produksi ASI. Bayi juga dapat mensintesa asam lemak ini dari prekursor yaitu asam linolenat (Satriyanto, 2016).

Bayi dan balita dengan asupan DHA tinggi menunjukkan perkembangan otak yang lebih matang dan performa yang lebih optimal pada ukuran perhatian dan menjadi lebih fokus perhatiannya daripada bayi yang menerima DHA rendah. Hal ini bermanfaat untuk menguji bayi dan balita usia 4-18 bulan yang belum menerima pembelajaran dari lingkungannya. Dalam hal ini DHA meningkatkan fungsi kerja otak melalui peningkatan jumlah sel otak secara optimal sehingga didapatkan hasil kinerja otak yang lebih optimal dalam segi konsentrasi, memori, fokus, kemampuan reasoning serta kemampuan untuk memecahkan masalah. DHA mulai diterima janin sejak dalam kandungan melalui siklus fetomaternal. Janin menerima DHA sesuai dengan asupan yang dikonsumsi ibu. Perkembangan otak janin secara signifikan terjadi pada triwulan terakhir kehamilan. Triwulan ketiga termasuk waktu yang krusial bagi perkembangan otak janin dan disebut masa emas perkembangan otak pada janin. Setelah janin lahir, maka bayi akan menerima asupan DHA dari ASI. Setelah dilakukan pada kontrol body mass index (BMI) secara nyata bahkan secara dosis terdapat korelasi yang kuat antara asupan ibu pada DHA dengan kandungan DHA pada ASI yang dihasilkannya. Perkembangan masa otak bayi secara drastis terjadi mulai usia 0 - 18 bulan, sedangkan otak masih terus berkembang sampai usia 5 tahun. Disebutkan pula bayi yang mendapatkan ASI akan

memiliki fungsi visual dan status neurologis yang lebih optimal daripada yang mendapatkan susu formula. DHA ditemukan tinggi kandungannya pada telur ayam, minyak ikan dan pada ikan yang hidup di laut dalam seperti ikan tuna, ikan tongkol dan ikan sardin atau ikan pindang. DHA pada telur terkonsentrasi dari kacang-kacangan yang dimakan oleh ayam, sedangkan ikan laut mendapatkannya dari ganggang laut. Kebanyakan binatang melakukan metabolisme sedikit DHA yang terbentuk dari konsumsi hewan tersebut dari asam linolenat dan asam lemak omega 3 dari jenis kacang-kacangan dan alga laut. Saat ini bahkan telah banyak dikembangkan di negaranegara maju bahan makanan yang diperkaya dengan DHA tinggi maupun dalam bentuk suplemen. Telur ayam merupakan bahan pangan yang relatif mudah dijumpai atau dibudayakan dan ikan laut merupakan sumber yang menjajikan hasil yang sangat besar bagi negara kepulauan seperti Indonesia (Satriyanto, 2016).

Selama masa kehamilan kebutuhan akan asam lemak esensial meningkat seiring dengan pertumbuhan janin. Pada trimester 3 kehamilan kebutuhan janin akan AA dan DHA meningkat karena terjadi pertumbuhan jaringan otak yang sangat cepat. Untuk mencukupi kebutuhan tersebut janin sepenuhnya bergantung pada ibu melalui transfer plasenta. Plasenta bertanggungjawab atas transfer nutrisi antara dua sirkulasi, yaitu sirkulasi ibu dan janin. Sirkulasi ibu dan janin dipisahkan oleh suatu lapisan tunggal dari epitelium yang terpolarisasi yaitu sinsitiotrophoblas, yang kontak langsung dengan darah ibu. Proses transfer terjadi pada membran mikrovillus dan membran basal dari sinsitiotrophoblas 9,10. Asam lemak melewati placenta dalam bentuk non-esterified fatty acids (NEFA) yang diturunkan dari lipoprotein. Lipoprotein dihidrolisis oleh lipoproteinlipase yang terdapat pada permukaan placenta ibu. Proses transporasi bergantung pada gradien konsentrasi NEFA dan basal binding site pada membran plasenta. Gradien konsentrasi NEFA antara ibu dan janin meningkat selama kehamilan, yang mendorong transfer asam lemak ibu ke janin. Kebutuhan DHA pada ibu hamil belum dapat ditentukan. Menurut World's leading expert on lipids kebutuhan minimal DHA wanita hamil dan menyusui 300 mg perhari. Dari suatu survey nasional di AS didapatkan rata-rata konsumsi DHA pada trimester akhir ibu hamil antara 0-100 mg perhari. Kurang lebih 90% wanita mengkonsumsi DHA di bawah rekomendasi minimum 300 mg. Penelitian menunjukkan bahwa pemberian DHA dapat ditoleransi dan tidak menimbulkan gejala klinik yang serius. Pada wanita hamil pemberian obat ini menimbulkan efek samping yang ringan yaitu mual dan rasa tidak nyaman di perut (Ilza dan Siregar, 2015).

Mutu protein ditentukan jenis dan proporsi asam amino yang dikandungnya. Protein hewani, kecuali gelatin, merupakan protein lengkap yang mengandung semua jenis asam amino esensial dalam proporsi yang sesuai untuk keperluan pertumbuhan. Ibu hamil membutuhkan protein dalam jumlah yang cukup dan lengkap kandungan asam aminonya karena selama kehamilan terjadi peningkatan kebutuhan protein untuk tumbuh kembang janin. Pangan hewani merupakan bahan pangan yang sulit dijangkau bagi sebagian masyarakat berpenghasilan rendah karena harganya yang mahal. Setelah anak lahir, pola asuh merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak dan status gizi anak. Salah satu bentuk pola asuh ibu yang penting untuk bayi kurang dari 6 bulan adalah bagaimana ibu merawat dan memberi makan bayi kurang dari 6 bulan. Air susu ibu (ASI) merupakan sumber utama makanan bayi terutama pada usia sebelum 6 bulan. ASI, bahkan, mengandung banyak DHA yang diperlukan dalam perkembangan otak anak, khususnya anak usia di bawah 2 tahun. Latar belakang pendidikan orang tua mempengaruhi pemberian ASI kepada anak, pendidikan orang tua yang rendah, mempengaruhi perilaku pemberian ASI Eksklusif. Pada penelitian ini dengan tingkat pendidikan yang rendah, proporsi ibu yang memberikan ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan hanya mencapai 11 persen (Ernawati, 2013).

METODE PENELITIAN

Rancangan Penelitian

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian observasional yang bersifat analitik yaitu penelitian yang bertujuan untuk menganalisis hubungan antara variabel penelitian. Pendekatan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengamati hubungan antara faktor resiko terhadap akibat yang terjadi dalam bentuk penyakit atau keadaan (status) kesehatan tertentu dalam waktu yang bersamaan. Wawancara dilakukan secara langsung kepada 20 pasien ibu hamil yang memiliki usia kehamilan 18 – 34 minggu di rumah bersalin Nissa Tegalgede, Karanganyar.

Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi penelitian ini adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi dari penelitian ini adalah seluruh pasien ibu hamil yang memiliki usia kehamilan minimal 20 minggu di rumah bersalin Nissa Tegalgede, Karanganyar.
2. Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Sampel pada penelitian ini adalah 20 pasien ibu hamil yang memiliki usia kehamilan 18 – 34 minggu di rumah bersalin Nissa Tegalgede, Karanganyar.

Teknik Pengambilan Sampel

Peneliti mendatangi masing-masing pasien ibu hamil, kemudian melakukan wawancara melalui kuesioner. Ketika wawancara berlangsung, peneliti mencatat jawaban responden pada lembar kuesioner yang telah dipersiapkan sebelumnya. Kegiatan ini berulang sampai dengan responden ke dua puluh di bulan Januari 2019. Data yang didapatkan dari kegiatan wawancara melalui pengisian lembar kuesioner tersebut kemudian dibahas dengan menggunakan acuan studi kepustakaan.

Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti meliputi : variabel bebas yaitu asupan DHA dan protein, dan variabel terikat yaitu berat badan dan lingkaran kepala janin. Data primer didapatkan dengan wawancara menggunakan bantuan kuesioner. Data sekunder didapatkan dari rekam medis di rumah bersalin Nissa Tegalgede, Karanganyar. Selanjutnya dilakukan analisis statistik untuk mengetahui hubungan variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan sistem persentase.

Analisis Data Statistik

Analisis statistik untuk mengetahui hubungan variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan sistem persentase.

HASIL

1. Berat Badan Bayi Baru Lahir di Rumah Bersalin Nissa, Tegalgede, Karanganyar

Tabel 1. Berat Badan Bayi Baru Lahir di Rumah Bersalin Nissa, Tegalgede, Karanganyar

No	Janin ke	Berat Badan (gr)	Rata-Rata (gr)
1	1	203	362 (normal)
2	2	255	
3	3	301	
4	4	362	
5	5	443	
6	6	521	
7	7	452	
8	8	693	876 (normal)
9	9	752	
10	10	856	
11	11	932	
12	12	1012	
13	13	1105	
14	14	782	
15	15	1370	1619 (normal)
16	16	1420	
17	17	1570	
18	18	1620	
19	19	1750	
20	20	1982	

Keterangan :

Janin ke 1 - 7 berusia 18-20 minggu

Janin ke 8 - 14 berusia 25-29 minggu

Janin ke 15 – 20 berusia 30-34 minggu

2. Panjang Janin di Rumah Bersalin Nissa, Tegalgede, Karanganyar**Tabel 2. Panjang Janin di Rumah Bersalin Nissa, Tegalgede, Karanganyar**

No	Janin ke	Panjang Janin (cm)	Rata-Rata (cm)
1	1	21	25 (normal)
2	2	23	
3	3	25	
4	4	26	
5	5	27	
6	6	26	
7	7	25	
8	8	31	33 (normal)
9	9	32	
10	10	32	
11	11	33	
12	12	35	
13	13	33	
14	14	34	
15	15	38	38 (normal)
16	16	38	
17	17	39	
18	18	40	
19	19	41	
20	20	39	

Keterangan :

Janin ke 1 - 7 berusia 18-20 minggu

Janin ke 8 - 14 berusia 25-29 minggu

Janin ke 15 – 20 berusia 30-34 minggu

PEMBAHASAN

Proses metabolisme DHA pada neuron sudah dimulai sejak masa perkembangan otak pada masa kehamilan. DHA pada sel neuron bersumber dari DHA plasma darah yang bersumber dari makanan atau proses biosintesis di hati dan sintesis lokal di otak. Di antara sel saraf terdiri dari sel neuron, astrosit, mikroglia dan aligomikroglia yang memiliki kemampuan mensintesis DHA yaitu astrosit. Karena tidak adanya enzim desaturase maka sel neuron sebagai target DHA tidak dapat melakukan sintesis. Pada trimester tiga kehamilan kebutuhan janin akan DHA akan meningkat karena terjadi pertumbuhan otak yang sangat cepat. Untuk mencukupi kebutuhan itu janin sepenuhnya tergantung pada ibu melalui transfer plasenta. Konsentrasi DHA pada bayi baru lahir mempunyai korelasi dengan status DHA ibu, sehingga dengan berlanjutnya kehamilan status DHA pada ibu hamil semakin berkurang, sedangkan semakin berat bayi kadar DHA yang dibutuhkan janin semakin besar. Pada periode tumbuh kembang otak kandungan DHA meningkat pada membran sel saraf. Dengan adanya fakta ini diduga DHA memiliki peranan penting dalam proses tumbuh kembang otak terutama pada saat otak tumbuh dengan cepat yaitu pada trimester

ketiga kehamilan. Hal ini tercermin dengan cara mengukur berat badan dan ukuran lingkaran kepala bayi baru lahir. Kesimpulannya yaitu berat badan bayi baru lahir pada kelompok yang diberi suplemen DHA lebih tinggi (3193.33 ± 431.691) dibanding yang tidak diberi suplemen DHA ($3120.00 \pm 257,645$), tetapi tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Lingkaran kepala bayi baru lahir yang diberi suplemen DHA lebih tinggi (33.07 ± 997) dibanding yang tidak diberi suplemen DHA (31.20 ± 431), tetapi tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik. Oleh karena itu diperlukan pemberian asam lemak esensial pada kecerdasan anak (DHA) dengan dosis dan durasi yang lebih lama (Rashid, 2008).

Berat Badan merupakan ukuran antropometrik yang terpenting yang harus diukur pada setiap pemeriksaan kesehatan anak. Berat badan merupakan hasil peningkatan/penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh antara lain : tulang, otot, lemak, cairan tubuh dan lain-lain. Pada saat ini, berat badan dipakai sebagai indikator yang terbaik untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak dikarenakan berat badan sensitif terhadap perubahan. Bayi yang lahir cukup bulan perkiraannya 2,5 – 3,5 kg (Ilza dan Siregar, 2015). Berikut merupakan tabel berat badan dan panjang janin yang ideal untuk usia janin 8–44 minggu menurut Ara, dkk (2018):

Tabel 3. Tabel Berat Badan dan Panjang Janin Ideal untuk Usia Janin 8 – 44 Minggu

Usia Janin	Berat Badan Janin (gr)	Panjang Janin (cm)	Pertambahan Berat Badan Ibu Hamil
8-12 minggu	1 - 20	4 - 6.5	0.5 - 1,1
13-17 minggu	50 - 110	9 - 16	1,4 - 2,7
18-24 minggu	180 – 550	20,5 – 27,5	3 – 5,5
25-29 minggu	685 – 1150	30 – 35	5,9 – 7,4
30-34 minggu	1300 – 2000	37,5 – 40	7,7 – 9,1
35-37 minggu	2250 – 2690	42,5 – 45	9,5 – 10,4
38-40 minggu	2900 – 3050	47,5 – 50	10,5 – 11,3
41-43 minggu	3400 – 3450	50 – 52,5	11,5 – 12,5
44 minggu	3450	52	13

Sumber : Ara, dkk (2018)

Taksiran berat badan janin (TBJ) intra uterin penting dalam penatalaksanaan persalinan karena berat janin dapat mengindikasikan pertumbuhan janin. Ketepatan penaksiran berat badan lahir akan mempengaruhi penatalaksanaan persalinan. Bagi penolong persalinan, TBJ mempunyai arti yang sangat penting. Dengan mengetahui perkiraan berat badan janin selama hamil terutama pada trimester III maka dapat dideteksi kemungkinan adanya janin yang kecil ataupun janin yang besar dan segera dapat dilakukan tindakan penatalaksanaan yang tepat pada masa hamil maupun bersalin. Ada berbagai cara untuk menentukan taksiran berat janin, yaitu : dengan palpasi uterus, pemeriksaan ultrasonograf , pengukuran tinggi fundus maupun pengukuran lingkaran perut. Riset membuktikan belum ada suatu metode pun yang terbukti paling tepat dalam menaksirkan berat janin. Metode penaksiran berat janin menggunakan metode Johnson-Tousack yang lebih sering disebut dengan metode Johnson merupakan metode yang selama ini biasa dilakukan oleh praktisi kebidanan di Indonesia. Meskipun demikian, belum banyak penelitian yang mengungkapkan akurasi dari penaksiran berat janin dengan menggunakan metode ini (Widatiningsih, 2015).

Status gizi ibu saat sebelum dan selama hamil mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandungnya. Apabila status gizi ibu normal saat sebelum dan selama hamil, kemungkinan akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan dengan berat dan panjang badan yang normal. Dengan kata lain, kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu sebelum dan selama hamil. Panjang tulang paha (femur) dan tulang kering (tibia) janin dapat diprediksi melalui pemeriksaan ultrasonograf (USG), khususnya USG tiga dimensi. Terdapat hubungan antara asupan ibu saat hamil dengan panjang tulang paha janin dan disimpulkan bahwa ada hubungan antara kondisi panjang tibia saat janin dalam kandungan dengan ukuran antropometri bayi saat dilahirkan (Setyawati, dkk, 2016).

Berdasarkan hasil FFQ diketahui terdapat 92 jenis pangan yang biasa dikonsumsi oleh ibu hamil. Pangan yang dikonsumsi ibu hamil terdiri dari 12 jenis pangan karbohidrat (serelia seperti nasi, roti, jagung, umbi-umbian seperti singkong, kentang dan lain-lain), 16 jenis protein hewani seperti daging, ikan, telur, 3 jenis protein nabati (kacang-kacangan seperti tempe, tahu), susu, 18 jenis sayuran (daun-daunan seperti bayam, kangkung, sawi dan sayur buah seperti tomat, nangka, dan lain-lain), 13 jenis buah-buahan (jeruk, mangga, kelapa), 27 jenis jajanan (gorengan seperti pisang goreng, singkong goreng; manisan, asinan; berkuah asin seperti soto; berkuah manis seperti bubur kacang ijo, es dan lain-lain), 2 jenis makanan lainnya (makanan kemasan seperti biskuit, coklat). Pangan yang terpilih terdiri dari unsur pati, lemak, protein, vitamin dan mineral. Contoh jenis pangan terpilih untuk kelompok pati antara lain bihun goreng, bubur ayam, kentang, nasi. Contoh kelompok lemak seperti minyak. Contoh kelompok protein antara lain roti ayam, bandeng, telur ayam, tempe. Kelompok vitamin antara lain toge, tomat, jambu biji, pepaya, kelompok mineral teri, susu. Kebutuhan pangan layak minimum ibu hamil berkisar 14-15 jenis pangan dalam sehari, mengandung 111-113% energi, 102-103 protein setiap hari, 162-169 kalsium, 96-101% besi, 360-361% vitamin A, 218-229% vitamin C, 261-270% fosfor dengan rentang biaya Rp 9.232 - Rp 9.904 untuk ibu hamil usia trimester II dan III usia 19-29 tahun dan 30-49 tahun (Nurlinda, dkk, 2010).

Saat memasuki trimester II metabolisme basal ibu hamil mulai naik dan berat badan mulai bertambah, sehingga kebutuhan protein harus lebih diutamakan. Pertambahan komponen dalam tubuh ibu terjadi sepanjang trimester II. Demikian pula dengan pertambahan berat badan janin sebagian besar terjadi pada trimester II. Oleh karena itu ibu hamil sebaiknya mengonsumsi makanan lengkap tiga kali dalam porsi kecil dan disertai dua kali atau lebih snack dalam sehari saat trimester II. Pada saat trimester III, kandungan sudah membesar menyebabkan lambung ibu terdesak. Pemberian makanan dengan porsi besar tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan tidak enak di perut ibu hamil. Saat memasuki trimester III, pertumbuhan janin dan plasenta serta penambahan jumlah cairan amnion berlangsung sangat cepat (Nurlinda, dkk, 2010).

Dari 92 jenis pangan yang biasa dikonsumsi ibu hamil dipilih yang akan menjadi menu makan untuk ibu hamil. Jika pangan dikonsumsi lebih dari 50% ibu hamil maka pangan tersebut akan dijadikan menu. Menu untuk ibu hamil harus mengacu pada RDA sebab kebutuhan ibu hamil akan zat gizi meningkat seperti protein meningkat sampai 68%, asam folat 100%, kalsium 50%, dan zat besi 200-300%. Untuk memenuhi semua zat gizi tersebut, bahan menu yang digunakan harus meliputi 6 kelompok, yaitu (1) makanan yang mengandung protein hewani dan nabati, susu dan hasil olahannya, (3) roti dan biji-bijian, (4) buah dan sayur yang kaya akan vitamin C, (5) sayur-sayuran berwarna hijau tua, (6) buah dan sayur-sayuran lainnya. Jenis pangan yang terpilih menjadi menu ibu hamil sudah memenuhi 6 kelompok bahan pangan yang disesuaikan dengan RDA ibu hamil sehingga menggunakan jenis pangan terpilih ini ke dalam menu dapat memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil selama kehamilan (Nurlinda, dkk, 2010).

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata berat badan janin di usia kehamilan 18-24 minggu, 25-29 minggu dan 30-34 minggu secara berturut-turut adalah sebagai berikut : 362 gr, 876 gr dan 1619 gr. Rata-rata panjang janin di usia kehamilan 18-24 minggu, 25-29 minggu dan 30-34 minggu secara berturut-turut adalah sebagai berikut : 25 cm, 33 cm dan 38 cm. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh positif (signifikan) dari pemberian asupan DHA dan protein terhadap berat badan dan panjang janin.

DAFTAR PUSTAKA

- Ara, M.A; Sudaryati, E dan Lubis, Z. 2018. "Perbedaan Perkembangan Bayi Usia 6-12 Bulan Berdasarkan Pemberian Asi". *Jurnal Muara Sains, Teknologi, Kesehatan dan Ilmu Kesehatan* ISSN 2579-6402 (Versi Cetak) Vol. 2, No. 1, April 2018: hlm 216-224 ISSN-L 2579-6410 (Versi Elektronik).
- Chen, H. & Volpe, R. P. 1998. *An Analysis Of Personal Financial Literacy Among College Students*. *Financial services review*, 7(2): 107128.

- Ernawati, F; Rosmalina, Y Dan Permanasari, Y. 2013. "Pengaruh Asupan Protein Ibu Hamil Dan Panjang Badan Bayi Lahir Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 12 Bulan Di Kabupaten Bogor (Effect Of The Pregnant Women's Protein Intake And Their Baby Length At Birth To The Incidence Of Stunting Among Children Aged 12 Months In Bogor District)". *Penelitian Gizi dan Makanan*, Juni 2013 Vol. 36 (1): 1-11.
- Ilza, M dan Siregar, Y.I. 2015. "Sosialisasi Penambahan Minyak Perut Ikan Jambal Siam Dan Minyak Ikan Kerapu Pada Bubur Bayi Untuk Memenuhi Standar Omega 3 Dan Omega 6". *JPHPI* Volume 18 Nomor 3 Available online: journal.ipb.ac.id/index.php/jphpi DOI: 10.17844/jphpi.2015.18.3.262. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas* diterbitkan oleh: Program Studi S-1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas p-ISSN 1978-3833 e-ISSN 2442-6725 11(1)9-18 @2016 JKMA <http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/>.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurlinda, A; Sukandar, D; Khomsan, A dan Tanzia, I. 2010. "Optimasi Konsumsi Pangan Bagi Ibu Hamil Berdasarkan Kecukupan Gizi, Kebiasaan Pangan Dan Pendapatan". *Jurnal MKMI* Vol 6 No.3 Juli 2010, hal 174-179.
- Putri, Y.S. 2016. "Pengaruh Kecerdasan Intelektual, Kecerdasan Emosional, Dan Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Pt. PIn Persero Area Klaten". *Jurnal Studi Manajemen & Organisasi* 13 (2016) Juni 88-97 <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/smo>.
- Rasyid, A. 2008. "Asam Lemak Omega 3 dari Minyak Ikan". *Jurnal Pusat Penelitian Oseanograf*, LIPI-Jakarta. Volume XXVIII, Nomor 3,2003:11-16.
- Satriyanto, A. 2016. "Peningkatan Kecerdasan Masyarakat Papua Melalui Asupan Dha Berbahan Dasar Alami".
- Setyawati, B; Barida, I dan Irawati, A. 2016. "Pengaruh Konsumsi Ibu Hamil Dan Ukuran Biometri Janin Pada Panjang Lahir Bayi (Analisis Data Kohort Tumbuh Kembang Anak 2011-2012)". Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat. <https://media.neliti.com/media/publications/108121-ID-pengaruh-konsumsi-ibu-hamil-dan-ukuran-b.pdf> [diakses tanggal 21 Februari 2019].
- Widatiningsih, S. 2015. "Akurasi Penaksiran BeratJanin menggunakan Metode Johnson pada Ibu Hamil TrimesterIII di Wilayah Kerja Puskesmas Pare KabupatenTemanggung". *Jurnal Riset Kesehatan* Vol. 4 No. 2.

KEAKURATAN KODE DIAGNOSIS GASTROENTERITIS ACUTE DI RUMAH SAKIT UMUM ASSALAM GEMOLONG

¹Warsi Maryati, ²Anggita Sari

¹ Prodi D3 RMIK Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, warsi_maryati@udb.ac.id

² Prodi D3 RMIK Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, anggita25797@gmail.com

ABSTRAK

Gastroenteritis acute merupakan passage faeces dengan konsistensi lebih encer dan defekasi lebih dari tiga kali dalam sehari berlangsung kurang atau sama dengan 14 hari. RSUD Assalam Gemolong merupakan Rumah Sakit Umum di Gemolong, kasus Gastroenteritis acute merupakan peringkat pertama 10 besar penyakit. Berdasarkan survei awal tingkat ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis Acute 100%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis Acute. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, dengan pendekatan retrospektif. Besar sampel dalam penelitian ini 146 dokumen rekam medis kasus Gastroenteritis Acute dengan teknik sampel jenuh. Instrumen penelitian berupa pedoman observasi, pedoman wawancara, checklist dan ICD-10. Pengolahan data dengan collecting, editing, classification dan penyajian data. Jenis analisis yang digunakan dalam penelitian ini analisis deskriptif. Persentase ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis Acute 100%. Penyebab ketidakakuratan yaitu salah kode, tidak dispesifikasikan dengan karakter keempat dan tidak dikode. Faktor yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis Gastroenteritis Acute tenaga medis yaitu dokter kurang jelas dalam menuliskan diagnosis, tenaga rekam medis yaitu petugas tidak melihat lembar penunjang yang lainnya dan tenaga kesehatan lainnya yaitu petugas laboratorium tidak menambahkan hasil laboratorium.

Kata Kunci : Gastroenteritis, Kode, Diagnosis

ABSTRACT

Acute gastroenteritis is a stool passage with a more watery consistency and defecation more than three times a day lasting less than or equal to 14 days. RSUD Assalam Gemolong is a General Hospital in Gemolong, acute gastroenteritis cases are ranked as the first 10 major diseases. Based on the initial survey the level of inaccuracy of the diagnosis code for Gastroenteritis is 100%. This study aims to determine the cause of inaccuracies in the diagnosis of acute gastroenteritis. This research is a descriptive study, with a retrospective approach. The sample size in this study was 146 medical records documents of Acute Gastroenteritis cases with saturated sample technique. The research instrument was in the form of observation guidelines, interview guidelines, checklists and ICD-10. Processing data by collecting, editing, classification and presenting data. The type of analysis used in this study is descriptive analysis. Percentage of inaccuracy of the 100% Gastroenteritis diagnosis code. The cause of the inaccuracy is incorrect code, not specified with the fourth character and not coded. Factors that influence the inaccuracy of the Acute Gastroenteritis diagnosis code of medical personnel, namely the doctor is less clear in writing the diagnosis, the medical record staff, the officers did not see other supporting sheets and other health workers, namely laboratory staff did not add laboratory results.

Keywords: Gastroenteritis, Code, Diagnosis

PENDAHULUAN

Rekam medis diartikan sebagai "suatu pencatatan data, laporan atau instruksi medis yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sebagai pertanggung jawabannya terhadap pasien. Data ini dibuat apabila pasien mengunjungi instansi pelayanan kesehatan baik sebagai pasien berobat jalan maupun sebagai pasien rawat inap" (Depkes RI, 2006; Firdaus, 2012). Tugas seorang perekam medis di antaranya *coding*,

indexing, assembling analyzing and reporting. Hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis salah satunya adalah ketepatan dalam pemberian kode (*coding*) diagnosis.

Coding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data dengan menggunakan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision (ICD-10)* (Depkes RI, 2006). Salah satu faktor penyebab ketidaktepatan penulisan kode diagnosis adalah karena dokter tidak menuliskan diagnosis dengan lengkap sehingga terjadi kesalahan petugas rekam medis dalam melakukan kode diagnosis (Hatta, 2014). Dampak yang terjadi apabila penulisan kode diagnosis tidak tepat maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan dan ketepatan tarif INA CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan rumah sakit (Karimah dkk, 2016).

Gastroenteritis acute adalah peradangan pada mukosa lambung dan usus halus yang menyebabkan pengeluaran tinja yang tidak normal berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat) dan defekasi lebih dari tiga kali per hari serta berlangsung kurang dari 15 hari (Tanto dkk, 2014). Pengkodean dianggap tepat dan akurat apabila sesuai dengan struktur kategori 3 karakter ataupun struktur kategori 4 karakter. Pada struktur kategori 3 karakter, karakter pertama menunjukkan abjad A-Z kemudian diikuti oleh 2 (dua) digits. Pada struktur kategori 4 karakter, karakter pertama menunjukkan abjad A-Z, diikuti oleh 2 (dua) digits, kemudian tanda baca titik (.) digit terakhir menunjukkan karakter ke-4 (khususnya), pada karakter ke-4 ditunjukkan dengan angka 0 sampai dengan 9. Kode kasi *Gastroenteritis acute* dengan infeksi dilakukan dengan pemberian kode pada blog A00-A09, Kode kasi *Gastroenteritis* non-infeksi dilakukan pemberian kode pada blog K50-K52, Kode kasi *Gastroenteritis* pada bayi baru lahir dilakukan pemberian kode pada blog P75-P78.

Data WHO tahun 2009 menunjukkan angka kejadian *Gastroenteritis acute* diseluruh dunia mencapai 2 miliar kasus per tahun (WHO, 2010). Di Indonesia berdasarkan diagnosis atau gejala, estimasi jumlah penderita penyakit pada tahun 2016 adalah sebanyak 9.441.547 jiwa. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan perkiraan diare di fasilitas kesehatan sebanyak 6.897.463, sedangkan diare ditangani sebanyak 2.544.547 jiwa (Kemenkes, 2017). Saat ini kasus *Gastroenteritis* masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti Indonesia karena memiliki insidensi dan mortalitas yang tinggi. Kematian terutama disebabkan karena dehidrasi berat (Kemenkes, 2013).

Menurut Karimah dkk (2016), analisis ketepatan pengisian kode diagnosis pada dokumen rekam medis sangat penting karena apabila kode diagnosis tidak tepat/ tidak sesuai dengan ICD-10 maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan, dan ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan pasien. Hasil yang didapatkan dari observasi dokumen rekam medis di bagian unit rawat inap pada triwulan I tahun 2015 di RSD Balung Jember sebanyak 80 dokumen, terdapat penentuan kode dan diagnosis tidak tepat sebanyak 79% dokumen rekam medis penyakit *Gastroenteritis acute* angka ketepatan penentuan kode diagnosis penyakit yaitu sebanyak 21% dokumen rekam medis dengan penyakit *Gastroenteritis acute*. Dari hasil analisis yang menjadi penyebab masalah adalah ketepatan penulisan diagnosis yang mempengaruhi ketepatan kode, selain itu tidak pernahnya dilakukan sosialisasi kepada dokter dan petugas rekam medis terkait pengelolaan rekam medis.

Menurut Margawati (2014), ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* disebabkan oleh tenaga medis (dokter) karena kurang tepat dalam pemberian diagnosisnya serta tenaga perekam medis (*coder*) karena kurang teliti dalam mengkode. Persentase ketidakakuratan sebanyak 41,26% dan keakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* adalah sebanyak 58,74%. Ketidakakuratan tersebut disebabkan oleh tenaga medis (dokter) adalah sebanyak 81,25% dan tenaga perekam medis (*coder*) sebanyak 18,28%. Menurut Susanti (2014), ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* disebabkan oleh kesalahan penulisan kode, tidak ditulisnya kode diagnosis, serta salah pemilihan kode diagnosis. Persentase ketidakakuratan sebanyak 47,5% dan keakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* sebanyak 52,5%. Ketidakakuratan tersebut disebabkan karena kesalahan penulisan kode sebanyak 47,37%, tidak ditulis kode diagnosis sebanyak 7,02% serta salah pemilihan kode diagnosis sebanyak 45,61%.

Rumah Sakit Umum Assalam Gemolong yang terletak di Jl. Gatot Subroto KM 1,5 Kulon Palang Gemolong Sragen mencatat penyakit *Gastroenteritis acute* dalam peringkat pertama dalam daftar 10 besar penyakit

rawat inap tahun 2017. Peneliti telah melakukan analisis keakuratan terhadap 10 dokumen rekam medis rawat inap pasien *Gastroenteritis acute*, peneliti menemukan seluruh kode diagnosis *Gastroenteritis acute* yang tidak akurat. Berdasarkan survei pendahuluan ketidakakuratan disebabkan karena tidak dituliskannya kode pada kolom yang telah disediakan, kesalahan dalam penulisan diagnosis dengan tidak melihat hasil pemeriksaan laboratorium, serta tidak dispesifikasikan dengan karakter ke-4. Dari hasil survei pendahuluan, persentase ketidakakuratan sebesar 100%, sehingga dari data di atas peneliti melakukan penelitian dengan judul "Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis *Gastroenteritis acute* pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Assalam Gemolong Tahun 2017".

METODE

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk menggambarkan atau mendeskripsikan keadaan secara obyektif (Notoatmodjo, 2010). Penelitian deskriptif dalam penulisan ini yang dilakukan untuk menjelaskan keakuratan kode diagnosis dan faktor-faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSUD Assalam Gemolong. Jenis rancangan (pendekatan) yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan retrospektif yaitu penelitian yang berusaha melihat ke belakang (*backward looking*), artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi (Notoatmodjo, 2010). Peneliti membuka dokumen rekam medis pasien rawat inap tahun 2017 untuk diteliti keakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSUD Assalam Gemolong.

Variabel adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Variabel dalam penelitian tersebut antara lain:

1. Persentase keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* dengan infeksi

Gastroenteritis acute dengan Infeksi adalah peradangan pada mukosa lambung dan usus halus yang menyebabkan pengeluaran tinja yang berbentuk cair atau setengah cair disebabkan karena infeksi bakteri, parasit dan virus. Untuk mengetahui *Gastroenteritis acute* termasuk infeksi dapat melihat hasil laboratorium dengan melihat angka WBC (*White Blood Cell*), jika angka WBC lebih dari 10 maka termasuk *Gastroenteritis acute*.

- a. Jumlah dokumen yang akurat dibagi seluruh dokumen yang diteliti dikali 100% dengan cara sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah dokumen akurat}}{\text{jumlah dokumen yang teliti}} \# 100\%$$

- b. Jumlah dokumen yang tidak akurat dibagi seluruh dokumen yang diteliti dengan cara sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah dokumen tidak akurat}}{\text{jumlah dokumen yang teliti}} \# 100\%$$

2. Faktor-faktor yang berkaitan dengan ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute*

- Tenaga medis : penetapan diagnosis yang dapat dilihat dari perjalanan penyakit, anamnesis dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan.
- Tenaga rekam medis : ketepatan kode suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh dokter.
- Tenaga kesehatan lainnya : kelengkapan pengisian rekam medis

Populasi dalam penelitian ini dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSUD Assalam Gemolong Tahun 2017 yang berjumlah 146 dokumen rekam medis. Sampel yang diambil adalah sebanyak 146 dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis *Gastroenteritis acute*. Teknik pengambilan sampel ini adalah menggunakan sampel jenuh yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Saryono dan Anggraeni, 2013). Sumber data penelitian diperoleh dari data primer maupun sekunder. Data primer diperoleh secara langsung dengan melakukan observasi terhadap dokumen rekam medis untuk diagnosis *Gastroenteritis acute* dan melakukan

wawancara langsung dengan petugas *coding* dan kepala rekam medis tentang keadaan *coding* di Rumah Sakit Assalam Gemolong. Data sekunder diperoleh dari indeks penyakit, laporan atas morbiditas 10 besar penyakit, prof I rumah sakit dan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam pemberian kode diagnosis. Instrumen penelitian yang digunakan meliputi pedoman observasi, pedoman wawancara, *checklist* dan ICD-10. Data penelitian diolah dengan tahapan *collecting*, *editing*, *classification* dan penyajian data.

HASIL

1. Persentase Keakuratan dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis Acute

Persentase keakuratan dan ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis acute* Infeksi pada dokumen rekam medis rawat inap tahun 2017 di RSUD Assalam dapat dilihat pada Tabel 1 sebagai berikut :

Tabel 1. Persentase Keakuratan Dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis Acute

No	Hasil Analisis	Jumlah Dokumen	Persentase (%)
1.	Kode Akurat	0	0
2.	Kode Tidak akurat	146	100
Jumlah sampel		146	100

Adapun perincian ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 2. Persentase Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis acute

No	Penyebab Ketidakakuratan	Jumlah Dokumen	Persentase (%)
1.	Salah kode	53	36,3
2.	Kurang pemberian karakter ke empat atau tidak spesifik	61	41,78
3.	Tidak diberi kode	32	21,92
Jumlah		146	100

Ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis Acute* pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Assalam Gemolong tahun 2017 dapat dilihat pada rincian berikut :

- a. Kesalahan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis
Ketidakakuratan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis sebanyak 36,3 % atau 53 dokumen dari 146 dokumen yang tidak akurat. Ketidakakuratan kode diagnosis berdasarkan kesalahan dalam pemberian kode diagnosis dengan kode rumah sakit A09, sedangkan kode yang digunakan oleh peneliti adalah K52.9. Hal tersebut tidak akurat karena dalam hasil Laboratorium terdapat WBC yang masih normal (5-10) sehingga termasuk GEA Non-infeksi dengan kode kode yang tepat yaitu K52.9.

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* berdasarkan Kesalahan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis terjadi pada diagnosis *gastroenteritis acute*, dengan kode rumah sakit A09 dan kode penulis K52.9
- b. Penulisan kode yang tidak disertai karakter keempat atau tidak spesifik
Ketidakakuratan kode diagnosis *gastroenteritis acute* karena kurang disertai karakter keempat sebanyak atau 61 dokumen dari 146 dokumen yang tidak akurat, hal ini dapat dilihat pada Tabel berikut:

Tabel 3. Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis acute Berdasarkan Kode Yang Tidak Disertai Karakter Keempat

No	Diagnosis	Jumlah Dokumen	Kode Diagnosis				Keterangan
			RS	Peneliti	A	TA	
1	GEA	60	A09	A09.9			Tidak akurat, karena kode di rumah sakit belum dispesif kasikan dengan karakter ke 4.
2	GEA	1	A09	A09.0			Tidak akurat, karena kode di rumah sakit belum dispesif kasikan dengan karakter ke 4 serta dijelaskan <i>gastroenteritis acute</i> disertai dengan perdarahan.

Berdasarkan data di atas ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* dengan penulisan kode tidak disertai karakter keempat kasus terbanyak yaitu dokumen dengan diagnosis *gastroenteritis acute unspecified* dengan kode rumah sakit A09 dan kode penulis A09.9 sebanyak 60 dokumen serta dokumen dengan diagnosis *gastroenteritis acute unspecified* lainnya yang disertai perdarahan dengan kode rumah sakit A09 dan kode penulis A09.0 sebanyak 1 dokumen.

c. Tidak ada pemberian kode

Ketidakakuratan kode diagnosis *gastroenteritis acute* karena tidak ada pemberian kode pada lembar masuk dan keluar sebanyak atau 31 dokumen dari 146 dokumen yang tidak akurat, hal ini dapat dilihat pada Tabel 4.4 berikut:

Tabel 4. Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis acute Berdasarkan Tidak Adanya Kode

No	Diagnosis	Jumlah Dokumen	Kode Diagnosis				Keterangan
			RS	Peneliti	A	TA	
1	GEA	14	-	A09.9			Tidak akurat, karena pada Lembar Masuk dan Keluar tidak dikode.
2	GEA	17	-	K52.9			Tidak Akurat, karena pada Lembar Masuk dan Keluar tidak dikode dalam hasil Laboratorium terdapat WBC yang masih normal (5-10) sehingga kode yang tepat yaitu K52.9
3	GEA	1	-	P78.3			Tidak akurat, karena pada Lembar Masuk dan Keluar tidak dikode serta pasien berumur 7 hari sehingga kode yang tepat adalah P78.3

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* karena tidak dikode yaitu *gastroenteritis acute* non-infeksi (K52.9) sebanyak 17 dokumen, *gastroenteritis acute* (A09.9) sebanyak 14 dokumen seta dokumen dengan diagnosis *gastroenteritis acute* pada bayi baru lahir (P78.3) sebanyak 1 dokumen.

2. Faktor-Faktor yang Berkaitan dengan Ketidakakuratan Kode Diagnosis Gastroenteritis Acute

a. Faktor Tenaga Medis

Ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis* di RSUD Assalam Gemolong dipengaruhi karena tulisan dokter yang kurang jelas, ini menyebabkan petugas koding sulit membaca diagnosis sehingga menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSUD Assalam Gemolong. Diagnosis yang salah atau tulisan yang tidak bisa dibaca merupakan awal dari penulisan kode yang salah serta tidak dituliskannya diagnosis pada lembar masuk keluar yang menyebabkan *coder* tidak dapat menuliskan kode penyakit.

b. Tenaga Rekam Medis

Seorang *coder* sebagai pemberi kode bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh seorang dokter. Ketidakakuratan kode diagnosis *Gastroenteritis acute* di RSUD Assalam Gemolong dipengaruhi karena petugas koding kurang teliti dalam memberikan kode. Ketidaktelitian dalam memberikan kode diagnosis dapat dibagi menjadi beberapa faktor :

- 1) Kurang teliti dalam pemberian kode diagnosis, misalnya : pasien dengan diagnosis *Gastroenteritis acute* infeksi diberi kode A09, kode tersebut tidak akurat karena tidak disertai dengan karakter ke empat karena masih menggunakan ICD-10 yang belum *ter-update*.
- 2) Petugas *coder* dalam memberikan kode penyakit hanya melihat pada lembar masuk keluar saja, seharusnya petugas koding dalam memberikan kode penyakit harus melihat lembar rekam medis lainnya seperti lembar anamnesis, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang untuk menghasilkan diagnosis akhir yang tepat sehingga kode yang dihasilkan akurat.
- 3) Petugas *coder* menggunakan buku pintar dalam proses pengkodean yang menyebabkan kode yang dihasilkan tidak akurat sesuai dengan ICD-10.

c. Tenaga Kesehatan Lainnya

Tenaga kesehatan lainnya yang mempengaruhi dalam penetapan kode diagnosis yang akurat yaitu petugas Laboratorium terkadang tidak menambahkan hasil laboratorium pada dokumen rekam medis. Sehingga petugas *coding* tidak bisa melihat hasil laboratorium pada WBC/ angka leukositnya untuk melihat apakah termasuk *Gastroenteritis Acute* Infeksi atau *Gastroenteritis Acute* Non-Infeksi.

PEMBAHASAN

1. Persentase Keakuratan dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis *Gastroenteritis Acute*

a. Kesalahan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis

Salah satu penyebab ketidakakuratan kode pada diagnosis *gastroenteritis acute* yaitu kesalahan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis terjadi pada diagnosis *gastroenteritis acute* sebanyak 53 dokumen, petugas koding memberi kode A09. Sedangkan penulis mengkode K52.9. Ketidakakuratan kode yang tidak sesuai dengan diagnosis dikarenakan tenaga medis atau dokter yang menuliskan diagnosis tidak jelas dengan bahasa yang hanya dimengerti tenaga medis atau dokter saja serta petugas koding yang kurang teliti dalam menganalisis dokumen rekam medis. Dokter bertanggung jawab menuliskan diagnosis secara jelas dan mudah dibaca sehingga mudah di pahami oleh *coder* serta penulisannya harus lengkap dan jelas spesifik. Selain itu, *coder* sebaiknya lebih teliti dalam menganalisis lembar formulir dokumen rekam medis diantaranya seperti pada lembar anamnesis, hasil laboratorium, serta resume medis. Hal ini sesuai dengan penelitian Karimah dkk (2016) yang menyatakan bahwa banyaknya ketidaktepatan kode diagnosis *gastroenteritis acute* disebabkan oleh proses pengkodean oleh *coder* yang hanya melihat diagnosis utama, tanpa melihat anamnesis, pemeriksaan penunjang pasien. Dampak yang terjadi apabila penulisan kode diagnosis tidak tepat maka dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di rumah sakit serta mempengaruhi data, informasi laporan dan ketepatan tarif INA CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan rumah sakit. Tarif INA CBG's untuk kasus infeksi dan non-infeksi berbeda karena sesuai peraturan yang ditetapkan oleh Permenkes No. 52 Tahun 2016 bahwa diagnosis *Gastroenteritis acute* infeksi lebih besar pembiayaannya dibandingkan *Gastroenteritis acute* kasus non-infeksi.

b. *Penulisan Kode yang Tidak Disertai Karakter Keempat atau Tidak Spesifik*

Ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis acute* berdasarkan penulisan kode tidak disertai karakter keempat sebanyak 61 kasus dari 146 dokumen yang tidak akurat yaitu dokumen dengan diagnosis *gastroenteritis acute, unspecified* dengan kode rumah sakit A09 dan kode penulis A09.9 hal ini karena dalam lembar diagnosis tertera tanpa adanya komplikasi kemudian kasus kedua adalah *gastroenteritis acute* infeksi dengan perdarahan dan kode rumah sakit A09 dan kode penulis A09.0 karena pada lembar anamnesis dijelaskan bahwa Buang Air Besar disertai darah.

Ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *gastroenteritis acute* berdasarkan penulisan kode tidak disertai karakter keempat ini disebabkan karena masih menggunakan ICD-10 versi 2010 yang belum ter-*update*. Penyebab lainnya juga disebabkan karena petugas koding yang kurang teliti dalam menganalisis dokumen rekam medis serta petugas koding menulis kode berdasarkan kebiasaan yang dilakukan dalam mengkode diagnosis penyakit *Gastroenteritis acute* cukup sampai dengan karakter ketiga tanpa menambahkan karakter keempatnya sehingga hal inilah yang mempengaruhi kode diagnosis menjadi tidak spesifik. Kode karakter keempat pada ICD-10 merupakan kode tambahan. Sesuai dengan aturan yang ada di dalam ICD-10 kode tambahan wajib untuk dicantumkan pada diagnosis utama.

c. *Tidak dikode*

Hal ini dikarenakan tidak adanya diagnosis penyakit pada lembar masuk keluar. Selain itu petugas lupa tidak menulis pada lembar masuk keluar melainkan hanya ditulis pada indeks penyakit. Adapun upaya yang dilakukan petugas yaitu memberikan kode penyakit pada lembar masuk keluar sebelum ditulis di indeks penyakit.

2. Faktor-Faktor yang Berkaitan dengan Ketidakakuratan Kode Diagnosis *Gastroenteritis Acute*

a. *Faktor Tenaga Medis*

Tenaga medis (dokter) sebagai pembuat rekam medis harus menetapkan diagnosis secara jelas, namun di RSUD Assalam Gemolong masih terdapat dokumen yang tidak terbaca secara jelas. Hal ini sesuai dengan penelitian Karimah dkk (2016) yang menyatakan bahwa ketepatan penulisan diagnosis penyakit yang ditentukan oleh tenaga medis harus tepat dan lengkap beserta tanda tangan dokter penanggung jawab pasien. Ketepatan diagnosis sangat ditentukan oleh tenaga medis, dalam hal ini sangat bergantung pada dokter sebagai penentu diagnosis karena hanya profesi dokter yang mempunyai hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis pasien. *Coder* sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas ketepatan kode diagnosis yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Oleh karena itu, untuk mengurangi ketidaktepatan pemberian kode diagnosis dikarenakan diagnosis yang tidak terbaca, karena penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban dan tanggung jawab tenaga medis yang memberikan perawatan pada pasien. Apabila ada hal yang kurang jelas, tenaga rekam medis mempunyai hak dan kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan tenaga medis yang bersangkutan.

b. *Faktor Tenaga Rekam Medis*

Tenaga rekam medis sebagai seorang *coder* bertanggungjawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang telah ditetapkan oleh tenaga medis atau dokter, sebelum memberikan kode penyakit *coder* harus mengkaji data rekam medis pasien untuk menemukan hal yang kurang jelas atau tidak lengkap. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Karimah dkk (2016), yang mengatakan bahwa proses *coding* ada beberapa kemungkinan yang dapat mempengaruhi hasil pengkodean dari *coder* yaitu bahwa penetapan diagnosis pasien merupakan hak, kewajiban dan tanggung jawab dokter yang memberikan perawatan pada pasien, dan *coder* tidak boleh mengubah (menambah atau mengurangi) diagnosis yang ada. Perkam medis bertanggung jawab atas ketepatan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh dokter. Apabila ada hal yang kurang jelas, perekam medis mempunyai hak dan kewajiban menanyakan atau berkomunikasi dengan dokter yang bersangkutan.

Berdasarkan hasil wawancara, *coder* di RSUD Assalam Gemolong bertugas mengkode dokumen rekam medis rawat inap dan rawat jalan. Dokumen rekam medis rawat inap yang dikode setiap hari rata-rata 20 dokumen. *Coder* hanya melihat pada lembar masuk keluar, sehingga dapat

terjadi ketidakakuratan antara diagnosis pada lembar masuk keluar dengan lembar anamnesis, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang untuk menghasilkan diagnosis akhir yang tepat sehingga kode yang dihasilkan akurat. Seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara diatas, petugas *coder* mengatakan bahwa belum pernah mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan rekam medis. Sedangkan salah satu kompetensi pendukung yang dimiliki perekam medis adalah menerapkan latihan bagi staf yang berkaitan dengan sistem data pelayanan kesehatan.

c. *Tenaga Kesehatan Lainnya*

Hasil pemeriksaan penunjang sangat penting untuk ditambahkan pada dokumen rekam medis untuk mendukung dalam penegakan diagnosis dokter serta penentuan kode diagnosis. Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas *coding* salah satu yang menyebabkan ketidakakuratan yaitu tidak ditambahkannya pemeriksaan penunjang yang menyebabkan petugas *coding* tidak bisa melihat hasil laboratorium pada WBC/ angka leukositnya untuk melihat apakah termasuk *Gastroenteritis Acute* Infeksi atau *Gastroenteritis Acute* Non-Infeksi.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Assalam Gemolong dapat diambil kesimpulan bahwa:

- a. Persentase ketidakakuratan kode diagnosis penyakit *Gastroenteritis acute* pada dokumen rekam medis rawat inap tahun 2017 di RSUD Assalam Gemolong adalah sebesar 100% atau sebanyak 146 dokumen rekam medis. Ketidakakuratan kode diklasifikasikan menjadi 3 yaitu kesalahan dalam pemberian kode sebanyak 53 dokumen dengan persentase 36,3 %, tidak dispesifikasikan dengan karakter keempat sebanyak 61 dokumen dengan persentase 41,78 % serta tidak dilakukan pengkodean sebanyak 32 dokumen dengan persentase 21,92%.
- b. Ketidakakuratan kode penyakit tersebut disebabkan 3 faktor yaitu faktor tenaga medis atau dokter, faktor tenaga rekam medis atau petugas *coding* dan faktor tenaga lainnya yaitu perawat. Faktor tenaga medis yaitu dokter diketahui bahwa tulisan dokter tersebut sulit untuk dibaca, dan terkadang dokter lupa menuliskan diagnosis. Sedangkan dari faktor tenaga rekam medis yaitu petugas *coding* diketahui bahwa petugas *coding* kesulitan dalam membaca tulisan dokter, selain itu petugas *coding* tidak meninjau ulang pada lembar anamnesis, perjalanan penyakit, pemeriksaan penunjang serta dalam proses pengkodean menggunakan ICD-10 versi 2010 yang belum *ter-update* yang menyebabkan kode yang diberikan menjadi tidak spesifik dan penggunaan buku pintar dalam proses pengkodean menyebabkan kode yang dihasilkan tidak akurat sesuai dengan ICD-10. Untuk faktor tenaga lainnya berpengaruh pada penetapan kode diagnosis karena tidak menambahkan pemeriksaan penunjang.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Dirjen Yanmed. Departmen Kesehatan RI. Jakarta.
- Firdaus, S.U. 2012. *Rekam Medik dalam Sorotan Hukum dan Etika*. Lembaga Pengembangan dan Pendidikan (LPP) UNS dan UPT Penerbitan dan Pencetakan UNS (UNS Press). Surakarta
- Hatta, G.R. 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Revisi Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis/Medical Record Rumah Sakit (1991) dan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia (1994, 1997)*
- Karimah, N.K., Setiawan, D dan Nurmalia, P.S. 2016. Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit *Gastroenteritis acute* Berdasarkan dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Balung Jember. *Journal of Agromedicine ang Medical Series*. 2 (2); 12-17
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Data dan Informasi Prof I Kesehatan Indonesia.

- Margawati, R. 2014. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosa Gastroenteritis acute pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Anak Astrini Wonogiri Tahun 2014*. KTI. Surakarta, APIKES Citra Medika Surakarta.
- Menteri Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan. Jakarta.
- Menteri Kesehatan RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/ MENKES/ PER/ III/ 2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Saryono dan Anggraeni M.D. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Susanti, S. 2014. *Tinjauan Keakuratan Kode Diagnosis Utama Gastroenteritis acute pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Berdasarkan ICD-10 di Rumah Sakit Islam Amal Sehat Sragen tahun 2014*. KTI. Surakarta, APIKES Citra Medika Surakarta.
- Tanto, C., Liwang, F., Hanifati, S., Pradipta, E.A. 2014. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jilid1. Fakultas Kedokteran UI. Jakarta : Media Aesculapius
- Republik Indonesia. 2004. Undang-undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- WHO. 2010. *International Statistical Classification Of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision volume 1, 2 dan 3*. Geneva.

DESAIN ANTARMUKA SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PUSKESMAS

¹Yunita Wisda Tumarta Arif, ²Andika Bayu Saputra

¹ Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, yunita_wisda@udb.ac.id

² Fakultas Teknik dan Teknologi Informasi, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, andika@unjaya.ac.id

ABSTRAK

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014). Untuk itu diperlukan sebuah manajemen pelayanan yang baik di setiap Puskessam. Beberapa puskesmas dikota yang sudah maju sudah didukung dengan manajemen pelayanan yang memuaskan namun di beberapa daerah dipinggir kota masih perlu dibenahi. Untuk membantu manajemen pelayanan Puskesmas, maka diperlukan sebuah sistem informasi manajemen puskesmas (SIMPUS). Tujuan dari penelitian ini adalah membuat desain antarmuka SIMPUS, yang merupakan sebuah sistem berbasis website yang meliputi data pasien dan petugas, registrasi, pemeriksaan, rekam medis dan laporan yang diperlukan. Dengan adanya sistem ini diharapkan dapat dimanfaatkan beberapa puskesmas yang membutuhkan sistem yang terkomputerisasi.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini dengan metode rancangan bangun dengan pendekatan waterfall, kemudian dalam pembuatan sistem menggunakan framework CodeIgniter dengan database My SQL. Hasil dari penelitian ini adalah sebuah sistem informasi manajemen puskesmas yang terkomputerisasi. Sistem ini dapat bekerja dengan baik karena tidak ada error sistem, serta penyimpanan data dan pengambilan data pada sistem bisa berjalan dengan cepat.

Kata kunci: Puskesmas, Sistem, Manajemen

ABSTRACT

The Public Health Center, hereinafter referred to as the Puskesmas, is a health service facility that organizes first-rate public health and individual health efforts by prioritizing promotive and preventive efforts to achieve the highest level of public health in its working area (Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 75 Year 2014). For this reason, a good service management is needed at every Puskessam. Some health centers in developed cities have been supported by satisfactory service management but in some areas on the edge of the city still need to be addressed. To help manage Puskesmas services, a Puskesmas management information system (SIMPUS) is needed. The purpose of this study is to design the SIMPUS interface, which is a website-based system that includes patient data and staff, registration, examination, medical records and reports needed. With the existence of this system, it is expected that several health centers can be utilized which need a computerized system.

The method used in this study with the design method built with the waterfall approach, then in making the system using the CodeIgniter framework with the My SQL database. The results of this study are a computerized health center management information system. This system can work well because there is no system error, and data storage and data retrieval on the system can run quickly.

Keywords: Puskesmas, System, Management

PEDAHULUAN

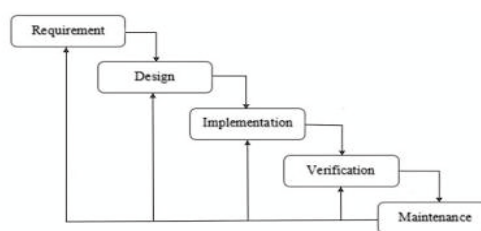
Sistem informasi Manajemen dapat didefinisikan sebagai sekumpulan sub sistem yang saling berhubungan, berkumpul bersama – sama dan membentuk satu kesatuan, saling berinteraksi dan bekerja sama antara bagian satu dengan yang lainnya dengan cara – cara tertentu untuk melakukan fungsi pengolahan data, menerima masukan (*input*) berupa data-data, kemudian mengolahnya (*processing*), dan menghasilkan keluaran (*output*) berupa informasi sebagai dasar bagi pengambilan keputusan yang berguna dan mempunyai nilai nyata yang dapat dirasakan akibatnya baik pada saat itu juga maupun di masa mendatang, mendukung kegiatan operasional, manajerial, dan strategis organisasi, dengan memanfaatkan berbagai sumber daya yang ada dan tersedia sebagai fungsi tersebut guna mencapai tujuan.(Sutanto,2003 : 19)

Sistem informasi dalam bidang kesehatan sudah berkembang pesat. Berbagai sistem informasi dikembangkan guna membantu para praktisi dalam proses manajemen. Salah satu sarana kesehatan yang menjadi tujuan masyarakat berobat adalah PUSKESMAS. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 menerangkan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Dengan peran Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama, maka minat masyarakat untuk datang berobat ke Puskesmas cukup tinggi.

Di beberapa kesempatan, peneliti melihat langsung proses pasien berobat ke Puskesmas dimana untuk mendaftar saja membutuhkan waktu yang cukup lama. Masyarakat yang datang dengan kondisi sakit pastinya ingin segera mendapatkan penanganan, namun dengan proses pendaftaran saja yang membutuhkan waktu cukup lama maka puskesmas tersebut masih kurang efektif dan efisien. Salah satu faktor penyebab kegiatan pelayanan penerimaan pasien di beberapa puskesmas dilakukan secara manual, hal ini mengakibatkan proses kegiatan pelayanan membutuhkan waktu yang lama. Terutama pada saat proses pencarian nomor rekam medis pasien yang tidak membawa kartu berobat(Cristianti:2016). Pada Undang – Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dijelaskan bahwa untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan yang diselenggarakan melalui sistem informasi kesehatan dan lintas sektor. Sehingga peneliti tertarik untuk mengembangkan sistem informasi manajemen puskesmas (SIMPUS) berbasis Web.

METODE PENELITIAN

Rekayasa perangkat lunak dalam penelitian ini menggunakan metode rancangan bangun dengan model waterfall. Model waterfall adalah model yang mempunyai struktur yang dimulai dari tahapan analisis, design, implementasi desain, pengujian sistem, dan pemeliharaan. Dengan Model waterfall proses pembangunan sistem menjadi lebih teratur dan kebutuhan akan data dapat direncanakan dan dipersiapkan. (Yurindra:2012:42).



Gambar 1. Model waterfall. (Sumber: Yurindra 2012:42)

1. Requirement Analysis

Seluruh kebutuhan sistem didapat pada tahap ini. Informasi ini didapat dengan wawancara, diskusi dan literatur. Informasi yang didapatkan sebagai kebutuhan peneliti untuk ke tahap selanjutnya

2. System Design

Tahap desain sistem dimana dapat digambarkan dari data yang sudah diperoleh dari tahap analisis. Tahap desain berupa rancangan antarmuka dan rancangan basis data sistem.

3. Implementation

Pada tahap ini dilakukan pembangunan sistem dengan menggunakan framework CodeIgniter, sebuah framework PHP yang bersifat open source yang mudah digunakan oleh programmer yang ingin membangun sistem berbasis web dengan diawali beberapa modul terpisah. Dan diimplementasikan apakah terjadi kesalahan pada proses sistem atau tidak. Untuk penyimpanan data dalam sistem, peneliti menggunakan My SQL yang merupakan server data base yang multi-user.

4. Verification

Seluruh modul yang dikembangkan dalam tahap implementasi diintegrasikan ke dalam sistem setelah pengujian yang dilakukan masing-masing modul. Setelah integrasi seluruh sistem diuji untuk mengecek kembali setiap kegagalan maupun kesalahan .

5. Maintenance

Tahap akhir dalam model waterfall. Perangkat lunak yang sudah jadi, dijalankan serta dilakukan pemeliharaan. Pemeliharaan termasuk dalam memperbaiki kesalahan yang tidak ditemukan pada langkah sebelumnya. Perbaikan implementasi sistem dan peningkatan jasa sistem sebagai kebutuhan baru.

HASIL

1. Tahapan Analisis

Hasil pada tahapan analisis, didapatkan kebutuhan sistem yang akan dibangun. Dalam tahapan analisis peneliti memperoleh data melalui wawancara, survey atau diskusi dengan beberapa Puskesmas. Hasil dari tahapan ini adalah beberapa kebutuhan menu sistem terdiri dari:

1. Pengolahan data termasuk data petugas, dokter, poli, pasien, diagnosa penyakit dan jenis pasien yang datang ke Puskesmas.
2. Register, termasuk daftar register pasien dan form entri data pasien.
3. Pemeriksaan, memasukkan hasil pemeriksaan pasien ke dalam sistem dan daftar pemeriksaan.
4. Rekam medis, meliputi daftar rekam medis pasien Puskesmas
5. Laporan, laporan yang dapat dicetak oleh pengguna meliputi laporan rekam medis dan pemeriksaan.

Pada sistem ini, tidak semua pengguna mendapatkan hak akses, ada batasan-batasan hak akses sistem. Pengguna yang dapat login ke dalam sistem adalah administrator dan petugas. Pada pengguna petugas dapat melakukan pengolahan data dan laporan. Pengguna administrator dapat merubah menu pada sistem.

2. Tahapan Desain

Tahap ini bertujuan untuk memberikan gambaran bagaimana arsitektur sistem yang akan dibangun. Berikut beberapa rancangan antarmuka sistem:

1. Rancangan antar muka login



Gambar 2. Rancangan antar muka login

2. Rancangan antarmuka pengolahan data

SIM Pus	Pengolahan data register pemeriksaan
Entri data	Daftar data

Gambar 3. Rancangan antarmuka pengolahan data

3. Rancangan antar muka rekam medis

<u>Sim Pus</u>	<u>Pencarian</u>
<u>Daftar nama pasien dan rekam medis</u>	

Gambar 4 Rancangan antar muka rekam medis

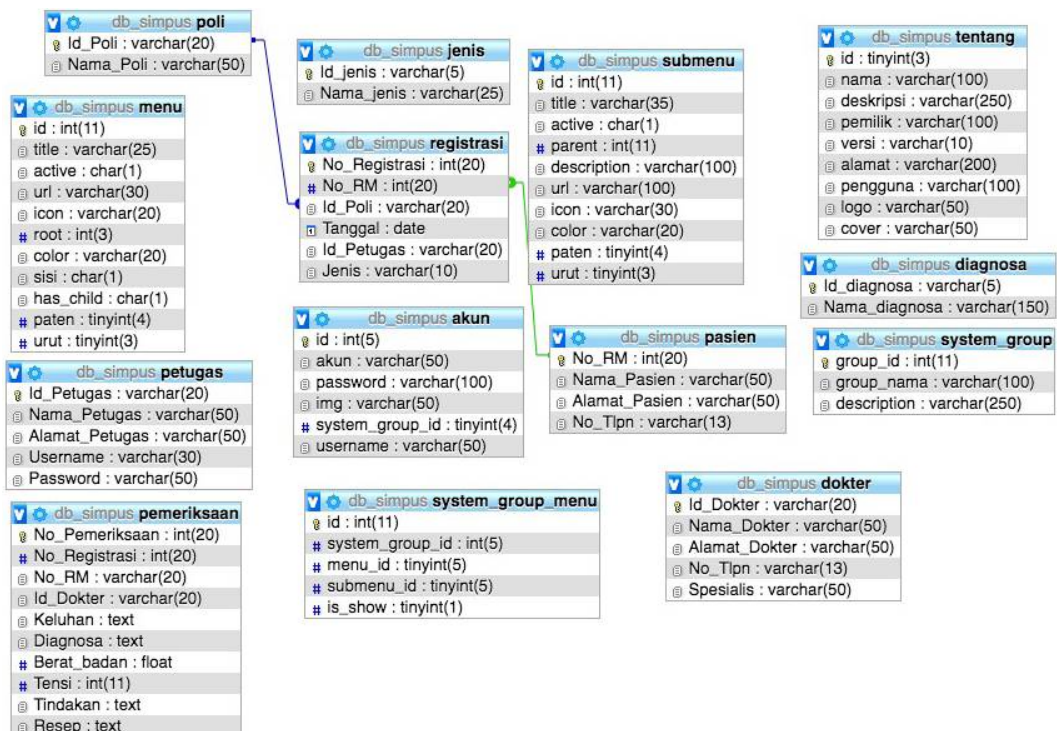
4. Rancangan antarmuka lapora

<u>Sim pus</u>	
<u>Masukkan pencarian</u>	
cetak	
<u>Daftar pencarian</u>	

Gambar 5 Rancangan antarmuka laporan

5. Desain basis data

Desain basis data untuk Sistem informasi manajemen Puskesmas seperti pada gambar 6 desain basis data sebagai berikut:



Gambar 6 desain basis data

Pada gambar 6 desain basis data terdapat 14 tabel antara lain tabel poli, tabel menu, tabel petugas, tabel pemeriksaan, tabel jenis, tabel registrasi, tabel akun, tabel system group menu, tabel sub menu, tabel pasien, tabel dokter, tabel tentang tabel diagnosa dan tabel system group.

PEMBAHASAN

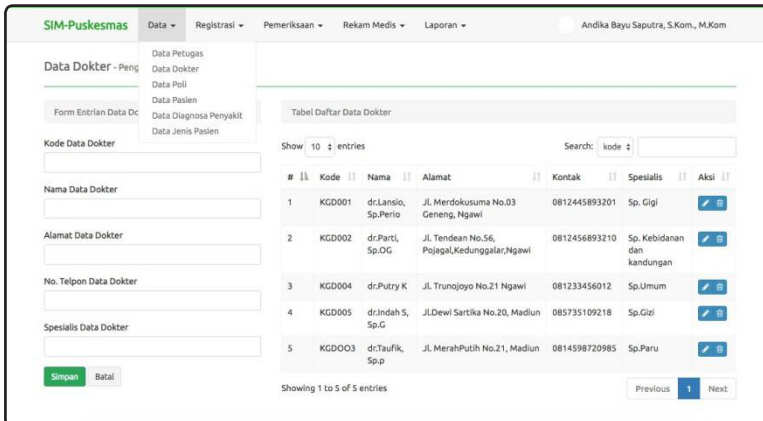
Dari Hasil penelitian dari penelitian ini adalah sebuah sistem informasi manajemen Puskesmas berbasis Web yang dapat diterapkan dengan mudah dipuskesmas. Dengan berbasis website, pengguna dapat mengakses sistem ini di komputer masing-masing dengan aplikasi browser. Berikut antarmuka sistem informasi manajemen Puskesmas yang sudah sampai pada tahap pengujian sistem dan pemeliharaan:

1. Antarmuka halaman login



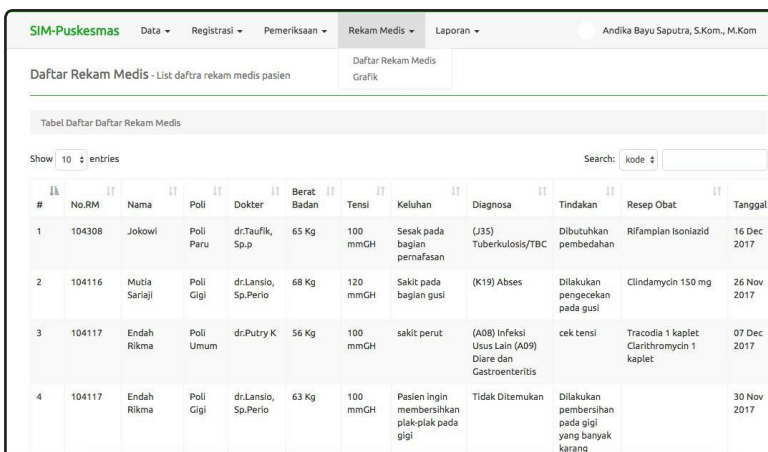
Gambar 7 halaman login

2. Antarmuka halaman pengolahan data



Gambar 8 halaman pengolahan data

3. Antarmuka halaman rekam medis



Gambar 9 Antarmuka halaman rekam medis

4. Antarmuka halaman laporan

The screenshot shows the 'Laporan Rekam Medis' page in the SIM-Puskesmas system. It features a navigation menu at the top with options like 'Data', 'Registrasi', 'Pemeriksaan', 'Rekam Medis', and 'Laporan'. The main content area is titled 'Laporan Rekam Medis - Laporan riwayat rekam medis pemeriksaan pasien'. Below this, there are input fields for patient details: 'No. Rekam Medis' (104133), 'Nama Pasien' (Ade Aprilia Fajar Putri), 'No. Telpun' (082198567342), and 'Alamat' (Jl. Jogorogo No.07, Ngawi). A 'Cetak' button is visible. At the bottom, a table titled 'Riwayat Rekam Medis Pasien' contains one entry for a visit on 01 Dec 2017 to Poli Paru, with a detailed complaint and a diagnosis of J20.

#	Tanggal Pemeriksaan	Poli	Dokter	Keluhan	Diagnosa	Tindakan
1	01 Dec 2017	Poli Paru	dr:Taufik, Sp.p	Batuk kering memiliki dahak yang warnanya kuning maupun hijau, demam, berkeringat dan juga tubuh terasa dingin.	J20	Dilakukan cek lab

Gambar 10 Antarmuka halaman laporan

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa:

- Sistem dibangun menggunakan metode waterfall dan framework CodeIgniter yang dapat mempermudah dalam pembangunan sistem.
- Sistem ini dapat digunakan untuk pengolahan data pasien dan rekam medis pasien, adapun laporan yang dihasilkan adalah laporan rekam medis dan pemeriksaan.
- Pencarian nomor rekam medis pasien menjadi lebih cepat, sehingga diharapkan dapat membantu kinerja Puskesmas menjadi lebih efektif dan efisien.
- Sistem dapat ini dapat bekerja dengan baik karena tidak ada error sistem, serta penyimpanan data dan pengambilan data pada sistem bisa berjalan dengan cepat.
- Sistem berbasis website sehingga dapat diakses dengan mudah oleh beberapa pengguna pada waktu yang sama.

DAFTAR PUSTAKA

- Christanti Novi Dwi , Rita Dian Pratiwi.2016. "*Analisis Penyebab Kegagalan Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (Simpus) dalam Penerimaan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen*". Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional) Vol. 1 No 1 – Oktober 2016 ISSN 2541-0644
- Kepmenkes Republik Indonesia. 2014. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 511 Tahun 2014 *Tentang Kebijakan dan Strategi Pengembangan SIKNAS*. DepKes.go.id.
- Permenkes Republik Indonesia. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 *Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat Puskesmas*
- Sutanto, Edhy. 2003. *Sistem Informasi Manajemen*. Graham Ilmu. Yogyakarta
- Yurindra S.Kom., M. T., FCCH. "*software engineering*". CV. Budi utama. Yogyakarta. 2012.

KEBUTUHAN DAN DESAIN RAK PENYIMPANAN DOKUMEN REKAM MEDIS BERDASARKAN ANTROPOMETRI PETUGAS FILING DI RSUI BANYUBENING BOYOLALI TAHUN 2018-2022

¹Nopita Cahyaningrum, ²Rony Tri Woko

¹Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa, nopita_cahya@udb.ac.id

²Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa,

ABSTRAK

Sarana pelayanan kesehatan salah satunya adalah RSUI Banyubening Boyolali. Rak penyimpanan DRM di RS cepat penuh karena rak yang ada hanya tersisa sedikit tempat untuk meletakkan DRM baru dan desain rak yang tidak sesuai antropometri petugas filing. Penelitian bertujuan untuk mengetahui kebutuhan dan desain rak penyimpanan dokumen rekam medis berdasarkan antropometri petugas filing di RSUI Banyubening Boyolali tahun 2018-2022.

Penelitian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Populasi yang diambil yaitu 14118 dokumen dengan sampel 100 DRM dan pengambilan sampel menggunakan systematic random sampling. Instrumen penelitian menggunakan pedoman observasi, pedoman wawancara, meteran, penggaris, buku tulis, bolpoin, kalkulator. Pengolahan data menggunakan tehnik collecting, editing, tabulasi dan penyajian data.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rak yang ada di Rumah Sakit sejumlah 4 rak dengan jenis rak terbuka dengan ukuran rak berbeda-beda. Rak A memiliki 24 sub, rak B 18 sub (2 rak), dan rak C 24 sub rak. Rata-rata tebal DRM 0,31 cm. Hasil perhitungan didapatkan prediksi kebutuhan rak penyimpanan DRM tahun 2018-2022 yaitu 18 rak dengan desain rak sesuai antropometri petugas filing meliputi; jangkauan tangan keatas, panjang depa.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah kebutuhan rak sebanyak 18 rak dan rak penyimpanan setelah didesain yaitu 150 cm x 90 cm x 189 cm. Sebaiknya dilakukan penambahan rak dengan desain rak sesuai antropometri petugas filing.

Kata kunci: kebutuhan rak, antropometri, desain rak penyimpanan

ABSTRACT

RSUI Banyubening Boyolali, as a public health facility, is in need for sufficient medical records storage cabinets. The cabinets currently available in this hospital are almost full. Another fact to consider is that the design of the cabinets does not match the anthropometry of the filing officers. The objective of this study is to find out the need and the design of medical records storage cabinet based on anthropometry of the filing officers in RSUI Banyubening Boyolali in 2018-2022 years.

This study is a descriptive study by implementing cross sectional approach. Data population is 14,118 documents and 100 medical records were taken as a sample. The sample was taken by implementing systematic random sampling technique. The instruments used in data collection were observation sheet, interview sheet, length tape, ruler, notebook, pen, and calculator. The steps in data analysis include collecting, editing, tabulating, and presenting data.

The result of this study shows that RSUI Banyubening Boyolali has four medical records storage cabinets. They are all open cabinets in some different sizes. Cabinet A has 24 shelves, Cabinet B has 18 shelves, and Cabinet C has 24 shelves. The thickness of medical record document is about 0.31 cm in average. Thus it can be calculated that 18 cabinets are needed to store medical records for years 2018-2022. Besides, the height and the length of the cabinets should meet the anthropometry of the filing officers.

This study concluded that 18 medical records storage cabinets, with 150 cm x 90 cm x 189 cm in size, are needed in this hospital. Furthermore, it is recommended to add more cabinets based on the anthropometry of the filing officers.

Keywords: need for cabinet, anthropometry, storage cabinet

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan pokok bagi masyarakat pada masa sekarang dan setiap orang berhak mendapatkan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Peningkatan mutu pembangunan sarana dan prasarana di bidang kesehatan sangat dibutuhkan oleh masyarakat terutama pada masyarakat kalangan bawah. Rumah sakit sebagai penyedia sarana kesehatan harus selalu memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Menurut Undang-undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan-pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan Rekam Medis hal ini telah diatur dalam Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 bab 1 pasal 1 dijelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Salah satu unit rekam medis yang menunjang dalam pelayanan rekam medis adalah ruang penyimpanan (*filing*). *Filing* adalah kegiatan menyimpan, penataan atau penyimpanan (*storage*) berkas rekam medis untuk mempermudah pengambilan kembali (*retrival*). Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 8 ayat 1, rekam medis rawat inpa wajib disimpan sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun sejak pasien berobat terakhir atau pulang dari berobat di rumah sakit. Pengambilan dokumen rekam medis dapat dipermudah apabila desain rak penyimpanan sesuai dengan antropometri petugas dan bentuk folder dokumen rekam medis. Menurut Rustiyanto dan Rahayu (2011:24), desain rak penyimpanan adalah kegiatan merancang rak penyimpanan dokumen rekam medis di pelayanan kesehatan.

Desain rak penyimpanan yang sesuai dengan data antropometri petugas dapat memudahkan petugas dalam melakukan pengambilan maupun penyimpanan Dokumen Rekam Medis (DRM). Hal ini juga dapat menekan beban kerja petugas *filing* dalam mengambil dan mengembalikan DRM dan juga dapat mengurangi kecelakaan kerja yang terjadi apabila desain rak penyimpanan sesuai dengan antropometri petugas. Menurut Tarwaka (2015:22), antropometri adalah suatu studi tentang pengukuran yang sistematis dari fisik tubuh manusia, terutama mengenai dimensi bentuk dan ukuran tubuh yang dapat digunakan dalam klasifikasi dan perbandingan antropologis. Pengukuran antropometri petugas meliputi; jangkauan tangan keatas, diukur dari titik pegangan tangan petugas pada posisi vertikal ke telapak kaki digunakan untuk tinggi rak; panjang depa, diukur dari jarak dari ujung jari tangan kanan dan tangan kiri petugas pada posisi horizontal digunakan untuk panjang rak. Antropometri sangat penting untuk petugas *filing* terutama dalam hal kenyamanan dalam pengambilan DRM pada rak, rak penyimpanan yang sesuai dengan antropometri petugas membuat petugas menjadi mudah dan cepat dalam pelayanan pengambilan DRM.

Berdasarkan survei pendahuluan di RSUI Banyubening Boyolali mempunyai rak penyimpanan sejumlah 4 rak dengan rak terbuka, 3 rak terbuat dari besi dan 1 rak terbuat dari kayu dengan ukuran yang berbeda-beda. Rak penyimpanan yang digunakan petugas terlalu tinggi sehingga membuat petugas dalam mengambil dan mengembalikan DRM harus menggunakan alat bantu seperti kursi, dan dapat menyebabkan terjadinya kecelakaan kerja. Jarak antar rak juga terlalu sempit sehingga dalam membuat petugas dalam pengambilan DRM di tempat yang sama harus bergantian. Hal ini mempengaruhi saat pengambilan dan pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap dan rawat jalan mengalami kesulitan.

Dari uraian tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Kebutuhan Rak Dokumen Rekam Medis dan Desain Rak Berdasarkan Antropometri Petugas *Filing* Di RSUI Banyubening Boyolali Tahun 2018-2022".

METODE

Penelitian ini menggunakan analisis penelitian deskriptif. Jenis pendekatan dilakukan dengan pendekatan *cross sectional*. (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh DRM pasien baru tahun 2015-2017 yang berjumlah 14118 DRM, 6 petugas *f ling* dan rak penyimpanan. Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik *systematic random sampling* dengan jumlah sampel 100 DRM. (Notoatmodjo, 2010). Variabel penelitian ini adalah Jumlah DRM pasien baru tahun 2015-2017, Rata-rata ketebalan DR, Ukuran map DRM, Jumlah dan ukuran rak penyimpanan DRM, Panjang pengarsipan DRM, Antropometri petugas *f ling*, Prediksi jumlah kebutuhan rak penyimpanan DRM, Desain rak penyimpanan DRM. (Notoatmodjo, 2010) Teknik Pengumpulan Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dan wawancara. Observasi dilakukan di bagian *f ling* di RSUI Banyubening Boyolali untuk memperoleh data ketebalan DRM, ukuran rak, antropometri petugas. Sedangkan wawancara dilakukan secara langsung terhadap kepala rekam medis dan kepada 6 petugas *f ling* di RSUI Banyubening Boyolali untuk mendapatkan informasi mengenai pelaksanaan rekam medis di bagian *f ling*. (Notoatmodjo, 2010)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah Dokumen Rekam Medis (DRM) Pasien Baru di RSUI Banyubening Boyolali Tahun 2015-2017

Jumlah DRM pasien baru di RSUI Banyubening Boyolali tahun 2015-2017 yang digunakan untuk memperoleh prediksi penambahan DRM pada tahun 2018-2022 adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Tabel DRM Pasien Baru di RSUI Banyubening Boyolali

No	Tahun	Jumlah
1	2015	3879
2	2016	4122
3	2017	6117

Berdasarkan data rekapitulasi kunjungan pasien di RSUI Banyubening Boyolali didapat jumlah pasien baru tahun 2015-2017 setiap tahunnya mengalami peningkatan. Peningkatan jumlah pasien baru setiap tahunnya juga mempengaruhi jumlah dokumen rekam medis. Jumlah dokumen rekam medis pasien baru pada tahun 2015 sebanyak 3879 dokumen, tahun 2016 sebanyak 4122 dokumen dan pada tahun 2017 sebanyak 6117 dokumen.

Rata-rata Ketebalan Dokumen Rekam Medis di RSUI Banyubening Boyolali

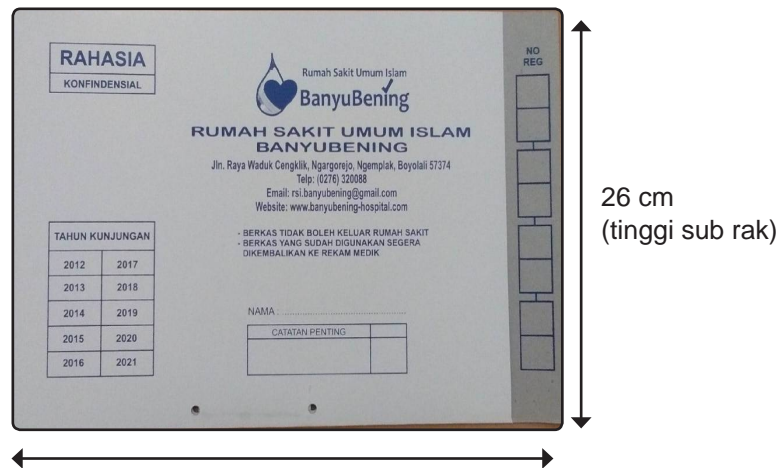
Ukuran tebal DRM diperoleh dari 100 sampel DRM pasien baru tahun 2015-2017. Pengambilan sampel menggunakan teknik *systematic random sampling* dengan membagi jumlah atau anggota populasi dengan jumlah perkiraan sampel yang diinginkan dan hasilnya adalah interval sampel. Pengukuran sampel dilakukan dengan cara mengukur ketebalan masing-masing DRM dengan menggunakan alat ukur berupa penggaris. Total ketebalan dari 100 DRM adalah 31,93 cm.

$$\begin{aligned} \text{Rata-rata tebal dokumen} &= \frac{\text{Jumlah tebal DRM}}{\text{Jumlah sampel}} = \frac{31,93}{100} \\ &= 0,31\text{cm} \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan diatas, maka untuk rata-rata ketebalan DRM adalah 0.31 cm.

Ukuran Map Dokumen Rekam Medis di RSUI Banyubening Boyolali

Dokumen rekam medis di RSUI Banyubening Boyolali disimpan menggunakan map atau *folder* terbuat dari jenis *snelhecter folio* yang memungkinkan mudah terjadi kerusakan secara fisik seperti map DRM mudah melengkung dan sobek. Panjang map DRM yaitu di ukur dari sisi bawah map sampai atas map DRM dan lebar map DRM diukur dari sisi kanan sampai dengan sisi kiri DRM. Ukuran map DRM memiliki panjang map 40 cm yang akan digunakan untuk mendesain lebar sub rak dan lebar map 26 cm yang digunakan untuk mendesain tinggi sub rak. Map DRM yang diletakkan ke dalam rak penyimpanan diletakkan dengan posisi *landscape*.



Gambar 1 Map Dokumen Rekam Medis RSUI Banyubening Boyolali

Ukuran Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis di RSUI Banyubening Boyolali

Rak penyimpanan DRM di RSUI Banyubening Boyolali memiliki 4 jenis rak terbuka. Pengukuran dilakukan dengan cara mengukur masing-masing rak penyimpanan dengan menggunakan alat ukur adalah meteran. Sekat tidak termasuk dalam pengukuran yang digunakan dalam perhitungan. Berikut merupakan ukuran rak penyimpanan DRM di RSUI Banyubening Boyolali.

Tabel 2 Ukuran Rak Penyimpanan DRM di RSUI Banyubening Boyolali

Jenis	Ukuran	Jumlah	Sisi	Panjang (cm)	Lebar (cm)	Tinggi (cm)
Rak A	Rak	1	1	230	40	220
	Sub rak	24	1	55	40	33
Rak B	Rak	2	1	303	42	240
	Sub rak	18	1	100	42	37
Rak C	Rak	1	1	402	42	240
	Sub rak	24	1	100	42	37

Panjang Pengarsipan Rak Penyimpanan DRM di RSUI Banyubening Boyolali

Rak penyimpanan DRM di RSUI Banyubening Boyolali memiliki 4 jenis rak dengan ukuran yang berbeda-beda. Kebutuhan rak penyimpanan lima tahun yang akan datang untuk dapat diketahui maka dibutuhkan penghitungan panjang pengarsipan dokumen rekam medis, untuk menghitung panjang pengarsipan (PP) menggunakan rumus sebagai berikut :

Tabel 3 Panjang Pengarsipan Satu Rak

Jenis rak	Panjang sub rak	Jumlah sub rak	Jumlah sisi rak	PP satu rak = panjang sub rak x jumlah sub rak x jumlah sisi
A	55 cm	24 sub	1	1320
B	100 cm	18 sub	1	1800
C	100 cm	24 sub	1	2400

Tabel 4 Panjang Pengarsipan yang Tersedia

Jenis rak	PP satu rak	Jumlah rak	PP yg tersedia = panjang pengarsipan satu rak x jumlah rak
A	1320	1	1320
B	1800	2	3200
C	2400	1	2400

Berdasarkan perhitungan panjang pengarsipan satu rak yang memiliki ukuran rak berbeda-beda diantaranya adalah panjang pengarsipan satu rak (A) adalah 1320 cm, panjang pengarsipan satu rak (B) adalah 1800 cm dan panjang pengarsipan rak (C) adalah 2400 cm.

$$\begin{aligned}\text{Total PP yang tersedia} &= \text{PP tersedia rak (A)} + \text{PP tersedia rak (B)} + \text{PP tersedia rak (C)} \\ &= 1320 + 3200 + 2400 \\ &= 6920 \text{ cm}\end{aligned}$$

Jumlah rak di RSUI Banyubening Boyolali memiliki 4 rak dengan ukuran panjang pengarsipan satu rak yang berbeda-beda, sehingga total panjang pengarsipan yang tersedia adalah 6920 cm, untuk mengetahui prediksi tahun 2018-2022 menggunakan panjang pengarsipan satu rak (D) sesuai dengan hasil pengukuran terhadap antropometri petugas *f ling*.

$$\begin{aligned}\text{PP satu rak (D)} &= \text{Panjang sub rak} \times \text{Jumlah sub rak} \times \text{Jumlah sisi} \\ &= 75 \times 10 \times 2 \\ &= 1500 \text{ cm}\end{aligned}$$

Kebutuhan Rak Penyimpanan DRM di RSUI Banyubening Boyolali 2018-2022

1. Prediksi Jumlah Pasien Baru RSUI Banyubening Boyolali Tahun 2018-2022

Jumlah dokumen rekam medis baru yang tersimpan di rak penyimpanan RSUI Banyubening Boyolali dari tahun 2015-2017 sebanyak 14118 dokumen. Penelitian ini adalah tinjauan kebutuhan rak sampai dengan tahun 2022, sehingga perlu adanya penambahan pasien sampai tahun 2022 Berikut merupakan perhitungan prediksi penambahan pasien sampai tahun 2022 :

Tabel 5 Perhitungan Prediksi Pertambahan Pasien Baru Tahun 2018-2022

Tahun	Jumlah DRM (y)	X	x ²	Xy
2015	3879	-1	1	-3879
2016	4122	0	0	0
2017	6117	1	1	6117
Jumlah	14118		2	2238

Rumus metode kuadrat terkecil yang digunakan untuk memprediksi pertambahan yaitu:

$$\begin{aligned}\text{Nilai a} &= \frac{\sum y}{n} & \text{Nilai b} &= \frac{\sum xy}{\sum x^2} \\ &= \frac{14118}{3} & &= \frac{2238}{2} \\ &= 4706 & &= 1119\end{aligned}$$

Selanjutnya prediksi pertambahan dokumen rekam medis pasien baru dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6 Prediksi Pertambahan Dokumen Rekam Medis Baru Tahun 2018-2022

Tahun	Y= a + bx	Hasil
2018	Y= 4706 + 1119 (2)	6944
2019	Y= 4706 + 1119 (3)	8063
2020	Y= 4706 + 1119 (4)	9182
2021	Y= 4706 + 1119 (5)	10301
2022	Y= 4706 + 1119 (6)	11420

Berdasarkan hasil perhitungan prediksi pertambahan pasien baru 2018-2022 diatas berjumlah 11420 pasien diantaranya pada tahun 2018 adalah 6944 pasien, 2019 adalah 8063 pasien, 2020 adalah 9182 pasien, 2021 adalah 10301 pasien dan 2022 adalah 11420 pasien.

2. Perhitungan Kebutuhan Rak Penyimpanan DRM RSUI Banyubening Boyolali Tahun 2018-2022

Berikut merupakan tabel kebutuhan rak penyimpanan DRM di RSUI Banyubening Boyolali tahun 2018-2022:

Tabel 7 Perhitungan Kebutuhan Rak DRM Tahun 2018-2022

Tahun	Jumlah DRM	PP sementara Ax0,31	File expansion Ax25%	Total PP B + C	Kumulatif PP	PP dibutuhkan	Kebutuhan rak
	A	B	C	D	E	F	G
2015	3879	1202,49	969,75	2172,24	2172,24	-4747,76	-3
2016	4122	1277,82	1030,5	2307,5	4479,74	-2440,26	-2
2017	6117	1896,27	1529,25	3425,52	7905,26	985,26	1
2018	6944	2152,64	1736	3888,64	11793,9	4873,9	3
2019	8063	2499,53	2015,75	4515,28	16309,18	9389,18	6
2020	9182	2846,42	2295,5	5141,92	21451,1	14531,1	10
2021	10301	3193,31	2575,75	5769,06	27220,16	20300,16	15
2022	11420	3540,2	2855	6395,2	33615,36	26695,36	18

Keterangan :

A: Jumlah DRM = jumlah pasien baru tahun 2015-2017

B: Panjang Pengarsipan Sementara = Jumlah DRM x rata-rata tebal DRM

C: *File Expansion* = Jumlah DRM x 25%

D: Total PP = PP sementara + *File Expansion*

E: Kumulatif PP = PP tahun sebelumnya + PP tahun tersebut

F: PP yang dibutuhkan = Kumulatif PP – PP Tersedia

Jumlah pasien dari tahun ketahun semakin meningkat, begitu juga dengan jumlah dokumen rekam medis yang meningkat juga. Peningkatan tersebut mengakibatkan rak tidak dapat menampung dokumen rekam medis yang bertambah tiap tahunnya. Berdasarkan perhitungan kebutuhan rak diatas dapat disimpulkan bahwa penambahan rak tahun 2018-2022 yaitu:

$$\frac{\text{PP yang dibutuhkan}}{\text{PP satu rak yang akan dipakai}} = \frac{26695,36}{1500} = 18$$

Jadi, prediksi kebutuhan rak di RSUI Banyubening Boyolali sampai dengan tahun 2018-2022 adalah 18 rak dengan ukuran panjang rak 150 cm, lebar 90 cm, dan tinggi 189 cm.

Antropometri Petugas *Filing* di RSUI Banyubening Boyolali

Antropometri petugas *filing* digunakan untuk penentuan rak penyimpanan DRM. Petugas *filing* sebanyak 6 orang dengan jenis kelamin perempuan yang memiliki usia berbeda-beda. Berikut merupakan data Antropometri petugas *filing* di RSUI Banyubening Boyolali.

Tabel 8 Data Antropometri Petugas *Filing*

Kriteria Petugas	Ukuran (cm)						Jumlah (cm)	Rata-rata (cm)
	U	V	W	X	Y	Z		
Panjang Depa	151	148	146	152	154	149	900	150
Tinggi Jangkauan Tangan Keatas	194	185	183	190	196	186	1.134	189

Berdasarkan data diatas terdapat 6 ukuran dimensi tubuh manusia dengan ukuran yang berbeda-beda. Dari data tersebut kemudian dilakukan perhitungan secara manual, dengan mencari rata-rata berdasarkan hasil pengukuran setiap dimensi tubuh yang digunakan untuk mendesain rak penyimpanan dokumen rekam medis.

Rancangan Desain Rak Penyimpanan Berdasarkan Antropometri Petugas *Filing* di RSUI Banyubening Boyolali

Data yang digunakan untuk mendesain rak sesuai dengan antropometri petugas *filing* yaitu jangkauan tangan keatas, panjang depa dan ukuran map.

1. Tinggi Rak Penyimpanan

Data antropometri jangkauan tangan petugas digunakan untuk acuan ukuran tinggi rak penyimpanan. Dimana tinggi rak yang sesuai dengan ukuran antropometri petugas *filing* yaitu 189 cm, sehingga petugas dalam pengambilan dan penyimpanan DRM tanpa menggunakan alat bantu pada rak tertinggi, hal ini akan mengurangi resiko terjadinya kecelakaan kerja.

2. Panjang Rak Penyimpanan

Data antropometri panjang depa petugas digunakan untuk acuan panjang rak penyimpanan. Dimana panjang rak yang sesuai dengan ukuran antropometri petugas *filing* yaitu 150 cm, sehingga untuk jarak jangkauan pengambilan DRM di bagian arah kanan dan kiri dapat terjangkau.

3. Lebar Rak Penyimpanan

Lebar rak penyimpanan disesuaikan dengan ukuran panjang map DRM, panjang map yang ada di RSUI Banyubening Boyolali yaitu 40 cm, sehingga lebar rak dibuat 80 cm karena rak yang dipakai 2 sisi agar rak dapat menampung lebih banyak DRM.

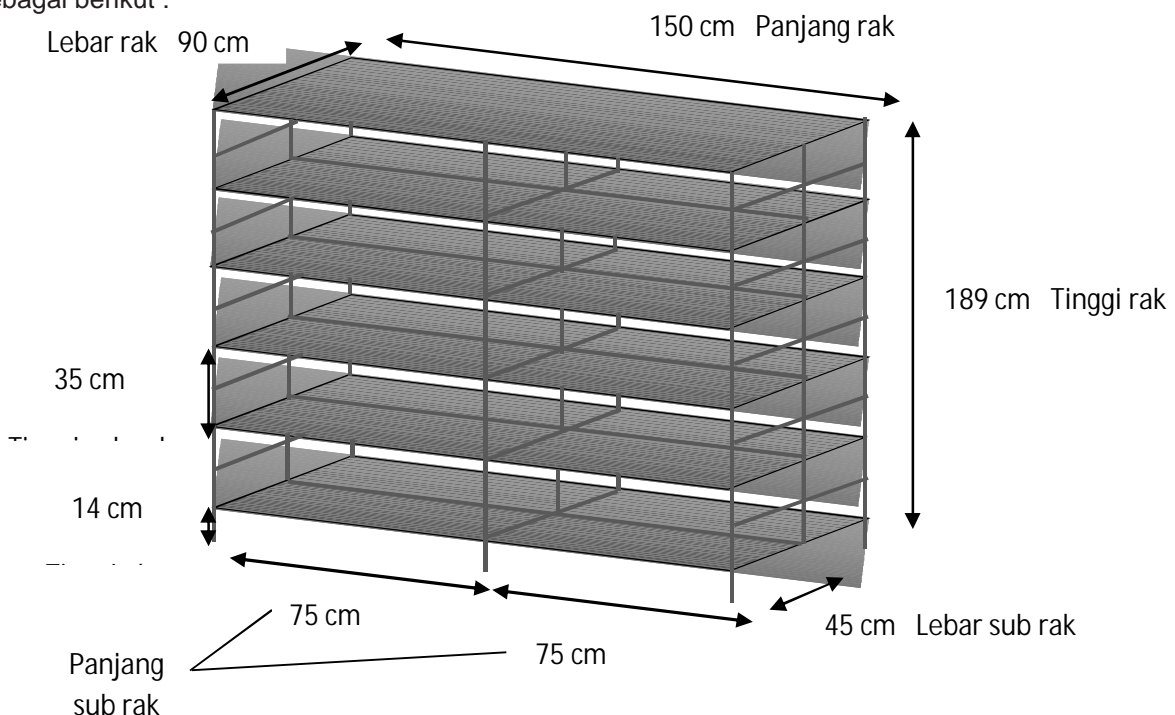
4. Tinggi Sub Rak

Tinggi sub rak disesuaikan dengan lebar DRM, lebar DRM yang ada di RSUI Banyubening Boyolali yaitu 26 cm, sehingga tinggi sub rak dibuat 35 cm agar dalam pengambilan dan penyimpanan DRM dapat dengan mudah tanpa merusak map DRM.

5. Lebar Sub Rak

Lebar sub rak disesuaikan dengan panjang DRM, panjang DRM yang ada di RSUI Banyubening Boyolali yaitu 40 cm, sehingga lebar sub rak dibuat 45 cm agar dalam pengambilan dan penyimpanan DRM dapat dengan mudah tanpa merusak map DRM.

Berdasarkan uraian diatas, maka rak penyimpanan yang sesuai antropometri petugas *filing* digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4.2 Desain Rak Sesuai Antropometri Petugas *Filing*

KESIMPULAN

1. Berdasarkan perhitungan total pasien baru di RSUI Banyubening Boyolali hingga tahun 2022 mencapai 11420 pasien, dengan penambahan pasien baru akan berpengaruh pada penyediaan dokumen rekam medis baru, sehingga akan mempengaruhi rak penyimpanan dokumen rekam medis, agar semua dokumen rekam medis tertampung maka perlu diadakannya penambahan rak baru untuk lima tahun kedepan.
2. Rata-rata tebal dokumen rekam medis adalah 0.31 cm. Rata ketebalan dokumen rekam medis perlu diperhatikan karena ketebalan dokumen rekam medis merupakan faktor yang mempengaruhi kapasitas penggunaan rak, jika dokumen rekam medis banyak yang tebal maka dokumen yang ditampung rak sedikit.
3. Rak dokumen rekam medis yang ada di RSUI Banyubening Boyolali memiliki 4 jenis yaitu Rak A berukuran panjang 55 cm, tinggi 220 cm dan lebar 40 cm, rak B berjumlah 2 rak dengan ukuran panjang 100 cm, tinggi 240 cm dan lebar 42 cm sedangkan rak C berukuran panjang 100 cm, tinggi 240 cm dan lebar 42 cm. Keempat rak tersebut belum sesuai dengan antropometri petugas *filing*.
4. Panjang pengarsipan satu rak menggunakan rak besi terbuka sesuai antropometri petugas *filing* adalah $75 \times 10 \times 2 = 1500$ cm.
5. Berdasarkan hasil perhitungan kebutuhan rak yang dibutuhkan untuk lima tahun kedepan membutuhkan penambahan rak tahun 2018 sebanyak 3 rak, tahun 2019 sebanyak 6 rak, tahun 2020 sebanyak 10 rak, tahun 2021 sebanyak 15 rak dan tahun 2022 sebanyak 18 rak terbuka.
6. Antropometri petugas *filing* yang digunakan dalam mendesain rak yaitu panjang depa 150 cm digunakan untuk panjang rak, jangkauan tangan keatas 189 cm digunakan untuk tinggi rak.
7. Rak yang akan digunakan yaitu rak besi terbuka 2 sisi dengan ukuran panjang rak 150 cm, tinggi rak 189 cm, lebar rak 90 cm, dan tinggi sub rak 35 cm, dikarenakan ukuran tersebut disesuaikan dengan antropometri petugas *filing* dan rak besi terbuka ini lebih menghemat biaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, Savitri Citra. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis Edisi Cetakan 1*. Yogyakarta : Quantum Sinergis Media.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008. *Tentang Rekam Medis*. Jakarta.
- Rustiyanto, Ery. 2010. *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rustiyanto, Ery dan Warih Ambar Rahayu. 2011. *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Cetakan 1. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Permata Indonesia.
- Sudra, Rano Indradi. 2013. *Rekam Medis*. Banten: Indonesia
- Suma'mur. 2014. *Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (HIPERKES)*. Jakarta: Sagung Seto.
- Tarwaka. 2010. *Ergonomi Industri*. Surakarta: Harapan Press.
- Undang-undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

SISTEM INFORMASI PENDAFTARAN PASIEN RAWAT JALAN BERBASIS WEBSITE DI (RSUD) DR. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN

¹Fahrindra Yusuf Arfannedy, ²Danny Kusuma, ³Tominanto

¹Universitas Duta Bangsa Surakarta, fahrindra.yusuf19@gmail.com

²Universitas Duta Bangsa Surakarta, kusumadanny99@gmail.com

³Universitas Duta Bangsa Surakarta, tommynanto@gmail.com

ABSTRAK

Sistem pendaftaran rawat jalan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro sudah dilakukan secara komputerisasi, namun kurangnya informasi yang luas mengenai poliklinik, persyaratan pelayanan kesehatan atau jaminan kesehatan, jadwal dokter dan rata-rata pasien yang berobat berasal dari luar daerah, merupakan kendala yang mempengaruhi kinerja petugas pendaftaran rawat jalan.

Tujuan dari penelitian ini yaitu Membuat sistem informasi pendaftaran rawat jalan berbasis website di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yang dapat mempermudah pasien dalam mendaftar dan memperoleh informasi kapan saja dan dimana saja yang dapat diakses melalui internet. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan cara survei. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu observasi dan wawancara dengan pendekatan cross sectional. Sistem ini dibutuhkan tabel yang meliputi tabel pasien, tabel poliklinik, tabel dokter, tabel cara pembayaran, tabel jadwal pelayanan, tabel pendaftaran dan akan menghasilkan output berupa laporan atau informasi mengenai laporan data pasien, laporan data poliklinik, laporan data dokter, laporan data cara pembayaran, laporan jadwal pelayanan, laporan kunjungan pasien per poliklinik, laporan kunjungan pasien per dokter, laporan kunjungan pasien per cara pembayaran, laporan kunjungan pasien baru, laporan kunjungan pasien lama, laporan pendaftaran pasien off line per periode, laporan pendaftaran pasien online per periode, KIB, bukti pendaftaran online.

Kata Kunci : *Sistem informasi, Rawat jalan, Website*

ABSTRACT

Outpatient Registration System At Rsud Dr. Soehadi Prijonegoro Has Been Computerized, But The Lack Of Extensive Information About The Polyclinic, Health Service Requirements Or Health Insurance, Doctor's Schedule And The Average Number Of Patients Seeking Treatment From Outside The Region Is An Obstacle That Affects The Performance Of Outpatient Registration Off cers.

The Purpose Of This Study Is To Make A Website-Based Outpatient Registration Information System In Rsud Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Which Can Facilitate Patients In Registering And Obtaining Information Anytime And Anywhere That Can Be Accessed Via The Internet. The Research Method Used Was Descriptive By Means Of A Survey. Research Instruments Used Were Observation And Interviews With A Cross Sectional Approach. This System Requires Tables That Include Patient Tables, Polyclinic Tables, Doctor Tables, Payment Method Tables, Service Schedule Tables, Registration Tables And Will Produce Output In The Form Of Reports Or Information On Patient Data Reports, Polyclinic Data Reports, Physician Data Reports, Payment Method Data Report, Service Schedule Reports, Patient Visit Reports Per Polyclinic, Patient Visit Reports Per Doctor, Patient Visit Reports Per Payment Method, New Patient Visit Reports, Old Patient Visit Reports, Off ine Patient Registration Reports Per Period, Online Patient Registration Reports Per Period, Kib, Proof Of Online Registration.

Keywords : *Information System, Outpatient, Website*

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dunia teknologi informasi berkembang pesat dalam bidang kesehatan dengan media Internet. Suatu instansi dapat menyampaikan informasi lebih lengkap dan efisien melalui website. Perkembangan teknologi berbasis online membuat pelayanan di rumah sakit akan menjadi cepat, akurat dan efisien untuk meningkatkan mutu rumah sakit.

RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Kab. Sragen merupakan Rumah Sakit Negeri yang berlokasi di Jl. Raya Sukowati No.534 Sragen. RSUD dr. Soehadi Prijonegoro adalah rumah sakit bertipe B yang terus membuat Pusat Layanan Unggulan atau *Center of Excellent* dan *Diagnostic Center* yang lengkap guna mendukung diagnosa penyakit secara paripurna dan akurat.

Di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen terdapat 22 poliklinik yang aktif dan kunjungan pasien per hari mencapai 450 pasien. Pasien tersebut rata-rata berasal dari berbagai daerah di sekitar Kabupaten Sragen seperti Kabupaten Ngawi Jawa Timur, Grobogan, Karanganyar dan masyarakat Sragen sendiri pada umumnya. Sistem pendaftaran rawat jalan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro sudah dilakukan secara komputerisasi, pada saat pasien datang, data identitas pasien akan diproses melalui komputer untuk menghasilkan informasi yang berguna dalam pengambilan keputusan. Di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro, selama menggunakan sistem tersebut tidak banyak masalah yang dihadapi, namun sewaktu-waktu proses sistem informasi pendaftaran tersebut lambat, karena jaringan sistem yang masih tidak stabil. Permasalahan lain yaitu kurangnya informasi yang luas mengenai poliklinik, persyaratan pelayanan kesehatan atau jaminan kesehatan, jadwal dokter dan rata-rata pasien yang berobat berasal dari luar daerah maupun daerah sragen sendiri.

B. Perumusan Masalah

Bagaimana membuat Sistem Informasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Berbasis *Website* di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen?

C. Tinjauan Pustaka

Dengan sistem informasi rekam medis berbasis *web* mengurangi terjadinya pasien yang mempunyai nomor rekam medis ganda. Aplikasi berbasis *web* mampu mempercepat pencarian status rekam medis manual yang jika pasien berkunjung di rumah sakit. Sistem informasi rekam medis sangat membantu dokter, paramedis untuk melakukan diagnose, terapi dan perawatan pasien (Susanto, 2011)

Hasil penelitian (Hernawati, 2010) Membuat Sistem Informasi Rawat Jalan RSUD Karanganyar dibuat menggunakan program PHP MyAdmin, Macromedia Dreamweaver, database MySQL, dan dijalankan pada sebuah komputer yang dilengkapi dengan penyimpanan data pasien, data kunjungan, data diagnosa, dan data apotik. 2. Aplikasi Rawat Jalan ini dapat mempermudah proses pendaftaran pasien, pemeriksaan, dan pendataan obat sehingga dapat mengurangi resiko kesalahan pada pengolahan data pasien.

Penelitian (Handoyo, 2008) Aplikasi SIRS Subsistem Farmasi ini berfungsi sebagai pendukung dalam kegiatan pelayanan kesehatan di rumah sakit, serta dengan menggunakan database untuk menghubungkan aplikasi SIRS pada Subsistem yang lain. Dengan konsep framework Prado yang berbasiskan komponen dan event driven, Prado memberikan banyak keuntungan dalam pengembangan aplikasi berbasis web.

Untuk menciptakan sistem informasi rawat jalan dibutuhkan tabel yang meliputi tabel pasien, tabel poliklinik, tabel dokter, tabel cara pembayaran, tabel jadwal pelayanan, tabel pendaftaran. Data-data tersebut diproses dengan menggunakan bahasa pemrograman *PHP*, *database MySQL* dan *web service XAMPP*. Setelah dilakukan pemrosesan maka akan dihasilkan *output* yang berupa laporan atau informasi mengenai laporan data pasien, laporan data poliklinik, laporan data dokter, laporan data cara pembayaran, laporan jadwal pelayanan, laporan kunjungan pasien per poliklinik, laporan kunjungan pasien per dokter, laporan kunjungan pasien per cara pembayaran, laporan kunjungan pasien baru, laporan kunjungan pasien lama, laporan pendaftaran pasien *off line* per periode, laporan pendaftaran pasien *online* per periode, KIB, bukti pendaftaran *online*.

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan cara survei yang digunakan untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program di masa sekarang, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu observasi dan wawancara dengan pendekatan *cross sectional*. Sistem ini dibutuhkan tabel yang meliputi tabel pasien, tabel poliklinik, tabel dokter, tabel cara pembayaran, tabel jadwal pelayanan, tabel pendaftaran dan akan menghasilkan output berupa laporan atau informasi mengenai laporan data pasien, laporan data poliklinik, laporan data dokter, laporan data cara pembayaran, laporan jadwal pelayanan, laporan kunjungan pasien per poliklinik, laporan kunjungan pasien per dokter, laporan kunjungan pasien per cara pembayaran, laporan kunjungan pasien baru, laporan kunjungan pasien lama, laporan pendaftaran pasien *off line* per periode, laporan pendaftaran pasien online per periode, KIB, bukti pendaftaran online.

Pengolahan data penelitian pada sistem informasi manajemen rumah sakit dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu:

1. *Collecting* adalah mengumpulkan data dari unit rekam medis rumah sakit yang terdiri dari data prof I RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, formulir rawat jalan, data pasien, data poliklinik, data dokter, data cara pembayaran dan data jadwal pelayanan.
2. *Editing* adalah mengoreksi data yang telah dikumpulkan sebelum diolah karena kemungkinan data tersebut masih terjadi duplikasi data dan kesalahan.
3. Klasifikasi adalah pengelompokan atau membedakan data yang sudah diperoleh sesuai dengan klasifikasinya ke dalam bentuk tabel-tabel seperti tabel pasien, tabel poliklinik, tabel dokter, tabel cara pembayaran, tabel jadwal pelayanan dan tabel pendaftaran.
4. Penyajian data adalah data-data yang telah terkumpul akan diolah dengan bahasa pemrograman *PHP* dan database *MySQL* yang akan menghasilkan *output* berupa laporan data pasien, laporan data poliklinik, laporan data dokter, laporan data cara pembayaran, laporan jadwal pelayanan, laporan kunjungan pasien per poliklinik, laporan kunjungan pasien per dokter, laporan kunjungan pasien per cara pembayaran, laporan kunjungan pasien baru, laporan kunjungan pasien lama, laporan pendaftaran pasien *off line* per periode, laporan pendaftaran pasien *online* per periode, KIB, bukti pendaftaran *online*.

Metode pengembangan sistem menggunakan SDLC yang meliputi Identifikasi dan seleksi proyek untuk mengetahui permasalahan yang ada, Inisiasi dan perancangan proyek untuk memahami konsep dan materi yang berhubungan dengan *system*, tahap analisis untuk mengumpulkan informasi dan mengidentifikasi kebutuhan sistem, tahap desain, implementasi, dan pemeliharaan.

HASIL

A. Gambaran Singkat RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

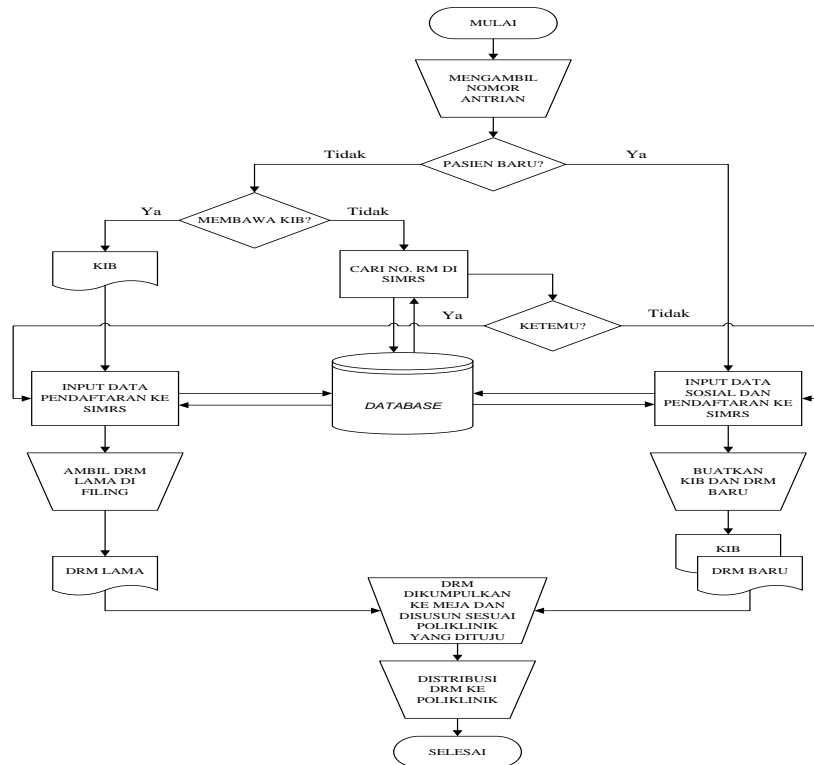
Prof I RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, berlokasi di Jalan Raya Sukowati No. 534 Sragen, RSUD Sragen bertipe Tipe B Non Pendidikan. Akreditasi 16 pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen pada tanggal 20 sampai dengan 23 Juni 2011 telah dilaksanakan penilaian oleh TIM KARS Kementerian Kesehatan. Dan berhasil mendapatkan Sertifikat dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan Nomor : KARS-SERT/16/VII/2011 tanggal 06 Juli 2011 dengan hasil penilaian telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan. Status Akreditasi Lulus Tingkat Lengkap. Selanjutnya pada saat ini Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sedang mempersiapkan pengembangan rumah sakit dan proses menjadi rumah sakit kelas B pendidikan. Tempat

B. Pendaftaran RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

Proses penerimaan pendaftaran pasien rawat jalan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dibagi menjadi dua, yaitu pasien baru dan lama. Pada saat ini sistem pendaftaran yang berjalan di tempat pendaftaran pasien rawat jalan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sudah dilakukan secara komputerisasi yang disebut SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit). Setiap pasien

baru datang, identitas pasien baru dimasukkan kedalam SIMRS agar mendapatkan nomor rekam medis supaya dapat didaftarkan berobat. Sedangkan untuk pasien lama, nomor rekam medis pasien langsung dimasukkan kedalam SIMRS untuk didaftarkan berobat, selanjutnya akan diproses oleh komputer, kemudian data pasien yang telah terdaftar masuk kedalam komputer di poliklinik karena telah menggunakan jaringan LAN (*Local Area Network*) yang saling terhubung antar bagian.

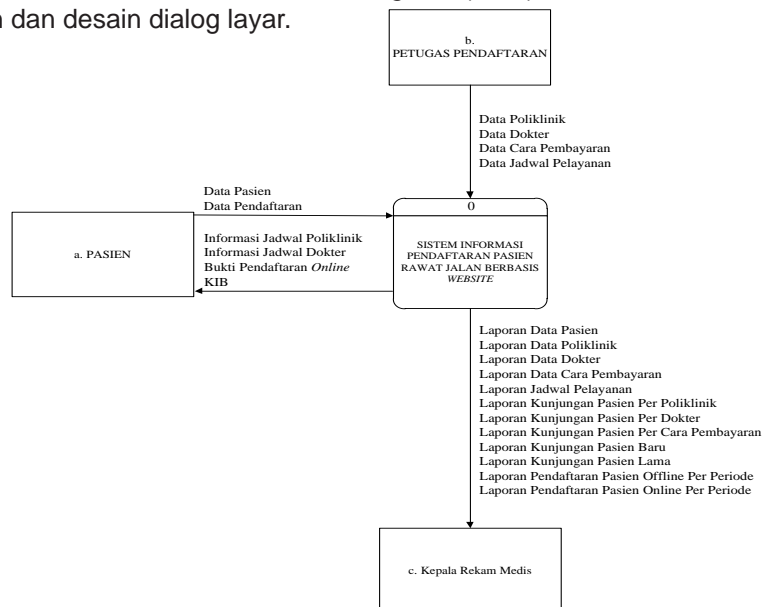
C. Sistem Yang Berjalan di RSUD dr. Soehardi Prijonegoro Sragen



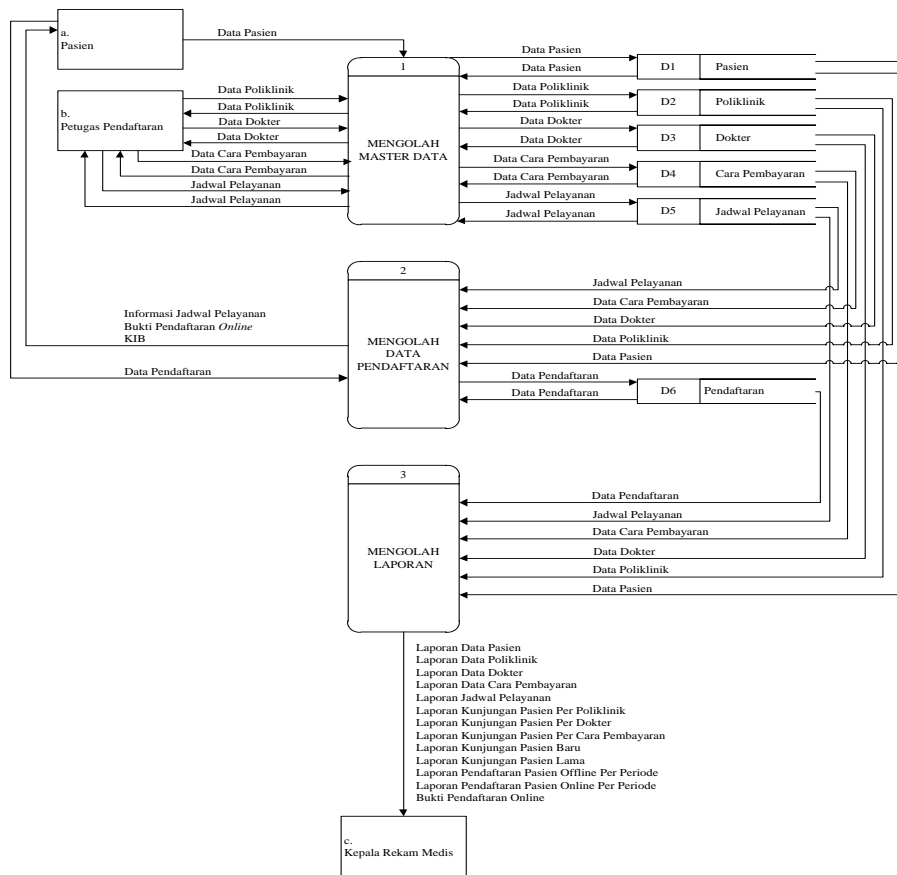
Gambar1. Flowchart Sistem Yang Berjalan di RSUD dr. Soehardi Prijonegoro Sragen

D. Perancangan Sistem

Rancangan sistem terdiri dari *Data Flow Diagram* (DFD), desain basis data, desain *input*, desain pemeliharaan dan desain dialog layar.

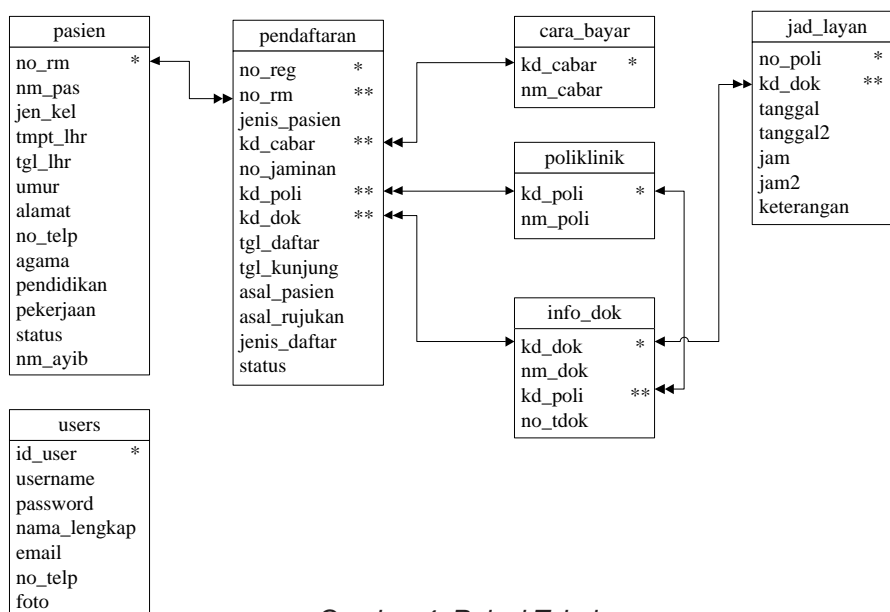


Gambar2. Diagram Konteks Sistem Informasi Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Berbasis Website



Gambar 3. Data Flow Diagram (DFD) level 0

Relasi table Pada tabel pasien, *f/le* no_rm berrelasi dengan *f/le* no_rm tabel pendaftaran untuk menampilkan data pasien yang telah tersimpan. Tabel cara_bayar *f/le* kd_cabar berrelasi dengan *f/le* kd_cabar tabel pendaftaran untuk menampilkan data cara bayar. Tabel poliklinik *f/le* kd_poli berrelasi dengan *f/le* kd_poli tabel pendaftaran dan tabel info_dok untuk menampilkan data poliklinik. Tabel info_dok *f/le* kd_dok berrelasi dengan *f/le* kd_dok tabel pendaftaran untuk menampilkan data dokter. Tabel info_dok *f/le* kd_dok berrelasi dengan *f/le* kd_dok tabel jad_layan untuk menampilkan data dokter dan poli.

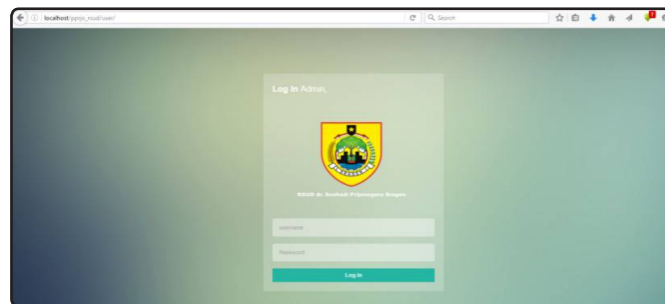


Gambar 4. Relasi Tabel

PEMBAHASAN

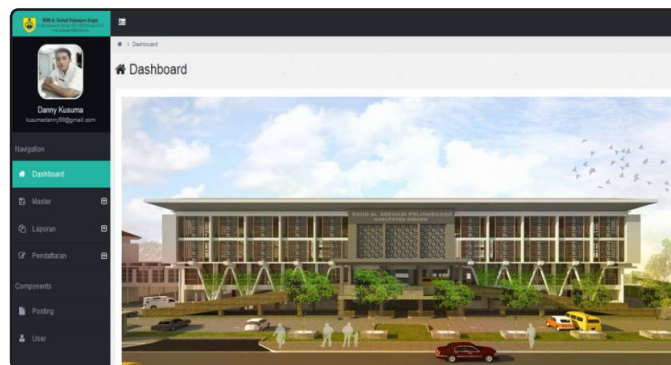
Sistem yang dikembangkan di bagian pendaftaran rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yaitu dapat dilakukan secara *online* melalui *website* atau mendaftar rawat jalan dengan cara datang langsung menuju rumah sakit, tetapi hanya dapat dilakukan oleh pasien lama. Pada pendaftaran rawat jalan secara online, pasien lama akan mendapatkan bukti pendaftaran online dalam bentuk *file* PDF yang dapat dicetak maupun disimpan di media elektronik. Bukti pendaftaran online harus dikonfirmasi ke petugas pendaftaran rawat jalan. Bukti pendaftaran online berfungsi sebagai pemesanan pelayanan berobat rawat jalan, pengganti nomor antrian dan KIB, sehingga proses pendaftaran dapat dilakukan dengan cepat. Setelah itu akan dilakukan pendaftaran secara *offline* oleh petugas pendaftaran rawat jalan untuk mendapatkan pelayanan berobat rawat jalan.

Pengoperasian sistem dimulai dengan mengetikkan alamat url: localhost/pprjo_rsd/user, maka akan muncul *form login* pada browser untuk masuk kedalam program admin. Tampilan form login seperti pada gambar di bawah ini:



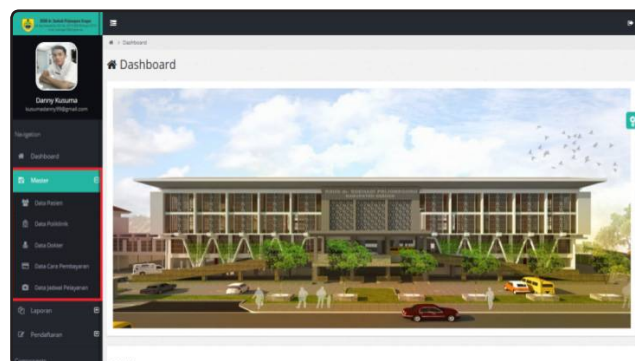
Gambar 5. Form Login (Admin)

Setelah *username* dan *password* dikenal dan sukses *login*, maka akan menuju ke tampilan menu utama *dashboard*. Menu *Dashboard* berisi gambar rumah sakit, visi, misi dan motto. Tampilan menu utama (*dashboard*) seperti pada gambar berikut:



Gambar 6. Menu Dashboard (Admin)

Menu master terdapat beberapa pilihan menu *dropdown* saat di klik yaitu data pasien, data poliklinik, data dokter, data cara pembayaran, data jadwal pelayanan. Tampilan menu master seperti gambar di bawah ini:



Gambar 7. Menu Master (Admin)

Master data pasien berfungsi untuk menyimpan identitas pasien. Tampilan master data pasien seperti pada gambar dibawah ini:

Gambar 8. Menu Master (Admin)

Pada tabel data pasien, terdapat tombol edit yang berfungsi untuk mengubah data pasien jika mengalami kesalahan dalam penginputan dan cetak KIB untuk mencetak kartu identitas berobat pasien. Pada tabel data pasien tidak terdapat tombol hapus, karena data pasien merupakan data penting. Tampilan cetak KIB (Kartu Identitas Berobat) seperti pada gambar dibawah ini:

Gambar 9. Cetak KIB (Admin)

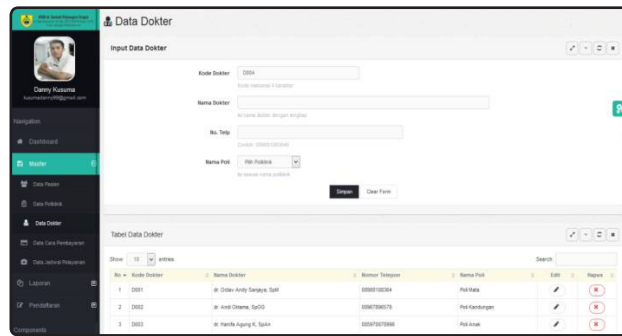
Masterdata poliklinik berfungsi untuk menampung nama-nama poliklinik yang ada di rumah sakit. Tampilan master data poliklinik seperti pada gambar berikut:

No	Kode Poliklinik	Nama Poliklinik	Aktif	Hapus
1	P001	Poli Gigi	✓	✗
2	P002	Poli Bedah	✓	✗
3	P003	Poli Penyakit Dalam	✓	✗
4	P004	Poli THT	✓	✗
5	P005	Poli KIA & Kebid	✓	✗

Gambar 10. Form Input dan Tabel Data Poliklinik (Admin)

Data poliklinik yang sudah diinput dan disimpan akan dimunculkan di dalam tabel data poliklinik. Pada tabel data poliklinik, terdapat tombol edit yang berfungsi untuk mengubah data poliklinik jika mengalami kesalahan dalam penginputan dan tombol hapus untuk menghapus data poliklinik.

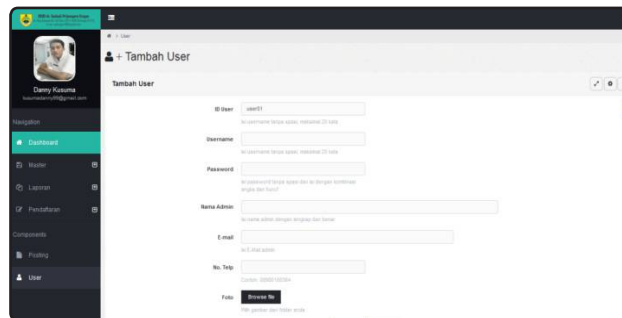
Menu master data dokter berfungsi untuk menampung informasi dokter yang ada di rumah sakit. Tampilan master data dokter seperti pada gambar dibawah ini :



Gambar 11. Form Input dan Tabel Data Dokter (Admin)

Data dokter yang sudah diinput dan disimpan akan dimunculkan di dalam tabel data dokter. Pada tabel data dokter, terdapat tombol edit yang berfungsi untuk mengubah data dokter jika mengalami kesalahan dalam penginputan dan tombol hapus untuk menghapus data dokter.

Menu *user* digunakan untuk menambah atau menghapus data admin. Tampilan *form inputuser* seperti gambar di bawah ini:



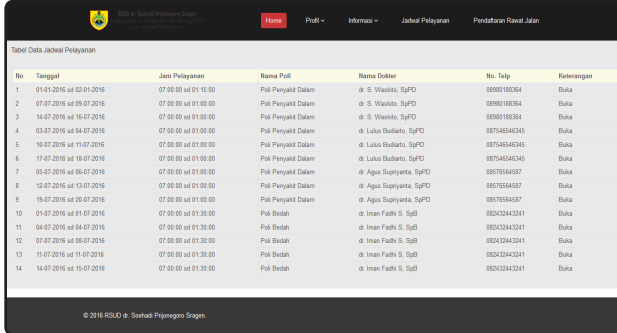
Gambar 12. Form Input Tambah User

Menu informasi pada *website* berisi artikel, pengumuman, pelayanan. Klik sub kategori yang berada di samping kanan layar untuk menampilkan sub menu yang meliputi artikel, pengumuman dan pelayanan. Sub menu artikel berisi mengenai berita kesehatan, sub menu pengumuman berisi mengenai pengumuman penting terkini di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, sub menu pelayanan berisi mengenai prosedur pelayanan kese hatan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tampilan layar pada informasi, seperti pada gambar di bawah ini:



Gambar 13. Menu Informasi (Website)

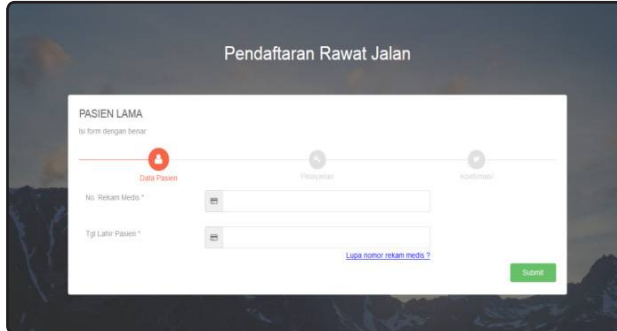
Menu jadwal pelayanan berisi mengenai jadwal praktik dokter dan poliklinik yang ada di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Tampilan layar seperti gambar dibawah ini:



No	Tanggal	Jam Pelayanan	Nama Pak	Nama Dokter	No. Telp	Keterangan
1	01-07-2016 sd 02-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. S. Wicakito, SpPD	0890188354	Buka
2	07-07-2016 sd 09-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. S. Wicakito, SpPD	0890188354	Buka
3	14-07-2016 sd 16-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. S. Wicakito, SpPD	0890188354	Buka
4	03-07-2016 sd 04-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. Lukis Budianto, SpPD	08754654345	Buka
5	10-07-2016 sd 11-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. Lukis Budianto, SpPD	08754654345	Buka
6	17-07-2016 sd 18-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. Lukis Budianto, SpPD	08754654345	Buka
7	05-07-2016 sd 06-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. Agus Supriyanta, SpPD	08776564087	Buka
8	12-07-2016 sd 13-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. Agus Supriyanta, SpPD	08776564087	Buka
9	19-07-2016 sd 20-07-2016	07.00.00 sd 01.00.00	Poli Penyakit Dalam	dr. Agus Supriyanta, SpPD	08776564087	Buka
10	01-07-2016 sd 01-07-2016	07.00.00 sd 01.30.00	Poli Bedah	dr. Imam Fadhil S. SpB	082432443241	Buka
11	04-07-2016 sd 04-07-2016	07.00.00 sd 01.30.00	Poli Bedah	dr. Imam Fadhil S. SpB	082432443241	Buka
12	07-07-2016 sd 08-07-2016	07.00.00 sd 01.30.00	Poli Bedah	dr. Imam Fadhil S. SpB	082432443241	Buka
13	11-07-2016 sd 11-07-2016	07.00.00 sd 01.30.00	Poli Bedah	dr. Imam Fadhil S. SpB	082432443241	Buka
14	14-07-2016 sd 15-07-2016	07.00.00 sd 01.30.00	Poli Bedah	dr. Imam Fadhil S. SpB	082432443241	Buka

Gambar 14. Jadwal Pelayanan (Website)

Menu pendaftaran rawat jalan berfungsi untuk kegiatan transaksi pendaftaran pelayanan kesehatan pasien lama secara *online*, apabila pasien baru maka harus mendaftar langsung di rumah sakit. Tampilan layar pendaftaran *online*, seperti gambar dibawah ini:



Pendaftaran Rawat Jalan

PASIEEN LAMA
isi form dengan benar

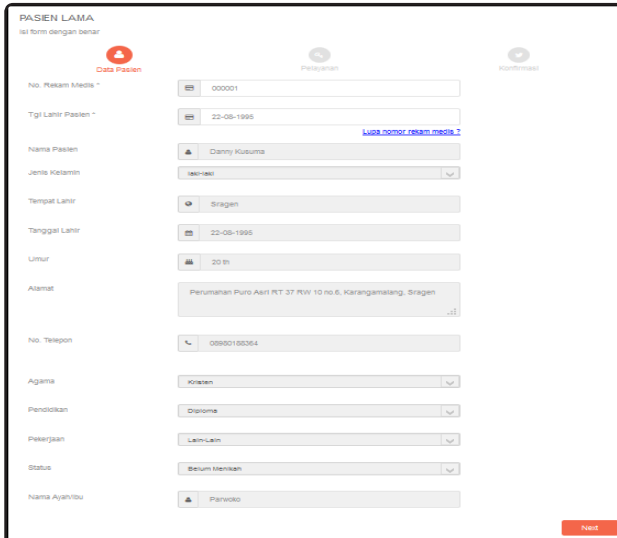
Data Pasien Pendaftaran Konfirmasi

No. Rekam Medis *

Tgl Lahir Pasien * [Lupa nomor rekam medis ?](#)

Gambar 15. Pendaftaran Online (Website)

Validasi nomor telepon dan tanggal lahir pasien, apabila benar, akan menampilkan data pasien identitas pasien. Tampilan layar seperti pada gambar di bawah ini:



PASIEEN LAMA
isi form dengan benar

Data Pasien Pendaftaran Konfirmasi

No. Rekam Medis *

Tgl Lahir Pasien * [Lupa nomor rekam medis ?](#)

Nama Pasien

Jenis Kelamin

Tempat Lahir

Tanggal Lahir

Umur

Alamat

No. Telepon

Agama

Pendidikan

Pekerjaan

Status

Nama Ayah/Ibu

Gambar 16. Data pasien (Website)

Setelah data pasien muncul, klik tombol *next* untuk memilih transaksi pelayanan seperti tampilan layar di bawah ini:

Gambar 17. Transaksi Pelayanan (Website)

Apabila *form input* pelayanan sudah terisi semua, klik kirim untuk mengirim data pendaftaran *online*, lalu akan muncul tombol *next* untuk mencetak bukti pendaftaran *online*.

RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen	
Jln. Raya Sukowati No. 534 Telp. (0271) 890158 Sragen 57215	
E-mail: rsudsragen1958@gmail.com	
BUKTI PENDAFTARAN PASIEN ONLINE	
No. RM	000001
Nama Pasien	Danny Kusuma
Cara Pembayaran	BPJS
Nomor Jaminan	0808678657443
Nama Poliklinik	Pol Gigi
Nama Dokter	drg. Aliffa Sandy
Tgl. Daftar	22-07-2016
Tgl. Kunjungan	24-07-2016

Gambar 18. Bukti Pendaftaran Online (Website)

KESIMPULAN

Sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sudah dilakukan secara komputerisasi, namun SIMRS yang digunakan saat ini dalam memproses data masih lambat, kurangnya informasi yang luas mengenai poliklinik, persyaratan pelayanan kesehatan atau jaminan kesehatan, jadwal dokter dan rata-rata pasien yang berobat berasal dari luar daerah maupun daerah sragen sendiri.

Pembuatan sistem informasi pendaftaran pasien rawat jalan berbasis *website* di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, dapat mempercepat proses pelayanan, pengolahan data pasien di rumah sakit dan lebih komunikatif dengan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Sistem ini dirancang dan diaplikasikan secara komputerisasi dengan menggunakan bahasa pemrograman *PHP (Hypertext Preprocessor)* yang terdiri dari tabel pasien, tabel poliklinik, tabel dokter, tabel jadwal pelayanan, tabel pendaftaran *online* dan tabel pendaftaran *off ine*. Laporan yang dihasilkan yaitu laporan atau informasi mengenai laporan data pasien, laporan data poliklinik, laporan data dokter, laporan data cara pembayaran, laporan jadwal pelayanan, laporan kunjungan pasien per poliklinik, laporan kunjungan pasien per dokter, laporan kunjungan pasien per cara pembayaran, laporan kunjungan pasien baru, laporan kunjungan pasien lama, laporan pendaftaran pasien *off ine* per periode, laporan pendaftaran pasien *online* per periode, KIB, bukti pendaftaran *online*.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2013. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi II. Jakarta.
- Fatta, Hanif AL. 2007. *Analisis & Perancangan Sistem Informasi Untuk Keunggulan Bersaing Perusahaan dan Organisasi*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Handoyo, Agung, Fuad. 2008. *Aplikasi Sistem Informasi Rumah Sakit Berbasis Web Pada Sub-Sistem Farmasi Menggunakan Framework Prad*. Semarang: Universitas Diponegoro
- Hernawati.2010. *Sistem Informasi Rawat Jalanrsud Karanganyar*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Madcoms. 2013. *Kupas Tuntas Adobe Dreamweaver CS6 dengan Pemrograman PHP & MySQL*. Yogyakarta: Andi.
- Markus, Suryo N. 2011. *Master Plan Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Pertama Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho, Bunaf t. 2013. *Panduan membuat Program Toko dengan visual basic dan MyQL*. Yogyakarta: Gava Media.
- Nugroho, W, dkk.2014. *Pengenalan Dasar Perancangan, Desain & Pembuatan Sistem Informasi Rekam Medis Pada Klinik Rawat Jalan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 269/MENKES/PER/III/ Tahun 2008. *Tentang Kegunaan Rekam Medis*. Jakarta.
- Rustiyanto, Ery. 2012. *Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*.Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Riyanto. 2014. *Membuat Aplikasi Mini Market Integrasi Barcode Reader Dengan PHP dan MySQL*. Yogyakarta: Gava Media.
- Susanto.2011. *Sistem Informasi Rekam Medis Pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Pacitan Berbasis Web Base*.Pacitan:STKIP PGRI Pacitan
- Sudra, Rono I. 2014.*Rekam Medis*. Edisi 2. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Sutanta, Edhy. 2011. *Basis Data dalam Tinjauan Konseptual*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Yakub. 2012. *Pengantar Sistem Informasi*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*.Jakarta.

RANCANG BANGUN SISTEM INFORMASI *FILING* BERBASIS *BARCODE* DI RUMAH SAKIT TENTARA DR. ASMIR SALATIGA

¹Agung Suryadi, ²Clara Putri Lucyana

¹Universitas Duta Bangsa Surakarta, agung_scc@yahoo.com

²Universitas Duta Bangsa Surakarta, clara_p01@yahoo.com

ABSTRAK

Filing adalah kegiatan penataan dan penyimpanan berkas rekam medis untuk mempermudah pengambilan kembali (retrieval). Filing berfungsi mengakomodasi kemudahan dalam menyimpan dan menemukan kembali dokumen rekam medis secara tepat dan juga menjaga kerahasiaan dokumen rekam medis. Dalam pengolahan data di filing dibutuhkan ketelitian, keamanan dan kecepatan untuk melayani permintaan dokumen rekam medis. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan cara survei. Obyek dalam penelitian ini adalah bagian filing. Pedoman observasi dan wawancara sebagai instrumen dalam penelitian dengan sumber data primer dan sekunder yang diperoleh dari petugas rekam medis bagian filing. Sistem informasi filing berbasis barcode dalam penelitian ini terdiri dari proses input data DRM, data poli, data bangsal, data bagian lain dan data diagnosa yang disimpan ke dalam tabel DRM, tabel peminjam, tabel diagnosa, tabel peminjaman pengembalian DRM, tabel DRM inaktif, tabel penilaian DRM dan tabel pemusnahan DRM. Kemudian data tersebut diolah untuk menghasilkan laporan peminjaman DRM, laporan pengembalian DRM, laporan DRM masih dipinjam, laporan DRM inaktif, laporan daftar pertelahaan nilai guna DRM dan laporan pemusnahan DRM

Kata kunci: Sistem Informasi, Filing, Barcode, DRM

ABSTRACT

Filing is an arrangement and storage of medical record files to facilitate retrieval. Filing functions to accommodate ease in storing and rediscovering medical record documents appropriately and also maintaining the confidentiality of medical record documents. In processing data in filing accuracy, security and speed are needed to serve requests for medical record documents. This type of research is qualitative research with the research method used is descriptive by survey. The object in this study is the filing section. Guidelines for observation and interviews as instruments in research with primary and secondary data sources obtained from medical records officers in the filing section. Barcode-based filing information system in this study consists of the input process of DRM data, poly data, ward data, other parts of data and diagnostic data stored in DRM tables, borrower tables, diagnostic tables, DRM return lending tables, inactive DRM tables, tables DRM assessment and DRM destruction table. Then the data is processed to produce DRM lending reports, DRM return reports, still borrowed DRM reports, inactive DRM reports, DRM value check reports and DRM destruction reports.

Key word: information system, Filing, Barcode, DRM

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, *anamnese*, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes RI, 2006). Dalam pengelolaan data dalam rekam medis terdapat salah satu bagian yang penting yaitu *filing*. *Filing* adalah kegiatan menyimpan, penataan atau penyimpanan (*storage*) berkas rekam medis untuk mempermudah pengambilan kembali (Rustiyanto dan Rahayu 2011).

Kegiatan pengelolaan *filing* di rumah sakit sangatlah luas, salah satunya adalah Penilaian nilai guna rekam medis yaitu suatu kegiatan penilaian terhadap formulir-formulir rekam medis yang masih perlu diabadikan atau sudah boleh dimusnahkan. Berkas rekam medis yang dinilai adalah berkas rekam

medis yang telah 2 tahun inaktif. Indikator yang digunakan untuk menilai berkas rekam medis inaktif adalah sebagai berikut (Shofari, 2004). Setelah dilakukan penilaian terhadap nilai guna rekam medis dari DRM inaktif. Tim pemusnah rekam medis kemudian mengabadikan rekam medis yang harus diabadikan sesuai dengan nilai gunanya dan memusnahkan formulir yang sudah tidak ada nilai gunanya. Rangkaian kegiatan tersebut meliputi (Shofari, 2004). Pada saat ini pengelolaan manajemen *fling* rekam medis di Indonesia mayoritas masih menggunakan cara yang konvensional sehingga dinilai kurang efektif dan efisien. Salah satunya adalah Rumah Sakit Tentara dr. Asmir Salatiga yang pada saat ini kegiatan *fling* masih dilakukan dengan cara manual yaitu dengan mencatat nomor rekam medis pada buku ekspedisi dan *tracer* pada saat dokumen rekam medis diambil maupun dikembalikan. Berdasarkan survei yang dilakukan dengan wawancara terhadap Kasubag rekam medis di Rumah Sakit dr. Asmir Salatiga, diperoleh keterangan adanya permasalahan pada kegiatan pengolahan dokumen rekam medis di ruang *fling*, diantaranya petugas mengalami kesulitan dalam penemuan kembali (*retrieval*) dokumen rekam medis karena kekeliruan penyimpanan (*misfile*) atau dokumen rekam medis tersebut tersebar atau tercecer di tempat lain serta sulitnya melacak dokumen rekam medis yang belum kembali ke ruang *fling*. Untuk itu dibutuhkan suatu terobosan baru dengan memanfaatkan sistem informasi sebagai peningkatan mutu manajemen rumah sakit.

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah membangun sistem informasi *fling* dokumen rekam medis berbasis barcode di Rumah Sakit Tentara dr. Asmir Salatiga yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien dan mengoptimalkan kinerja petugas rekam medis. Sedangkan tujuan khususnya adalah mengetahui alur dan prosedur pengelolaan dokumen Rekam medis pasien di ruang *fling* Rumah Sakit dr. Asmir Salatiga; Membuat sistem informasi *fling* berbasis *barcode* di Rumah Sakit Tentara dr. Asmir Salatiga; Mengetahui informasi yang dihasilkan dari pengelolaan dokumen rekam medis pasien melalui sarana elektronik (komputer).

Hasil dari sistem informasi yang dibangun ini diharapkan dapat meningkatkan peran petugas *fling* khususnya dalam mengelola dokumen rekam medis, sehingga setiap permintaan dokumen rekam medis dapat didokumentasikan dengan baik serta dapat mengetahui status dokumen rekam medis yang berada di *fling* sehingga dokumen rekam medis dapat berkesinambungan.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini dimulai dengan pengumpulan data yang digunakan dalam melaksanakan penelitian ini, sebagai berikut:

1. Metode Literatur

Mencari referensi sebagai literatur di yang berkaitan dengan penelitian rancang bangun sistem *fling* rekam medis berbasis barcode.

2. Metode Observasi

Mencermati dengan langsung objek penelitian atau hal yang akan diteliti serta mendokumentasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan objek penelitian yaitu unit rekam medis khususnya bagian *fling* di rumah sakit dr. Asmir Salataiga. Kegiatan ini dilaksanakan dengan mencermati secara langsung pengelolaan *fling* rekam medis di Rumah Sakit. Dr. Asmir Salatiga yang saat ini berjalan, serta dapat mencatat data yang akan dibutuhkan dalam membangun sistem *fling* berbasis barcode.

Untuk membangun Sistem *Filing* berbasis barcode diperlukan tahapan sebagai berikut :

1. Survey Sistem

Dalam *Survey* sistem merupakan kegiatan yang dilaksanakan dengan mengidentifikasi kondisi / kebutuhan user yaitu bagian *fling* Rekam Medis di Rumah Sakit dr. Asmir Salatiga, dengan cara mendefinisikan ruang lingkup sistem serta penyusunan studi kelayakan.

2. Analisis Sistem

Analisis sistem dapat didefinisikan sebagai suatu proses untuk menganalisa sistem yang saat ini berjalan dengan menganalisis proses bisnis yang ada dalam pengelolaan *fling* rekam medis di Rumah Sakit dr. Asmir Salatiga, selain itu dalam proses analisis sistem juga menentukan variabel yang dibutuhkan.

3. Desain Sistem

Desain sistem yang dilaksanakannya yaitu proses merancang sistem secara menyeluruh dan sebagai panduan dalam pembangunan sistem *fling* di Rumah Sakit dr. Asmir Salatiga. Kemudian variabel dalam pengolahan data diketahui, maka variabel yang relevan antara teori dan kenyataan selanjutnya digunakan untuk pembuatan model dan program computer.

4. *Pembuatan Sistem*

Pembuatan *sistem* adalah proses dalam rancangan data pengelolaan *database* dalam membangun sistem *f ling*, kegiatan ini diperoleh setelah desain sistem telah selesai. Sehingga dalam pembuatan menyesuaikan desain sistem yang ada. Yang terdiri dari pembuatan program *input* dan *output* yang diinginkan, selanjutnya setelah program selesai maka di uji coba.

5. *Testing*

Setelah program dibuat, data dimasukkan ke sistem selanjutnya program dicoba langsung dijalankan dari aplikasi dekstop yang merupakan test pertama, test selanjutnya adalah menjalankan program yang dilakukan oleh petugas Rekam Medis di Rumah Sakit cipto utomo. Dari hasil dipresentasikan akan dievaluasi apakah perlu dilakukan koreksi. Masukan ini berasal dari pihak-pihak terkait dengan aplikasi yang telah dibangun.

6. *Perbaikan*

Pada tahap ini, program diperbaiki sesuai dengan hasil koreksi yang didapat dari hasil evaluasi. Perbaikan dapat berupa ketidaklengkapan data atau informasi yang salah. Setelah seluruh koreksi selesai diperbaiki maka program di tes kembali.

7. *Implementasi Sistem*

Implementasi Sistem dilakukan dengan menerapkan hasil perbaikan dan koreksi dari *system* yang telah dievaluasi. Sehingga dapat menghasilkan output seperti yang diharapkan sesuai dengan perancangan dan kebutuhan *system* yang semestinya.

8. *Pelatihan dan Pemeliharaan*

Tahap ini dilakukan setelah *system informasi f ling* berbasis barcode bebas dari *bug*, dalam tahap ini sangat penting dilakukan karena sistem yang dikembangkan harus disosialisasikan serta perlu pelatihan terhadap user.

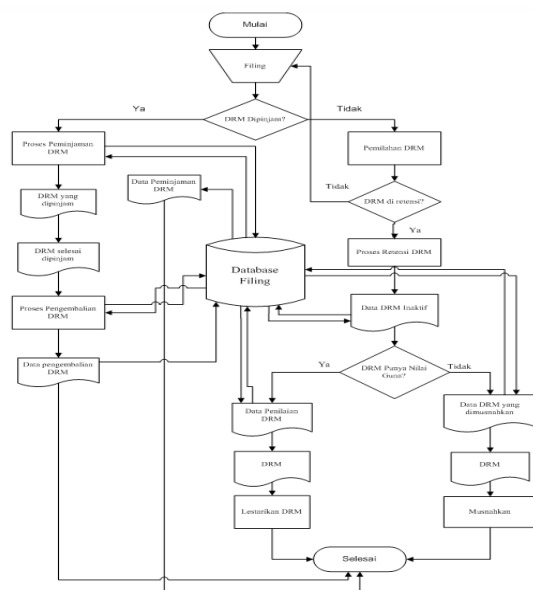
9. *Penulisan laporan penelitian*

Ini adalah tahap akhir dari penelitian.

HASIL

Sistem *f ling* yang dibangun merupakan pengembangan dari sistem yang saat ini berjalan di Rumah Sakit dr. Asmir Salatiga. Perbedaan dari sistem yang saat ini berjalan dengan sistem yang dikembangkan terletak pada proses pengolahan data *f ling* dengan menggunakan teknologi informasi yaitu dengan memanfaatkan *storage* sebagai media penyimpanan data. Selain itu dalam pengembangan sistem *f ling* ini disertakan penerapan teknologi barcode sehingga diharapkan dapat mempermudah dalam penerapan sistem.

1. **Sistem *f ling* yang dibangun :**

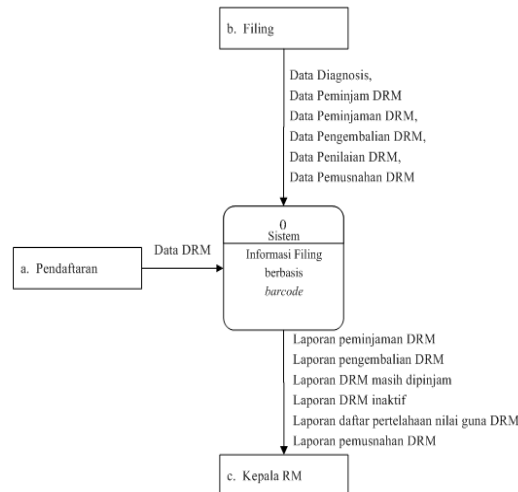


Gambar 1. Diagram sistem *f ling* yang dibangun

Dari gambar 1 diatas, dapat disampaikan bahwa pengolahan data pada sistem *f ling* yang dibangun telah terintegrasi dengan media penyimpanan (storage) yang dapat menyimpan seluruh data dalam sistem *f ling*, selain itu untuk menghasilkan informasi yang dibutuhkan dalam sistem *f ling* dapat didapatkan dari database yang telah disimpan sebelumnya. Dengan menggunakan database yang tersimpan secara tersentral akan memudahkan petugas dalam mengolah data *f ling*.

2. Perancangan Data Flow Diagram Sistem *f ling*

Untuk memberikan gambaran Rancangan sistem *f ling* dapat dilihat *Data Flow Diagram* (DFD) sebagai berikut:

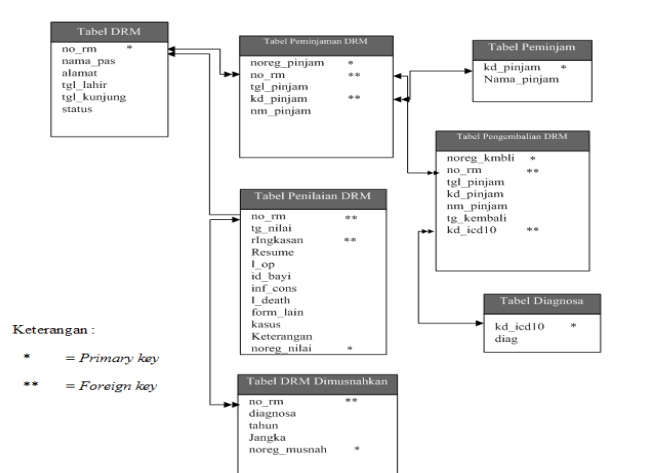


Gambar 2. DFD sistem informasi *f ling*

Dari gambar 2 diatas dapat diketahui bahwa sistem informasi *f ling* berbasis barcode memiliki tiga (3) entitas utama yaitu : a. Pendaftaran, yang dapat memberikan informasi terhadap sistem berupa data Dokumen Rekam Medis (DRM); b. *Filing*, memberikan data berupa data dignosis, data peminjaman DRM, data pengembalian DRM, data Penilaian DRM, serta data Pemusnahan DRM; c. Kepala RM, dapat menerima informasi berupa laporan peminjaman DRM, laporan pengembalian DRM, laporan DRM inaktif, laporan daftar pertelahaan nilai guna DRM, serta laporan pemusnahan DRM;

3. Perancangan Data base

Perancangan database bertujuan untuk mempermudah dalam mengimplementasikan data pada saat pembuatan tabel serta relasi yang terkait dari masing-masing tabel yang dibutuhkan dalam sistem informasi *f ling* yang dibangun. Berikut perancangan database dalam sistem informasi *f ling* berbasis barcode :



Gambar 3. Perancangan database sistem informasi *f ling*

Dari gambar 3 diatas dapat diinformasikan bahwa untuk membangun sistem informasi *f ling* berbasis barcode dibutuhkan beberapa tabel yaitu: 1. Tabel DRM; 2. Tabel Peminjaman; 3. Tabel diagnosa; 4. Tabel DRM dimusnahkan; 5. Tabel pengembalian DRM; 6. Tabel penilaian DRM; 7. Tabel peminjam;

PEMBAHASAN

Untuk menjalankan sistem informasi *f ling* berbasis barcode dalam penelitian ini dapat melalui form login yang tampil sebagai berikut :

Gambar 4. Form login sistem informasi *f ling*

Dengan memasukkan user id dan password yang sebelumnya telah didaftarkan maka seorang petugas *f ling* dapat masuk dalam sistem *f ling* melalui form login diatas. Selanjutnya apabila user id dan password telah sesuai maka akan tampil pada halaman menu utama sistem *f ling* sebagai berikut :

Gambar 5. Form menu utama sistem informasi *f ling*

Melalui form menu utama diatas seorang petugas *f ling* dapat mengakses beberapa fitur yang terdapat pada halaman menu sistem informasi *f ling*, sebagai berikut:

a. Input data DRM

Form input DRM adalah salah satu file master yang terdapat dalam sistem informasi *f ling* yang digunakan untuk manajemen data master terkait dengan data dokumen rekam medis, berikut tampilan form input data DRM :

No. RM	Nama Pasien	Alamat	Tanggal Lahir	Tanggal Kunjungan Terakhir
000021	Arisa Wahyu	Nggeyer	14/12/1995	12/04/2016
000010	Dewi Mulya Wardani	Solo	13/11/1995	12/04/2015
000054	Sofia Anisra	Sragen	06/07/1990	01/03/2014
000006	Aini Wulansari	Sigawi	12/11/1995	12/09/2015
000067	Ira Endah Suasani	Wonogiri	04/07/1994	12/05/2007
000055	Sumarah Oktavia	Wonogiri	25/09/1995	20/03/2013

Gambar 6. Form input data DRM

b. Penilaian DRM

Form penilaian DRM adalah salah satu file pengolahan data DRM yang digunakan untuk manajemen data master terkait dengan penilaian DRM data dokumen rekam medis, berikut tampilan form penilaian data DRM :

Gambar 7. Form penilaian DRM

c. Peminjaman DRM

Form peminjaman DRM adalah salah satu file pengolahan data DRM yang digunakan untuk manajemen data peminjaman dokumen rekam medis, berikut tampilan form peminjaman DRM :

Gambar 8. Form peminjaman DRM

d. Pemusnahan DRM

Untuk memberikan informasi terkait dengan pemusnahan dokumen rekam medis yang telah memiliki masa aktif lebih dari lima tahun dapat dikelola melalui form pemusnahan data DRM sebagai berikut :

Gambar 9. Form pemusnahan DRM

Dari data penelitian yang digunakan dalam sistem informasi *filing* yang dikembangkan. Tingkat efisiensi pengelolaan data *filing* cenderung meningkat dilihat dari waktu yang dibutuhkan dalam proses pengolahan data *filing* rekam medis.

KESIMPULAN

Penerapan sistem informasi *filing* berbasis barcode memiliki kelebihan dalam hal kemudahan, kecepatan, serta efektif dibanding penggunaan pengelolaan *filing* secara konvensional. Dengan menerapkan sistem barcode maka petugas akan lebih mudah dan lebih cepat dalam input data dokumen rekam medis untuk transaksi dokumen rekam medis. Selain dari sisi kemudahan, dengan penerapan sistem informasi *filing* berbasis barcode data akan terpusat dalam satu penyimpanan sehingga akan memberikan dampak yang efektif dalam pengolahan data rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, Savitri Citra. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta. Quantum Sinergis Media.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medik Rumah Sakit di Indonesia. 10 Desember 2006. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Eni, Eunike & Teguh Wahyono. 2012. *Mastering Microsoft Visual Foxpro 9.0*. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta
- Fatta, Hanif Al. 2007. *Analisis dan Perancangan Sistem Informasi*. Yogyakarta: Penerbit AndiOffset.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 269/ MENKES/PER /III/ 2008. Rekam Medis. 12 Maret 2008. Jakarta : Menteri Kesehatan.
- Notoadmojo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rusmawan, Uus. 2007. *Konsep dan Implementasi Visual Basic latihan pemrograman untuk tugas akhir*. PT. Elex Media Komputindo.
- Rustiyanto, Ery. dan Rahayu, Warih Ambar. 2011. *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Cetakan ke-1. Politeknik Kesehatan Permata Indonesia. Yogyakarta.
- Shofari, Bambang. 2004. *Pengelolaan Sistem Rekam Medis*. Perhimpunan Organisasi Profesional Perkam Medis dan Informatika Kesehatan. Semarang.
- Sudra Rano, Indradi. 2015. *Sistem Retensi Rekam Medis*. [online]. <http://ranocenter.weebly.com>. Diakses pada tanggal 28 Desember 2015.
- Supardi, Yuniar. 2013. *Koleksi Program Tugas Akhir dan Skripsi dengan FoxPro 9*. PT. Elex Media Komputindo. Jakarta.
- Sutanta, Edhy. 2011. *Basis data dalam tinjauan konseptual*. Yogyakarta : C.V Andi Offset.
- Teviu. E.A.A. 2010. *Improving Medical Records Filing In A Municipal Hospital In Ghana*. National Center for Biotechnology Information: Volume 46, nomor 3.136–141. [online]. Available from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645163/> [21 Januari 2018, 21.34].
- Wahyono, Teguh. 2010. *Membuat Sendiri Aplikasi dengan Memanfaatkan Barcode*. PT Elex Media Komputindo
- Yakub. 2012. *Pengantar Sistem Informasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

PERANCANGAN ULANG TATA KELOLA RUANG *FILLING* BERDASARKAN ILMU ERGONOMI DI PUSKESMAS BANJAREJO KOTA MADIUN

¹ Irmawati Mathar, ²Nurlina, ³Puspa

¹ Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun, irmawati.mathar88@gmail.com

² Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun, kusumastuti.nurlina@gmail.com,

³ Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun, puspa.oktiana@yahoo.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Pengelolaan penyimpanan file rekam medis di Puskesmas Banjarejo masih belum aman dan memudahkan petugas rekam medis dalam bekerja. Studi pendahuluan melalui wawancara terhadap petugas kesehatan yang ada di Puskesmas Banjarejo, didapatkan informasi bahwa ruang *filling* tidak memiliki ventilasi yang cukup untuk pertukaran udara sehingga terkadang petugas merasakan pengap ketika berada di ruang *filling*.

Metode Desain: Tema yang digunakan dalam desain ini adalah desain pengarsipan ilmu ruang interior yang terkait dengan ergonomi yang baik dan benar. Gagasan mendesain ulang desain interior ruang agar sesuai dengan ilmu ergonomi *filling*, agar tercipta ruang *filling* yang sehat, aman, dan nyaman bagi pengguna. Tahap desain terdiri dari: 1) identifikasi, 2) Pra-desain, dan 3) desain.

Hasil: Fase Pra Desain: Ruang penyimpanan pada file rekam medis aktif di Puskesmas Banjarejo berukuran panjang 4 m x lebar 2,8 m, dan ukuran rak dokumen yang telah tersedia dengan ukuran panjang 3 m x lebar 0,4 m x tinggi 1,3 m di tata dengan jarak antar rak sebesar 80 cm. Penerangan dengan lampu di atas tempat petugas dapat mengakses dokumen dan pemasangan 2 buah exhaust di dinding ruang penyimpanan dilengkapi dengan penyediaan 1 meja dan kursi petugas *filling* untuk menaruh dokumen rekam medis yang telah diambil. Fase desain terdiri dari: 1) Hitung jumlah kebutuhan rak dokumen rekam medis, diperlukan 3 rak. 2) Menentukan rak yang sesuai yang dihasilkan berdasarkan prinsip-prinsip ergonomi rak terbuka dengan spesifikasi 1. Rak penyimpanan berbahan besi sebanyak 3 Rak dengan ukuran panjang 3m x lebar 0,4m x tinggi 1,3m dengan kondisi terbuka di salah satu sisi. (bagian belakang dan kanan kiri tertutup rapat).

Kata Kunci : Ergonomi, *Filling*, Puskesmas

ABSTRACT

Background of the study: the management of medical record filling cabinet in Banjarejo Medical Center Community (Puskesmas) was not safe and organized well. These two things made the medical record staff find difficulties in their duty. In the preliminary study through interviews with health workers at Puskesmas Banjarejo, it was known that the filling room did not have adequate ventilation and it caused a stuffy and uncomfortable room.

Design Method: the design used in this research is ergonomics interior archiving design. The purpose of redesigning the room is to create a filling room that is healthy, safe, and comfortable for the medical record officers, based on the ergonomics science. The design phase of redesigning the room consists of three phases, those are: 1) identification, 2) Pre-design, and 3) design.

Results of the study: Pre-Design phase: filling space to active medical record files in Puskesmas Banjarejo is about 4 m x 2.8 m in size. The document cabinet that is available there is 3 m x 0.4 m x 1.3 m in size with a shelf distance of 80 cm. Lighting is gotten from lamp that is placed above the place where the officers may access documents. It is also helped by the installation of 2 pieces exhaust that are placed on the wall. The filling room is equipped by 1 desk and chairs to filling officers. The design phases consist of: 1) Calculating the required amount of the document medical records cabinet, it is known that there is 3 cabinet are required. 2) Determining the appropriate cabinet based on the ergonomics open shelf principles. The specification is 3 iron storage cabinet by the size of 3m in length x 0.4m in width x 1.3m in high with one side opened condition (the back, right and left side are tightly closed).

Keywords: ergonomics, *Filling*, health center

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting dalam penilaian kesejahteraan suatu negara. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Upaya peningkatan kesehatan masyarakat di Indonesia saat ini tengah gencar dilakukan oleh pemerintah.

Pusat Kesehatan Masyarakat (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. Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan.

Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja puskesmas. Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah puskesmas rata-rata 30000 ribu penduduk setiap puskesmas. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. (PerMenKes RI No. 75 Tahun 2014)

Berbagai upaya dilakukan agar taraf kesehatan masyarakat di Indonesia meningkat. Salah satunya dengan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas. Sebagai salah satu pelayanan yang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dimasyarakat adalah dengan melakukan suatu tertib administrasi dengan penyelenggaraan rekam medis di sarana pelayanan kesehatan. Menurut PerMenKes No.269/MenKes/Per/III/2008, rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosa, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan tentang pengobatan, baik rawat inap, rawat jalan maupun pengobatan melalui pelayanan rawat darurat.

Unit rekam medis merupakan unit yang mempunyai kegiatan yang beragam, tidak hanya terpaku pada kegiatan pencatatan saja tetapi rekam medis adalah unit yang mengelola berkas beserta isi dari rekam medis itu sendiri. Pengelolaan yang dimaksud adalah proses pengelolaan berkas rekam medis pasien dari awal berkas diberikan kepada pasien sampai berkas tersebut disimpan dalam rak penyimpanan.

Pedoman atau petunjuk teknis pengelolaan rekam medis pada suatu puskesmas pada dasarnya mengatur proses kegiatan yang di mulai pada saat diterimanya pasien di tempat penerimaan pasien, pencatatan data medis pasien selama pasien tersebut mendapatkan pelayanan medis, sampai pada penanganan berkas rekam medis pasien yang meliputi kegiatan penyimpanan serta pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman bila pasien berobat ulang atau keperluan lain.

Petunjuk teknis pengelolaan rekam medis juga bisa diamati dari ruang penyimpanan atau *fling* yang ada di puskesmas. Puskesmas Banjarejo Madiun merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang berupaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat salah satunya dengan menerapkan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan secara terkomputerisasi. Sehingga pelayanan kesehatan di Puskesmas Banjarejo dapat berjalan dengan efektif dan efisien.

Selain menerapkan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan secara terkomputerisasi Puskesmas Banjarejo juga menyediakan fasilitas penyimpanan dokumen rekam medis di dalam ruang *fling*. Rak dokumen rekam medis merupakan tempat arsip atau dokumen rekam medis yang bertujuan untuk memudahkan penyimpanan dan pengambilan kembali dokumen rekam medis diruangan *fling* serta menjaga kerahasiaan dokumen rekam medis. Apabila tata kelola ruang *fling* rekam medis kurang sesuai maka akan berdampak pada keefektifitasan waktu pelayanan kesehatan yang diberikan. Hal ini berarti diperlukan perencanaan ulang ruang *fling* berdasarkan ilmu ergonomi.

Secara umum Ergonomi dapat dikatakan sebagai kemampuan untuk menerapkan informasi menurut karakter manusia, kapasitas dan keterbatasannya terhadap desain pekerjaan, mesin dan sistemnya, ruangan kerja dan lingkungan sehingga manusia dapat hidup dan berkerja secara sehat, aman, nyaman, dan efisien. Ergonomi adalah ilmu, seni dan penerapan teknologi untuk menyetarakan atau menyeimbangkan antara fasilitas yang digunakan baik dalam beraktivitas maupun istirahat dengan kemampuan dan keterbatasan manusia baik fisik maupun mental sehingga kualitas hidup secara keseluruhan menjadi lebih baik (Tarwaka, 2004).

Ergonomi bukan hanya sekedar suatu label kenyamanan untuk suatu produk. Tetapi lebih jauh merupakan sebuah kajian komprehensif yang menuntut sebuah studi dan pendekatan keilmuan yang lebih holistik sifatnya. Untuk dapat menerapkan ergonomi secara lebih detail. Dalam penerapan ergonomi diperlukan suatu seni, agar apa yang akan diterapkan dapat diterima oleh pemakainya dan memberikan manfaat yang besar kepadanya. Setiap komponen masyarakat baik masyarakat pekerja maupun masyarakat sosial diharapkan dapat menerapkan ergonomi dikehidupan kesehariannya dalam upaya menciptakan tidak hanya sebatas nyaman, tetapi tujuannya juga untuk meningkatkan kesehatan, keselamatan dan produktivitas kerja yang setinggi-tingginya.

Dalam rekam medis ergonomi sangat berperan penting dalam membantu sistem kerja tenaga rekam medis dalam setiap pekerjaan yang dilakukan selama bekerja terutama dalam mendesain tempat kerja baik tempat kerja lama maupun tempat kerja baru dirancang seefisien mungkin dengan keterbatasan faktor finansial maupun teknologi seperti keleluasan modifikasi, ketersediaan ruangan, lingkungan, ukuran frekuensi alat yang digunakan, kesinambungan pekerjaan dan populasi yang ingin ditarget.

Berdasarkan uraian diatas dan dalam rangka meningkatkan sistem rekam medis puskesmas, maka dalam hal ini peneliti akan mengambil judul "Perancangan Ulang Tata Kelola Ruang *Filling* Berdasarkan Ilmu Ergonomi Di Puskesmas Banjarejo Kota Madiun"

1.2 Tujuan

1.1.1 Tujuan Umum:

Mengetahui rancangan dan desain tata kelola ruang *filing* dokumen rekam medis berdasarkan ilmu ergonomi dan pengaruhnya terhadap waktu pelayanan kesehatan dalam unit kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

1.1.2 Tujuan Khusus:

- a Mengetahui tujuan dan manfaat penerapan ilmu ergonomi di ruang *filing* Rekam Medis
- b Mengidentifikasi kebutuhan ruangan, sarana dan prasarana ruang *filing* Rekam Medis
- c Menghitung ketepatan luas ruang *filing* Rekam Medis berdasarkan ilmu ergonomi yang dibutuhkan untuk menyimpan dokumen rekam medis

1.3 Manfaat

1.1.1 Bagi Puskesmas

Sebagai perencanaan dan pengambilan keputusan tentang masalah yang di hadapi dalam puskesmas mengenai aspek ergonomi dan aspek-aspek yang mendukung dalam ruang penyimpanan dokumen rekam medis, sehingga berguna untuk perbaikan dan pengembangan sistem penyimpanan rekam medis di Puskesmas Banjarejo Kota Madiun dimasa yang akan datang.

1.1.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi kepustakaan mengenai peranan penting penataan dan pengelolaan ruang *filing* dokumen rekam medis berdasarkan ilmu Ergonomi dan pengaruhnya terhadap mutu pelayanan kesehatan dalam unit kerja Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

OUTPUT

Hasil penelitian ini diharapkan menghasilkan rancangan ruang *filing* yang efektif, nyaman, aman, sehat dan efisien berdasarkan prinsip ergonomi di puskesmas Banjarejo baik bagi petugas maupun dokumen rekam medis.

METODE PENELITIAN

Perancangan ulang ruang f ling berkaitan dengan ilmu ergonomi yang baik dan benar. Perancang mendapatkan ide untuk merancang ruang f ling yang sesuai dengan ilmu ergonomi, sehingga nanti tercipta ruang f ling yang efektif, nyaman, aman dan efisien baik bagi dokumen rekam medis maupun bagi petugas rekam medis yang mempunyai tugas menyimpan, mengambil dan menata dokumen rekam medis di ruang f ling.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tahap Pra-Perancangan

Kondisi Ruang Penyimpanan

Berdasarkan hasil observasi, ruang penyimpanan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo dibagi menjadi 2 (dua) tempat yang masing-masing berada pada lokasi yang terpisah. Ruang penyimpanan pertama berada di dalam Gudang dengan kondisi Gudang yang berisi 1 rak penyimpanan dokumen rekam medis, beberapa dokumen rekam medis yang di simpan dalam karton dan 1 lemari berisi barang-barang logistik milik Puskesmas Banjarejo. Adapun suhu ruangan penyimpanan dokumen rekam medis pada gudang yang berukuran panjang 3,25 m dan lebar 2,8 m adalah yang sekitar 29-30°C sehingga ruangan terasa panas, ruangan juga tidak memiliki jendela dan ventilasi yang cukup sebagai tempat pertukaran udara sehingga ruangan menjadi terasa pengap.

Kondisi Rak Penyimpanan

Hasil observasi mengenai kondisi rak penyimpanan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo di simpan di 4 (empat) tempat penyimpanan yang berbeda yaitu, 1 rak terbuka berbahan besi yang dapat dibongkar pasang dengan ukuran 3m x 40 cm x 130 cm memiliki 4 shaft dengan jarak 27cm, tanpa adanya penutup dibagian belakang dan di sebelah samping rak yang ditempatkan dalam gudang, 1 rak berbahan kayu yang di tempatkan di luar ruangan, beberapa dokumen di tempatkan pada karton dan beberapa dokumen lainnya yang belum memiliki cover disimpan pada *sysbox*.

Beberapa dokumen rekam medis yang disimpan dalam gudang sulit dijangkau saat proses retrieval maupun pengambilan karena jumlah kapasitas dokumen rekam medis yang tersimpan di rak tidak proporsional. Ada beberapa dokumen rekam medis yang terselip ke dalam, ada pula dokumen rekam medis yang berjatuh ke lantai. Selain daripada itu kendala lain penyebab sulitnya proses retrieval maupun pengambilan adalah terhalangnya rak dokumen rekam medis oleh almari barang barang logistik milik Puskesmas Banjarejo.

Tempat penyimpanan kedua berada di luar ruangan dekat tangga dengan kondisi 1 rak terbuka dan letaknya bersebelahan dengan alat kebersihan. Selain itu penyimpanan di luar ruangan juga dapat menyebabkan rusaknya dokumen rekam medis akibat ulah binatang (seperti tikus, kucing) dan hilangnya sifat kerahasiaan dokumen rekam medis itu sendiri karena dokumen rekam medis dapat di akses oleh selain petugas. Selain kendala tersebut, ada pula kendala lain yang menjadi faktor timbulnya rasa kurang nyaman petugas saat proses retrieval maupun pengembalian dokumen rekam medis tidak lain lagi adalah masalah debu.

Pada penyimpanan dokumen rekam medis yang berada di luar ruangan, debu menjadi salah satu masalah visual yang utama. Tidak adanya sekat pada rak penyimpanan juga menyebabkan dokumen rekam medis menjadi tidak tertata rapi karena dokumen tidak bisa berdiri tegak. Selain itu bahan dasar yang digunakan untuk cover dokumen rekam medis yang terbuat dari plastik mika juga memiliki kekurangan yang dapat menyebabkan dokumen rekam medis menjadi tidak bisa berdiri tegak.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada saat melaksanakan praktek kerja lapangan, di dapatkan keterangan bahwa Puskesmas Banjarejo berencana memindahkan ruangan penyimpanan dokumen rekam medis di belakang tempat loket pendaftaran dengan ruang berukuran panjang 4 m x lebar 2,8 m.

Dari pertimbangan di atas perancang berencana merancang ulang ruang penyimpanan yang efektif, nyaman, aman, sehat dan efisien berdasarkan prinsip ergonomi di puskesmas Banjarejo baik bagi petugas maupun berkas. Perancangan ulang dilakukan dengan memperhitungkan beberapa aspek dan aturan yang harus digunakan terutama prinsip ergonomi yang peneliti ingin tonjolkan.

Tahap Perancangan

Ruang Penyimpanan

Lingkungan kerja sedikit banyak akan mempengaruhi fisik maupun psikologi petugas ketika melakukan pekerjaannya. Oleh karena itu penting adanya menciptakan lingkungan yang nyaman di ruang kerja. *Filling* adalah suatu penataan rekam medis dalam suatu tempat yang khusus agar penyimpanan dan pengambilan (retrival) menjadi lebih mudah dan cepat. (Rahmi,dkk 2013)

Pada ruang penyimpanan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo terdapat 2 (dua) rak yang digunakan untuk menyimpan dokumen rekam medis. 1(satu) rak didalam ruangan (gudang) dan 1 (satu) rak lagi diluar ruangan. Dalam gudang terdiri dari 1 (satu) lampu diatas rak dan memiliki 1 (satu) pintu untuk keluar masuk dan 1 (satu) ventilasi kecil diatas pintu sebagai tempat masuknya udara.

Menurut Kemenkes No. 1405 tahun 2002, tentang pencahayaan adalah jumlah penyinaran pada suatu bidang kerja yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan secara efektif. Faktor pencahayaan dalam ruangan ini sangat penting dan akan sangat mendukung kinerja anda dalam bekerja di lingkungan ruang kerja yang sehat dan nyaman. Intensitas cahaya di ruang kerja minimal 100 lux. Pencahayaan dibagi menjadi dua, yaitu pencahayaan alami (*natural lighting*) dan pencahayaan buatan (*artifisial lighting*).

a. Pencahayaan alami

Pencahayaan alami diruang *filling* sebaiknya dioptimalkan ke dalam bangunan atau ruang kerja *filling*, sehingga anda akan mendapatkan banyak manfaat dari adanya pencahayaan ini.

b. Pencahayaan buatan (*artifisial lighting*)

Cara yang paling bagus dan sesuai untuk di terapkan ke dalam system pencahayaan ini adalah dengan memberikan pencahayaan diffuse atau *indirect lighting* atau pencahayaan tidak langsung ke dalam ruangan. Pencahayaan ini diterapkan dengan memberikan lampu atau efek cahaya yang terdifusi atau terrefleksi terlebih dahulu sebelum akhirnya menyinari area ruangan yang ada di sekitarnya. Metode ini sangat bagus karena efek glare dan silau yang terjadi pada proses pencahayaan didalam ruangan bisa direduksi dengan metode pencahayaan atau efek diffuse didalam ruangan.

Agar pencahayaan di ruang *filling* memenuhi persyaratan kesehatan perlu dilakukan suatu tindakan sebagai berikut:

- a. Pencahayaan alam maupun buatan diupayakan agar tidak menimbulkan kesilauan dan memiliki intensitas sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Kontras sesuai kebutuhan, hindarkan terjadinya kesilauan atau bayangan
- c. Penempatan bola lampu dapat menghasilkan penyinaran yang optimum dan bola lampu sering dibersihkan.
- d. Bola lampu yang mulai tidak berfungsi dengan baik untuk segera diganti.

Kondisi suhu pada ruang penyimpanan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo mencapai suhu 29-30°C dan tidak ditemukan adanya *Air Conditioner*(AC) sebagai penstabil suhu maupun *exhaust* yang berfungsi sebagai sirkulasi udara diruang penyimpanan hal tersebut mengakibatkan ruangan menjadi pengap dan panas.

Menurut Ery Rustiyanto (2011) Hal-hal yang perlu diperhatikan didalam ruangan penyimpanan dokumen rekam medis yaituberkisar antara 18-28°C sedangkan kelembapannya berkisar 40% - 60%, karena negara Indonesia negara tropis.

Selain dari beberapa faktor diatas perlakuan petugas terhadap dokumen rekam medis juga harus diperhatikan agar dokumen rekam medis tidak mudah rusak. Melindungi dokumen rekam medis dari serangan serangga dan hama juga dapat membantu menjaga kualitas dari dokumen yang ada.

Serangga merupakan salah satu vektor penyakit yang dapat menjadikan suatu perantara penyakit pada manusia. Beberapa vektor penyakit yang sering ada di ruang *filling* antara lain lalat, kecoa, nyamuk, tikus dan lain-lain. Serangga tersebut berpotensi dapat merusak dokumen rekam medis diruang penyimpanan. Berikut tata cara pengendalian vektor penyakit ada 3 yaitu:

a. Pengendalian secara fisik

1. Konstruksi bangunan tidak memungkinkan masuk dan berkembangbiaknya vektor dan reservoir penyakit kedalam ruang kerja dengan memasang alat yang dapat mencegah masuknya serangga dan tikus.

2. Menjaga kebersihan lingkungan, sehingga tidak terjadi penumpukan sampah dan sisa makanan.
 3. Pengaturan peralatan dan dokumen rekam medis secara teratur.
 4. Meniadakan tempat perindukan serangga dan tikus.
- b. Pengendalian dengan bahan kimia yaitu dengan melakukan penyemprotan, pengasapan, memasang umpan, membutuhkan abate pada tempat penampungan air bersih.
- c. Cara mekanik dengan memasang perangkap.

Debu diruangan *f lling* juga harus kita perhatikan, karena jika diruang *f lling* terlalu banyak debu juga akan mempengaruhi kinerja petugas *f lling*, baik dari segi kesehatan maupun kenyamanan. Kebanyakan petugas jika ditempatkan di bagian *f lling* banyak menolak atautidak nyaman dikarenakan ruangan *f lling* di rumah sakit maupun di pelayanan kesehatan yang lain tidak di perhatikan. Kandungan debu maksimal didalam udara ruangan dalam pengukuran rata-rata 8 jam adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Kandungan Debu

No	Jenis Debu	Konsentrasi Maksimal
1	Debu total	0,15 mg/m ³
2	Asbes bebas	5 serat/ml dengan panjang serat 5 μ (micron)

Agar kandungan debu di dalam udara ruang *f lling* memenuhi persyaratan kesehatan maka perlu dilakukan upaya-upaya sebagai berikut:

- a. Kegiatan membersihkan ruang *f lling* dilakukan pada pagi dan sore hari dengan menggunakan kain pel basah atau pompa hampa (vacuum pump).
- b. Pembersihan dinding dilakukan secara periodik 2 kali per tahun dan dicat ulang 1 kali setahun.
- c. System ventilasi yang memenuhi syarat.

Menurut Martono E (1990) dalam jurnal rahmi,dkk,2013 bahwa dalam pemeliharaan ruang penyimpanan hendaknya ada beberapa perawatan yaitu dengan tetap menjaga ruangan agar selalu bersih, kering, agar dokumen rekam medis aman dari berbagai kerusakan. Dasar pemikiran pencegahan adalah dengan menciptakan lingkungan penyimpanan bebas dari kutu buku, serangga, rayap, cahaya matahari, jamur dan lain-lain. Pencegahan dilakukan dengan pengaturan temperatur kelembaban udara,penyimpanan yang benar, pengaturan cahaya matahari yang benar, pengaturan lampu, pemeliharaan ruangan, dan fungi. Untuk pengaturan udara ruangan yang ideal yaitu 22-24°C dengan AC dan kelembaban 50-65%.

Ruang penyimpanan dokumen rekam medis pasien di Puskesmas Banjarejo terpisah dari ruang pendaftaran sehingga jarak yang terlalu jauh dari ruang pendaftaran menjadikan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo tidak terjaga keamanannya. Bisa saja orang-orang yang tidak berkepentingan bebas keluar masuk ke ruang penyimpanan dokumen rekam medis tanpa sepengetahuan petugas rekam medis, sementara dokumen rekam medis bersifat rahasia hanya petugas rekam medis sajalah yang boleh masuk kedalam ruang penyimpanan. Hal tersebut juga telah dijelaskan bahwa ruang *f lling* harus aman (untuk melindungi dokumen rekam medis dari kerusakan, kehilangan atau digunakan oleh pihak yang tidak berwenang), maka selain itu petugas dapat memberikan tanda peringatan "SELAIN PETUGAS DI LARANG MASUK" di depan pintu penyimpanan.

Kewajiban untuk menjaga keamanan dokumen rekam medis agar terjamin kerahasiaannya sudah tertera pada permenkes 269 yang menyebutkan bahwa informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pemeriksaan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola, dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Rata-rata Ketebalan Berkas

Dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo rata-rata memiliki ketebalan yang hampir sama dari hasil penelitian yang dilakukan tidak banyak ditemukan dokumen rekam medis yang berukuran tebal, sehingga sampel 100 dokumen yang diambil dianggap dapat mewakili rata-rata ketebalan berkas yang ada di Puskesmas Banjarejo.

Berdasarkan pada pengukuran dan perhitungan 100 dokumen rekam medis yang ada di Puskesmas Banjarejo maka diketahui bahwa rata-rata ketebalan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo

adalah 0,25 cm. Dari hasil perhitungan menunjukkan bahwa dalam setiap 1 meter rak penyimpanan idealnya dapat menampung 400 dokumen rekam medis pasien, jadi dalam satu *shaft* rak penyimpanan dapat menampung 1200 dokumen rekam medis, sedangkan dalam satu rak dokumen rekam medis dapat menampung 4800 dokumen rekam medis.

Rak Penyimpanan

Sebagai sarana penyimpana dokumen rekam medis, ukuran dan bentuk rak tentunya berpengaruh pada kemampuan rak dalam menampung dokumen rekam medis. Rak pada ruang penyimpanan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo tidak hanya digunakan untuk menyimpan dokumen rekam medis aktif saja, melainkan pada rak bagian bawah digunakan untuk menyimpan dokumen rekam medis in-aktif. Dengan kondisi penyimpanan demikian, sebaiknya tata kelola rak dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo di desain ulang yaitu dengan memisahkan antara rak dokumen rekam medis aktif dan in-aktif.

Rak yang digunakan adalah rak terbuka yang terbuat dari besi dengan ukuran panjang 3m x lebar 0.4m x tinggi 1.3m tanpa adanya penutup di bagian belakang dan samping kanan kiri rak. Dengan kondisi rak tanpa penutup sama sekali dapat menyebabkan ketidakberaturannya tatanan dokumen rekam medis dan dapat menyebabkan jatuhnya dokumen rekam medis ke lantai yang dapat berakibat pada rusaknya dokumen rekam medis itu sendiri.

Dari hasil perhitungan menunjukkan bahwa dalam setiap 1 meter rak penyimpanan idelanya dapat menampung 400 dokumen rekam medis pasien, jadi dalam satu *shaft* rak penyimpanan dapat menampung 1200 dokumen rekam medis , sedangkan dalam satu rak dokumen rekam medis dapat menampung 4800 dokumen rekam medis.

Menurut IFHRO (2006) ada banyak pilihan peralatan untuk menyimpan berkas rekam medis. Beberapa macam peralatan yang digunakan untuk menyimpan berkas rekam medis adalah :

File Cabinet, *File Cabinet* merupakan almari tertutup yang terbuat dari besi, yang menjamin keamanan berkas rekam medis karena dapat dikunci. Namun dibalik kelebihanannya itu, *f le cabinet* tidak cocok digunakan untuk ruangan yang sempit karena ukurannya yang sangat besar. Oleh karena itu , rak terbuka di anggap dapat memenuhi ruang penyimpanan sesuai kebutuhan rak penyimpanan daripada rak tertutup (*f le cabinet*). Proses penyimpanan dan pengembalian rekam medis ke rak penyimpanan dapat dilakukan dengan cepat karena tidak perlu membuka dan menutup rak seperti pada rak tertutup. Rak terbuka terbagi menjadi dua, yaitu rak terbuka yang terbuat dari kayu dan rak terbuka yang terbuat dari besi. Rak dengan bahan besi dianggap lebih banyak memiliki kelebihan dibanding rak kayu karena lebih aman dari serangan rayap, dibandingkan kayu lebih murah, dapat dibongkar pasang jadi mudah apabila akan dipindahkan.

Kriteria pemilihan rak yang tepat adalah yang sesuai dengan def nisi ergonomi yaitu tinggi rak tidak melebihi jangkauan petugas sehingga petugas tidak perlu memakai tangga untuk menjangkau berkas yang berada paling atas hal ini akan mengurangi resiko kecelakaan kerja. Selain itu yang dipertimbangkan dalam pemilihan rak adalah disesuaikan dengan berkas yang disimpan dalam rak penyimpanan berkas rekam medis baik ukuran berkas maupun bahan berkas.

Rancangan Ruang Peyimpanan (*f lling*)

Ruang penyimpanan dokumen rekam medis yang sesuai dengan ilmu ergonomi yaitu harus memiliki siklus udara yang baik, kotornya udara disekitar ruang kerja dapat menimbulkan sesaknya pernapasan bagi petugas. Jika ini dibiarkan terlalu lama akan berakibat pada timbulnya rasa lelah yang cepat dan mempengaruhi kesehatan tubuh dari petugas. Selain itu adanya bau-bauan yang dianggap sebagai polusi dapat mengganggu konsentrasi petugas dalam menjalankan kerjanya.

Didalam ruang penyimpanan dokumen rekam medis masih banyak memanfaatkan ruangan bekas atau bangunan lama, sehingga luas tempat ruangan penyimpanan tidak diperhitungkan, untuk beberapa rak yang nantinya akan digunakan didalam penyimpanan dokumen rekam medis.

Luas ruang penyimpanan harus memadai (baik untuk rak dokumen rekam medis aktif dan inaktif). Ruang penyimpanan dokumen rekam medis aktif dan inaktif sebaiknya disendirikan, karena hal ini akan mempermudah petugas didalam mengambil dokumen rekam medis yang masih aktif dan akan lebih mudah didalam melaksanakan pemusnahan dokumen rekam medis.

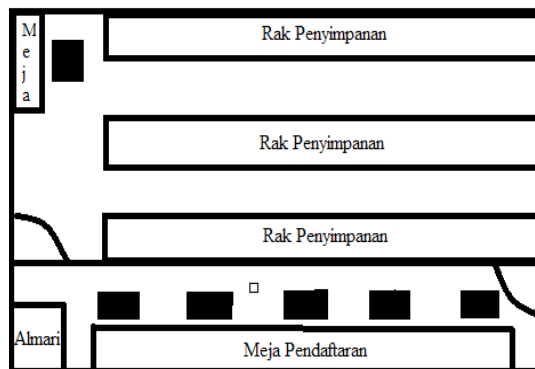
Persyaratan ruangan khususnya dibagian *f lling* yaitu:

- Struktur bangunan harus kuat, terpelihara, bersih, dan tidak memungkinkan terjadinya gangguan kesehatan dan kecelakaan bagi petugas *f lling*.
- Lantai terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin dan bersih.
- Setiap petugas *f lling* mendapatkan ruang udara minimal 10 m^3 per petugas.
- Dinding bersih dan berwarna terang, langit-langit kuat, bersih, berwarna terang, dan ketinggian minimal 2,5-3 m dari lantai.
- Atap kuat dan tidak bocor.
- Luas jendela, kisi-kisi atau dinding gelas kaca untuk masuknya cahaya minimal $1/6$ kali luas lantai.

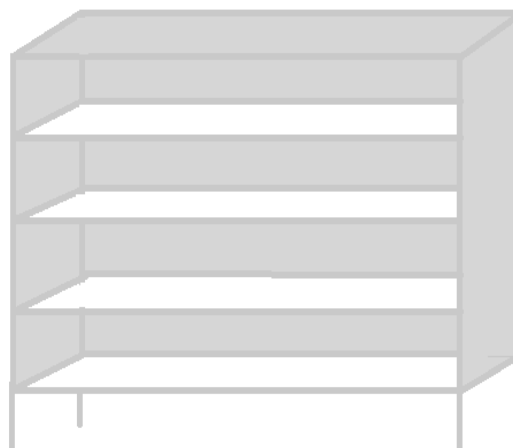
Selain luas ruangan untuk penyimpanan dokumen rekam medis kita juga harus bisa mendesain ruangan di *f lling* agar petugas di bagian *f lling* tidak terlalu sempit sehingga akan mempengaruhi kenyamanan peugas. Jarak antara rak *f lling* yang satu dengan yang lain harus kita perhitungkan jangan sampai terlalu sempit atau terlalu lebar, sehingga akan memakan ruangan yang banyak. Jarak ideal untuk akses jalan petugas antara rak satu dengan rak yang lain kurang lebih 180-200 cm, sedangkan lorong dibagian sub rak $\pm 80-100$ cm.

Folder dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo yaitu berbentuk vertikal, hal tersebut sudah sesuai dengan manajemen *f lling* dokumen rekam medis. Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada saat melaksanakan praktek kerja lapangan, di dapatkan keterangan bahwa Puskesmas Banjarejo berencana memindahkan ruangan penyimpanan dokumen rekam medis di belakang tempat loket pendaftaran dengan ruang berukuran panjang 4 m x lebar 2,8 m.

Dari pertimbangan di atas perancang berencana merancang ulang ruang penyimpanan yang efektif, nyaman, aman, sehat dan efisien berdasarkan prinsip ergonomi di puskesmas Banjarejo baik bagi petugas maupun berkas.



Gambar 4.4 Rancangan Ruang Penyimpanan



Gambar 4.5 Rancangan Rak Dokumen Rekam Medis

Adapun sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk menunjang terciptanya ruang penyimpanan tersebut antara lain :

1. Rak penyimpanan berbahan besi sebanyak 3 Rak dengan ukuran panjang 3m x lebar 0,4m x tinggi 1,3m dengan kondisi terbuka di salah satu sisi. (bagian belakang dan kanan kiri tertutup rapat)
2. Sekat dokumen 72 buah untuk 3 buah rak (sekat digunakan setiap jarak 0,5m pada rak)
3. Meja petugas berbahan kayu sebanyak 1 meja dengan ukuran panjang 2m x lebar 0,6m x tinggi 0,8m
4. 1 buah kursi petugas (menyesuaikan meja)
5. Lampu ruangan 2 buah
6. Exhaust 2 buah
7. Warna ruangan yang terang

SIMPULAN

Tahap pra perancangan

Kondisi ruang penyimpanan

- Tidak adanya *Air Conditioner* (AC) sebagai penstabil suhu maupun *exhaust* yang berfungsi sebagai sirkulasi udara diruangpenyimpanan hal tersebut mengakibatkan ruangan menjadi pengap dan panas ada baiknya apabila ruang penyimpanan minimal diberikan exhaust untuk sirkulasi udara alangkah baiknya apabila di lakukan pengadaan *Air Conditioner* (AC) sekaligus, karena hal ini dapat menunjang produktivitas kerja dari petugas.
 - Perawatan ruang penyimpanan juga perlu diperhatikan, minimal dibersihkan seminggu sekali dengan kain basah agar debu tidak menumpuk dan kebersihan dokumen juga terjaga selain itu juga menghindarkan dokumen rekam medis dari kerusakan yang berasal dari faktor hewan.
 - Untuk memastikan agar kerahasiaan dokumen rekam medis tetap terjaga ada baiknya apabila pintu ruang *filling* diberi himbauan berbentuk tulisan “SELAIN PETUGAS DI LARANG MASUK”.
 - Pencahayaan yang baik dapat membantu proses kinerja petugas menjadi lebih cepat, standar pencahayaan ruang *filling* adalah minimal 100 lux. Pencahayaan dapat dilakukan secara alami dengan pemberian jendela pada ruangan atau bantuan penerangan dengan jumlah lampu yang proporsional dengan ruangan.
 - Jarak antara rak satu dengan yang lainnya sesuai dengan ukuran ruang yang baru adalah 80cm. Ukuran tersebut merupakan ukuran yang proporsional menurut perancang dengan sudah mempertimbangkan beberapa aspek yaitu ilmu ergonomi .

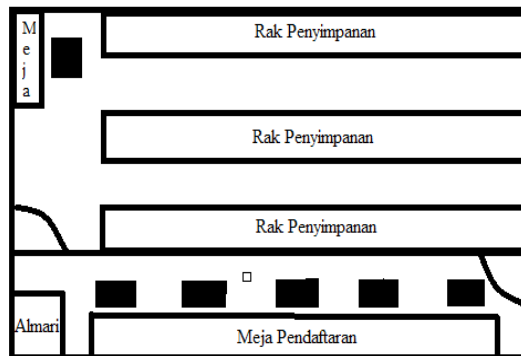
Rak Penyimpanan

- Rak yang dimiliki oleh Puskesmas Banjarejo berbahan dasar besi sudah sesuai, hanya saja diperlukan penutup dibagian belakang dan sisi samping kanan kiri yang berfungsi sebagai pembatas atau pencegah jatuhnya dokumen rekam medis ke lantai.
- Dalam setiap 1 (satu) meter rak penyimpanan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo idealnya dapat menampung sekitar 400 dokumen rekam medis. Hal ini sudah perhitungkan oleh perancang dengan mengukur ketebalan rata-rata dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo
- Untuk menjaga kerapihan dokumen rekam medis dalam rak ada baiknya dalam setiap 0,5 meter rak di berikan pembatas dokumen agar dokumen bisa berdiri tegak dan tertata rapih
 - a. Cover untuk dokumen rekam medis sebaiknya diganti dengan menggunakan bahan dasar kertas yang memiliki ketebalan lebih dibanding dokumen rekam medis di dalamnya. Hal ini dapat membantu agar dokumen rekam medis yang disimpan pada rak bisa berdiri tegak dan tertata rapi.

Tahap Perancangan

Rancangan ruang penyimpanan

Rancangan ulang ruang penyimpanan dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo Kota Madiun menurut perancang adalah :

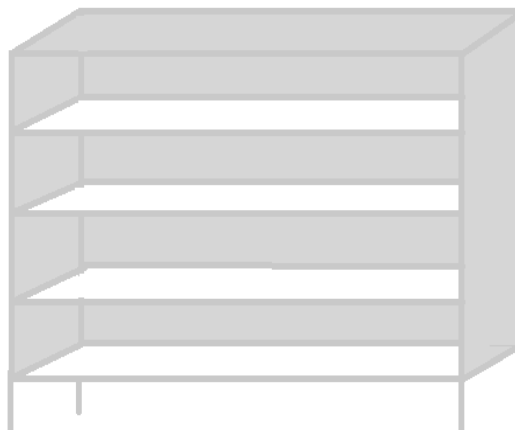


Perhitungan Kebutuhan Rak

Rak yang dibutuhkan di Puskesmas Banjarejo berdasarkan pertimbangan ketebalan dokumen rekam medis adalah menggunakan 3 rak.

Rak Yang tepat berdasarkan ilmu ergonomi

Rak dokumen rekam medis di Puskesmas Banjarejo dirancang ulang dengan menggunakan ilmu ergonomi. rak yang digunakan adalah rak besi terbuka, pemilihan rak ditentukan agar efisien dalam bekerja dimana rak yang terbuka memudahkan penyimpanan dan pengambilan dokumen rekam medis karena tanpa membuka dan menutup rak seperti pada rak tertutup. Peneliti juga merancang rak dengan melihat ketinggian rak, agar mudah dijangkau oleh petugas rekam medis saat mengambil maupun menyimpan dokumen rekam medis.



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar,Azrul.1996. *"Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan"*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
- Depkes RI .1991. *"Tentang Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medis"*. Jakarta: Dirjen Bina Yanmed
- Depkes RI .2006 .*"Tentang Persyaratan Ruang Penyimpanan Berkas Rekam Medis"*. Jakarta: Dirjen Bina Yanmed
- Kemendes RI.2008.*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269*. Rekam Medis.Jakarta : Kemendes RI.
- Kepmenkes RI.2004.*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128 Tentang Kebijakan Dasar Puskesmas*.
- Permenkes.1989. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749 a Tentang Manfaat Rekam Medis*.
- Permenkes.2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*.

- Pratima,A.M. 2017. *Penerapan Sistem Pelayanan Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Harjono Ponorogo*. Madiun: STIKES
- Rahmi,2013,"*Perancangan Ulang Ruang Filling Berdasarkan Ilmu Ergonomi Di Rumah Sakit Panti Rini Kalasar*" ,dalam <https://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/download/48/34>, diakses tanggal 11 Agustus 2018
- Rustiyanto,Ery.2011."*Managemen Filling Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*". Yogyakarta : Politeknik Kesehatan Permata
- Savitri,Citra budi, MPH. 2011"*Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*". Yogyakarta:Quantum Sinergis Media
- Sudra, RI.2017. "*Rekam Medis*".Tangerang Selatan : Universitas Terbuka
- Wignjosoebroto,Sritomo.2008. "*Ergonomi Studi Gerak dan Waktu*".Surabaya: Guna Widya

PENGUATAN KINERJA PENGAWAI REKAM MEDIS MELALUI KOMITMEN ORGANISASI

¹Saryadi, ²Istiyawati Rahayu

¹ Universitas Duta Bangsa Surakarta, saryadi@udb.ac.id

² Universitas Duta Bangsa Surakarta, istiyawati_wati@yahoo.com

ABSTRAK

Penerapan claim secara elektronik diterapkan di Indonesia pada tahun 2020. Kesiapan rumah sakit dalam mengapresiasi adanya e-claim berdasar kondisi masing-masing. Apresiasi terhadap penerapan verifikasi di kantor BPJS Kesehatan yang dimulai tahun 2016 berkaitan dengan perilaku dalam organisasi lembaga kesehatan. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui pengaruh langsung maupun tidak langsung variabel self- efficacy dan motivasi terhadap kinerja pegawai di bagian instalasi rekam medis RSDM dengan variabel intervening komitmen organisasi. Pengambilan data penelitian dilakukan secara survai melalui penyeraban angket pada pegawai rekam medis. Dari 84 angket yang disebar diperoleh sebanyak 80 data yang memenuhi syarat, sedang 4 data lain tidak lengkap. Data dianalisis melalui uji instrument, uji t, uji secara bersama, koefisien determinasi dan analisis jalur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) self- efficacy berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja pegawai bagian instalasi rekam medis RSDM. 2) motivasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja pegawai di bagian instalasi rekam medis RSDM, 3) Variabel self- efficacy, motivasi dan komitmen organisasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja pegawai di bagian instalasi rekam medis RSDM. Nilai R^2 total = 0,669 mempunyai arti bahwa variabel kinerja dapat dijelaskan dari variabel pengaruh self- efficacy, motivasi sebesar 66,9% dengan komitmen organisasi sebagai variabel intervening, sisanya 33,1% dapat dijelaskan variabel lain diluar model penelitian ini

Kata Kunci : self- efficacy, motivasi, komitmen organisasi, kinerja pegawai.

ABSTRACT

Applying of electronic claim in Indonesian at year 2020. The Hospitals in appreciated electronic claim according to behavior of organization condition. Aims in this research for knows direct and indirect effect from self efficacy and motivation variable on employee performance in medical record installation of RSDM with commitment organization as an intervening variable. Data obtained 80 responder used in this research from 84 questionnaire in the collected of data. because 4 data incomplete for analyzed. Analyzed for data research with test of instrument, partial test (t-test), simultaneously test (F-test), total value of determination (R square total) and path analysis. Result in this research show 1) self- efficacy had an effect positive and significance to commitment organization; and 2) motivation had an effect positive and significance to commitment organization 3) self efficacy, motivation and commitment organization variables had an effect on positive and significance to employee performance in medical record installation RSDM. The simultaneously test show independent variable self- efficacy, motivation through commitment organization had a positive significant on employee performance in medical record installation of RSDM. Value of total determination equal to 0,669% its meaning that employee performance in medical record installation explained self efficacy, motivation on performance through commitment organization equal 66,9%. The rest equal to 33,1% explained a other dissimilar factors outside in this model.

Keyword: self- efficacy, motivation, commitment organization, employee performance

PENDAHULUAN

Adanya pengimplementasian atau penerapan VEDIKA yang dilakukan BPJS Kesehatan, harus diapresiasi rumah sakit. Pengimplementasian verifikasi di kantor berkaitan dengan penyelenggaraan elektronik klaim (e-claim) akan diterapkan tahun 2020 di BPJS Kesehatan dalam pelayanan sesuai tuntutan peraturan yang ada. Rumah sakit sebagai institusi atau lembaga pelayanan kesehatan masyarakat berkompetensi dalam perwujudan pelayanan bermutu. Sejalan Undang-Undang Nomor. 36/2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor. 44/2009 tentang Rumah Sakit telah mensyaratkan adanya pelayanan bermutu dari rumah sakit.

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit akan berdampak meningkatnya kinerja rumah sakit. Banyak faktor maupun indikator yang dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit, salah satunya peran pegawai bagian instalasi rekam medis. Bagian rekam medis dapat menunjang kinerja rumah sakit terutama bidang keadministrasian rekam medis. Administrasi rekam medis yang tertib dan berkualitas menunjukkan kinerja pegawai bagian rekam medis sangat baik. Oleh karena itu, hasil kerja pegawai bagian rekam medis menentukan kinerja rekam medis. Kinerja pegawai rekam medis dapat terpengaruh dari perilaku organisasi, yang salah satunya adalah komitmen organisasi.

Kinerja pegawai bagian instalasi rekam medis merupakan hasil kerja atau output kerja yang dihasilkan pegawai rekam medis dalam jangka waktu tertentu, sesuai wewenang dan tanggung jawab guna mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum yang sesuai moral dan etika yang berlaku. Hal ini sesuai pendapat Prawirosentono (2009: 2) yang menyatakan bahwa kinerja merupakan hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, dalam rangka mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral maupun etika. Dapu (2015) menyatakan "Employee performance is influenced by several factors related both to the worker themselves as well as environment-related company or organization." Kinerja pegawai dipengaruhi berbagai faktor yang berhubungan dengan pekerjaan pegawai dan lingkungan kerja di suatu organisasi.

Evaluasi kinerja menjadi acuan dalam pemberdayaan human resources (sumber daya manusia) dimaksudkan sebagai perwujudan dari dukungan sumber daya manusia serta guna mengetahui hasil-hasil yang diperoleh pegawai. Tindakan positif dalam evaluasi kinerja pegawai di instalasi rekam medis berguna untuk mengetahui kemampuan sumber daya manusia di bagian instalasi rekam medis dalam menjawab perkembangan jaman.

Penelitian terkait kinerja telah banyak dilakukan misalkan Kusworo dkk (2015) yang mengaitkan keberadaan pengaruh variabel motivasi, budaya organisasi dan lingkungan kerja dengan komitmen organisasi sebagai intervening variabel. Beberapa penelitian juga dilakukan oleh Rachim (2014), Rahardjo (2014), Mappamiring (2014), Respatiningsih dan Sudirjo (2015).

Self-efficacy atau dikenal dengan istilah *keyakinan diri*, merupakan penilaian pegawai terhadap diri sendiri selama bekerja. Secara individu *self efficacy* pegawai terkait kemampuan diri pegawai dalam menjalankan tugas untuk mencapai hasil tertentu merupakan salah satu faktor. Jadi *Self-efficacy* merupakan penilaian terhadap diri pegawai sendiri dalam menjalani pekerjaan yang diemban.

Self efficacy diperkenalkan pertama kali Bandura (1997) melalui *self efficacy (The Exercise of control)*. Penelitian terkait *self efficacy* pernah dilakukan oleh Sibuea dan Rustono (2015) dengan menggunakan 4 indikator dengan mengungkapkan indikator *self efficacy* tidak berbeda jauh dengan pendapat Bandura. Iroegbu (2015) dalam penelitian menguji hubungan antara *self efficacy* dengan kinerja dengan menggunakan Teori Sosial dari Bandura menghasilkan adanya hubungan positif antara *self efficacy* dengan kinerja. Penelitian terkait *self efficacy* pernah dilakukan Sumual (2014).

Motivasi pegawai diperlukan dalam menunjang kinerja. Motivasi baik yang bersifat internal (motivasi internal) maupun motivasi yang berasal dari luar pegawai yang disebut motivasi eksternal, memegang peran dalam kinerja pegawai. Hal ini sesuai hasil penelitian Saryadi dan Rahayu (2019) yang menunjukkan bahwa motivasi dapat mengakselerasi kinerja pegawai rekam medis. Hasil penelitian Santoso (2010) menunjukkan pengaruh yang signifikan variabel motivasi terhadap kinerja. Penelitian lain terkait pengaruh motivasi terhadap kinerja dilakukan diantaranya yaitu dari penelitian Rachim (2014), Rahardjo (2014), dan Kusworo dkk (2015).

Perilaku organisasi terhadap kinerja pegawai dalam penelitian ini dengan mengambil variabel komitmen organisasi. Rumah sakit yang memiliki komitmen untuk selalu meningkatkan pelayanan bermutu, akan berusaha selalu meningkatkan kinerja. Salah satunya dengan meminta pendapat pasien yang berkunjung terhadap layanan yang diberikan. Peran komitmen organisasi rumah sakit yang selalu ingin meningkatkan kualitas pelayanan akan menjadi penggerak individu pegawai atau yang terkait dengan layanan kesehatan di rumah sakit dalam berperilaku dan menentukan arah dalam bekerja. Komitmen organisasi di rumah sakit akan menciptakan pelaksanaan tugas pegawai yang terlibat akan bekerja menjadi lebih baik. Penelitian terkait pengaruh komitmen organisasi telah dilakukan oleh Kusworo dkk (2014), Purwanti dan Rasmini (2015). Sriekaningih dan Setyadi (2015).

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah 1) Apakah self efficacy berpengaruh signifikan terhadap komitmen organisasi? 2) Apakah motivasi berpengaruh signifikan terhadap komitmen organisasi? 3) Apakah self efficacy berpengaruh signifikan terhadap kinerja pegawai bagian instalasi rekam medik di RSDM? 4) Apakah motivasi berpengaruh signifikan terhadap kinerja pegawai bagian instalasi rekam medik di RSDM? 5) Apakah komitmen organisasi berpengaruh signifikan terhadap kinerja pegawai bagian instalasi rekam medik RSDM?

METODE

Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini merupakan pegawai bagian instalasi rekam medik di RSDM sejumlah 84. Sampel dalam penelitian ini adalah pegawai bagian instalasi rekam medik yang mengisi lengkap kuesioner yang diberikan. Dari hasil penyebaran kuesioner diperoleh data sebanyak 80 yang diperoleh dari responden, sisanya sebanyak 4 tidak dianalisa karena tidak lengkap.

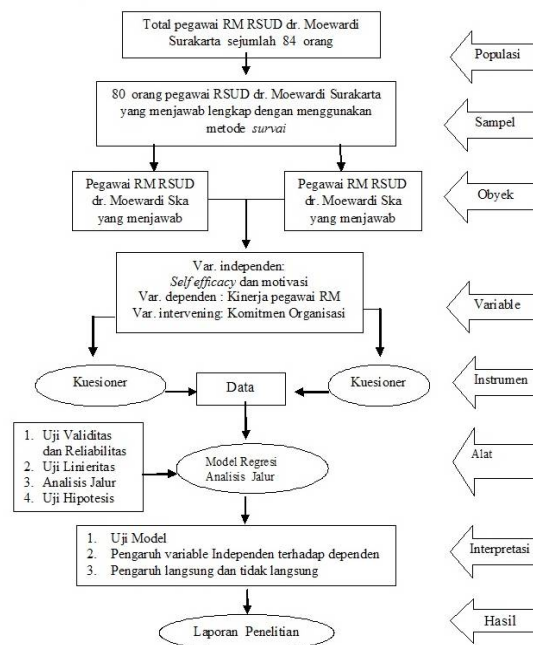
Variabel penelitian

Variabel penelitian yang digunakan adalah *self- efficacy* dan motivasi sebagai variabel independent, kinerja pegawai bagian instalasi rekam medik sebagai variabel dependen dan variabel intervening adalah komitmen organisasi.

Teknik analisis Data

Teknik Analisis Data yang digunakan dengan uji Instrumen Penelitian meliputi validitas dan reliabilitas, uji linieritas, uji t, uji F, Koefisien determinasi (R^2) Total dan analisis jalur.

Rancangan/Desain penelitian dapat dilihat pada gambar 1 sebagai berikut:



Gambar 1. Desain Penelitian

HASIL**Karakteristik Data****Tabel 1 Deskripsi Responden Menurut Usia**

No	Kelompok Usia	Jumlah	Persentase
1	Kurang dari 20	0	0,00%
2	20 s/d 29	23	28,75%
3	30 s/d 39	31	38,75%
4	40 s/d 49	13	16,25%
5	50 s/d 59	13	16,25%
Jumlah		80	100,00%

Sumber: Data Primer (Diolah 2018)

Tabel 2 Deskripsi Responden Menurut Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
1	Laki-laki	28	35,00%
2	Perempuan	52	65,00%
Jumlah		80	100,00%

Sumber: Data Primer (Diolah 2018)

Tabel 3 Deskripsi Responden Menurut Status Perkawinan

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
1	Kawin	60	75,00%
2	Belum Kawin	20	25,00%
Jumlah		80	100,00%

Sumber: Data Primer (Diolah 2018)

Tabel 4 Deskripsi Responden Menurut Tingkat Pendidikan

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
1	SLTP	0	0,00%
2	SLTA	20	25,00%
3	Diploma	50	62,50%
4	S1	9	11,25%
5	S2	1	1,25%
Jumlah		80	100,00%

Sumber: Data Primer (Diolah 2018)

Tabel 5 Deskripsi Responden Menurut Masa Kerja

No	Masa Kerja	Jumlah	Persentase
1	Dibawah 1 tahun	0	0,00%
2	1- 5 tahun	22	27,50%
3	6-10 tahun	26	32,50%

No	MasaKerja	Jumlah	Persentase
4	11-15 tahun	12	15,00%
5	16-20 tahun	7	8,75%
6	20 tahun keatas	13	16,25%
Jumlah		80	100,00%

Sumber: Data Primer (Diolah 2018)

Tabel 6. Validitas variabel kinerja (Kin)

No Butir	Corrected Item Total Correlation	r_{kritis}	Status
1	0.488	0.212	valid
2	0.401	0.212	valid
3	0.544	0.212	valid
4	0.530	0.212	valid
5	0.477	0.212	valid
6	0.333	0.212	valid
7	0.552	0.212	valid

Sumber: Data diolah. 2018

Tabel 7. Validitas variabel self-eff cacy (Ef)

No Butir	Corrected Item Total Correlation	r_{kritis}	Status
1	0.338	0.212	valid
2	0.474	0.212	valid
3	0.400	0.212	valid
4	0.392	0.212	valid

Sumber: Data yang diolah. 2018

Tabel 8. Korelasi item pertanyaan terhadap variabel Motivasi (X_3)

No Butir	Corrected Item Total Correlation	r_{kritis}	Status
1	0.331	0.212	valid
2	0.587	0.212	valid
3	0.582	0.212	valid
4	0.605	0.212	valid
5	0.526	0.212	valid
6	0.738	0.212	valid
7	0.646	0.212	valid
8	0.561	0.212	valid
9	0.399	0.212	valid
10	0.400	0.212	valid

Sumber: Data diolah. 2018

Tabel 9. Validitas variabel Komitmen Organisasi (ko)

No Butir	Corrected Item Total Correlation	r_{kritis}	Status
1	0.581	0.212	valid
2	0.591	0.212	valid
3	0.555	0.212	valid
4	0.412	0.212	valid
5	0.400	0.212	valid
6	0.522	0.212	valid
7	0.436	0.212	valid

Sumber: Data diolah. 2018

Tabel 10. Hasil Uji Reliabilitas

Item pertanyaan	Alpha Cronbach	Kriteria	Keterangan
Self Efficacy (ef)	0.620		Reliabel
Motivasi (mo)	0.821	Alpha Cronbach > 0.60	Reliabel
Komitmen organisasi (ko)	0.766	maka reliabel	Reliabel
Kinerja pegawai RM (kin)	0.745		Reliabel

Sumber: Data diolah. 2018

Tabel 11. Koefisien Determinasi persamaan 1

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,540 ^a	0,292	0,274	2,032

a. Predictors: (Constant), mo, Ef

Sumber : data diolah, 2018

Tabel 12. Hasil analisis regresi persamaan 1

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,331	3,749		2,222	0,029
	ef	0,570	0,225	0,278	2,538	0,013
	mo	0,292	0,092	0,347	3,168	0,002

a. Dependent Variable: ko

Sumber : data diolah, 2018

Simpulan diperoleh bahwa self- efficacy dan motivasi memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap komitmen organisasi di RSDM.

Tabel 13. Koefisien determinasi persamaan 2

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,730 ^a	,533	,514	1,760

a. Predictors: (Constant), komitmen, Efikasi, motivasi

Sumber : data diolah, 2018

Tabel 14. Hasil uji F

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	268,468	3	89,489	28,877	,000 ^a
	Residual	235,519	76	3,099		
	Total	503,988	79			

a. Predictors: (Constant), ko, Ef, mo

b. Dependent Variable: Kin

Sumber : data diolah, 2018

Hasil penelitian menunjukkan secara simultan self- efficacy, motivasi memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja pegawai di instalasi rekam medik melalui komitmen organisasi.

Tabel 15. Hasil analisis regresi persamaan 2

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-3,386	3,351		-1,010	,315
	Ef	,612	,203	,282	3,022	,003
	Mo	,278	,085	,312	3,272	,002
	ko	,331	,099	,312	3,348	,001

a. Dependent Variable: Kinerja Pegawai

Sumber : data diolah, 2018

Simpulan diperoleh bahwa variabel self- efficacy, motivasi dan komitmen organisasi berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja pegawai di bagian instalasi rekam medik.

Tabel 16. Pengaruh Langsung, Tidak Langsung dan Total Pengaruh

Keterangan	Pengaruh		Total pengaruh
	Langsung	Tidak langsung	
ef kin	0,282**		
Mo kin	0,312**		
ef ko kin		$0,278^{**} \times 0,312^{**} = 0,087^{**}$	$0,282 + 0,087 = 0,289$
mo ko kin		$0,347^{**} \times 0,312^{**} = 0,108^{**}$	$0,312 + 0,108 = 0,420$

Sumber: Data yang diolah, 2018

Pengaruh secara langsung variabel motivasi terhadap kinerja adalah yang paling efektif dan dominan dengan koefisien sebesar 0,312. Simpulan diperoleh dalam penguatan kinerja pegawai di instalasi rekam medik sebaiknya dengan memilih jalur langsung motivasi terhadap kinerja pegawai.

R²Total

Nilai R² pada persamaan ke-1 sebesar 0,292

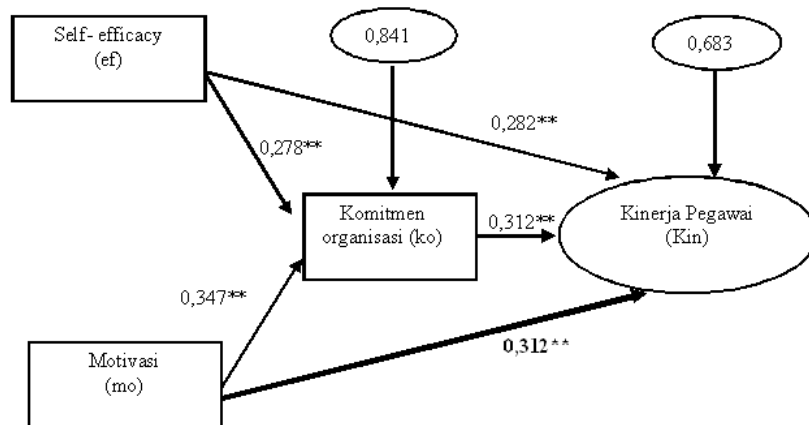
$$\begin{aligned}
 e_1 &= \sqrt{1 - R_1^2} \\
 &= \sqrt{1 - 0,292} \\
 &= \sqrt{0,708} \\
 &= 0,841
 \end{aligned}$$

Nilai R² pada persamaan ke- 2 sebesar 0,533

$$\begin{aligned}
 e_2 &= \sqrt{1 - R_2^2} \\
 &= \sqrt{1 - 0,533} \\
 &= \sqrt{0,467} \\
 &= 0,683
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 R^2 \text{ tot} &= 1 - (e_1^2 \times e_2^2) \\
 &= 1 - (0,708 \times 0,467) \\
 &= 1 - 0,331 \\
 &= 0,669
 \end{aligned}$$

Nilai R² tot= 0,669 mempunyai arti bahwa variabel kinerja dapat diberikan penjelasan dari variabel self-efficacy, motivasi sebesar 66,9% dengan motivasi sebagai variabel intervening, sisanya 33,1% dapat dijelaskan variabel lain diluar model penelitian ini.



Gambar 2. Hasil Penelitian

PEMBAHASAN

Pengaruh self- eff cacy terhadap kinerja pegawai di instalasi Rekam Medik RSDM

Hasil analisis pengaruh langsung menunjukkan self- eff cacy berpengaruh positif dan signif kan terhadap kinerja pegawai di instalasi Rekam Medik. Analisis tidak langsung menunjukkan self- eff cacy pegawai instalasi rekam medik berpengaruh positif dan signif kan terhadap komitmen organisasi di RSDM dan komitmen organisasi di RSDM berpengaruh positif signif kan terhadap kinerja pegawai di instalasi Rekam Medik.

Berdasar analisis pengaruh langsung dan tidak langsung disimpulkan dalam penguatan kinerja pegawai instalasi rekam medik untuk variabel self- eff cacy lebih efektif menggunakan jalur langsung karena hasil pengaruh langsung sebesar lebih besar dibandingkan pengaruh tidak langsung. Pemanfaatan variabel komitmen organisasi RSDM sebagai intervening dalam rangka penguatan kinerja pegawai rekam medik untuk variabel self- eff cacy tidak efektif. Pengaruh langsung self- eff cacy terhadap kinerja pegawai di instalasi rekam medik menghasilkan pengaruh yang lebih besar dibanding pengaruh tidak langsung yaitu melalui intervening komitmen organisasi. Hasil ini sesuai penelitian Hasil penelitian yang dilakukan Iroegbu (2015), Nusyamsi (2012), Sumual (2014) yang menunjukkan bahwa self- eff cacy berpengaruh positif terhadap kinerja.

Pengaruh motivasi terhadap kinerja pegawai di instalasi Rekam Medik

Hasil analisis data menunjukkan pengaruh langsung motivasi memiliki pengaruh positif dan signif kan terhadap kinerja pegawai bagian instalasi Rekam Medik RSDM. Analisis tidak langsung menunjukkan motivasi memiliki pengaruh positif dan signif kan terhadap komitmen organisasi di RSDM dan komitmen organisasi di RSDM berpengaruh positif signif kan terhadap kinerja pegawai Rekam Medik.

Dari analisis pengaruh langsung dan tidak langsung diperoleh kesimpulan penguatan kinerja pegawai instalasi rekam medik RSDM untuk variabel motivasi, dipilih jalur langsung karena hasil pengaruh langsung lebih besar dibandingkan pengaruh tidak langsung..

Pemanfaatan variabel intervening komitmen organisasi RSDM dalam rangka penguatan kinerja pegawai rekam medik untuk variabel motivasi pegawai RM adalah tidak efektif, karena pengaruh langsung motivasi pegawai RM terhadap kinerja menghasilkan pengaruh yang lebih besar dari pengaruh tidak langsung melalui komitmen organisasi RSDM. Hasil ini sesuai penelitian Rokhilah dan Darmanto (2014), Rahardjo (2014), Respatiningsih dan Sudirjo (2015).

KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa 1) self- eff cacy berpengaruh positif dan signif kan terhadap kinerja pegawai bagian instalasi rekam medik RSDM. 2) motivation berpengaruh positif dan signif kan terhadap kinerja pegawai di bagian instalasi rekam medik RSDM, 3) Variabel self- eff cacy, motivasi dan komitmen organisasi berpengaruh positif dan signif kan terhadap kinerja pegawai di bagian instalasi rekam medik RSDM. Nilai R^2 tot = 0,669 mempunyai arti bahwa variabel kinerja dapat dijelaskan dari variabilitas pengaruh self- eff cacy, motivasi sebesar 66,9% dengan komitmen organisasi sebagai variabel intervening, sisanya 33,1% dapat dijelaskan variabel lain diluar model penelitian ini

DAFTAR PUSTAKA

- Bandura, A. (1997). *Self eff cacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Dapu, V.A.W. (2015). The Infuence of Work Discipline, Leadership, and Motivation On Employee Performance at PT. Trakindo Utama Manado. *Jurnal EMBA*. Vol. 3 No. 3 September 2015, Hal.352 – 361.
- Iroegbu, M. N. (2015). Self Eff cacy and Work Performance: A Theoretical Framework of Albert Bandura's Model, Review of Findings, Implications and Directions for Future Research. *Psychology and Behavioral Sciences*. Vol. 4, No. 4, 2015, pp. 170-173.

- Kusworo, Armanu, Mintarti Rahayu, Sumiati. (2015). Influence of Motivation, Organizational Culture And Working Environment With Organizational Commitment As Mediator To Educator Performance. **The International Journal Of Social Sciences**. Juni 2015 Vol 1. ISSN 2305-4557 Hal 1-15
- Mappamiring. (2014). Effect of Cultural Organization, Leadership and Motivation of Work on the Performance of Employees .Studies in Islamic Banking in Makassar. **International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences**. Dec 2015. Vol. 5, No. 12 ISSN.2222-6990
- Prawirosentono, Suyadi.(2009).*Perilaku Organisasi*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Purwanti dan Rasmini, Ni Ketut. (2015). Pengaruh Kompetensi, Motivasi, Komitmen Organisasi Pada Kinerja Dewan Komisaris BPR Sekabupaten Gianyar. **Jurnal Akuntansi** Universitas Udayana 12.3 .2015. ISSN.2302-8556 E- hal. 686-704
- Rachim, Tauf k. (2014). Pengaruh komunikasi dan motivasi terhadap kinerja karyawan PT.Bober. **Jurnal Economics and Business Research Festival**. 13 Nov. 2014. FEB UKSW Salatiga hal. 386-401
- Rahardjo,Sri. (2014) The Effect Of Competence, Leadership And Work Environment Towards Motivation And Its Impact On The Performance Of Teacher Of Elementary School In Surakarta City, Central Java, Indonesia International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences. ISSN.2278-6236.Vol.3No.6June2014
- Respatiningsih dan Sudirjo,F.(2015). Pengaruh Komitmen Organisasi, Motivasi, Kapabilitas Dan Kepuasan Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Studi Empirik Pada Inspektorat Kabupaten Pemalang. **Serat Acitya– Jurnal Ilmiah** Untag Semarang ISSN.2302-2752, Vol. 4 No.3,
- Santoso, Dadi. 2010. Hubungan Motivasi Perawat Dengan Kinerja Perawat Di RS PKU Muhammadiyah Gombong Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Jurusan Keperawatan STiKes Muhammadiyah Gombong Volume 6, No. 1,
- Saryadi dan Rahayu, Istiyawati. (2019). Determinant of Reinforcement Employee Performance In Medical Record Installation With Motivation As Intervening Variable. **International Journal of Economics and Research**. ISSN. 2229 – 6158. Vol 10 (1). Hal. 33-47. [http://www.ijeronline.com/documents/volumes/2019/Jan%20-%20Feb%202019/ijer%20v10%20i1%20j%20\(4\).pdf](http://www.ijeronline.com/documents/volumes/2019/Jan%20-%20Feb%202019/ijer%20v10%20i1%20j%20(4).pdf)
- Sibuea dan Rustono, Anthon. (2015). Pengaruh Budaya Organisasi dan *Self-Eff cacy* Terhadap Kinerja Karyawan Pada PT. PLN (Persero) Distribusi Jawa Barat Dan Banten. *E - Proceeding of Management*. Vol.2. No. 3 Desember 2015. ISSN : 2355 - 9357. Page 2346 - 2353.
- Sriekaningsih dan Setyadi, Djoko. (2015). The Effect of Competence and Motivation and Cultural Organization towards Organizational Commitment and Performance on State University Lecturers in East Kalimantan Indonesia. **European Journal of Business and Management** ISSN 2222-1905. Paper. ISSN 2222-2839. Online. Vol.7, No. 17, 2015 hal. 208-219
- Sumual, M.G.V. (2014). Effect Of Self eff cacy, Self Eff cacy, And Lecturer To Proffession's Commitment Of The Manado State University. www.ijbmi.org. **International Journal of Business and Management Invention** ISSN (Online). 2319–8028, ISSN (Print). 2319–801X www.ijbmi.org Volume 3 Issue. May. 2014. PP. 18-27
- Taurisa dan Ratnawati, Intan. (2012). Analisis Pengaruh Budaya Organisasi Dan Kepuasan Kerja Terhadap Komitmen Organisasional Dalam Meningkatkan Kinerja Karyawan (Studi pada PT.Sido Muncul Kaligawe Semarang). **Jurnal Bisnis dan Ekonomi (JBE)**, September 2012, Hal.170–187 Vol.19, No. 2 ISSN. 1412-3126

TREND PENGGUNAAN TEMPAT TIDUR MENURUT KELAS DI RSUD TUGUREJO SEMARANGTAHUN 2013 – 2017

¹Erna Septiana Devi, ²Asih Prasetyowati

¹Alumni Prodi RMIK STIKES HAKLI Semarang, ernaseptian41@gmail.com

²Dosen Prodi RMIK STIKES HAKLI Semarang, dhicalove@gmail.com

ABSTRAK

Seiring dengan kebijakan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menyebabkan terjadinya fluktuasi kunjungan pasien rawat inap. Dampak dari pelayanan JKN bagi rumah sakit adalah permintaan tempat tidur yang berbeda tiap kelas. Tujuan penelitian ini adalah menghitung trend dan menganalisis efisiensi penggunaan tempat tidur tiap kelas di RSUD Tugurejo Semarang. Penelitian ini berjenis deskriptif dengan pendekatan retrospektif study. Observasi yang dilakukan pada data yang bersumber dari rekapitulasi sensus harian rawat inap dalam kurun waktu lima tahun di RSUD Tugurejo Tahun 2013 – 2017. Analisis data dengan menggunakan metode kuadrat terkecil (Least Squares Methods). Hasil penelitian menunjukkan bahwa trend BOR kelas II dan III menurun, sedangkan trend BOR kelas I dan VIP meningkat, trend LOS tiap kelas menurun dari tahun 2013 – 2017, trend TOI kelas I dan VIP menurun sedangkan trend TOI kelas II dan III meningkat, trend BTO kelas I, II, dan VIP meningkat sedangkan trend BTO kelas III menurun dari tahun 2013 – 2017. Berdasarkan hasil penggambaran trend dengan Grafik Barber Johnson dapat dianalisis bahwa penggunaan tempat tidur RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017 sudah efisien, namun diprediksi kelas I dan VIP kedepannya akan semakin efisien sedangkan kelas II dan III akan semakin tidak efisien karena permintaan tempat tidur semakin berkurang. Sehingga diperlukan manajemen relokasi tempat tidur dan peningkatan kualitas pelayanan untuk kelas II dan III.

Kata Kunci : trend, efisiensi, penggunaan tempat tidur

ABSTRACT

Along with the National Health Insurance (JKN) service policy, it causes fluctuations in inpatient visits. The impact of JKN services for hospitals is the demand for different beds per class. The purpose of this study was to calculate trends and analyze the efficiency of the use of beds in each class in RSUD Tugurejo Semarang. This research is descriptive type with a retrospective approach study. Observations made on data sourced from recapitulation of inpatient daily census within a period of five years in RSUD Tugurejo Semarang in 2013 - 2017. Data analysis using the Least Squares Methods. The results showed that the trend of BOR class II and III decreased, while the trend of BOR class I and VIP increased, the LOS trend of each class decreased in 2013 - 2017, the TOI class I and VIP trends declined while the TOI class II and III trends increased, the BTO trend Class I, II, and VIP increased while the class III BTO trend declined in 2013 - 2017. Based on the results of the trend description with Barber Johnson Graph, it can be analyzed that the use of the 2013 - 2017 Hospital Tugurejo Hospital Hospital bed was efficient, but predicted class I and VIP going forward it will be more efficient while classes II and III will be increasingly inefficient because demand for beds decreases. So that management of bed relocation is needed and the quality of service is improved for class II and III.

Keywords: trend, efficiency, use of beds

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan Perorangan dilakukan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Salah satu pelayanan administrasi di

rumah sakit adalah rekam medis, sudah dijelaskan bahwa membuat medical record berdasarkan ketentuan yang telah tertulis didalamnya. Informasi yang didapatkan dalam pelayanan kesehatan salah satunya yaitu dengan menggunakan metode statistik sebagai alat analisis dalam kegiatan – kegiatan pelayanan kesehatan (UU RI, 2009).

Statistik Rumah Sakit yaitu statistik yang menggunakan dan mengolah sumber data dari pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk menghasilkan informasi, fakta, dan pengetahuan berkaitan dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Rustiyanto, 2010). Salah satu indikator untuk melihat tingkat efisiensi pengelolaan rumah sakit, khususnya pelayanan rawat inap adalah dengan menggunakan Grafik Barber Johnson dengan parameter BOR, LOS, TOI dan BTO (Soedjadi, 1996). Perhitungan keempat parameter tersebut dilakukan oleh bagian analitis/reporting unit rekam medis rumah sakit.

Analisis *trend* merupakan suatu metode analisis yang ditujukan untuk melakukan suatu estimasi (perkiraan) atau peramalan pada masa yang akan datang. Perkiraan yang baik membutuhkan cukup banyak informasi (data) dan diamati dalam periode waktu yang relatif cukup panjang, sehingga dari hasil analisis tersebut dapat diketahui besar fluktuasi (perubahan) yang terjadi dan faktor – faktor yang mempengaruhinya (Sugiharto, 2006). Salah satu cara untuk melihat perubahan dapat dilihat dari jumlah kunjungan pasien rawat inap setiap tahunnya.

RSUD Tugurejo sebelum tahun 2014 terbagi menjadi 5 kelas yaitu kelas VVIP, VIP, I, II, dan III. Mulai tahun 2014 kelas VVIP sudah ditiadakan, sekarang terbagi menjadi 4 kelas yaitu kelas VIP, I, II, dan III. Kelas yang paling di kunjungi adalah kelas III, akibat banyaknya permintaan tidak selalu diimbangi dengan ketersediaan ruang kelas rawat yang sesuai, maka dari itu pasien ataupun petugas dapat memutuskan naik kelas perawatan, apabila kelas sesuai hak peserta penuh .

Survei awal mengenai jumlah kunjungan pasien rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang menyatakan bahwa terjadi fluktuasi jumlah kunjungan tiap tahun. Jumlah kunjungan pasien rawat inap tahun 2013 sebanyak 90.275 pasien, tahun 2014 jumlah kunjungan sebesar 81.381 pasien, pada tahun 2015 meningkat sebanyak 99.347 pasien. Tahun 2016 jumlah kunjungan sebanyak 97.047 pasien, dan tahun 2017 terjadi penurunan menjadi sebanyak 95.508 pasien. Hal itu diakibatkan akhir-akhir tahun belakangan ini ada peraturan JKN mengenai peserta BPJS harus terlebih dulu mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (PPK1) seperti puskesmas, klinik, atau dokter pribadi dan hanya dapat dirujuk ke rumah sakit apabila pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak mendukung. Data BOR tiap kelas yang terlihat lebih menonjol adalah kelas VIP. Pada tahun 2013 menghasilkan BOR 70,99%, BOR tahun 2014 57,21%, BOR tahun 2015 66,14%, BOR tahun 2016 71,02%, dan BOR tahun 2017 60,16%. Fenomena fluktuasi yang dilihat dari kunjungan pasien rawat inap diatas akan mempengaruhi penggunaan tempat tidur. Pada bagian

Diperlukan analisis trend kelas untuk mengetahui efisiensi penggunaan tempat tidur yang digunakan pada tiap kelas rumah sakit sebagai masukan bagi manajemen dalam pengelolaan tempat tidur rumah sakit.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan retrospektif (Notoadmojo, 2012) yaitu menggambarkan angka penggunaan tempat tidur melalui data rekapitulasi rawat inap tahunan RS. Variabel dari penelitian ini adalah hari rawat, jumlah pasien keluar, dan jumlah tempat tidur. Obyek penelitian ini yaitu laporan rekapitulasi rawat inap yang diolah menjadi tren penggunaan tempat tidur pada tahun 2013-2017. Cara pengambilan data yaitu dengan metode observasi, wawancara, dan dokumentasi.

Analisis data dengan metode kuadrat terkecil (*Least Squares Methods*). Metode kuadrat terkecil adalah metode pengukuran *trend* yang digambarkan sebagai garis lurus, maka garis *trend* itu secara matematik akan memenuhi rumus (Sugiharto, 2006).

Rumus :

$$Y = a + bX$$

Keterangan :

Y = Taksiran (nilai *trend*)

b = Kemiringan atau perubahan nilai Y dari waktu ke waktu

a = Nilai Konstanta

X = Variabel waktu (tahun)

Sedangkan untuk mencari nilai konstanta (a) dan parameter (b) menggunakan rumus :

$$a = \frac{\sum Y}{N} \quad b = \frac{\sum XY}{\sum X^2}$$

dimana N adalah jumlah tahun dalam periode tertentu

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan trend penggunaan tempat tidur selama lima tahun melalui parameter *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Length of Stay* (LOS), *Turn over Interval* (TOI), dan *Bed Turn Over* (BTO). BOR adalah persentase penggunaan tempat tidur dengan standar 60%-85% (Depkes). LOS adalah rata-rata lama inap dengan standar 6 – 9 hari (Depkes). TOI adalah rata-rata waktu tempat tidur kosong dengan standar 1-3 hari (Depkes), adapun BTO adalah rata-rata satu tempat tidur dipakai oleh pasien dengan standar 40-50 kali pertahun (Depkes). Indikator ini dipergunakan untuk menganalisis penggunaan tempat tidur melalui grafik trend dan grafik Barber Johnson.

Efisiensi penggunaan tempat tidur tiap kelas di RSUD di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017.

Hasil rekapitulasi tahunan data BOR, LOS, TOI, dan BTO RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 dan 2017 dirangkum pada tabel 1 berikut.

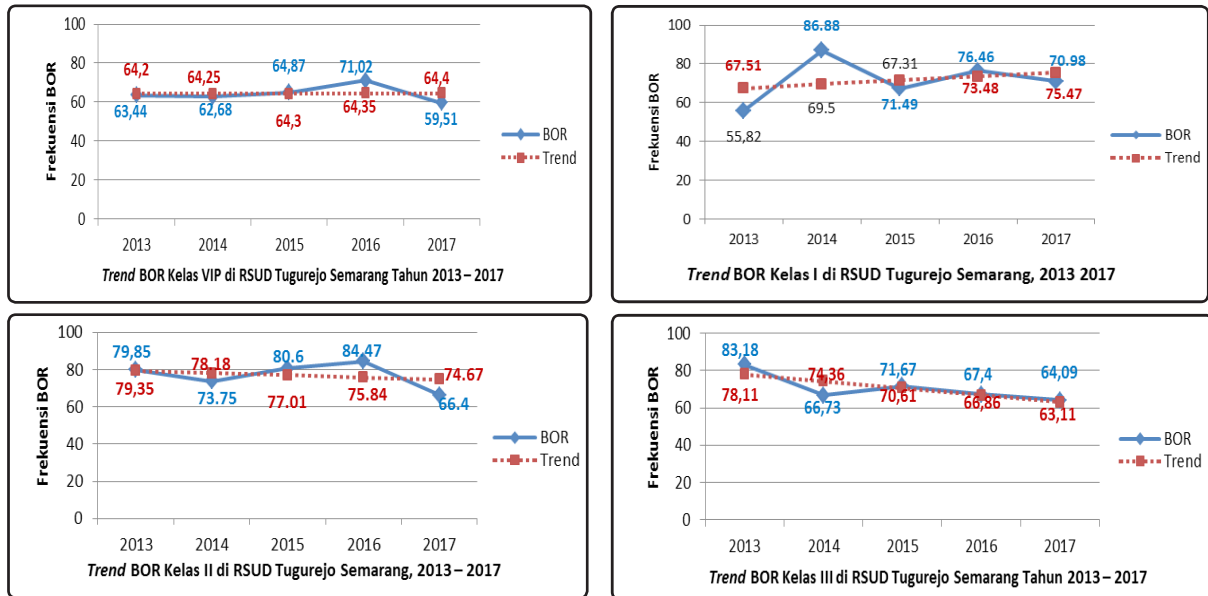
Tabel 1. Penggunaan Tempat Tidur di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017

No	Parameter	Kelas	Tahun					Standar Efisiensi (Depkes)	Keterangan
			2013	2014	2015	2016	2017		
1	BOR (%)	I	67,51	69,50	71,49	73,48	75,47	60% - 85%	Angka BOR tiap kelas dari tahun 2013 – 2017 sudah memenuhi standar efisiensi.
		II	79,35	78,18	77,01	75,84	74,67		
		III	78,11	74,36	70,61	66,86	63,11		
		VIP	64,20	64,25	64,30	64,35	64,40		
		Total	72,29	71,57	70,85	70,13	69,41		
2	LOS (Hari)	I	5,85	5,65	5,45	5,24	5,04	6 - 9 Hari	Angka LOS tiap kelas dari tahun 2013 – 2017 belum memenuhi standar efisiensi .
		II	4,64	4,45	4,27	4,08	3,89		
		III	5,54	5,38	5,22	5,06	4,90		
		VIP	4,67	4,48	4,30	4,11	3,92		
		Total	5,18	4,99	4,81	4,62	4,44		
3	TOI (Hari)	I	2,99	2,56	2,14	1,72	1,30	1 – 3 Hari	Angka TOI tiap kelas dari tahun 2013 – 2017 sudah memenuhi standar efisiensi.
		II	1,14	1,21	1,28	1,34	1,41		
		III	1,65	1,93	2,21	2,49	2,77		
		VIP	2,66	2,55	2,45	2,34	2,23		
		Total	1,83	2,06	2,02	1,97	1,93		
4.	BTO (Kali)	I	41,62	44,82	48,03	51,23	54,43	40 – 50 Kali	Angka BTO tiap kelas pada tahun 2013 – 2017 sebagian besar melebihi standar efisiensi
		II	61,30	63,56	65,82	68,08	70,34		
		III	51,49	50,43	49,37	48,31	47,26		
		VIP	49,17	51,49	53,81	56,12	58,44		
		Total	50,90	52,58	54,26	55,94	57,62		

Tabel 1 di atas menunjukkan bahwa BOR dan LOS semakin menurun dari tahun ke tahun. BOR dan TOI sudah memenuhi standar efisiensi, sedangkan LOS dan BTO belum memenuhi standar efisiensi. Angka LOS cenderung kecil terutama untuk kelas II dan III. Angka BTO sangat tinggi untuk kelas II yang berarti pemakaian tempat tidur cukup tinggi.

Trend BOR Tiap Kelas RS Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017

Penggambaran trend BOR tiap kelas dapat ditunjukkan dengan gambar 1 sebagai berikut.

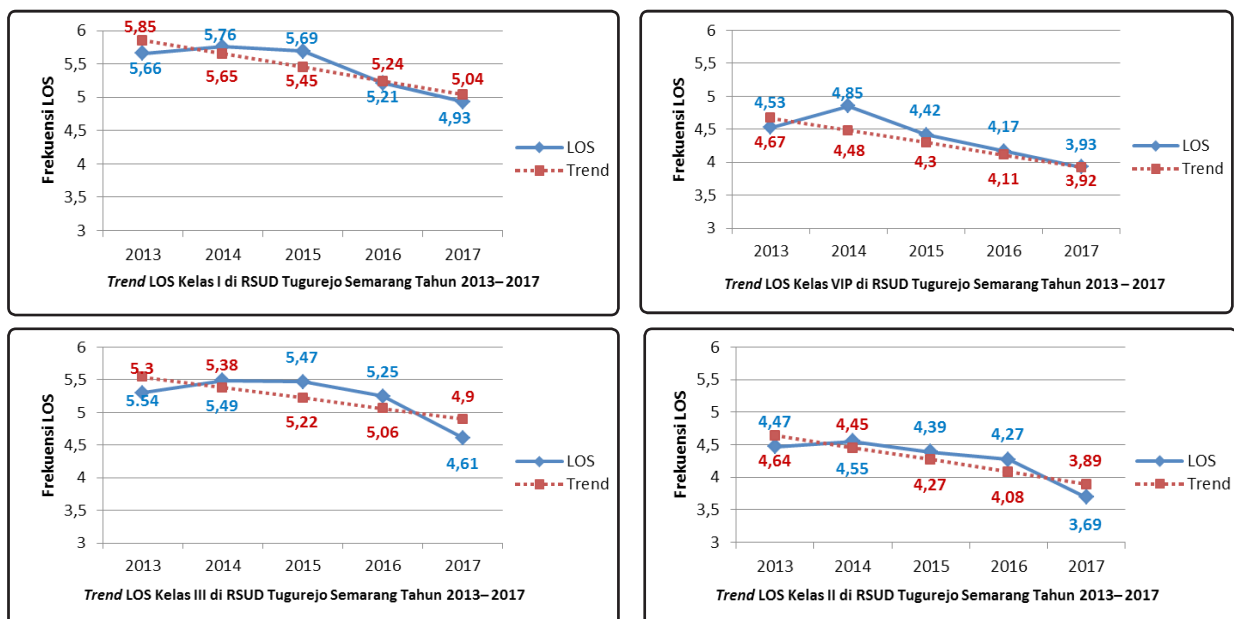


Gambar 1. Trend BOR Tiap Kelas di RS Tugurejo Semarang Tahun 2013-2017

Penggambaran trend BOR tiap kelas menunjukkan bahwa kelas VIP dan kelas I terjadi kenaikan persentase penggunaan tempat tidur, sedangkan kelas II dan III terjadi penurunan persentase penggunaan tempat tidur. Adapun rata-rata angka BOR tiap kelas sudah sesuai standar Depkes (60-85%).

Trend LOS Tiap Kelas RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017

Penggambaran trend LOS tiap kelas di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013-2017 dapat dilihat pada gambar 2 berikut.

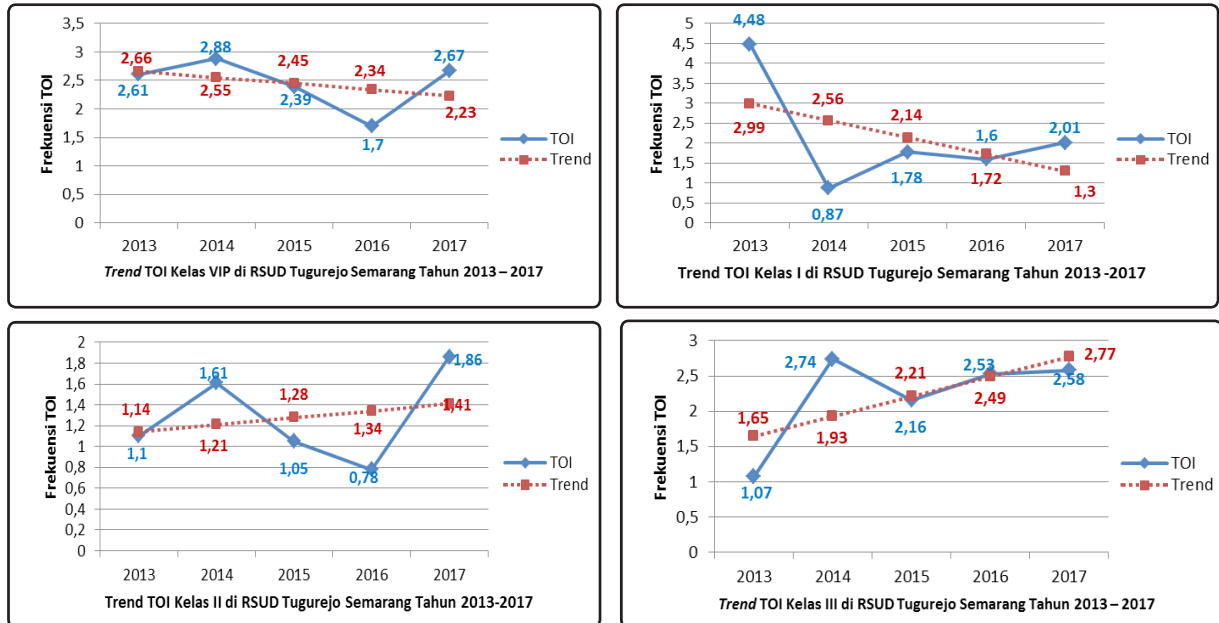


Gambar 2. Trend LOS Tiap Kelas di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013-2017

Penggambaran trend LOS tiap kelas menunjukkan terjadi penurunan lama perawatan tiap kelas .Adapun rata-rata angka LOS tiap kelas di bawah standar Depkes (6-9 hari).

Trend TOI Tiap Kelas di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017

Penggambaran trend TOI tiap kelas di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013-2017 dapat dilihat pada gambar 3 berikut.

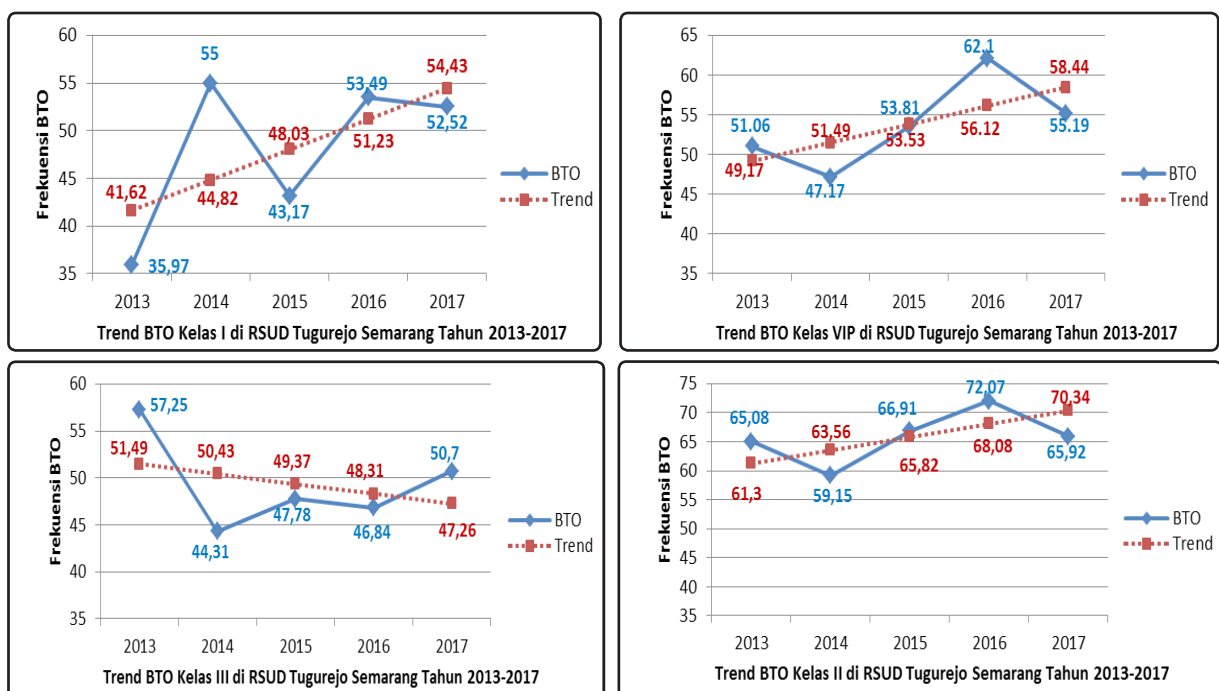


Gambar 3. Trend TOI Tiap Kelas d RS Tugurejo Semarang Tahun 2013-2017

Penggambaran trend TOI tiap kelas menunjukkan terjadi penurunan TOI pada kelas VIP dan TOI, sedangkan kenaikan TOI terjadipadakelas II dan III. Adapun rata-rata angka TOI tiap kelas sesuai standar Depkes (1-3hari).

Trend BTO Tiap Kelas di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017

Penggambaran trend BTO tiap kelas di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013-2017 dapat dilihat pada gambar 4 berikut.

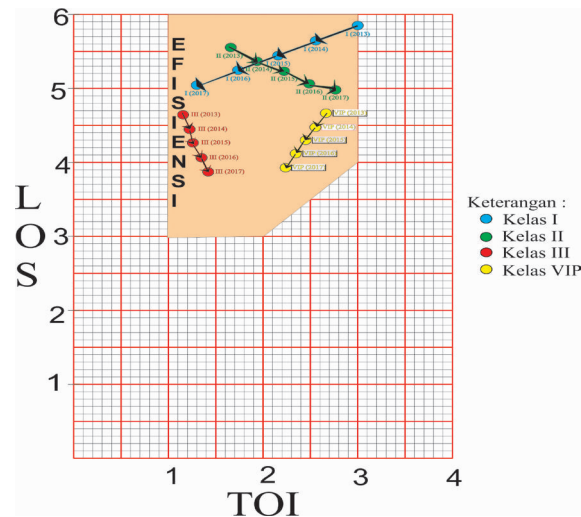


Gambar 3. Trend BTO Tiap Kelas di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013-2017

Penggambaran trend BTO tiap kelas menunjukkan terjadi kenaikan BTO pada kelas VIP, I, dan II. Sedangkan angka BTO untuk kelas III mengalami penurunan. Adapun rata-rata angka BTO pada kelas II melebihi standar Depkes (40-50 kali per tahun).

Trend Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Tiap Kelas dengan Grafik Barber Johnson

Grafik Barber Johnson adalah grafik yang secara visual dapat menggambarkan efisiensi penggunaan tempat tidur dengan empat indikator (BOR, LOS, TOI, dan BTO). Pembuatan grafik *Barber Johnson* pada penelitian ini menggabungkan antara ketentuan grafik Barber Johnson dengan standar RS Tugurejo Semarang. Standar BOR yaitu 60-85%, LOS 3-12 hari, TOI 1 – 3 hari, dan BTO 40 – 50 kali per tahun.



Gambar 1. Trend Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Tiap Kelas di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017 dengan Grafik Barber Johnson.

Visualisasi penggunaan tempat tidur dengan Grafik Barber Johnson menunjukkan bahwa tiap kelas masih berada dalam standar efisiensi. Pergerakan tren menunjukkan bahwa kelas VIP dan kelas I menuju penambahan angka BOR dan semakin kecilnya angka TOI. Hal ini menunjukkan bahwa permintaan tempat tidur di kelas ini semakin meningkat. Sedangkan kelas II dan III sebaliknya, angka BOR semakin kecil dan TOI semakin meningkat. Hal ini menunjukkan bahwa permintaan tempat tidur semakin menurun di kelas II dan III. Angka LOS di semua kelas menunjukkan tren menurun tapi masih sesuai standar RS.

PEMBAHASAN

Penerapan sistem jaminan kesehatan nasional (JKN) di suatu negara akan membawa dampak positif yakni meningkatnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan termasuk didalamnya rumah sakit. Sistem ini juga dapat memberi dampak negatif khususnya bagi rumah sakit dikarenakan adanya perubahan mendasar yang terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan khususnya pada penggunaan tempat tidur. Hal ini akan mempengaruhi efisiensi dan efektifitas pelayanan di rumah sakit (Irwandy, 2018).

Penerapan pelayanan JKN mulai tahun 2014 sedikit banyak mempengaruhi angka BOR, LOS, TOI, dan BTO. Analisis tren secara total menunjukkan angka BOR di RSUD Tugurejo mengalami penurunan. Hal ini disebabkan karena berlakunya rujukan berjenjang bagi pelayanan JKN. Berbanding terbalik dengan penelitian di RS Sultan Agung Semarang (Nugraheni, 2014) yaitu tren BOR di kelas III meningkat. Angka LOS yang terus menurun menandakan semakin efisiensinya pelayanan kesehatan di RS, tetapi perlu didukung dengan mutu pelayanan pasien. LOS yang semakin kecil ini diduga berkaitan dengan pelayanan JKN dengan standar LOS tiap kasus pelayanan pasien. Angka TOI dengan standar 1-3 masih terpenuhi di RSUD Tugurejo. Angka TOI jika terlalu rendah akan memungkinkan terjadinya infeksi nosokomial (Hatta, 2012). Angka BTO yang terlalu tinggi terjadi karena banyaknya pasien keluar (hidup dan mati). Angka BTO ini berkaitan dengan LOS yang terus memendek dari tahun ke tahun (Sudra, 2010).

Dalam menentukan *trend* ef siensi penggunaan tempat tidur peneliti menggunakan standar ef siensi dari Depkes dengan empat parameter yaitu BOR, LOS, TOI, dan BTO. Berdasarkan data rekapitulasi sensus harian rawat inap hasil perhitungan *trend* penggunaan tempat tidur dapat diketahui berdasarkan standar ef siensi BOR menurut Depkes yaitu antara 60% - 85%. Angka *Trend* BOR tiap kelas pada Tahun 2013 – 2017 sudah memenuhi standar ef siensi, namun dilihat dari Grafik *Trend* ef siensi tempat tidur kelas VIP pada tahun 2016 dan 2017 belum memasuki standar. Angka *trend* BOR yang mengalami penurunan dan kenaikan akan berdampak pada tinggi rendahnya angka TOI. Angka *trend* TOI di RSUD Tugurejo Semarang mengalami kenaikan namun masih dalam batas standar ef siensi Depkes yaitu antara 1 – 3 hari.

Trend LOS merupakan angka yang menunjukkan lamanya perawatan. *Trend* LOS di RSUD Tugurejo pada setiap kelas dari tahun 2013 – 2017 masih dalam standar ef siensi. Hal ini dapat dilihat dari angka *trend* LOS tiap kelas di RSUD Tugurejo Semarang dari tahun 2013 – 2017 mengalami penurunan. Angka *trend* LOS, BOR, dan TOI akan mempengaruhi angka *trend* BTO. Batas standar ef siensi *trend* BTO menurut Depkes yaitu sebanyak 40 – 50 kali pemakaian pertahun. Angka *trend* BTO di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017 yang mengalami penurunan yaitu pada kelas III, namun masih masuk dalam standar ef siensi Depkes. Sedangkan *trend* BTO tahun 2013 – 2017 yang diatas standar ef siensi yaitu kelas I, II, dan VIP.

Penggambaran Grafik Barber Johnson menunjukkan bahwa ef siensi penggunaan tempat tidur Kelas I, II, dan III VIP di RSUD Tugurejo Semarang dari tahun 2013 – 2017 sudah memasuki daerah ef siensi dengan dikelompokkan sebagai berikut :

1. Kelas VIP dan I dengan tren BOR naik, LOS turun, TOI turun, dan BTO naik, menunjukkan fenomena kenaikan permintaan tempat tidur.
2. Kelas II dan III dengan tren BOR turun, LOS turun, TOI naik, dan BTO naik, menunjukkan fenomena penurunan permintaan tempat tidur.

Upaya yang dapat dilakukan oleh RS adalah manajemen relokasi tempat tidur dengan mempertimbangkan semakin bertambahnya permintaan tempat tidur pada kelas VIP dan I. Penambahan tempat tidur belum diperlukan karena rata-rata BOR masih dalam standar ef siensi.

KESIMPULAN

Ef siensi penggunaan tempat tidur tiap kelas berdasarkan Grafik Barber Johnson di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2013 – 2017 sudah memasuki daerah ef siensi. Kecenderungan *trend* permintaan tempat tidur meningkat pada kelas I dan VIP, sedangkan *trend* permintaan tempat tidur pada kelas II dan III cenderung menurun. Diperlukan manajemen relokasi tempat tidur untuk meningkatkan ef siensi pelayanan RS.

DAFTAR PUSTAKA

- Hatta, Gemala R. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Revisi 2*. Jakarta: UI-Press
- Irwandy dan Amal, Sjaaf. *Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Ef siensi Rumah Sakit: Studi Kasus di Provinsi Sulawesi Selatan*. JURNAL MKMI, Vol. 14 No. 4, Desember 2018. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/2018>, diakses 14 Maret 2019.
- Muhith, Abdul dkk. *Bauran Pemasaran dengan Bed Occupancy Ratio (BOR)*. Jurnal Ners Vol. 8 No. 1 April 2013: 135–141. <https://www.researchgate.net/publication/327306565>. Diakses tanggal 14 Maret 2019.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Rineka Cipta
- Nugraheni, Tiffany Rizqi. *Prediksi Kebutuhan Tempat Tidur Bangsal Kelas III Berdasarkan Indikator Barber Johnson Tahun 2015 – 2019 di RSI Sultan Agung Semarang*. eprints.dinus.ac.id/17369/1/jurnal_15964.pdf. Diakses tanggal 14 Maret 2019

- Rustiyanto, Ery. 2010. *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Soejadi. Efisiensi Pengelolaan Rumah Sakit Grafik Barber Johnson sebagai salah satu Indikator. Katiga Bina, Jakarta, 1996
- Sudra, Rano Indradi. 2010. *Statistik Rumah Sakit dari Sensus Pasien dan Grafik Barber Johnson Hingga Statistik Kematian dan Otopsi*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Sugiarto. 2006. *Metode Statistik*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- UU Republik Indonesia. 2009. *Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta.

HUBUNGAN KELENGKAPAN INFORMASI MEDIS DENGAN KEAKURATAN KODE *TUBERCULOSIS* PARU BERDASARKAN ICD-10 PADA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP DI BBKPM SURAKARTA

¹Yeni Tri Utami, ²Nita Rosmalina

¹ Prodi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa
Surakarta, yeni_tri@udb.ac.id

² Prodi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa
Surakarta

ABSTRAK

BBKPM Surakarta merupakan balaibesar kesehatan parumasyarakat di Surakarta. Tuberculosis Paru berada pada urutan keempat dan kelima dalam 10 besar penyakit pasien rawat inap tahun 2017. Berdasarkan survei pendahuluan terdapat 80% dokumen tidak lengkap dan 60% dokumen tidak akurat. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan kelengkapan informasi medis terhadap keakuratan kode Tuberculosis Paru di BBKPM Surakarta.

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan metode observasi dan wawancara dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Jumlah populasi yaitu 66 dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis Tuberculosis Paru tahun 2017. Teknik pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik sampel jenuh. Analisis data dilakukan dengan analisis univariate dan analisis bivariate, sedangkan untuk analisis bivariate diperoleh dari perhitungan uji chi -square dengan menggunakan aplikasi SPSS.

Persentase akurasi kode diagnosis Tuberculosis Paru di BBKPM Surakarta 2017 menunjukkan angka keakuratan 52% (34 dokumen) dan ketidakakuratan 48% (32 dokumen). Kelengkapan informasi medis terdapat 8% (5 dokumen) lengkap dan 92% (61 dokumen) tidak lengkap. Berdasarkan hasil perhitungan SPSS nilai $p=0,592 > 0,05$, artinya H_0 diterima dan H_a ditolak, dengan demikian tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode Tuberculosis Paru berdasarkan ICD-10 di BBKPM Surakarta tahun 2017.

Kata Kunci: Akurasi Kode, Diagnosis Tuberculosis Paru, ICD-10

ABSTRACT

BBKPM Surakarta is a community center for lung health in Surakarta. Pulmonary tuberculosis is in the fourth and fifth place in the top 10 inpatient diseases in 2017. Based on the preliminary survey there were 80% of incomplete documents and 60% of documents were inaccurate. The purpose of this study was to determine the relationship between the completeness of medical information on the accuracy of the pulmonary tuberculosis code in BBKPM Surakarta.

This type of research is analytical with observation and interview methods using a retrospective approach. The population is 66 inpatient medical record documents with a diagnosis of Lung Tuberculosis in 2017. The research sampling technique uses saturated sample techniques. Data analysis was performed by univariate analysis and bivariate analysis, while bivariate analysis was obtained from the chi-square test using the SPSS application.

The percentage of accuracy of diagnosis code for pulmonary tuberculosis in BBKPM Surakarta 2017 shows the accuracy rate of 52% (34 documents) and inaccuracies of 48% (32 documents). Completeness of medical information is 8% (5 documents) complete and 92% (61 documents) are incomplete. Based on the results of the SPSS calculation the value of $p = 0.592 > 0.05$, means that H_0 is accepted and H_a is rejected, thus there is no relationship between completeness of medical information with the accuracy of the pulmonary Tuberculosis code based on ICD-10 in BBKPM Surakarta in 2017

Keywords: Code Accuracy, Pulmonary Tuberculosis Diagnosis, ICD-10

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Rekam medis berperan penting dalam peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit dan membantu dalam pengambilan keputusan. Informasi yang diperoleh bersumber dari dokumen rekam medis pasien. Staf medik dan tenaga kesehatan dituntut untuk mengisi rekam medis secara cepat, tepat, akurat dan mudah dibaca, karena akan berpengaruh terhadap pelayanan lain yang akan dilakukan oleh staf non medik (Depkes RI, 2006). Ketepatan penulisan yang dimaksud adalah ketepatan penulisan diagnosis yang ditegakkan terhadap pasien yang nantinya akan dilakukan pengkodean. Pengkodean diagnosis dilakukan di bagian instalasi rekam medis khususnya di bagian *coding*. Tenaga medis khususnya dokter dan tenaga non medis khususnya *coder* harus saling berkomunikasi agar menghasilkan kodef kasi penyakit yang tepat dan akurat.

Salah satu jenis penyakit yang insiden kejadiannya tinggi di Indonesia yaitu tuberculosis. Pada tahun 2012 diperkirakan ada sekitar 130.000 kasus TB yang diperkirakan ada tetapi belum dilaporkan (Kemenkes RI, 2014). Indonesia tetap memakai prevalensi TB dan hasil survei prevalensi TB 2013-2014 yang bertujuan untuk menghitung prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada populasi yang berusia > 15 tahun di Indonesia. Angka prevalensi TB pada tahun 2014 menjadisebesar 647 per 100.000 penduduk meningkat dari 272 per 100.000 penduduk pada tahun sebelumnya. Pada tahun 2015 ditemukan jumlah kasus tuberculosis sebanyak 330.910 kasus, meningkat apabila dibandingkan semua kasus tuberculosis yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 324.539 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di Provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus tuberculosis di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kemenkes RI, 2015)

Untuk mendapatkan kode diagnosis yang tepat, termasuk kode diagnosis Tuberculosis Paru tidak hanya didasarkan pada formulir *resume* akan tetapi lembar-lembar lain yang berkaitan dengan proses pengkodean, misalkan pada lembar pemeriksaan penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi dan lembar lainnya yang berhubungan dengan penegakkan diagnosis. *Coder* sebelum melakukan pengkodean harus melihat setiap lembar rekam medis guna penentuan kode diagnosis yang akurat. (Hatta, 2012). Akan tetapi fakta di Rumah Sakit masih banyak ditemukan ketidaklengkapan pengisian informasi pada dokumen rekam medis.

Menurut Pujihastuti dan Sudra (2014) Salah satu faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian informasi dokumen rekam medis diantaranya adalah waktu dokter yang sempit, pasien yang banyak, pasien APS (Atas Permintaan Sendiri). Belum sepenuhnya semua petugas terkait menyadari akan pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis yang isinya mengandung informasi yang penting, karena hal ini berpengaruh terhadap mutu dan hal-hal yang terkait didalamnya.

Berdasarkan survei pendahuluan di BBKPM Surakarta laporan data rekam medis di BBKPM Surakarta tahun 2017 kasus tuberculosis paru termasuk dalam indeks 10 besar penyakit rawat inap yaitu urutan ke 4 dan 5. Dari hasil analisis terhadap 10 dokumen rekam medis rawat inap kasus tuberculosis paru, peneliti menemukan ketidaklengkapan informasi medis dari resume medis, hasil pemeriksaan penunjang diagnosis berupa hasil pemeriksaan laboratorium dan *rontgen* sejumlah 8 (80%) dokumen tidak lengkap dan 2 (20%) dokumen lengkap. Untuk keakuratan kode dari 10 dokumen rekam medis ditemukan sejumlah 6 (60%) dokumen tidak akurat dan 4 (40%) dokumen akurat. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode Tuberculosis Paru Berdasarkan ICD-10 Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di BBKPM Surakarta.

METODE

Jenis penelitian ini adalah analitik dengan metode observasi dan wawancara dengan menggunakan pendekatan retrospektif. Jumlah populasi yaitu 66 dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis Tuberculosis Paru tahun 2017. Teknik pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik sampel jenuh. Analisis data dilakukan dengan analisis *univariate* dan analisis *bivariate*, sedangkan untuk analisis *bivariate* diperoleh dari perhitungan uji chi-square dengan menggunakan aplikasi SPSS. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini ICD-10, *checklist*, dan pedoman wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kelengkapan Informasi Medis *Tuberculosis* Paru

Tabel 1. Kelengkapan Informasi Medis *Tuberculosis* Paru

No.	Kelengkapan	Jumlah	Persentase (%)
1	Lengkap	5	8
2	Tidak Lengkap	61	92
Jumlah		66	100

Berdasarkan tabel 1 Kelengkapan informasi medis pada dokumen rekam medis pasien *Tuberculosis* Paru sebanyak 5 dokumen lengkap dengan persentase 8% dan 61 dokumen tidak lengkap dengan persentase 92%.

Tabel 2. Kelengkapan Informasi Medis Per Formulir *Tuberculosis* Paru

No.	Lembar Formulir	Lengkap	Persentase (%)	Tidak Lengkap	Persentase (%)
1	Hasil Lab	10	15	56	85
2	Rontgen	58	88	8	12
3	Resume Medis	53	80	13	20

Berdasarkan Tabel 2. didapatkan hasil kelengkapan pemeriksaan laboratorium sebanyak 10 dokumen persentase 15% dan tidak lengkap 56 dokumen persentase 85%. Kelengkapan lembar rontgen didapatkan 58 dokumen lengkap persentase 88% dan tidak lengkap sebanyak 8 dokumen persentase 12%. Kelengkapan pada formulir resume medis didapatkan 53 dokumen lengkap persentase 80% dan tidak lengkap 13 dokumen persentase 20%.

Ketidaklengkapan informasi medis dapat mempengaruhi ketepatan dalam pemberian kode dan menghambat *coder* dalam mengkode diagnosis. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian Rahmawati (2016), kelengkapan informasi medis sangat berpengaruh dan menghambat *coder* untuk mengkode diagnosis karena *coder* harus mencari dokter dan mengonfirmasi untuk mendapatkan kode yang akurat.

Ketidaklengkapan informasi medis ini disebabkan karena item tidak terisi dan item tidak tertulis diagnosis *tuberculosis* paru. Ketidaklengkapan akibat item tidak terisi ini disebabkan karena terdapat beberapa formulir yang hampir sama dalam dokumen rekam medis sehingga dokter harus menulis berulang-ulang. Seringnya dokter hanya menuliskan pada lembar resume medik karena untuk mengisikan pada formulir lainnya memerlukan waktu yang lama, padahal dokter juga harus menangani pasien yang lain. Hal ini belum sesuai dengan teori Sudra (2014) yang menyatakan bahwa setiap hal yang didapatkan dari pasien harus dilaporkan (*tercantum*) dalam rekam medisnya, hal ini juga belum sesuai Depkes RI (2006) bahwa kelengkapan lembar medis, paramedis dan penunjang medis harus sesuai dengan prosedur dan harus lengkap. Hal tersebut diperkuat dengan hasil wawancara dengan petugas Assembling : *"Terkadang jika ada formulir yang belum diisi atau belum lengkap, kita kembalikan ke dokternya untuk dilengkapi"* dan *"dokternya tidak menulis diagnosa, itu termasuk juga diagnosa yang tidak lengkap"*

BBKPM Surakarta sudah menerapkan prosedur kelengkapan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) rumah sakit yaitu apabila data pada dokumen rekam medis belum lengkap maka dikembalikan ke unit pelayanan untuk dilengkapi dengan menyertakan formulir kendali ketidaklengkapan rekam medis, akan tetapi terkadang tidak dilakukan oleh petugas karena banyak pekerjaan lain yang harus diselesaikan. Dokumen yang tidak lengkap tersebut juga dikarenakan setelah selesai perawatan dokumen rekam medis masih diperlukan sehingga banyak bagian yang mengantri menggunakannya, terkadang sebelum dokumen diserahkan ke unit rekam medis, pasien sudah kontrol dan dokumen rawat inap tersebut dibawa ke poliklinik untuk digunakan kontrol dan setelah dokumen kembali dari poliklinik, biasanya jarang dicek dan langsung dimasukkan ke rak filing. Hal tersebut diperkuat dengan hasil wawancara dengan petugas Coding : *"Karena RM rawat inap (apalagi untuk pasien TB), setelah pasien pulang banyak yang antri menggunakannya mbak.."*

1. *Bagian mobilisasi dana (kasir) untuk kroscek pemeriksaan dan tindakan*
2. *Bagian DOTS Center Paru untuk laporan TB*
3. *Jika pasien ada tes cepat molekuler, RM dipinjam untuk pencatatan kasus pemeriksaan tes cepat molekuler yang dilaporkan ke Kemenkes*
4. *Jika resume medis belum terisi harus diminta dokter (ini yang lama)*
5. *Baru masuk rekam medis, jika pasien periks apakah BPJS, maka harus diurus klaimnya, dikoding.*
6. *Setelah dikoding dan dilengkapi klaimnya, DRM masuk ke bagian klaim untuk dikopiresumanya, sama dikopi hasil pemeriksaan penunjangnya yang diperlukan.*

Kalau pasien keburu kontrol lagi (biasanya jeda waktu seminggu setelah pulang ranap) biasanya yang belum sempat terkode yang belum sempat ke bagian coding sudah kontrol lagi, lalu pas dokumen RM sudah kembali petugas RM nyalalaimengecek kelengkapannya lagi sampai ke dokumen rawat inap sudah masuk kerak..begitu”

Ketidakkelengkapan akibat item tidak tertulis diagnosis tuberculosis paru ini disebabkan karena dokter tidak konsisten dalam menuliskan diagnosis utama pada tiap formulir khususnya pada formulir resume medis yang memuat informasi medis, sehingga coder harus reseleksi kode dan melihat keseluruhan formulir rawat inap dengan lebih teliti agar kode yang ditetapkan tepat dan akurat. Hal ini belum sesuai dengan teori Hatta (2012) yang menyatakan bahwa “dokter yang merawat bertanggung jawab atas pengobatan pasien harus memilih kondisi utama untuk dicatat, sama halnya dengan kondisi lain pada setiap episode perawatan”. Ketidakkonsistensian penulisan diagnosis utama pada tiap formulir yang memuat informasi medis dapat menyebabkan perbedaan persepsi antara dokter dan coder sehingga mempengaruhi kode yang dihasilkan. Maka dari itu petugas coding sebaiknya mengkonfirmasi terlebih dahulu kepada dokter penanggung jawab pasien apabila terdapat diagnosis yang belum jelas.

Sesuai dengan hasil penelitian Pepo dan Yulia (2015) Persentase kelengkapan penulisan diagnosa pada resume medis yang rendah akan menyebabkan terganggunya proses komunikasi antar tenaga medis karena kondisi pasien tidak digambarkan secara lengkap dan spesifik melalui diagnosa pada resume medis. Selain itu akan mempengaruhi kerja sama rumah sakit dengan pihak asuransi karena ketidakkelengkapan penulisan diagnosa pada resume medis mencerminkan kurang pemahamannya tenaga medis khususnya dokter terhadap kondisi medis pasien. Dan angka kelengkapan penulisan diagnosa yang rendah akan mempengaruhi ketepatan pelaksanaan pengkodean klinis oleh coder karena diagnosa pada resume medis merupakan dasar pelaksanaan pengkodean klinis.

Keakuratan Kode Diagnosis tuberculosis paru di BBKPM Surakarta

Tabel 3. Persentase Keakuratan dan Ketidakkuratan Kode Diagnosis tuberculosis paru

Hasil Analisis	Jumlah Dokumen	Persentase (%)
Akurat	34	52
Tidak Akurat	32	48
Jumlah	66	100

Berdasarkan tabel 3. diatas dapat dilihat bahwa persentase keakuratan dan ketidakkuratan kode diagnosis *tuberculosis* paru ada 34 dokumen rekam medis pasien rawat inap yang akurat dengan persentase sebesar 52% dan 32 dokumen rekam medis pasien rawat inap yang tidak akurat dengan persentase 48% dari 66 dokumen rekam medis pasien rawat inap.

Jumlah dan persentase ketidakkuratan dari klasifikasi tersebut dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4. Persentase Klasifikasi Ketidakkuratan Kode Tuberculosis Paru

Klasifikasi	Jumlah Berkas	Persentase (%)
Salah pemberian kode	23 Dokumen	71, 87
Tidak dikode	9 Dokumen	28,12
Jumlah	32 Dokumen	100

Salah Pemberian Kode

Berdasarkan hasil wawancara petugas coding, kesalahan dalam pemberian kode dikarenakan penulisan diagnosis yang tidak spesifik dapat mempengaruhi kodefikasi penyakit, apabila petugas coding kurang teliti dalam menganalisis dokumen rekam medis, dapat menyebabkan salah dalam pemberian kode. Contoh penulisan diagnosis yang tidak spesifik yaitu TB Paru dengan efusi pleura tetapi hanya ditulis TB Paru saja, kode TB Paru (BTA +/-) yaitu A15.0/A16.0, sedangkan kode TB Paru dengan efusi pleura (BTA +/-) yaitu A15.6/A16.5. Dengan diagnosis yang berbeda, maka kode yang dihasilkan juga akan berbeda. Coder harus lebih teliti dalam menganalisis dan menetapkan kode. Tidak hanya mengacu pada resume medik saja tetapi harus melihat lembar-lembar lain yang berkaitan dengan proses pengkodean, seperti lembar penunjang dan lembar lainnya yang berhubungan dengan penegakan diagnosis. Berikut adalah kutipan hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas coding :

Pertanyaan :

“Faktor apa saja yang menjadi penghambat proses pengkodean diagnosis tuberculosis paru di BBKPM Surakarta ini ?”

Jawaban :

“penulisan diagnosa yang tidak spesifik”

“contohnya : TB Paru dengan efusi pleura, tapi hanya ditulis TB paru saja”

Pengkodean dan keakuratan kode diagnosis merupakan tanggung jawab coder, hal ini sesuai dengan Depkes RI (2006), tenaga rekam medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Menurut Hatta (2012), kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Maka dari itu keakuratan kode diagnosis sangat penting dalam manajemen informasi kesehatan dan informasinya sangat berguna bagi para profesional manajemen informasi kesehatan. Sesuai dengan penelitian Maryati, dkk (2018) kesalahan pemberian kode ini disebabkan karena coder dalam melakukan kodefikasi melihat lembar ringkasan masuk dan keluar, catatan perkembangan terintegrasi, ringkasan pulang dan pemeriksaan penunjang, namun dalam pelaksanaannya apabila pada lembar ringkasan pulang sudah lengkap maka coder hanya melihat lembar ringkasan pulang saja.

Tidak Dikode

Berdasarkan hasil wawancara petugas coding, dokumen yang tidak dikode dikarenakan setelah selesai perawatan dokumen rekam medis masih diperlukan sehingga banyak bagian yang mengantri menggunakannya, akan tetapi terkadang sebelum dokumen diserahkan ke unit rekam medis, pasien sudah kontrol dan dokumen rawat inap tersebut dibawa ke poliklinik untuk digunakan kontrol dan setelah dokumen kembali dari poliklinik, biasanya jarang dicek dan langsung dimasukkan ke rak filing.

Pengkodean dan keakuratan diagnosis merupakan tanggung jawab coder, hal ini sesuai dengan Depkes RI (2006), tenaga rekam medis sebagai seorang pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan oleh tenaga medis. Berikut adalah kutipan hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas coding :

Pertanyaan :

“Faktor apa saja yang menjadi penghambat proses pengkodean diagnosis tuberculosis paru di BBKPM Surakarta ini ?”

Jawaban :

“Karena RM rawat inap (apalagi untuk pasien TB), setelah pasien pulang banyak yang antri menggunakannya seperti bagian kasir, bagian DOTS Center Paru dll, jika pasien keburu kontrol lagi (biasanya jeda waktu seminggu setelah pulang ranap) biasanya yang belum sempat terkode yang belum sempat kebagian coding sudah kontrol lagi, lalu pas dokumen RM sudah kembali petugas RM nya lalai mengecek kelengkapannya lagi sampai ke dokumen rawat inap sudah masuk ke rak”

Menurut Hatta (2012), kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Maka dari itu keakuratan kode diagnosis sangat penting dalam manajemen informasi kesehatan dan informasinya sangat berguna bagi para profesional manajemen informasi kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Maryati (2018) ketidakakuratan pemberian kode karena tidak dikode di RS PKU Aisyiyah Boyolali tidak sesuai dengan ICD-10. Dampak dari dokumen rekam medis yang tidak dikode dapat menyebabkan dokumen rekam medis tidak lengkap berdasarkan review kuantitatif dan dapat mempengaruhi kualitas data statistik.

Pemanfaatan kode diagnosis klinis sebagai data dasar dalam pembuatan laporan dan pembayaran biaya kesehatan. Laporan yang dimaksud adalah laporan bulanan diagnosa pasien rawat inap dan rawat jalan yang dilaporkan kepada dinas kesehatan dan juga dimanfaatkan untuk dasar pengambilan keputusan pada berbagai tingkatan manajemen atau bagian-bagian tertentu di Rumah Sakit. Pengkodean klinis juga dimanfaatkan untuk menentukan besaran tarif pembiayaan kesehatan karena Rumah Sakit Atma Jaya juga bekerja sama dengan BPJS dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatannya. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan BPJS menggunakan sistem INA-CBGs dimana satuan besaran pembayaran pelayanan kesehatan ditentukan oleh diagnosa yang telah dikode dengan ICD-10 sehingga apabila terjadi kesalahan dalam kegiatan pengkodean klinis akan memberikan dampak pada besaran satuan pembayaran klinis. Hal tersebut akan berdampak pada biaya pelayanan kesehatan. Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi ketepatan tarif INA-CBG's yang pada saat ini digunakan sebagai metode pembayaran JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) di Indonesia (Pepo dan Yulia, 2015)

Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode *Tuberculosis* Parudi BBKPM Surakarta

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap keakuratan kode tuberculosis paru dengan kelengkapan informasi medis dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dengan Keakuratan Kode *Tuberculosis* Parudi BBKPM Surakarta

Kelegkapan Informasi Medis	Keakuratan Kode Diagnosis				Total		Nilai p
	Tidak Akurat		Akurat		Jumlah	%	
	Jumlah	%	Jumlah	%			
TidakLengkap	29	48	32	52	61	100	<i>p</i> 0,592
Lengkap	3	60	2	40	5	100	
Total	32	48	34	52	66	100	

Berdasarkan perhitungan SPSS nilai $p > 0,05$ bahwa H_0 diterima dan H_a ditolak, dari hasil perhitungan maka tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode *Tuberculosis* Paru.

Hasil analisis bivariate menggunakan Uji Chi Kuadrat hubungan kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode tuberculosis paru di BBKPM Surakarta tahun 2017 yaitu berdasarkan perhitungan SPSS nilai $p > 0,05$ bahwa H_0 diterima dan H_a ditolak, dari hasil analisis maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode *Tuberculosis* Paru.

Penelitian ini relevan dengan penelitian Rahmawati (2016) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode *Tuberculosis* pada nilai $p = 0,159$, sehingga keakuratan tidak hanya dipengaruhi oleh kelengkapan informasi medis tetapi masih banyak faktor lain. Sesuai Depkes RI (2006) faktor-faktor yang mempengaruhi akurasi kode, kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksanaan yang menangani berkas rekam medis tersebut yaitu tenaga medis, tenaga rekam medis sebagai pemberi kode (coder) dan tenaga kesehatan lainnya.

Penelitian ini tidak relevan dengan penelitian Pujihastuti dan Sudra (2014) yang menyatakan secara signifikan terdapat hubungan kelengkapan pengisian informasi diagnosis dengan keakuratan kode pada nilai $p = 0,000$, ketepatan pengkodean dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani rekam medis tersebut yaitu tenaga medis dalam menetapkan diagnosis, tenaga perekam medis sebagai pemberi kode, tenaga kesehatan lainnya. Hasil tersebut juga tidak relevan dengan hasil penelitian Wariyanti (2013) Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis pada dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Karanganyar tahun 2013 dengan nilai $p = 0,012$. Hasil penelitian dari Maryati, dkk (2018) Ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode diagnosis Diabetes mellitus di RS PKU Aisyiyah Boyolali dengan nilai $(\text{sig}) = 0,001$. Selain melihat diagnosisnya, juga perlu melihat informasi yang terdapat dalam setiap lembar rekam medis yang ditulis dokter untuk menghasilkan kode yang akurat. Hal ini sesuai dengan Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis bahwa tulisan pada rekam medis merupakan tanggungjawab yang mengisi yaitu dokter.

KESIMPULAN

Hasil analisis Uji Chi Kuadrat menggunakan SPSS didapatkan hasil nilai $P > 0,05$ yaitu 0,592, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan antara kelengkapan informasi medis dengan keakuratan kode tuberkulosis paru BBKPM Surakarta.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi II*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.
- Hatta, G R. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.
- Kemenkes. 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta
- Kemenkes. 2015. *RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) 2015-2019*. Jakarta
- Maryati, Wannay dan Suci. 2018. Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dan Keakuratan Kode Diagnosis Diabetes Mellitus. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* Volume 1 Nomor 2. 96-108
- PerMenKes RI. Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta
- Pepo dan Yulia. 2015. Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* Vol. 3 No.2 Oktober 2015. 74-80
- Pujihastuti, A dan Rano I S. 2014. Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. ISSN : 2337-585X; Vol.2 ; No.2.
- Rahmawati, E.N. 2016. *Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Tuberkulosis Pada Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sudra. 2014. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka
- Wariyanti. 2013. *Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013*. Naskah Publikasi. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta
- WHO. 2010. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*. Volume 1-3. Geneva: WHO

PENGARUH KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN TERHADAP PENINGKATAN *BED OCCUPANCY RATE* DI RUMAH SAKIT UMUM KALIWATES, JEMBER

Prima Souldoni Akbar

D3 Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang,
primasouldoniakbar@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Nilai Bed Occupancy Rate (BOR) sangat penting dalam menilai sebuah Kualitas pelayanan rumah sakit. Peningkatan kualitas pelayanan penting dalam organisasi layanan kesehatan karena dapat menjadikan mutu pelayanan kesehatan menjadi efisien. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan kualitas pelayanan kesehatan terhadap peningkatan BOR.

Subjek dan Metode: Penelitian ini merupakan analitik observasional dengan desain cross sectional. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Kaliwates, Jember. Subjek penelitian sebanyak 100 dipilih menggunakan teknik stratified random sampling dengan pencuplikan probability sampling. Variabel independen dalam penelitian ini adalah fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian dan empati. Variabel dependen adalah nilai BOR pada pelayanan rawat inap. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Penelitian ini dianalisis menggunakan regresi linier berganda

Hasil: Nilai BOR dipengaruhi fasilitas fisik ($b=0.26$; $SE=0.10$; $p=0.010$), kehandalan ($b=0.34$; $SE=0.11$; $p=0.003$), daya tanggap ($b=0.31$; $SE=0.14$; $p=0.035$), jaminan ($b=0.17$; $SE=0.08$; $p=0.034$), dan empati ($b=0.22$; $SE=0.10$; $p=0.045$),

Kesimpulan: Nilai BOR dipengaruhi fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian dan empati

Kata Kunci: Kualitas pelayanan, Bed Occupancy Rate, Peningkatan Mutu

ABSTRACT

Background: The value of Bed Occupancy Rate (BOR) is very important in assessing the quality of the Hospital. Improving the quality services in health is important on health service organizations because it can make the quality of health services efficient. This study aims to explain the quality of health services to increase BOR.

Subjects dan Method: This was an analytical observational study with a cross sectional design. It was conducted in Kaliwates General Hospital, Jember. A sample of 100 was selected with stratified random sampling. The dependent variable was the value of BOR on inpatient services. The independent variables were physical facilities, reliability, responsiveness, assurance of certainty and empathy. The data were collected by questionnaire and analyzed by multiple linear regression.

Results: The value of BOR was influenced by physical facilities ($b=0.26$; $SE=0.10$; $p=0.010$), reliability ($b=0.34$; $SE=0.11$; $p=0.003$), responsiveness ($b=0.31$; $SE=0.14$; $p=0.035$), assurance of certainty ($b=0.17$; $SE=0.08$; $p=0.034$), and empathy ($b=0.22$; $SE=0.10$; $p=0.045$),

Conclusion: The value of BOR is influenced by physical facilities, reliability, responsiveness, assurance of certainty and empathy

Keywords: Quality health services, Bed Occupancy Rate, improving the quality services

LATAR BELAKANG

Sistem kesehatan merupakan salah satu hal penting dalam negara. Sistem kesehatan nasional merupakan pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Permenkes RI, 2016). Tujuan sistem kesehatan di Indonesia adalah menciptakan suatu pelayanan kesehatan yang baik, sesuai harapan

masyarakat dan mempunyai kontribusi keuangan yang adil dalam memenuhi kebutuhan kesehatan baik perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat (WHO, 2009).

Rumah Sakit merupakan sebuah institusi pelayanan kesehatan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat merupakan sebuah misi rumah sakit. Rumah sakit memiliki tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan (UU, 2009). Rumah sakit dalam melaksanakan tugas harus memperhatikan perbaikan terhadap pelayanan kesehatan untuk peningkatan kualitas dan mutu pelayanan kesehatan.

Pelayanan rumah sakit yang bermutu dan berkualitas memiliki arti cepat, akurat, sesuai dengan perkembangan teknologi. Menurut Muninjaya (2004). Jaminan mutu pelayanan kesehatan sangat penting dalam organisasi pelayanan kesehatan guna menjadikan layanan kesehatan menjadi efisiensi. Penilaian mutu pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan melihat kualitas pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan suatu pelayanan (Pohan, 2007). Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan antara lain: penampilan layanan fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian, dan empati (Akbar, 2017).

Indikator mutu pelayanan kesehatan guna mengetahui tingkat efisiensi pengelolaan rumah sakit antara lain Unit cost untuk rawat jalan, jumlah penderita yang mengalami dekubitus, jumlah penderita yang jatuh dari tempat tidur, BOR (*Bed Occupancy Rate*), BTO (*Bed Turn Over*), TOI (*Turn Over Interval*), ALOS (*Average Length of Stay*), dan *Normal Tissue Removal Rate*.

BOR merupakan indikator untuk menghitung prosentase tempat tidur pada periode tertentu. BOR memberikan gambaran tentang tinggi rendahnya tingkat penggunaan tempat tidur rumah sakit dan seberapa jauh masyarakat menggunakan pelayanan rawat inap. Pengambilan keputusan dalam perencanaan di rumah sakit dapat dianalisa dengan nilai BOR, karena nilai BOR identik dengan kualitas pelayanan kesehatan (Muninjaya, 2004).

Nilai BOR yang tidak memenuhi standart (60%-85%) merupakan cerminan dari kualitas pelayanan yang belum maksimal. Sehingga perlunya peningkatan nilai BOR dengan menganalisa kualitas pelayanan kesehatan.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis pengaruh kualitas pelayanan kesehatan terhadap peningkatan BOR rawat inap di RSUD Kaliwates, Jember.

SUBJEK DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan *desain cross sectional*. Penelitian dilaksanakan pada di Kaliwates, Jember

Variabel independen dalam penelitian ini adalah fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian dan empati. Variabel dependen adalah nilai BOR pada pelayanan rawat inap.

Subjek penelitian ini adalah pasien bangsal rawat inap tipe kelas I, II, dan III RSUD Kaliwates, Jember. Kriteria inklusi penelitian ini adalah pasien rawat inap yang berumur lebih dari 17 tahun. Subjek penelitian sebanyak 100 dipilih menggunakan teknik *stratified random sampling* dengan pencuplikan *probability sampling*.

Tabel 1. Hasil uji reliabilitas kuesioner tentang kualitas layanan kesehatan

No	Variabel	Item Total Correlation (r)	Cronbach's Alpha
1	<i>Tangible</i> / fasilitas fisik	0.48	0.85
2	<i>Reliability</i> / kehandalan	0.66	0.83
3	<i>Responsiveness</i> / daya tanggap	0.56	0.84
4	<i>Assurance</i> / jaminan kepastian	0.31	0.86
5	<i>Empathy</i> / empati	0.44	0.85

Data kualitas pelayanan dan kepuasan pasien dikumpulkan menggunakan kuesioner. Kuesioner telah dilakukan uji reliabilitas terhadap 40 orang pasien rawat inap sebelum digunakan pada saat penelitian. Hasil uji reliabilitas kuesioner dapat dilihat pada tabel 1. Data dianalisis menggunakan analisis regresi berganda.

HASIL

1. Analisis Univariat

Analisis univariat terdiri dari karakteristik subjek penelitian dan variabel penelitian. Karakteristik subjek penelitian dijelaskan pada Tabel 2.

Tabel 2. Karakteristik subjek penelitian

Karakteristik	Kriteria	Frekuensi	(%)
Umur pasien	< 40 tahun	45	45
	41-50 tahun	29	29
	51-60 tahun	21	21
	60 tahun	5	5
Jenis kelamin	Laki-laki	59	59
	Perempuan	41	41
Pendidikan pasien	Tidak Sekolah	2	2
	SD	5	5
	SMP	24	24
	SMA/SMK	30	30
	Diploma	29	29
	Sarjana	10	10
Pekerjaan	Tidak bekerja	16	16
	Pelajar/ Mahasiswa	11	11
	PNS/ TNI/ POLRI	7	7
	Pegawai Swasta	17	17
	Wiraswasta	12	12
	Petani	24	24
	Lain-lain	13	13

Berdasarkan Tabel 2 bahwa sebagian besar subjek penelitian pasien rawat inap berumur <40 tahun yaitu sebanyak 45 orang (45%). Mayoritas subjek penelitian pasien rawat inap berjenis kelamin laki-laki sebanyak 59 orang (59%). Sebagian besar pasien rawat inap berpendidikan SMA/ SMK sebesar 30 orang (30%). Pasien rawat inap yang bekerja sebagian besar sebagai petani sejumlah 24 orang (24%). Sebagian besar subjek penelitian pasien rawat inap.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian dan emphati terhadap nilai BOR, dapat dilihat pada Tabel 3. Tabel 3 menunjukkan semakin tinggi skor fasilitas fisik rumah sakit, maka semakin tinggi nilai BOR, semakin tinggi skor kehandalan petugas rumah sakit, maka semakin tinggi nilai BOR, semakin tinggi skor daya tanggap petugas rumah sakit, maka semakin tinggi nilai BOR, semakin tinggi skor jaminan kepastian, maka semakin tinggi nilai BOR dan semakin tinggi skor emphati petugas rumah sakit, maka semakin tinggi nilai BOR.

Tabel 3. Analisis bivariat fasilitas f sik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian dan emphati terhadap nilai BOR

Variabel Independen	r	p
<i>Tangible</i> / fasilitas f sik	0.70	<0.001
<i>Reliability</i> / kehandalan	0.60	<0.001
<i>Responsiveness</i> / daya tanggap	0.65	<0.001
<i>Assurance</i> / jaminan kepastian	0.63	<0.001
<i>Empathy</i> / empati	0.68	<0.001

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini menggunakan regresi linier berganda. Hasil regresi linier berganda dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Analisis bivariat fasilitas f sik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian dan emphati terhadap nilai BOR

Variabel Independen	b*	SE	P	**
<i>Tangible</i> / fasilitas f sik	0.26	0.10	0.010	0.24
<i>Reliability</i> / kehandalan	0.34	0.11	0.003	0.23
<i>Responsiveness</i> / daya tanggap	0.31	0.15	0.035	0.18
<i>Assurance</i> / jaminan kepastian	0.17	0.08	0.034	0.18
<i>Empathy</i> / empati	0.22	0.11	0.045	0.19

*=koef sien jalur tidak terstandarisasi
**= koef sie terstandarisasi

Nilai BOR dipengaruhi fasilitas f sik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian dan emphati suatu pelayanan kesehatan.

Setiap terjadi peningkatan satu unit fasilitas f sik rumah sakit maka akan menaikkan skor nilai BOR pasien rawat inap sebesar 0.26. Setiap terjadi peningkatan satu unit kehandalan petugas rumah sakit maka akan meningkatkan skor nilai BOR pasien rawat inap sebesar 0.34.

Setiap terjadi peningkatan satu unit daya tanggap petugas rumah sakit maka akan menaikkan skor nilai BOR pasien rawat inap sebesar 0.31. Setiap terjadi peningkatan satu unit jaminan kepastian yang diberikan kepada pasien maka akan meningkatkan skor nilai BOR pasien rawat inap sebesar 0.17. Setiap terjadi peningkatan satu unit emphati petugas rumah sakit maka akan menaikkan skor nilai BOR pasien rawat inap sebesar 0.22.

PEMBAHASAN

A. Pengaruh fasilitas f sik terhadap nilai BOR.

Hasil analisis regresi linier berganda pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara fasilitas f sik rumah sakit terhadap nilai BOR pasien rawat inap di RSUD Kaliwates dan secara statistik signifikan. Artinya bahwa semakin tinggi tingkat fasilitas f sik rumah sakit, maka tingkat nilai BOR pasien rawat inap semakin bertambah. Hal ini sejalan dengan penelitian Asshidin et al, (2016) yang menyatakan bahwa nilai BOR akan naik karena suatu kualitas dari karakteristik produk. Dinilai dari dunia kesehatan karakteristik produk rumah sakit salah satunya adalah fasilitas yang disediakan

oleh rumah sakit terutama pada bangsal rawat inap. Fasilitas bangsal rawat inap merupakan salah satu alasan pasien dan keluarga pasien untuk memilihnya.

Yoyok (2010) menyatakan bahwa suatu pelayanan kesehatan memiliki BOR yang belum sesuai standar dikarenakan faktor fasilitas. Sarana dan prasarana memiliki peran penting dalam mendominasi penyebab terpenuhinya standart nilai BOR (Ahmad, 2015).

B. Pengaruh kehandalan terhadap nilai BOR.

Hasil analisis regresi linier berganda pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara kehandalan petugas rumah sakit terhadap nilai BOR pasien rawat inap di RSUD Kaliwates dan secara statistik signifikan. Artinya bahwa semakin tinggi tingkat kehandalan petugas rumah sakit, maka tingkat nilai BOR pasien rawat inap semakin bertambah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bardach *et al.*, (2014) yang menyatakan bahwa kehandalan dokter sangat efektif dalam meningkatkan kinerja dokter secara maksimal. Kinerja dokter yang baik akan berdampak dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Semakin handal dokter dan petugas rumah sakit dalam menggunakan mekanisme pengobatan yang baik, pasien akan percayaikan pengobatannya pada suatu pelayanan kesehatan (Kurtz, 2005).

C. Pengaruh daya tanggap terhadap kepuasan pasien.

Hasil analisis regresi linier berganda pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara daya tanggap petugas rumah sakit terhadap nilai BOR pasien rawat inap di RSUD Kaliwates dan secara statistik signifikan. Artinya bahwa semakin tinggi tingkat daya tanggap petugas rumah sakit, maka tingkat nilai BOR pasien rawat inap semakin bertambah.

Hal ini sejalan dengan penelitian Supriyanto (2005) yang menyatakan bahwa penyediaan pelayanan yang cepat yang dibutuhkan oleh pasien merupakan salah satu dari penentuan dalam memilih suatu pelayanan kesehatan. Daya tanggap dari seorang dokter dalam memberikan sebuah pelayanan sangat diharapkan oleh pasien. Dokter yang terlambat dalam memberikan pelayanan akan berdampak pada mutu pelayanan kesehatan sehingga perlu peningkatan tanggung jawab dengan menekan kedisiplinan kerja pada pelayanan kesehatan. Selain itu, dalam meningkatkan kualitas pelayanan, rumah sakit perlu melakukan pendekatan yang bersifat informatif dengan cara menjelaskan perkembangan kesehatan kepada pasien dengan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien dan anggota keluarga (Mulyawan, 2015).

D. Pengaruh jaminan kepastian terhadap nilai BOR.

Hasil analisis regresi linier berganda pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara jaminan kepastian yang diberikan kepada pasien terhadap nilai BOR pasien rawat inap di RSUD Kaliwates dan secara statistik signifikan. Artinya bahwa semakin tinggi jaminan kepastian yang diberikan kepada pasien, maka tingkat nilai BOR pasien rawat inap semakin bertambah.

Penelitian ini sejalan dengan Calnan dan Rowe (2006) mengatakan bahwa tingkat kepercayaan yang diberikan oleh pasien pada pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan antara dokter dan pasien. Jaminan kepastian didapatkan melalui komunikasi yang baik, dalam komunikasi dokter akan memberikan sebuah informasi yang jelas terhadap kondisi dan kebutuhan pasien sehingga jaminan kepastian kan terbentuk secara alamiah.

E. Pengaruh emphati terhadap kepuasan pasien.

Hasil analisis regresi linier berganda pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara emphati petugas rumah sakit terhadap nilai BOR pasien rawat inap di RSUD Kaliwates dan secara statistik signifikan. Artinya bahwa semakin tinggi tingkat emphati petugas rumah sakit, maka tingkat nilai BOR pasien rawat inap semakin bertambah.

Hal ini sejalan dengan penelitian Mogi (2006), petugas rumah sakit yang lebih mengutamakan melaksanakan tugas daripada mendengarkan sebuah keluhan yang dirasakan oleh pasien. Salah satu penyebabnya adalah petugas rumah sakit merasa masih banyak pekerjaan yang harus diselesaikan,

beban kerja yang tinggi dan kurangnya tenaga kesehatan. Supriyanto S (2005) menyebutkan bahwa sikap mau mendengarkan sebuah keluhan pasien atau dimensi emphati akan membantu dalam proses penyembuhan. Pendekatan emosional petugas rumah sakit akan membuat pasien menemukan kebutuhan psikologis dan sosial yang tidak terpenuhi selama perawatan sehingga pasien merasa lebih baik dengan kondisinya. Fokus utama perawatan tidak bertumpu pada perawatan medis namun bagaimana suatu penyedia pelayanan kesehatan mampu mengenali kondisi pasien (Krishnasamy et al., 2001).

Ikatan emosional yang kuat antara penyedia layanan dan pasien telah terbukti secara positif mempengaruhi tingkat ke-puasan pasien terhadap jenis pelayanan yang diterima (Boer et al., 2010)

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa nilai BOR dipengaruhi fasilitas fisik, kehandalan, daya tanggap, jaminan kepastian dan emphati

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, 2015. Analisis Ef sensi Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Balung Tahun 2015 melalui Pendekatan Barber-Johnson. [Internet]. Tersedia dalam <http://repository.unej.ac.id> [Diakses 09 Juli 2017].
- Akbar, P. S., Adriani, R. B., & Murti, B. (2017). The Inf uence of Personal Factors of the Patient, Doctor, Payment Method and Type of Class to the Quality and Satisfaction of Inpatient Care Services in Dr. Moewardi Hospital Surakarta. *Journal of Health Policy and Management*, 2(1), 1-15.
- Asshidin NNH, Nurazariah A, Bashira BH (2016). Perceived Quality And Emotional Value That Inf uence Consumer's Purchase Intention Towards American And Local Products. *Procedia Economics And Finance*. 35: 639-643.
- Bardach NS, Wang JJ, Leon SFD, Shih SC, Boscardin WJ, Goldman LE, and Dudley RA (2013). Effect of Pay for Performance Incentives on Quality of Care in Small Practices with Electronic Health Records: A Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*. 310(10): 1051–9.
- Boer DD, Delnoij D, Rademakers J (2010). Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in f ve patient groups., *Health Expect*. 13:285-97
- Calnan M, Rowe R (2006). Trust relations in the 'new' NHS: Theoretical and methodological challenges. Department of Social Medicine: University of Bristol. Retrieved from
- Krishnasamy M, Wilkie E, Haviland J (2001). Lung cancer health care needs assessment: patients' and informal carers' responses to a national mail questionnaire survey. *Palliat Med*, 15: 213-27.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J (2005) *Teaching and learning communication skills in medicine*. 2nd ed. Oxon: Radcliffe Publishing Ltd
- Mogi MC (2006). Analisis faktor yang mempengaruhi pencapaian BOR kurang optimal berdasarkan penilaian dan harapan, pasien dengan menggunakan matrik posisi. Universitas Airlangga.
- Mulyawan B (2015). Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah (Studi Tentang Kepuasan Pasien Rawat Inap Peserta Jamkesmas Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Indramayu). *Jurnal Aspirasi*. 5(2): 1-14.
- Muninjaya, gde (2004). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Diakses dari http://www.depkes.go.id/resources/download/lain/PMK_No.39_ttg_PIS_PK.pdf pada 21 Mei 2017.
- Pohan I (2007). *Jaminan Mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta:

Supriyanto S (2005) Strategi pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan. Surabaya bagian AKM Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

WHO (2009). Technical Brief for Policy-Makers. Department of Health Systems Financing.

Yoyok, 2010. Analisis Penyebab Rendahnya BOR (Bed Occupancy Rate) Berdasarkan Penilaian Dan Harapan Pasien Dengan Menggunakan Matrik Posisi (Studi Kasus Dilakukan Di Ruang Rawat Inap Bersalin Rumah Sakit Petrokimia Gresik [Internet]. Tersedia dalam <http://repository.unair.ac.id/22128/> [Diakses 10 Mei 2017].

HUBUNGAN ANTARA STRES KERJA DENGAN KINERJA PETUGAS REKAM MEDIS

¹Riska Rosita, ²Nadila Wahyu Cahyani,

¹D3 RMIK Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa, Email:riska_rosita@udb.ac.id

²APIKES Citra Medika Surakarta

ABSTRAK

Kinerja petugas rekam medis merupakan salah satu penentu dalam menunjang mutu rumah sakit. Diketahui bahwa jumlah pasien yang berkunjung di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta sebesar 500-600 per hari dan dituntut untuk melayani secara cepat. Petugas rekam medis merasa beban kerja mereka terlalu tinggi, jumlah pasien tidak sebanding dengan jumlah petugas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stres kerja dengan kinerja petugas rekam medis, dengan studi kasus di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional. Sampel penelitian ini yaitu 33 petugas rekam medis, dengan teknik sampel jenuh maka jumlah sampel adalah total populasi. Hasil analisis penelitian menunjukkan sebagian besar petugas rekam medis mengalami stres kerja pada kategori sedang dengan jumlah prosentase 63,64%. Sedangkan untuk kinerja petugas rekam medis paling banyak masuk pada kategori tinggi dengan jumlah prosentase 57,58%. Berdasarkan hasil uji chi-square didapatkan nilai $p=0,00 < 0,05$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara stress kerja dengan kinerja petugas rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

Kata Kunci : stress kerja, kinerja, petugas rekam medis

ABSTRAC

The performance medical record off cer is one of the best in supporting the quality of the hospital. Know that the number of patients that visit the hospital PKU Muhammadiyah Surakarta as much as serviced 500-600 every day and to serve quickly. Medical record off cers feel workloads too high, the number of patients not comparable with the off cers. Research aims to understand the relationship between work stress with the performance of medical record off cer, with a case study in the hospital PKU Muhammadiyah Surakarta. The research is analytic research with the approach cross sectional. Sample this is 33 the medical record off cers, the total amount of saturated sample technique in the sample is the total number of. The results of the analysis research showing majority of stress work at off cer medical record including medium category as much 63,64%. While for off cer performance medical record majority into the category of most high as much 57,58 %. Based on test results on chi-square acquired p-value = 0,00 < 0,05. So let it can be concluded that there is a signif cant relationship between work stress with the performance of the medical records off cer in the hospital PKU Muhammadiyah Surakarta.

Key word: work stress, performance, medical record off cer

PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan salah satu unit pokok pelayanan pada setiap rumah sakit. Karena dokumen rekam medis berisikan catatan tentang identitas pasien, riwayat pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, maka peranan dari petugas rekam medis sangat menentukan kelancaran proses pelayanan kesehatan. Dengan demikian kinerja petugas rekam medis dituntut untuk selalu melayani dengan cepat, tepat, dan akurat.

Pengelolaan dokumen rekam medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta terbagi dalam 4 bagian yaitu, (1) petugas pendaftaran dalam sehari harus menangani 500-600 pasien, sehingga petugas dituntut untuk melakukan pekerjaan secara cepat; (2) petugas *f ling* dengan jumlah yang terbatas harus menyiapkan

500-600 dokumen rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap; (3) petugas *assembling* merasa monoton dengan pekerjaannya yang harus merakit dan mengecek kelengkapan rata-rata 70 dokumen rekam medis pasien rawat inap per hari; (4) petugas *coding* merasa jenuh karena harus mengkodekan rata-rata 70 dokumen rekam medis pasien per hari. Kondisi ini dapat memicu munculnya stres kerja pada petugas rekam medis.

Tuntutan pekerjaan yang harus dipenuhi secara cepat oleh petugas sangat berpengaruh terhadap stres kerja. Untuk dapat mengetahui secara pasti, faktor apa saja yang dapat menyebabkan terjadinya stres sangatlah sulit, oleh karena sangat tergantung dengan sifat dan kepribadian seseorang. Suatu keadaan yang dapat menimbulkan stres pada seseorang tetapi belum tentu akan menimbulkan hal yang sama terhadap orang lain. Menurut Patton dalam Tarwaka (2010:377) menjelaskan bahwa perbedaan reaksi antara individu tersebut sering disebabkan karena faktor psikologis dan sosial yang dapat merubah dampak *stresor* bagi individu. Faktor-faktor tersebut antara lain, (1) kondisi individu (umur, jenis kelamin, temperamental, genetik, intelegensia, pendidikan, kebudayaan); (2) Ciri kepribadian, seperti: introvert atau ekstrovert, tingkat emosional, kepasrahan, kepercayaan diri; (3) sosial-kognitif, seperti: dukungan sosial, hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya; dan (4) strategi untuk menghadapi setiap stres yang muncul. Menurut Anoraga dalam Prihartini (2008:29), gejala stres dapat berupa, (1) menjadi mudah marah dan tersinggung; (2) bertindak secara agresif dan defensif; (3) merasa selalu lelah; (4) sukar berkonsentrasi dan pelupa; (5) jantung berdebar-debar; (6) otot tegang, nyeri sendi; dan (7) sakit kepala, perut dan diare.

Apabila gejala stress di atas menimpa pada petugas rekam medis maka hal demikian bisa menurunkan kinerja petugas. Kinerja merupakan usaha yang dilakukan dari hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing. Menurut Sucipto (2014:69) ada berbagai faktor yang mempengaruhi kinerja petugas yaitu kemampuan individu, motivasi, dukungan yang diterima, pekerjaan yang dilakukan dan hubungan individu dengan organisasi.

Berdasarkan uraian di atas maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antara stres kerja dengan kinerja petugas rekam medis dengan studi kasus di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta.

METODE

Jenis rancangan penelitian ini adalah penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu seluruh petugas rekam medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta tahun 2018 dengan jumlah 33 petugas. Sedangkan untuk teknik pengambilan sampel yaitu menggunakan sampel jenuh. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, penyebaran kuesioner dan wawancara.

Variabel penelitian terdiri dari 2 jenis, yaitu variabel independen berupa stres kerja, dan variabel dependen berupa kinerja. Definisi operasional untuk stres kerja ialah tekanan psikologis yang dapat menyebabkan berbagai bentuk penyakit baik penyakit secara fisik maupun mental (kejiwaan) yang terjadi pada petugas rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Sedangkan kinerja dapat didefinisikan sebagai hasil kerja yang dicapai setiap petugas rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta dalam melaksanakan tanggungjawab dan tugas kerjanya sehingga dapat memberikan kontribusi terhadap rumah sakit.

Instrumen penelitian menyangkut pedoman wawancara dan kuesioner untuk mengukur tingkat gejala stres kerja dan kinerja petugas rekam medis. Adapun teknik analisa hasil menggunakan uji korelasi *chi-square*. Analisis data dilakukan dengan tingkat signifikansi $p=0,05$ (taraf kepercayaan 95%).

HASIL

Gambaran karakteristik responden pada penelitian seperti yang tergambar pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Usia		
(1) 21-31 tahun	24	72,73

Karakteristik	Jumlah (orang)	Persentase (%)
(2) 32-42 tahun	8	24,24
(3) 43-53 tahun	1	3,03
Jenis kelamin		
(1) Laki-laki	13	39,39
(2) Perempuan	20	60,61
Pendidikan		
(1) SMA	15	45,45
(2) D3	18	54,55
Masa kerja		
(1) < 1-5 tahun	17	51,52
(2) 6-11 tahun	11	33,33
(3) 12-17 tahun	5	15,15
Tingkat Stres Kerja		
(1) Rendah (140-175)	4	12,12
(2) Sedang (105-139)	21	63,64
(3) Tinggi (70-104)	7	21,21
(4) Sangat Tinggi (35-69)	1	3,03
Tingkat kinerja		
(1) Sangat Rendah (≤ 14)	0	0,0
(2) Rendah (14-28)	3	9,09
(3) Tinggi (29-42)	18	54,55
(4) Sangat Tinggi (43-56)	12	36,36

Tabel 2. Hubungan Antara Stres Kerja dengan Kinerja Petugas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

Stres Kerja	Kinerja			Total	p
	Rendah	Tinggi	Sangat Tinggi		
Rendah (140-175)	3	1	0	4	0,00
Sedang (105-139)	0	17	4	21	
Tinggi (70-104)	0	0	7	7	
Sangat Tinggi (35-69)	0	0	1	1	
Total	3	18	12	33	

Berdasarkan tabel 2, penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara stres kerja dengan kinerja petugas rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta dengan nilai $p=0,00$ ($< 0,05$). Faktor yang mempengaruhi antara lain beban kerja atau tuntutan tugas yang berlebihan, hubungan antar individu yang tidak nyaman sehingga berakibat stres kerja yang akan mempengaruhi kinerja. Hal tersebut juga dipengaruhi adanya motivasi untuk mengembangkan karir pada setiap petugas.

PEMBAHASAN

Stres Kerja Petugas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa stres kerja petugas rekam medis berada pada kategori sedang dengan kinerja yang tinggi disebabkan karena petugas mempunyai masa kerja $\leq 1-5$ tahun sehingga petugas mampu menyelesaikan tugasnya dengan baik. Hal tersebut juga dibuktikan dengan usia responden

yang masih tergolong muda sehingga dapat bekerja dengan cepat, tepat dan tanggap. Usia petugas paling banyak yaitu berusia 21-31 tahun.

Hasil wawancara menerangkan bahwa penyebab dari stres kerja petugas rekam medis di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta ialah, (1) dokumen rekam medis pasien yang digunakan untuk periksa tidak ditemukan atau *missing*. Hal tersebut menjadikan petugas *front* mengalami stres kerja tinggi sejumlah 3 orang (42,86%) dan stres kerja sangat tinggi 1 orang (14,29%); (2) kunjungan pasien yang terlalu banyak dirasakan oleh petugas pendaftaran. Hal tersebut dibuktikan dimana stres kerja responden petugas pendaftaran berada pada kategori sedang dengan jumlah responden 14 orang (87,50%). Sehingga responden harus bekerja secara intensif.; (3) target kerja yang tidak tercapai. Hal tersebut dirasakan oleh petugas *assembling* dan *coding* dimana stres kerja petugas *assembling* berada pada kategori sedang dengan jumlah responden 2 orang (50%) karena pendidikan terakhir mereka adalah SMA. Sedangkan stres kerja petugas *coding* dikarenakan rata-rata berjenis kelamin perempuan sehingga sangat mudah mengalami stres kerja. Hal tersebut diperkuat dengan penelitian Nasekhah (2017) dimana stres kerja pada perempuan cenderung berada pada kategori tinggi hal tersebut timbul akibat tekanan-tekanan yang berasal dari tuntutan pekerjaan dan keluarga.

Hasil wawancara peneliti dengan kepala rekam medis sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wartono (2017) yang menunjukkan bahwa responden mengalami stres kerja dalam kategori tinggi yang dipengaruhi beban kerja atau tuntutan tugas yang terlalu banyak. Selain itu, penyebab stres kerja menurut Nur (2013) karena dipengaruhi oleh konflik dengan rekan kerja.

Menurut Tarwaka (2010:355) faktor penyebab stres ada 6 dan beberapa diantaranya sesuai dengan yang dirasakan oleh responden peneliti, yakni faktor intrinsik pekerjaan seperti waktu kerja yang panjang, peran individu dalam organisasi kerja seperti beban kerja yang berlebih, dan faktor hubungan kerja seperti hubungan baik antara karyawan di tempat kerja. Hal ini sangat relevan menurut Yulianti (2013) yang menyebutkan bahwa stres kerja juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu tuntutan tugas individual, tuntutan peran individual, tuntutan kelompok, dan tuntutan organisasi. Akibat negatif dari meningkatnya stres kerja adalah kemungkinan timbul kinerja yang buruk pada pekerja.

Kinerja Petugas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

Berdasarkan hasil wawancara yang telah peneliti lakukan dengan kepala rekam medis menunjukkan bahwa kinerja petugas rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta sudah baik. Faktor yang mempengaruhi kinerja petugas sudah baik karena sudah ada rotasi antar tugas atau bagian sesuai dengan kemampuan masing-masing petugas. Selain itu dibuktikan dengan besarnya jawaban responden bahwa responden selalu mengerjakan pekerjaannya sesuai dengan standar rumah sakit. Hal tersebut juga dipengaruhi karena pendidikan terakhir responden paling banyak D3, sehingga petugas dapat mengerjakan pekerjaannya sesuai dengan standar rumah sakit dan sesuai dengan kemampuannya masing-masing.

Menurut riset Luthans (2008) bahwa kinerja tidak hanya dipengaruhi oleh sejumlah usaha yang dilakukan seseorang, tetapi di pengaruhi juga oleh kemampuannya. Hal tersebut dibuktikan dimana responden bekerja sudah sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Hal tersebut juga diperkuat oleh penelitian Noor (2012:29) bahwa kinerja yang dialami oleh karyawan dipengaruhi karena faktor lingkungan, organisasi dan individu.

Menurut Sucipto (2014:71) menyebutkan bahwa penilaian kinerja pada dasarnya merupakan faktor kunci guna mengembangkan suatu organisasi secara baik, karena dengan adanya kebijakan atau program yang lebih baik maka sumber daya manusia yang ada dalam organisasi juga akan baik. Hal ini dibuktikan dengan jawaban responden yang menunjukkan bahwa responden dapat bekerja sesuai dengan keterampilan dengan memanfaatkan sumber daya, sehingga dengan begitu dapat menguntungkan rumah sakit dan dapat memberikan kinerja yang maksimal kepada pasien yang akan berobat. Faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu kemampuan individu, motivasi, dukungan yang diterima, keberadaan pekerjaan yang dilakukan, serta hubungan individu dengan organisasi. Hal ini relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ilmi (2013) yang menyebutkan bahwa makin tinggi motivasi maka kinerja petugas juga semakin tinggi. Hal tersebut juga relevan dengan penelitian Wartono (2017) yang menyebutkan bahwa kinerja yang tinggi dipengaruhi oleh kemampuan individu, dukungan yang diterima, serta hubungan individu dengan organisasi.

Hubungan Stres Kerja dengan Kinerja Petugas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara stres kerja dengan kinerja petugas rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta dengan nilai $p=0,00$ ($< 0,05$). Hasil ini sejalan dengan penelitian Nur (2013:739) yang membuktikan bahwa apabila stres kerja tinggi akan berdampak pada kinerja karyawan yang menurun. Artinya ada pengaruh stres kerja dengan kinerja pada petugas rekam medis. Hal tersebut juga relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurfitriani dan Fajrillah (2016:22) bahwa stres kerja yang dialami oleh perawat mengakibatkan kinerja perawat berada pada kategori kurang baik. Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara stres kerja dengan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan pelayanan keperawatan.

Kinerja petugas merupakan salah satu indikator penentu mutu atau kualitas pelayanan rumah sakit. Stres kerja yang terus menerus akan berdampak pada gangguan kesehatan. Apabila petugas mengalami sakit maka kinerja akan menurun. Terutama bagi pekerja rumah sakit, bila kinerja menurun maka akan mengganggu dalam proses pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Pasien menjadi tidak puas karena kualitas pelayanan yang ia terima tidak sesuai dengan yang diharapkan. Hal ini diperkuat oleh penelitian Rosita (2017) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pasien. Dengan demikian penting sekali bagi petugas rumah sakit agar bekerja sesuai kapasitas fisik untuk mencegah adanya stress kerja.

Stres kerja yang terjadi dapat dicegah dan dikendalikan dengan melakukan beberapa hal yakni: (1) beban kerja yang disesuaikan dengan kemampuan atau kapasitas pekerja, (2) jam kerja yang harus disesuaikan dengan baik, (3) setiap pekerja harus diberikan kesempatan untuk mengembangkan karir, (4) membentuk lingkungan sosial yang sehat dan tugas-tugas pekerjaan harus didesain ulang misalkan dengan rotasi tugas (Tarwaka, 2010:365).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara stres kerja dengan kinerja petugas rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Hal ini ditunjukkan oleh nilai $p=0,00$ ($< 0,05$).

DAFTAR PUSTAKA

- Ilmi, R.L. 2013. *Model Kuantitatif Manajemen Stres Kerja Dan Motivasi Untuk Meningkatkan Kinerja Petugas Rekam Medis di RS Orthopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta*. Surakarta, Universitas Muhammadiyah Surakarta. Skripsi.
- Luthans, Fred. 2008. *Organizational Behavior Eleventh Editions*. Mc Graw Hill Irwin Companies. Inc. New York.
- Nasekhah, D.A. 2017. *Pengaruh Peran Ganda Terhadap Kinerja Karyawan Wanita Di Tempat Kerja Di LPP RRI Yogyakarta*. Yogyakarta, Universitas Negeri Yogyakarta. Skripsi.
- Noor, Bimantoro. 2012. Pengaruh Stres Kerja Terhadap Kinerja Karyawan Di PT Tonga Tiur Putra. *Jurnal Ekonomi*; 23-29.
- Nur, S. 2013. Konflik Stres Kerja dan Kepuasan Kerja Pengaruhnya Terhadap Kinerja Pegawai Pada Universitas Khairun Ternate. *Jurnal EMBA*. 3 (1); 739-749.
- Nurfitriani, Fajrillah. 2016. Hubungan Stres Kerja Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Melaksanakan Pelayanan Keperawatan Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*. 2(3); 16-2.
- Prihartini, L.D. 2008. *Analisis Hubungan Beban Kerja Dengan Stres Kerja Perawat di Tiap Ruang Rawat Inap RSUD Sidikalang*. Medan, Universitas Sumatera Utara. Skripsi.

- Rosita, R. 2017. Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap. *IJMS – Indonesian Journal On Medical Science* . Vol. 4 No 1. Hal: 80-87.
- Sucipto, D.C. 2014. *Keselamatan Dan Kesehatan Kerja*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Tarwaka. 2010. *Ergonomi Industri*. Surakarta: Indonesia Harapan Press.
- Wartono, T. 2017. Pengaruh Stres Kerja Terhadap Kinerja Karyawan. *Jurnal Ilmiah prodi Manajemen Universitas Pamulang*. 2(4);41-55.
- Yulianti, D., Karyuni, E,P., Widyastuti, P., Tampubolon, O,A. 2013. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Perilaku Organisasi, Ed.2*. Jakarta: EGC.

HUBUNGAN ANTARA KELENGKAPAN DENGAN KETEPATAN WAKTU PENGISIAN FORMULIR ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT INAP PENYAKIT *MALIGNANT NEOPLASM OF CERVIX UTERI, UNSPECIFIED* DI RSUD DR. MOEWARDI TRIWULAN I TAHUN 2018

¹Devi Pramita Sari, ²Donniar Riyadi

¹Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa, devi_sari@udb.ac.id

²Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa,

ABSTRAK

Kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian rekam medis merupakan konsep penjaminan mutu rumah sakit di RSUD Dr. Moewardi. Asesmen awal sebagai penyedia informasi utama penting untuk segera dilengkapi di rumah sakit. Berdasarkan survey pendahuluan terhadap penyakit kanker serviks, prosentase paling tidak lengkap adalah 58,97% pada review pencatatan, sedangkan prosentase tidak tepat waktu mencapai 30%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kelengkapan dengan ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified di RSUD Dr. Moewardi Surakarta triwulan I tahun 2018. Penelitian ini analitik menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan cross sectional study. Sampel penelitian diambil dengan tehnik sampel jenuh yaitu seluruh Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Triwulan I Tahun 2018 sebanyak 195 formulir. Instrumen penelitian menggunakan pedoman observasi, pedoman wawancara, dan checklist. Analisis data kuantitatif menggunakan uji hubungan chi-square. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar formulir ditemukan tidak lengkap sebanyak 115 (58,97%) dan masih ditemukan ketidaktepatan waktu pengisian 1x24 jam pada formulir sebanyak 61 formulir (31,28%). Hasil penelitian ini dari 195 formulir berdasarkan hasil uji Chi-Square signifikansi p antara variabel kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal diketahui nilai sebesar sebesar $0,003 < (0,05)$, maka H_0 ditolak dan dinyatakan ada hubungan antara kelengkapan dengan ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified di RSUD Dr. Moewardi Surakarta triwulan I tahun 2018. Kesimpulan yang diperoleh penelitian ini adalah ada hubungan antara kelengkapan dengan ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018.

Kata Kunci: Kelengkapan Pengisian, Ketepatan Waktu Pengisian, Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap, Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified

ABSTRACT

The completeness and accuracy of the timing of filling out the medical record is the concept of hospital quality assurance in RSUD Dr. Moewardi. The initial assessment as an important provider of key information is to be completed at the hospital immediately. Based on a preliminary survey of cervical cancer, the most incomplete percentage was 58.97% in the recording review, while the percentage was not on time reaching 30%. This study aims to determine the completeness with the timeliness of filling in the initial assessment form of inpatients with malignant neoplasm of uterine cervical disease, unspecified in Dr. Hospital. Moewardi Surakarta 1st quarter 2018. This research is analytical using a quantitative method with a cross sectional study approach. The research sample was taken with a saturated sample technique, namely the entire Initial Assessment Form of Inpatient Patients with Malignant Disease Neoplasm of Cervical Cervix, Unspecified in Dr. Hospital. Moewardi Surakarta 1958 First Quarter of 195 forms. The research instrument used observation guidelines, interview guidelines, and checklist. Quantitative data analysis used the chi-square relationship test. The results showed that most of the forms were found to be

incomplete as many as 115 (58.97%) and still found an inaccurate filling time of 1x24 hours on the form as many as 61 forms (31.28%). The results of this study of 195 forms based on the Chi-Square test the significance of the completeness and timeliness of filling out the initial assessment form are known to be of $0.003 < (0.05)$, so H_0 is rejected and there is a relationship between completeness and timeliness filling in the initial assessment form for inpatients of malignant neoplasm of uterine cervix, unspecified at Dr. Moewardi Surakarta in the first quarter of 2018. The conclusion of this study is that there is a relationship between completeness and the timeliness of filling out the initial assessment form for inpatients in malignant neoplasm of uterine cervical disease, unspecified in Dr. RSUD. Moewardi Quarter I Year 2018.

Key words: *completeness charging, punctuality charging, a form early assessments inpatients, malignant neoplasm of cervix uteri unspecified*

PENDAHULUAN

Rumah sakit menurut Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 1 Tentang Rumah Sakit dalam buku Hosizah (Kumpulan Peraturan Perundangan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, 2014) adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit melaksanakan upaya peningkatan derajat kesehatan yang optimal sesuai kegunaan rehabilitatif kepada pasien yang kondisinya membutuhkan perawatan berkelanjutan dengan pelayanan rawat inap. Rumah sakit dikatakan bermutu baik salah satunya adalah dilihat dari pelayanan rawat inap yang baik (Muninjaya, 2011).

Menurut Sudra (2013) rawat inap merupakan salah satu bagian pelayanan yang klinis melayani pasien karena suatu keadaan yang mengharuskan untuk dirawat selama satu hari atau lebih. Unit rawat inap di rumah sakit melakukan upaya perawatan kesehatan perorangan meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, asuhan keperawatan, rehabilitasi medik yang oleh karena penyakit pasien harus menginap untuk mendapat upaya kesehatan yang maksimal dengan praktek pengelolaan informasi kesehatan menggunakan rekam medis. Upaya perawatan kesehatan perorangan harus dilengkapi dan diisi tepat waktu (Azwar, 1996).

Kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian formulir rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan kebijakan atau terapi kepada pasien yang bersangkutan (Aprilia, 2014). Sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data akan menjadi informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan (Depkes, 2006). Pengisian formulir rekam medis secara lengkap untuk tercapainya pemenuhan indikator mutu di dalam segi aspek klinis, aspek efisiensi dan efektivitas, aspek keselamatan pasien, dan aspek kepuasan pasien merupakan konsep penjaminan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan berdasarkan standar yang sudah ditetapkan (Sabarguna, 2004).

Formulir tertentu yang digunakan pada saat pasien datang memasuki ruang rawat inap adalah formulir asesmen awal. Formulir yang terdapat di dalam dokumen rekam medis ini sangat penting untuk dilengkapi sejak awal perawatan. Asesmen awal sebagai penyedia informasi utama untuk mengetahui kondisi, kebutuhan dan rencana tindak lanjut pasien supaya dalam pemberian terapi dan tindakan medis tidak terjadi malpraktek dan pasien mendapat pelayanan yang sesuai dengan penyakit yang dideritanya pada saat masuk ke ruang perawatan, baik penyakit kronis, infeksius/menular, maupun akut.

Kanker serviks merupakan salah satu penyakit yang termasuk dalam kategori mematikan dengan jumlah kasus tertinggi di dunia yaitu sekitar 500.000 orang per tahun. Riset *International Agency for Research on Cancer* menyimpulkan jumlah kematian akibat kanker serviks mencapai 85% dari seluruh kematian akibat kanker. Berdasarkan data dari Yayasan Kanker Indonesia (YKI) di dalam halaman BPJS Kesehatan, setiap hari di Indonesia terdapat 20 dari 40 wanita yang terdiagnosa menderita kanker serviks diantaranya meninggal. Hal ini menunjukkan prevalensi kanker serviks menempati posisi 34% dari seluruh kanker pada perempuan Indonesia. Penyakit kanker serviks banyak terjadi diakibatkan oleh perubahan pola hidup sehat sehingga berdampak menjadi ancaman tidak tercapainya kehidupan yang produktif bagi seluruh masyarakat. Higiene seksual yang buruk, tingginya paritas dan insidensi terkena infeksi, serta kebiasaan hidup yang tidak sehat menjadi penyebab penyakit kanker serviks.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada 10 dokumen rekam medis pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified* dengan analisis kuantitatif menggunakan 4 *review* didapatkan hasil capaian prosentase dengan *review* yang paling tidak lengkap adalah pada *review* pencatatan sebesar 58,97%. Sedangkan formulir asesmen awal pada 3 dokumen rekam medis diisi tidak tepat waktu (>1x24 jam) dengan prosentase 30%. Dari uraian tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Hubungan Antara Kelengkapan dengan Ketepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Triwulan I Tahun 2018".

METODE

Penelitian ini dilakukan analitik menggunakan metode kuantitatif dengan rancangan pendekatan *cross sectional study* (Arikunto, 2010). Populasi dan sampel seluruh seluruh Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018 sebanyak 195 formulir. Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan teknik sampel jenuh yang dilakukan melalui pedoman observasi, pedoman wawancara, dan checklist (Notoatmodjo, 2010). Variabel yang diukur dalam penelitian ini untuk variabel bebasnya adalah kelengkapan formulir dan variabel terikatnya adalah ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified* di RSUD Dr. Moewardi triwulan I tahun 2018 (Budiarto, 2001). Analisis data yang digunakan adalah analisis *univariate* untuk mendeskripsikan karakteristik responden dan analisis *bivariate* untuk menguji hubungan dengan uji statistik *chi-square* (Santoso, 2000).

HASIL

Analisis Univariat Kelengkapan dan Ketepatan Pengisian Berdasarkan Komponen Analisis Kuantitatif

Tabel 1. Gambaran Kelengkapan Formulir Berdasarkan Analisis Kuantitatif Per Review Pada Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018

No	Komponen Kelengkapan Berdasarkan Analisis Kuantitatif	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Review Identifikasi				
	1. KSM Ginekologi	188	96,41	7	3,59
	2. Asesmen Keperawatan Maternitas	195	100	0	0
	3. Asesmen Awal Pemeriksaan	195	100	0	0
	4. Asuhan Gizi Awal	195	100	0	0
	5. Asesmen Awal	188	96,41	7	3,59
	6. Rencana Penatalaksanaan Medis	187	95,90	8	4,10
	Total Rata-Rata		98,12		1,88

No	Komponen Kelengkapan Berdasarkan Analisis Kuantitatif	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
2.	Review Pelaporan				
	1. KSM Ginekologi	103	52,82	92	47,18
	2. Asesmen Keperawatan Maternitas	194	99,49	1	0,51
	3. Asesmen Awal Pemeriksaan	178	91,28	17	8,72
	4. Asuhan Gizi Awal				
	5. Asesmen Awal	181	92,82	14	7,18
	6. Rencana Penatalaksanaan Medis	109	55,90	86	44,10
		104	53,33	91	46,67
	Total Rata-Rata		74,27	25,73	
3.	Review Autentifikasi				
	1. KSM Ginekologi	120	61,54	75	38,46
	2. Asesmen Keperawatan Maternitas	192	98,46	3	1,54
	3. Asesmen Awal Pemeriksaan	117	60,00	78	40
	4. Asuhan Gizi Awal				
	5. Asesmen Awal	179	91,79	16	8,21
	6. Rencana Penatalaksanaan Medis	121	62,05	74	37,95
		121	62,05	74	37,95
	Total Rata-Rata		72,65	27,35	
4.	Review Pencatatan				
	1. KSM Ginekologi	88	45,13	107	54,87
	2. Asesmen Keperawatan Maternitas	179	91,79	16	8,21
	3. Asesmen Awal Pemeriksaan	181	92,82	14	7,18
	4. Asuhan Gizi Awal				
	5. Asesmen Awal	175	89,74	20	10,26
	6. Rencana Penatalaksanaan Medis	80	41,03	115	58,97
		97	49,74	98	50,26
	Total Rata-Rata		68,38	31,62	

Pada tabel di atas, terlihat bahwa pada *review* identifikasi yang diteliti menunjukkan ketidaklengkapan terjadi pada jenis lembar KSM Ginekologi dengan jumlah 7 lembar (3,59%), pada jenis lembar Asesmen

Awal dengan jumlah 7 lembar (3,59%), dan pada jenis lembar Rencana Penatalaksanaan Medis merupakan ketidaklengkapan yang terbanyak dengan jumlah 8 lembar (4,10%). Pengisian lengkap berdasarkan *review identifikasi* terjadi pada lembar Asesmen Keperawatan Maternitas, lembar Asesmen Awal Pemeriksaan, dan lembar Asuhan Gizi Awal dengan jumlah masing-masing 195 lembar (100%). Pada *review* pelaporan yang diteliti menunjukkan ketidaklengkapan terjadi paling banyak adalah pada jenis lembar KSM Ginekologi sejumlah 92 lembar dengan prosentase 47,18% sedangkan kelengkapan paling banyak ditemukan pada jenis lembar Asesmen Keperawatan Maternitas sejumlah 194 lembar dengan prosentase 99,49%. Pada *review* autentikasi yang diteliti menunjukkan ketidaklengkapan terjadi paling banyak pada jenis lembar Asesmen Awal Pemeriksaan sejumlah 78 lembar (40%) dan kelengkapan paling banyak pada jenis lembar Asesmen Keperawatan Maternitas sejumlah 192 lembar (98,46%). Pada *review* pencatatan yang diteliti menunjukkan ketidaklengkapan paling banyak terjadi pada jenis lembar asesmen awal sejumlah 115 lembar (58,97%) dan kelengkapan paling banyak terjadi pada jenis lembar asesmen awal pemeriksaan sejumlah 181 lembar (92,82%). Hasil rekapitulasi menggunakan tabel kerja atau *checklist* untuk menilai isian formulir asesmen awal pada pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta triwulan I tahun 2018 menggunakan empat komponen analisis kuantitatif diperoleh hasil pada *review* identifikasi prosentase yang lengkap 98,12% sedangkan prosentase yang tidak lengkap 1,88%, pada *review* pelaporan prosentase yang lengkap 74,27% sedangkan prosentase yang tidak lengkap 25,73%, pada *review* autentikasi prosentase yang lengkap 72,65% sedangkan jumlah prosentase tidak lengkap 27,35%, pada *review* pencatatan prosentase yang lengkap 68,38% sedangkan prosentase yang tidak lengkap 31,62%. Menurut hasil rekapitulasi tersebut, faktor ketidaklengkapan tertinggi pada analisis kuantitatif pengisian formulir asesmen awal pada pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta triwulan I tahun 2018 adalah *review* pencatatan.

Tabel 2. Rekapitulasi Kelengkapan Formulir Berdasarkan Analisis Kuantitatif Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018

No	Komponen Kelengkapan Berdasarkan Analisis Kuantitatif	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Review Identifikasi	187	95,90	8	4,10
2.	Review Pelaporan	103	52,82	92	47,18
3.	Review Autentifikasi	117	60	78	40
4.	Review Pencatatan	80	41,03	115	58,97

Berdasarkan Tabel di atas diketahui hasil rekapitulasi untuk menilai kelengkapan formulir asesmen awal pada pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified* di RSUD Dr. Moewardi triwulan I tahun 2018 menggunakan empat komponen analisis kuantitatif diperoleh hasil pada *review* identifikasi jumlah yang lengkap 187 formulir (95,90%) sedangkan jumlah formulir yang tidak lengkap adalah 8 formulir (4,10%), pada *review* pelaporan jumlah yang lengkap 103 formulir (52,82%) sedangkan jumlah yang tidak lengkap 92 formulir (47,18%), pada *review* autentikasi jumlah yang lengkap 117 formulir (60%) sedangkan jumlah tidak lengkap 78 formulir (40%) pada *review* pencatatan jumlah yang lengkap 80 formulir (41,03%) sedangkan jumlah yang tidak lengkap 115 formulir (58,97%). Menurut hasil rekapitulasi tersebut, faktor ketidaklengkapan tertinggi pada *review* pencatatan kelengkapan formulir asesmen awal pada pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta triwulan I tahun 2018 adalah *review* pencatatan sebanyak 115 formulir (58,97%).

Tabel 3. Kelengkapan dan Ketidak Lengkapan Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecif ed* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018

No	Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit <i>Malignant Neoplasm of Cervix Uteri</i> Unspecif ed	Lengkap	
		Frekuensi	Persentase (%)
1.	Lengkap	80	41,03
2.	Tidak Lengkap	115	58,97
	Total	195	100

Berdasarkan tabel di atas maka diketahui hasil dari 4 review analisis kuantitatif pada formulir asesmen awal pada pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecif ed* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta triwulan I tahun 2018 adalah jumlah formulir lengkap ada 80 (41,03%) sedangkan yang tidak lengkap ada 115 (58,97%).

Tabel 4. *Gambaran* Ketepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecif ed* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Triwulan I Tahun 2018

No	Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	Tepat Waktu (1x24 jam)		Tidak Tepat Waktu (>1x24 jam)	
		Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Ketepatan Formulir Asesmen Awal Rawat Inap:				
	1. KSM Ginekologi	136	69,74	59	30,26
	2. Asesmen Keperawatan Maternitas	194	99,49	1	0,51
	3. Asesmen Awal Pemeriksaan	192	98,46	3	1,54
	4. Asuhan Gizi Awal				
	5. Asesmen Awal	179	91,79	16	8,21
	6. Rencana Penatalaksanaan Medis	134	68,72	61	31,28
		138	70,77	57	29,23
	Total Rata-Rata		83,16		16,83

Pada tabel di atas, terlihat bahwa hasil perhitungan ketepatan waktu pengisian 1x24 jam. Pada penelitian diperoleh hasil bahwa pengisian asesmen awal pada lembar Asesmen Keperawatan Maternitas merupakan yang paling sering tepat waktu (1x24 jam) dalam pengisian dengan prosentase 99,49%. Sedangkan lembar Asesmen Awal merupakan yang paling sering tidak tepat waktu (>1x24 jam) dalam pengisian dengan prosentase 31,28%.

Tabel 5. Ketepatan Waktu dan Ketidak Tepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecif ed* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018

No	Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit <i>Malignant Neoplasm of Cervix Uteri Unspecif ed</i>	Lengkap	
		Frekuensi	Persentase (%)
1.	Tepat Waktu	134	68,72
2.	Tidak Tepat Waktu	61	31,28
	Total	195	100

Berdasarkan tabel di atas maka diketahui hasil ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pada pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecif ed* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta triwulan I tahun 2018 adalah jumlah tepat waktu pengisian ada 134 formulir (68,72%) sedangkan yang tidak lengkap ada 61 (31,28%).

Analisis Bivariat Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal

Tabel 6. Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Pengisian Formulir Awal

No	Variabel	Parameter	Ketepatan Waktu		Total	P Value
			Tepat Waktu	Tidak Tepat Waktu		
1.	Kelengkapan	Lengkap	55	25	80	0,003
		Tidak Lengkap	65	50	115	
		Total	120	75	195	

Pada tabel di atas, terlihat bahwa menunjukkan distribusi kelengkapan dan ketepatan pengisian formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecif ed* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018. Formulir asesmen awal diketahui lengkap dan tepat waktu pengisian sebanyak 55 formulir, formulir yang lengkap dan tidak tepat waktu sebanyak 25 formulir, formulir yang tidak lengkap dan tepat waktu sebanyak 65 formulir, dan formulir yang tidak lengkap dan tidak tepat waktu sebanyak 50 formulir. Berarti dari hasil yang sudah didapat dapat diketahui bahwa ada hubungan antara kelengkapan dengan ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecif ed* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Triwulan I Tahun 2018. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil analisis bivariat untuk menguji hubungan pengetahuan rekam medis dan kelengkapan pencatatan dokumentasi keperawatan dengan uji *Chi-Square* menggunakan *f sher exact* yang memberikan nilai $p=0,003$ ($<0,05$) dan X^2 Hitung = 15,331 $> X^2$ Tabel 3,841. Artinya ada hubungan antara Kelengkapan dengan Ketepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecif ed* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018.

PEMBAHASAN

Kelengkapan Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap

Analisis kuantitatif adalah analisis yang ditujukan terhadap jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan rekam medis, paramedis, dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan yang mencerminkan baik tidaknya mutu pelayanan di rumah sakit (Depkes RI,2006). Analisis kuantitatif dokumen rekam medis yaitu telaah/*review* bagian tertentu dari isi rekam medis

dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Analisis kuantitatif bisa dikelompokkan menjadi 2, yaitu berkas rekam medis yang sudah lengkap (memenuhi semua aspek *review*) dan berkas rekam medis yang masih belum lengkap. Analisis kuantitatif rekam medis meliputi *review identifikasi kasi*, *review pelaporan*, *review autentifikasi kasi*, dan *review pencatatan* (Sudra,2013).

Pada *review identifikasi kasi* maka identitas pasien sangat penting karena isian pada pada setiap lembar formulir pasien termasuk data administratif sebagai sumber informasi demograf haruslah diisi secara lengkap karena jika tidak diisi berakibat tidak dapat menginformasikan identitas pasien sebagai basis data statistik, riset, dan sumber perencanaan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan. Berdasarkan hal tersebut maka item-item identitas pasien yang terdapat pada formulir harus diisi lengkap demi kelengkapan informasi identitas pasien dalam formulir (Sudra,2013). Kelengkapan pengisian identitas pada lembar rekam medis sangat penting untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Setiap lembaran rekam medis minimal memuat nama pasien dan nomor rekam medis (Pamungkas dkk,2010). Pada hasil penelitian ini masih belum sejalan dengan teori tersebut karena masih ditemukan ketidaklengkapan berdasarkan *review identifikasi kasi* pada formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018 sebanyak 8 formulir (4,10%).

Review pelaporan penting untuk diperhatikan bahwa dalam setiap pengisian pelaporan dokumen rekam medis harus mencantumkan tanggal dan jamnya. Berdasarkan hal tersebut, maka para tenaga medis yang harus mengisi kelengkapan tanggal dan jam serta ruangan rawat inap pada pelayanan harus ada dan sesuai dengan kenyataan pemeriksaan yang dilakukan terhadap pasien karena untuk mengetahui kapan dan jam berapa pasien tersebut dilakukan pemeriksaan sesuai perjalanan penyakit pasien misalnya pasien tersebut masuk atau dirawat kapan maka harus ada tanggal dan jam saat pasien mulai dirawat. Apabila hal tersebut tidak dilaksanakan, maka dapat mengakibatkan informasi yang terkandung dalam formulir pasien kurang akurat dan laporan tersebut tidak jelas kapan dan jam berapa pasien dilakukan atau mulai diberikan pelayanan dan pemeriksaan (Sudra,2013). Pada hasil penelitian ini masih belum sejalan dengan teori tersebut karena masih ditemukan ketidaklengkapan berdasarkan *review pelaporan* pada formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018 sebanyak 92 formulir (47,18%).

Review autentifikasi kasi dalam pengisian rekam medis berlaku prinsip bahwa setiap isian harus jelas penanggungjawabnya. Kejelasan penanggung jawab ini diwujudkan dengan mencantumkan nama terang (lengkap) dan tanda tangan. Apabila petugas yang terkait dengan kelengkapan tidak sesuai prosedur dan teori yang ada maka menyebabkan ketidaklengkapan pengisian tanda tangan dan nama terang tersebut (Sudra,2013). Pada hasil penelitian ini masih belum sejalan dengan teori tersebut karena masih ditemukan ketidaklengkapan berdasarkan *review autentifikasi kasi* pada formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018 sebanyak 78 formulir (40%).

Review pencatatan pada prinsipnya akan menilai apakah rekam medis telah memenuhi aspek-aspek tersebut. Lingkup dari *review* teknik pencatatan meliputi rekam medis harus ditulis dengan menggunakan tinta permanen, tinta yang digunakan selayaknya berwarna gelap dan kontras dengan warna kertas agar jelas dan mudah digandakan bila dibutuhkan, tulisan harus bisa dibaca kembali dengan selayaknya dan tidak menimbulkan kesulitan atau bias persepsi, penulisan hendaknya menggunakan istilah, singkatan, dan simbol yang baku, dan terstandar sehingga bisa dipahami dengan jelas dan pasti oleh pembacanya. Untuk menunjang hal ini maka pihak rumah sakit menerbitkan daftar singkatan yang berisi singkatan-singkatan, istilah, maupun simbol yang diseragamkan maupun yang dilarang dicantumkan, jika terjadi salah tulis maka untuk memperbaikinya tidak boleh menyebabkan tulisan yang salah tersebut hilang atau tidak terbaca lagi. Secara umum dianjurkan untuk mencoret satu kali pada tulisan yang salah, menuliskan perbaikannya di atas tulisan yang salah tersebut, dan mencantumkan tanggal serta tanda tangan yang memperbaiki tulisan tersebut. Dengan demikian masih bisa dibaca dengan jelas riwayat isi rekam medis tersebut. Sisa area kosong pada baris, kolom, atau halaman rekam medis dianjurkan untuk "ditutup" dengan tanda coretan garis tegak, horizontal, diagonal, atau zig-zag. Hal ini untuk mencegah agar tidak terjadi penambahan isi yang tidak semestinya (Sudra,2013).. Pada hasil penelitian ini masih belum sejalan dengan teori tersebut karena masih ditemukan ketidaklengkapan berdasarkan *review pencatatan* pada formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018 sebanyak 115 formulir (58,97%).

Berdasarkan pada KeMenkes No.129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal, disebutkan bahwa pengisian rekam medis setelah pasien keluar harus terisi lengkap 100% dari identitas pasien hingga tanda tangan dokter yang merawat. Hasil penelitian kelengkapan dari 4 review analisis kuantitatif pada formulir asesmen awal pada pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta triwulan I tahun 2018 tidak sejalan dengan teori tersebut karena formulir sebagian besar tidak lengkap ada 115 (58,97%) sedangkan jumlah yang lengkap ada 80 (41,03%).

Ketepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap

Menurut Sudra (2013), kelengkapan lembar formulir sesuai kasus masing-masing pasien dan sesuai dengan peraturan/kebijakan yang berlaku. Kelengkapan rekam medis sesuai dengan peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan, akreditasi, dan keperluan sertifikasi lainnya. Menurut Depkes RI (2006), rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien selambat-lambatnya 1x24 jam harus ditulis di lembar rekam medis. Kebijakan pengisian kajian awal 1x24 jam diatur oleh Keputusan Direktur Rumah Sakit yang dirumuskan di dalam Panduan Asesmen Pasien Rumah Sakit mengacu pada Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran sebagaimana disebutkan bahwa rekam medis harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pada pasien rawat inap penyakit *malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified* di RSUD Dr. Moewardi triwulan I tahun 2018 tidak sejalan dengan teori tersebut karena masih ditemukan ketidak tepat waktu pengisian formulir sebanyak 61 formulir (31,28%).

Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap

Formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018 sebagian besar ditemukan tepat waktu akan tetapi tidak lengkap sebanyak 65 formulir, sebagian kecil formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018 ditemukan lengkap akan tetapi tidak tepat waktu sebanyak 25 formulir. Hasil uji statistik dari penelitian ini didapatkan nilai p value= 0,003 < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Satrio dkk (2015) bahwa tidak adanya hubungan antara pengembalian berkas rekam medis dengan kelengkapan resume medis.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara Kelengkapan dengan Ketepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Triwulan I Tahun 2018.

Saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah sebaiknya dilakukan dengan cara memberikan pendidikan, pelatihan dan seminar yang berkaitan dengan rekam medis terkait dengan analisis kuantitatif untuk meningkatkan kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian formulir. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mencari faktor – faktor lain yang berpengaruh dengan kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian formulir asesmen awal pasien rawat inap penyakit *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified* di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, Dwi. 2014. Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Cedera Kepala Ringan di RSUD Kabupaten Karanganyar Tahun 2013. *Jurnal Rekam Medis Vol. VIII No.2. Karanganyar: APIKES Mitra Husada.*
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian.* Jakarta : Rineka Cipta

- Azwar. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Budiarto. 2001. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Buku Pedoman Penyelenggaraan & Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Dirjen Pelayanan Medik. (Online: <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/714/4/BK2006-G111.pdf>. Diakses 20 Januari 2018)
- Hosizah. 2014. *Kumpulan Peraturan Perundangan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (Manajemen Informasi Kesehatan)*. Yogyakarta: aptiRMIK Press
- Muninjaya. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Pamungkas,dkk. 2010. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesmas Vol. IV No.1*. Yogyakarta: Universitas Ahmad Dahlan
- Sabarguna, B. S. 2004. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit Edisi Kedua*. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY
- Santoso. 2000. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : Alfa Beta
- Satrio,dkk. 2018. Hubungan Kecepatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Dengan Kelengkapan Resume Medis Di Rumah Sakit Daerah Sumberrejo. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Indonesia*. Vol.3 No.1. Tasikmalaya : Poltekes Kemenkes Tasikmalaya
- Sudra, Rano Indradi. 2013. *Rekam Medis Edisi Kedua*. Tangerang Selatan: Penerbit Universitas Terbuka.

ALUR DAN PROSEDUR PENDAFTARAN BERDASARKAN STANDAR AKREDITASI KLINIK DI KLINIK HAIDAR MEDIKA KARANGANYAR

¹Sri Wahyuningsih Nugraheni, ²Lathifa Perwitasari
¹Prodi RMIK FIKES UDB Surakarta, kurniaheni84@gmail.com
²Prodi RMIK FIKES UDB Surakarta, perwitasari30@gmail.com

ABSTRAK

Survei awal menunjukkan ketidaksesuaian yaitu petugas dan pasien melaksanakan alur dan prosedur berdasarkan pada pemahaman pelaksanaan (kebiasaan) yang sudah ada. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan alur dan prosedur pendaftaran berdasarkan Standar Akreditasi Klinik di Klinik Haidar Medika Karanganyar. Penelitian ini bersifat deskriptif, dengan pendekatan cross sectional. Variabel yang digunakan yaitu alur dan prosedur berdasarkan Standar Akreditasi Klinik, pelaksanaan alur dan prosedur berdasarkan Standar Akreditasi Klinik, cara mengetahui kepuasan dan tindak lanjut ketidakpuasan serta jaminan keselamatan pasien di tempat pendaftaran. Subjek dalam penelitian ini adalah petugas pendaftaran dan objek yang diamati adalah alur dan prosedur pendaftaran. Teknik pengumpulan data observasi dan wawancara. Pengolahan data dengan pengumpulan, editing, klasifikasi data dan penyajian data. Analisis dilakukan secara deskriptif. Alur dan prosedur pendaftaran belum tertuang dalam Standar Prosedur Operasional. Pelaksanaan alur dan prosedur dilakukan sesuai kebiasaan karena kurang informatif. Cara mengetahui kepuasan pasien dilakukan secara lisan dan tidak terdokumentasi. Tindak lanjut ketidakpuasan pasien dilakukan secara langsung. Jaminan keselamatan pasien masih kurang karena sistem penomoran manual dan penyimpanan family folder tanpa map sangat berpotensi menimbulkan duplikasi dan kehilangan serta tidak ada kode khusus pembeda antar anggota yang berpotensi tertukarnya rekam medis.

Kata kunci : alur, prosedur, akreditasi, klinik

ABSTRACT

The initial survey showed discrepancies, namely officers and patients carrying out pathways and procedures based on understanding existing practices. The purpose of this study is to describe the flow and registration procedures based on Clinical Accreditation Standards at Haidar Medika Karanganyar Clinic. This research is descriptive, with a cross sectional approach. The variables used are flow and procedure based on Clinical Accreditation Standards, implementation of the flow and procedures based on Clinical Accreditation Standards, how to know satisfaction and follow-up dissatisfaction and guarantee the safety of patients at the registration site. The subjects in this study were registration officers and the objects observed were the flow and registration procedures. Techniques for collecting observation and interview data. Processing data by collecting, editing, classifying data and presenting data. The analysis was carried out descriptively. The flow and registration procedures have not been contained in the Standard Operating Procedure. The implementation of the grooves and procedures is done according to custom because it is not informative. How to find out patient satisfaction is done orally and not documented. Follow-up of patient dissatisfaction is carried out directly. The guarantee of patient safety is still lacking because manual numbering systems and family storage folders without folders have the potential to cause duplication and loss and there is no special code of differentiation between members who have the potential to exchange medical records.

Keywords: flow, procedure, accreditation, clinic

PENDAHULUAN

Dalam rangka meningkatkan prosentase kesehatan di Indonesia, maka perlu memperhatikan fasilitas kesehatan tingkat primer salah satunya adalah klinik. Klinik memiliki peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat karena merupakan fasilitas yang menyediakan pelayanan dasar untuk

mencegah dan/atau mengobati penyakit sebelum mendapatkan penanganan lebih lanjut ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Demi mewujudkan pelayanan yang informatif, efektif, aman, bermutu, dan non-diskriminasi dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien, maka setiap klinik memiliki kewajiban menyelenggarakan rekam medis.

Rekam medis merupakan salah satu bagian penting dalam pelayanan di layanan kesehatan. Oleh karena itu, saat pertama kali pasien diterima di bagian pendaftaran, petugas wajib memperhatikan kualitas pelayanan yang diberikan terutama untuk pelayanan rekam medis. Demi terlaksananya proses pendaftaran yang berkualitas, efektif dan efisien, klinik perlu memiliki alur dan prosedur pendaftaran yang baik serta sesuai dengan standar akreditasi yang berlaku.

Alur dan prosedur pendaftaran sangat penting untuk dipahami, baik bagi petugas maupun pasien. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kegiatan di klinik. Oleh sebab itu dalam pelaksanaannya, alur dan prosedur pendaftaran harus mengacu pada prosedur tetap yang disebut Standar Prosedur Operasional. Dalam penyusunan Standar Prosedur Operasional, diperlukan standar yang mengatur tentang alur dan prosedur pendaftaran yaitu Standar Akreditasi Klinik guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Menurut Standar Akreditasi Klinik dalam Lampiran II Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi, proses pendaftaran pasien dirancang dan dilaksanakan sesuai kebutuhan pelanggan dan didukung oleh sarana dan lingkungan yang memadai. Dengan demikian segala bentuk informasi yang dibutuhkan oleh pasien tentang pendaftaran harus tersedia dengan jelas dan mudah dipahami, salah satunya mengenai tahapan layanan klinis. Tahapan tersebut meliputi tahapan sejak pasien mendaftar, diperiksa sampai dengan meninggalkan tempat pelayanan dan tindak lanjut jika diperlukan.

Klinik Haidar Medika Karanganyar merupakan klinik pratama yang beralamat di Jl. Solo-Purwodadi, Bulurejo, Gondangrejo, Kabupaten Karanganyar, Jawa Tengah. Klinik tersebut telah berdiri sejak tahun 2014 namun belum melakukan akreditasi sampai sekarang, sedangkan berdasarkan Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik Pasal 38 ayat 2 menerangkan bahwa setiap klinik yang telah memperoleh izin operasional dan telah beroperasi paling sedikit 2 (dua) tahun wajib mengajukan permohonan akreditasi. Dalam pelayanannya, Klinik Haidar Medika Karanganyar menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan farmasi. Dalam survei pendahuluan di Klinik Haidar Medika Karanganyar mengenai alur dan prosedur pendaftaran, terdapat ketidaksesuaian dalam pelaksanaannya. Ketidaksesuaian tersebut yaitu petugas dan pasien belum mengetahui serta melaksanakan bagan alur pendaftaran rawat jalan yang tersedia karena didasarkan pada pemahaman pelaksanaan (kebiasaan) yang sudah ada, selain itu belum tersedia alur dan prosedur pendaftaran rawat inap. Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Tinjauan Alur dan Prosedur Pendaftaran Berdasarkan Standar Akreditasi Klinik di Klinik Haidar Medika Karanganyar".

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif menggunakan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian yang digunakan adalah petugas pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar. Objek yang diamati adalah alur dan prosedur pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara dan studi kepustakaan. Observasi yang dilakukan berdasarkan pelaksanaan alur dan prosedur pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar. Wawancara dilakukan dengan tanya jawab kepada petugas pendaftaran terkait dengan alur prosedur pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar. Teknik pengumpulan data studi kepustakaan dilakukan dengan melihat referensi dari buku, Permenkes dan jurnal sebagai landasan dalam penelitian. Instrumen penelitian dalam penelitian ini adalah pedoman observasi dan pedoman wawancara. Penelitian ini dilakukan secara deskriptif yaitu penelitian yang mendeskripsikan suatu fenomena untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut, dengan menggunakan teknik observasi dan wawancara terhadap alur dan prosedur pendaftaran yang kemudian dianalisis berdasarkan Standar Akreditasi Klinik melalui pendekatan *cross sectional*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Alur Pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar.

Alur dan prosedur pendaftaran di klinik tersebut belum tertuang dalam bentuk SPO, namun sudah diimplementasikan dalam bentuk bagan alur. Bagan alur pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar tertempel di jendela loket pendaftaran, menggunakan kertas HVS, berwarna hitam putih dan berbentuk persegi panjang dengan ukuran F4. Sedangkan bagan alur pelayanan pasien UGD terpasang di depan ruang UGD, menggunakan MMT dengan judul berwarna merah dan bagan alur berwarna biru hitam serta ukuran yang digunakan yaitu 100 x 70 cm. Dengan ukuran yang minim tersebut maka pasien sulit menjangkau informasi yang terdapat pada bagan sehingga menyebabkan pasien tidak mengetahui dan mengikuti alur yang telah ditetapkan terutama pasien baru.

Menurut Permenkes RI Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik Pasal 35 Huruf k yaitu memiliki standar prosedur operasional. Belum sesuai pula dengan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Lampiran II Bab II Standar 2.1 Kriteria 2.1.1 elemen penilaian (2) petugas mengetahui dan mengikuti prosedur tersebut dan (3) pelanggan mengetahui dan mengikuti alur yang telah ditetapkan. Kemudian menurut teori Sudra (2014), kegiatan di tempat pendaftaran belum sesuai dengan teori karena kegiatan tersebut belum tertuang dalam bentuk SPO.

Pelaksanaan alur pendaftaran rawat jalan di Klinik Haidar Medika Karanganyar terdapat perbedaan antara bagan alur yang tersedia dengan pelaksanaan.

a. Alur berdasarkan bagan yang tersedia yaitu:

Pasien datang ke loket pendaftaran kemudian didaftar oleh petugas dan pasien membayar distribusi (pendaftaran). Setelah itu, pasien menunggu di ruang tunggu untuk kemudian dipanggil oleh perawat di ruang periksa atau poli. Pasien dilayani sesuai keperluan, kemudian pasien dipersilahkan pulang setelah menyelesaikan administrasi dengan dokter yang bersangkutan.

b. Alur berdasarkan pelaksanaan yaitu:

Pasien datang ke loket pendaftaran dan mengambil nomor antrian yang sudah disediakan di meja. Petugas memastikan apakah pasien sudah pernah berobat atau belum, ada dua kategori yaitu pasien lama dan pasien baru. Untuk pasien baru petugas membuat DRM, KIB dan KIUP baru yang identitasnya sesuai dengan kartu identitas pasien dan disertakan nama kepala keluarga pasien. Selanjutnya, DRM diberikan kepada pasien untuk dibawa sembari menunggu panggilan sesuai nomor antrian di ruang tunggu. Kemudian pasien dilayani sesuai dengan kebutuhan pasien. Setelah itu, pasien dipersilahkan pulang setelah menyelesaikan administrasi langsung dengan dokter yang bersangkutan. Dengan demikian, pelaksanaan alur pendaftaran pasien rawat jalan di Klinik Haidar Medika Karanganyar belum sesuai dengan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Lampiran II Bab II Standar 2.1 Kriteria 2.1.1 elemen penilaian (3) pelanggan mengetahui dan mengikuti alur yang telah ditetapkan. Belum sesuai pula dengan Depkes RI Tahun 2006 Tentang Rekam Medis yang menjelaskan bahwa setelah selesai dalam proses pendaftaran, pasien dipersilahkan menunggu di poliklinik yang dituju dan petugas rekam medis menyiapkan berkas rekam medisnya lalu dikirim ke poliklinik tujuan pasien.

Pelaksanaan alur pasien gawat darurat sudah dilaksanakan dengan baik. Alur pelaksanaan tersebut yaitu: Pasien datang langsung menuju ruang UGD untuk dilakukan triase (proses mengkategorikan pasien menurut prioritas perawatan gawat medik) dan anamnesa (pengambilan data mengenai riwayat terdahulu, kejadian dan keluhan), setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (bila perlu) kemudian dilakukan observasi yang dicatat di berkas rekam medis. Dari hasil observasi tersebut terdapat tiga kategori, yaitu:

- a. Berat. Yaitu pasien harus dirujuk ke Rumah Sakit yang ditunjuk pihak Klinik.
- b. Sedang. Yaitu pasien perlu dilakukan perawatan lanjutan dengan dirawat inap.
- c. Ringan. Yaitu pasien dapat segera pulang setelah menyelesaikan administrasi.

Alur pelayanan pasien UGD sudah sesuai dengan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri

Dokter Gigi Lampiran II Bab II Standar 2.2 Kriteria 2.2.3 elemen penilaian (1) yang menyatakan bahwa petugas gawat darurat melaksanakan proses triase (proses mengkategorikan pasien menurut prioritas perawatan gawat medik) untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi (darurat, mendesak, atau segera).

Alur Pasien Rawat Inap. Pelaksanaan pendaftaran pasien rawat inap dilakukan berdasarkan pemahaman (kebiasaan) yang sudah ada karena belum tersedia bagan alur pendaftaran pasien rawat inap yang digunakan sebagai acuan dalam proses pendaftaran rawat inap. Alur pelaksanaannya yaitu: Pasien URJ atau UGD yang perlu mendapatkan perawatan lebih lanjut akan diperintahkan secara lisan oleh dokter yang bersangkutan untuk rawat inap. Kemudian petugas mendaftarkan pasien tersebut untuk rawat inap. Pasien mendapatkan informasi mengenai ruangan dan biaya setiap kelasnya. Kemudian petugas pendaftaran mengantarkan formulir rawat inap kosong dan formulir rawat jalan pasien ke ruangan dan diserahkan kepada perawat untuk dilengkapi selama pasien dirawat inap. Setelah pasien mendapatkan perawatan dan telah diizinkan pulang oleh dokter yang bersangkutan maka pasien wajib menyelesaikan administrasi sehingga pasien dapat segera pulang. Dengan demikian, pelaksanaan alur pendaftaran pasien rawat inap di Klinik Haidar Medika Karanganyar belum sesuai dengan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Lampiran II Bab II Standar 2.1 Kriteria 2.1.1 elemen penilaian (2) tersedia bagan alur pendaftaran dan (4) pelanggan mengetahui dan mengikuti alur yang ditetapkan.

2. Pelaksanaan Prosedur Pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar.

Pelaksanaan prosedur di Klinik Haidar Medika Karanganyar dilakukan sebagaimana mestinya karena SPO belum terealisasi dengan baik dengan tidak terdokumentasi dengan benar. Sehingga petugas dalam pelaksanaannya tidak mengacu pada SPO melainkan berdasarkan pemahaman pelaksanaan (kebiasaan) yang sudah ada.

Dengan demikian, pelaksanaan prosedur pendaftaran belum sesuai dengan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Lampiran II Bab II Standar 2.1 Kriteria 2.1.1 elemen penilaian (1) tersedia prosedur pendaftaran dan (3) petugas mengetahui dan mengikuti prosedur tersebut.

3. Cara Klinik Mengetahui Kepuasan Pasien dan Tindak Lanjut Ketidakpuasan Pasien di Klinik Haidar Medika Karanganyar

a. Cara Klinik Mengetahui Kepuasan Pasien.

Klinik Haidar Medika Karanganyar tidak menyediakan kotak saran maupun kuesioner namun dilakukan secara lisan dengan menyampaikan pada bagian pendaftaran, perawat di bagian perawatan atau langsung kepada direktur klinik. Sehingga tingkat kepuasan pasien tidak terdokumentasi dengan baik. Hal tersebut belum sesuai dengan pernyataan Sabarguna (2008: 6) yaitu kepuasan pasien dilihat dari hasil penilaian dengan kuesioner atau *survey* tentang derajat kepuasan pasien dan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Lampiran II Bab II Standar 2.1 Kriteria 2.1.1 elemen penilaian (5) terdapat cara mengetahui bahwa pelanggan puas terhadap proses pendaftaran.

b. Tindak Lanjut Ketidakpuasan Pasien di Klinik Haidar Medika Karanganyar.

Apabila dalam pelaksanaannya terdapat ketidakpuasan dari pasien maka pihak klinik langsung memberikan tindak lanjut untuk mengatasinya seperti mengubah jadwal kerja perawat dan mewajibkan pasien untuk mendaftar sebelum diperiksa. Adanya tindak lanjut yang diberikan sudah sesuai dengan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Lampiran II Bab II Standar 2.1 Kriteria 2.1.1 elemen penilaian (6) terdapat tindak lanjut jika pelanggan tidak puas. Namun pemberian tindak lanjut yang dilakukan dengan tergesa-gesa tanpa memperhitungkan seberapa besar penyebab masalah yang ada belum sesuai dengan teori Sabarguna (2008, 17) yaitu dalam memberikan tindak lanjut ketidakpuasan perlu melakukan spesifik masalah yang kemudian ditentukan penyebab masalah sehingga dapat membuat beberapa alternatif dalam pemecahan

masalah, dari beberapa alternatif tersebut dapat diketahui pemecahan masalah yang optimal sehingga dapat dilakukan tindakan pemecahan masalah secara konsekuen dengan tujuan dan rencana yang telah dibuat.

4. Jaminan Keselamatan Pasien di Tempat Pendaftaran Klinik Haidar Medika Karanganyar.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Klinik Haidar Medika Karanganyar untuk menjamin keselamatan pasien terutama dalam hal indentifikasi pasien, maka pada saat melakukan pendaftaran baru pasien wajib membawa kartu identitas untuk kemudian dicatat pada formulir, seperti nomor registrasi, nama pasien, umur, alamat dan nama kepala keluarga. Namun pemberian nomor registrasi masih secara manual sehingga berpotensi terjadi duplikasi. Penggunaan nama kepala keluarga karena Klinik menggunakan sistem penyimpanan *family folder*, dimana dalam satu kartu keluarga hanya memiliki satu nomor registrasi dan disimpan dalam satu map. Namun dalam pelaksanaannya belum menggunakan map melainkan staples sehingga berpotensi terjadi kehilangan dan salah letak bila salah satu terlepas. Kemudian tidak adanya kode khusus antar anggota maka sangat besar potensi tertukarnya berkas rekam medis antar anggota.

Menurut Budi (2011: 103), pada umumnya sistem penyimpanan *family folder* digunakan berdasarkan wilayah kerja, hal ini bertujuan untuk mengetahui banyaknya masyarakat yang berobat atau sakit dari masing-masing wilayah dan dapat digunakan untuk pengambilan keputusan penanganan kesehatan di wilayah tersebut. Sistem penyimpanan ini umumnya digunakan oleh puskesmas karena terkait dengan tugas puskesmas yang bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat di wilayahnya. Maka penggunaan sistem penyimpanan *family folder* dirasa kurang tepat karena klinik tidak memiliki keterbatasan wilayah dalam pelayanannya.

Hal ini belum sesuai dengan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi Lampiran II Bab II Standar 2.1 Kriteria 2.1.1 elemen penilaian (7) keselamatan pelanggan terjamin di tempat pendaftaran.

KESIMPULAN

1. Alur dan prosedur pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar belum tertuang dalam bentuk SPO, namun sudah diimplementasikan dalam bentuk bagan alur. Meski begitu, bagan alur yang tersedia masih kurang informatif. Sebaiknya Klinik Haidar Medika Karanganyar dalam menjalankan alur dan prosedur pendaftaran, dapat dituangkan dalam SPO dan bagan alur yang informatif agar petugas dan pasien mendapat kejelasan dalam pelaksanaan alur pendaftaran baik rawat jalan, gawat darurat maupun rawat inap.
2. Pelaksanaan alur pendaftaran pasien gawat darurat sudah baik sedangkan alur pendaftaran rawat jalan tidak sesuai dengan bagan yang tersedia karena bagan alur kurang informatif dan alur pendaftaran rawat inap tidak ada bagan alur yang tersedia. Pelaksanaan prosedur di Klinik Haidar Medika Karanganyar belum terealisasi dengan baik dengan tidak terdokumentasi dengan benar sehingga pelaksanaannya berdasarkan pemahaman pelaksanaan (kebiasaan) yang sudah ada tanpa mengacu SPO. Sebaiknya pelaksanaan alur pendaftaran di Klinik Haidar Medika Karanganyar sesuai dengan bagan alur yang tersedia maka bagan alur yang ditetapkan harus disesuaikan dengan teori Sudra (2014) dan Permenkes RI Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi serta kebutuhan yang ada di klinik tersebut. Kemudian untuk pelaksanaan prosedur pendaftaran, sebaiknya diimplementasikan dalam bentuk SPO agar petugas memiliki acuan yang jelas dalam menjalankan tugasnya.
3. Klinik Haidar Medika Karanganyar tidak menyediakan kotak saran maupun kuesioner untuk mengetahui apakah pasien puas atau tidak namun pasien dapat secara langsung menyampaikan kepada pihak Klinik tersebut bila tidak puas dengan pelayanannya. Apabila dalam pelaksanaannya terdapat ketidakpuasan dari pasien maka pihak klinik langsung memberikan tindak lanjut untuk mengatasinya seperti mengubah jadwal kerja perawat dan mewajibkan pasien untuk mendaftar sebelum diperiksa. Sebaiknya Klinik Haidar Medika Karanganyar menyediakan sarana untuk mengetahui kepuasan pasien seperti kotak saran atau kuesioner agar dapat meningkatkan mutu pelayanan di klinik tersebut.

Kemudian dalam memberikan tindak lanjut ketidakpuasan, sebaiknya lebih diperhitungkan kembali sehingga dapat terlaksana dengan optimal dan konsekuen.

4. Jaminan keselamatan pasien bila dilihat dari identifikasi pasien yang dicatat pada formulir seperti nomor registrasi, nama pasien, umur, alamat dan nama kepala keluarga sudah baik. Akan tetapi, pemberian nomor registrasi yang masih secara manual maka sangat besar potensi terjadi duplikasi. Kemudian sistem penyimpanan yang menggunakan sistem *family folder* tanpa kode khusus sangat berpotensi terjadi pertukaran rekam medis antar anggota. Demi menjamin keselamatan pasien, sebaiknya Klinik Haidar Medika Karang Anyar lebih teliti dan konsisten dalam memberi nomor registrasi pasien yang masih dilakukan secara manual serta demi menjaga kesinambungan data setiap pasien sebaiknya menggunakan sistem penomoran UNS (*Unit Numbering System*) dimana setiap pasien mendapatkan satu nomor registrasi yang digunakan untuk selamanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, Savitri Citra. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik.
- Menteri Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 9 Tahun 2014 Tentang Klinik*. Jakarta.
- Menteri Kesehatan RI. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi*. Jakarta.
- Sabarguna, Boy S. 2008. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Sudra, Rano Indradi. 2014. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.

HUBUNGAN KEBIASAAN MEROKOK DAN OBESITAS DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI PADA REMAJA USIA 15-19 TAHUN DIKELURAHAN DAYEN PEKEN AMPENAN MATARAM

¹Moch Taufik Hidayatullah, ²Andita Aditya Pratama

¹Universitas Nusa Tenggara Barat, ofx.lobi@gmail.com

²Universitas Nusa Tenggara Barat

ABSTRAK

Hipertensi adalah sebagai tekanan darah sistolik sama dengan atau diatas 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik sama dengan atau diatas 90 mmHg. Hipertensi disebabkan oleh banyak faktor antara lain umur, genetik, jenis kelamin, merokok, konsumsi alkohol, status gizi, pola tidur dan lain-lain. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kebiasaan merokok dan obesitas dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di Wilayah Kelurahan Dayen Peken.

Desain penelitian yang digunakan adalah cross-sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja berusia 15-19 tahun yang mengalami hipertensi di Wilayah Kelurahan Dayen Peken yang berjumlah 408 orang dan sampel dalam penelitian ini adalah berjumlah 80 orang remaja usia 15-19 tahun yang mengalami hipertensi. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner, timbangan injak dan microtoise.

Analisis penelitian untuk melihat ada hubungan kebiasaan merokok dengan hipertensi menggunakan uji Rank Spearman. Hasil analisis mengenai hubungan kebiasaan merokok dengan hipertensi, dimana $P\text{-value} = 0,213 > \alpha = 0,05$ yang artinya tidak ada hubungan signifikan antara kebiasaan merokok dengan hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di Wilayah Kelurahan Dayen Peken serta nilai koefisien korelasi yang menunjukkan angka 0,14. Hasil analisis obesitas dengan kejadian hipertensi, dimana $P\text{-value} 0,037 < \alpha = 0,05$ yang artinya ada hubungan yang signifikan antara obesitas dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di Wilayah Kelurahan Dayen Peken serta nilai koefisien korelasi yang menunjukkan angka 0,23.

Kesimpulan penelitian ini tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi. Ada hubungan antara obesitas dengan kejadian hipertensi, disarankan kepada Kepala Puskesmas Ampenan untuk meningkatkan promosi gaya hidup sehat kepada remaja dengan menerapkan pola makan yang sehat dan rajin melakukan olahraga agar terhindar dari obesitas.

Kata Kunci: Merokok, Obesitas, Hipertensi

ABSTRACT

Hypertension is blood pressure systolic similar to above 140 mmHg and blood pressure diastolic similar to or above 90 mmHg. Hypertension is caused by many factors such as age, genetic, sex, smoking, alcohol consumption, nutrition status, sleep pattern and others. This study aimed to know the relationship between smoking habit and obesity toward hypertension on teenagers aged 15-19 years old at DayenPeken district.

Design of the study is cross sectional. Population of the study is allteenagers aged 15-19 years who got hypertensionat Dayen Peken district. In the amount of 408 teenagers and there were 80 teenagers taken as samples. Instrument of the study is questionnaires sheets, steeping scale and microtoise.

Analysis of the study to know the relationship between smoking habit and hypertension by using Rank Spearman test. Result of analysis about the relationship between smoking habit and hypertension where $P\text{ value} = 0.213 > \alpha = 0.05$ meant there was not any signif cant relationship between smoking habit and hypertension onteenagers aged 15-19 years old at Dayen Peken district and correlation value showed 0.14. Result of obesity analysis toward hypertension where $P\text{ value} = 0.037 > \alpha = 0.05$ meant there was signif cant relationship between obesity and hypertension on teenagers aged 15-19 years old at DayenPeken districtand correlation value showed 0.23.

Based on the findings of study it can be concluded that there was not any significant relationship between smoking habit and hypertension. There was significant relationship between obesity and hypertension. It is suggested to the Head of Ampenan Public Health Center to increase healthy life style promotion toward teenagers by applying healthy diet and diligently to do sport in order to be spared from obesity.

Keywords: Smoking, Obesity, Hypertension

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan keadaan dimana ukuran tekanan darah di atas tekanan darah normal. Gaya dan pola hidup remaja saat ini memperbesar risiko remaja untuk terkena hipertensi antara lain, kebiasaan merokok, begadang, konsumsi alkohol dan lain-lain. Angka Proportional Mortality Rate akibat hipertensi di seluruh dunia adalah 13% atau sekitar 7.1 juta kematian (American Heart Association, 2011). Sesuai dengan data WHO bulan September 2011, disebutkan bahwa hipertensi menyebabkan 8 juta kematian per tahun di seluruh dunia dan 1.5 juta kematian per tahun di wilayah Asia Tenggara. Dari Hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi Hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur 18 tahun sebesar 25,8%. Pada analisis hipertensi terbatas pada usia 15-17 tahun menurut JNC VII 2003 didapatkan prevalensi nasional sebesar 5,3 persen (laki-laki 6,0% dan perempuan 4,7%).

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2016, telah dilakukan pengukuran tekanan darah pada penduduk umur 18 tahun sebanyak 329.052 orang dan didapatkan hasil bahwa 137.836 orang mengalami Hipertensi baik laki-laki maupun perempuan. Di Kota Mataram, telah dilakukan pengukuran tekanan darah pada 38.601 orang baik laki-laki maupun perempuan dan didapatkan hasil bahwa 3.660 orang mengalami Hipertensi. Berdasarkan data yang didapat dari Laporan LB 1 (Data Kesakitan) Puskesmas Ampenan, pada tahun 2015 ditemukan 1.579 (56,4%) kasus hipertensi pada kelompok umur 15-19 tahun, pada tahun 2016 ditemukan 1.608 (57,4%) kasus Hipertensi pada kelompok umur 15-19 tahun, dan pada tahun 2017 ditemukan 1.750 (62,5%) kasus Hipertensi baik laki-laki maupun perempuan. Angka tersebut cukup tinggi mengingat hipertensi biasanya menyerang lansia, tetapi kenyataannya banyak juga ditemukan kasus pada remaja.

Zaman sekarang, rokok bukanlah hal yang tabu bagi seluruh orang. Perilaku merokok sudah sangat membudaya di kalangan masyarakat dunia, khususnya remaja. Zat kimia yang terdapat di dalam rokok bersifat adiktif yang artinya dapat menyebabkan ketergantungan, dan bila sudah ketergantungan maka orang akan secara terus-menerus menghisap rokok. Perilaku merokok khususnya pada Remaja bila dilakukan secara terus-menerus maka akan menimbulkan berbagai penyakit, salah satunya adalah Hipertensi.

Data WHO (dalam Dian Komasari & Avin Fadilla Helmi, 2000) menunjukkan bahwa seluruh perokok yang ada di dunia sebanyak 30% adalah remaja, artinya lebih dari seperempat remaja di dunia adalah perokok aktif. Di Indonesia, dari Hasil Riskesdas tahun 2013 rata-rata proporsi perokok saat ini adalah 29,3 persen. Khusus remaja umur 15-19 tahun, memiliki proporsi 11,2 persen untuk kategori perokok setiap hari dan 7,1 persen untuk kategori perokok kadang-kadang. Rata-rata batang rokok yang dihisap per hari oleh penduduk umur >10 tahun adalah 12,3 batang (setara satu bungkus). Hasil penelitian Global Youth Tobacco Survey (GYTS) pada tahun 2006 menunjukkan bahwa lebih dari 37,3% pelajar pernah merokok, 30,9% di antaranya merokok pertama kali sebelum berusia 10 tahun. Hasil Susenas (tahun 1995, 2001 dan 2004) menunjukkan usia remaja yang rentan untuk mulai mencoba merokok adalah 15- 19 tahun. Di Provinsi Nusa Tenggara Barat Proporsi untuk kategori perokok setiap hari yaitu 26,8 % dan 3,5 % untuk kategori perokok kadang-kadang (Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2016).

Risiko lain terjadinya hipertensi yaitu obesitas, obesitas dapat ditentukan dengan pengukuran Indeks Massa Tubuh melalui pengukuran tinggi badan dan berat badan. Beberapa faktor penyebab obesitas antara lain, asupan makanan berlebih yang berasal dari jenis makanan olahan serba instan, minuman soft drink, seringnya mengkonsumsi makanan cepat saji serta kurangnya aktivitas fisik. Menurut data WHO yang didapat dari WHO Obesity Technical Report Series tahun 2000, 1 dari 10 anak di dunia mengalami kegemukan. Dari Hasil Riskesdas tahun 2007, Prevalensi Nasional Obesitas Umum (pengukuran Indeks

Massa Tubuh) pada penduduk umur 15 tahun adalah 10,3%. Di Provinsi Nusa Tenggara Barat Prevalensi Obesitas Umum (pengukuran Indeks Massa Tubuh) sendiri sebesar 13,8% (8,9% laki-laki dan 18,1% perempuan) untuk Penduduk Dewasa usia 15 tahun ke atas. Data dari Prof I Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2016, dilakukan pemeriksaan obesitas terhadap 276.980 (19,44%) baik laki-laki maupun perempuan dari 10 Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi Nusa Tenggara Barat dan didapatkan hasil bahwa 20.348 (7,35%) orang mengalami obesitas. Khusus di Kota Mataram, dilakukan pemeriksaan sebanyak 15.195 (5,09%) orang baik laki-laki maupun perempuan, dan didapatkan hasil sebanyak 891 (5,86%) orang mengalami obesitas. Data dari Puskesmas Ampenan tahun 2017, dari hasil pengukuran Indeks Massa Tubuh didapatkan 28 (1%) orang remaja mengalami obesitas.

Wilayah kerja Puskesmas Ampenan terdiri dari empat Kelurahan, dengan jumlah 2.797 remaja Usia 15-19 tahun dengan rincian, Kelurahan Ampenan Tengah sebanyak 814 Remaja, Kelurahan Bintaro sebanyak 790 Remaja, Kelurahan Dayan Peken sebanyak 635 Remaja dan Kelurahan Ampenan Utara sebanyak 558 Remaja.

Data kasus hipertensi remaja usia 15-19 tahun di empat Kelurahan wilayah Kerja Puskesmas Ampenan, Kelurahan Ampenan Tengah didapatkan 429 kasus (52,7%), Kelurahan Bintaro 465 kasus (58,8%), Kelurahan Dayan Peken 408 kasus (64,2%), dan Kelurahan Ampenan Utara 448 kasus (80,2%).

Berdasarkan fakta dan data di atas, Kelurahan Dayan Peken menempati peringkat kedua untuk besaran kasus yang didapat antara perbandingan jumlah remaja dan kasus yang ditemukan, tetapi menurut data kunjungan pasien hipertensi tahun 2017 Kelurahan Dayan peken menempati peringkat pertama dengan jumlah kunjungan 8.640 kunjungan di bandingkan dengan Kelurahan Bintaro dengan jumlah kunjungan 5.953 kunjungan, Kelurahan Ampenan Utara 5.282 kunjungan dan Kelurahan Ampenan Tengah 6.711 kunjungan, sehingga penting untuk dilakukan penelitian dengan judul Hubungan Kebiasaan Merokok dan Obesitas dengan Kejadian Hipertensi pada Remaja Usia 15-19 tahun di wilayah kerja Puskesmas Ampenan Kota Mataram Tahun 2018 khususnya peneliti akan melakukan penelitian di Kelurahan Dayan Peken

METODE

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *Cross-Sectional* dimana seluruh data yang merupakan variabel penelitian dikumpulkan dalam satu waktu tertentu. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja usia 15-19 tahun yang mengalami hipertensi di Wilayah Kelurahan Dayen Peken berjumlah 408 orang dan sampel sebanyak 80 orang remaja usia 15-19 tahun yang mengalami hipertensi di Wilayah Kelurahan Dayen Peken. Variabel independen dalam penelitian ini adalah kebiasaan merokok dan obesitas sedangkan variabel dependen adalah hipertensi. Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data kebiasaan merokok adalah kuesioner dan untuk obesitas menggunakan microtoise untuk mengukur tinggi badan dan timbangan injak untuk mengukur berat badan serta lembar BB/TB untuk pencatatan. Analisis uji menggunakan frequencies untuk mengetahui distribusi kebiasaan merokok, obesitas dan hipertensi pada remaja dan uji *Rank Spearman* untuk mengetahui korelasi antara kebiasaan merokok dengan hipertensi dan obesitas dengan hipertensi.

HASIL

1. Distribusi frekuensi merokok, obesitas dan hipertensi dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1: Distribusi Frekuensi Perokok, Obesitas dan Hipertensi Pada Remaja pada Usia 15-19 Tahun di Kelurahan Dayen Peken Ampenan Kota Mataram

Kategori	Frekuensi	Persentase
Sering	16	20%
Kadang-kadang	57	71,2%
Jarang	7	8,8%
Total	80	100%

Kategori	Frekuensi	Persentase
Obesitas tingkat 1	36	45%
Obesitas tingkat 2	44	55%
Total	80	100%
Kategori	Frekuensi	Persentase
Pre Hipertensi	7	8,8%
Hipertensi tahap 1	52	65%
Hipertensi tahap 2	21	26,2%
Total	80	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat terlihat bahwa pada variabel kebiasaan merokok, terdapat 57 (71,2%) remaja yang memiliki kebiasaan merokok pada kategori kadang-kadang. Pada variabel Obesitas, terdapat 44 (55%) remaja yang berada pada obesitas tingkat 2. Sedangkan pada variabel hipertensi, terdapat 52 (65%) remaja mengalami hipertensi tahap I.

2. Analisis Korelasi masing-masing Variabel Independen dengan Variabel Dependen

Berikut adalah hasil uji korelasi statistic menggunakan uji Rank Spearmen antara variabel Bebas dengan Varibel terikat yaitu varibael kebiasaan merokok dan obesitas dengan kejadian Hipertensi.

- a. Analisis Korelasi Antara Variabel Kebiasaan Merokok dengan Kejadian Hipertensi Pada Remaja pada Usia 15-19 Tahun di Kelurahan Dayen Peken Ampenan Kota Mataram

Tabel 2.1: Tabulasi Silang (Cross Tab) Kebiasaan Merokok dengan Kejadian Hipertensi Pada Remaja pada Usia 15-19 Tahun di Kelurahan Dayen Peken Ampenan Kota Mataram

		Hipertensi				p value	Corelation coeff cient
		Hipertensi Tahap 2	Hipertensi Tahap 1	Pre Hiper-tensi	Total		
Kebiasaan Merokok	Sering (1)	5 (23,8%)	10 19,2%	1 14,3%	16 20%	0,213	0,14
	K a d a n g - kadang (2)	16 76,2%	36 69,2%	5 74,1%	57 71,2%		
	Jarang(3)	0 0%	6 11,5%	1 14,3%	7 8,8%		
Total		21 100%	52 100%	7 100%	80 100%		

Berdasarkan hasil tabulasi silang kebiasaan merokok dengan hipertensi yaitu, remaja yang sering merokok dan mengalami hipertensi tahap 2 sebanyak 5 orang (23,8%), remaja yang sering merokok dan mengalami hipertensi tahap 1 sebanyak 10 orang (19,2%) dan remaja yang sering merokok dan mengalami pre hipertensi sebanyak 1 orang (14,3%). Remaja yang kadang-kadang merokok dan mengalami hipertensi tahap 2 sebanyak 16 orang (76,2%), remaja yang kadang-kadang merokok dan mengalami hipertensi tahap 1 sebanyak 36 orang (69,2%) dan remaja yang kadang-kadang merokok mengalami pre hipertensi sebanyak 5 orang (74,1%). Remaja yang jarang merokok dan mengalami hipertensi tahap 2 tidak ada, remaja yang jarang merokok dan mengalami hipertensi tahap 1 sebanyak 6 orang (11,5%) dan yang jarang merokok dan mengalami pre hipertensi sebanyak 1 orang (14,3%).

Hasil analisa menggunakan uji Rank Spearman, menunjukkan tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok remaja dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun, dimana p value menunjukkan angka signifikansi 0,213, lebih besar dari $\alpha = 0,05$. Koefisien korelasi menunjukkan angka 0,14 yang artinya masuk dalam kategori tingkat hubungan yang sangat rendah antara dua variabel tersebut.

- b. Analisis Korelasi Antara Variabel Obesitas Dengan Kejadian Hipertensi Pada Remaja Pada Usia 15-19 Tahun Di Kelurahan Dayen Peken Ampenan Kota Mataram

Tabel 2.1: Tabulasi Silang (Cross Tab) Hubungan Obesitas dengan Kejadian Hipertensi Pada Remaja pada Usia 15-19 Tahun di Kelurahan Dayen Peken Ampenan Kota Mataram

		Hipertensi				p value	Corelation coefficient		
		Hiper-tensi Tahap 2	Hiper-tensi Tahap 1	Pre Hiper-tensi	Total				
Obesitas	Obesitas tingkat 2	15 34,1%	27 61,4%	2 4,5%	44 100%	0,037	0,23		
	Obesitas Tingkat 1	6 16,7%	25 69,4%	5 13,9%	36 100%				
Total		21 26,2%	52 65%	7 8,8%	80 100,0%				

Dari hasil

Tabulasi silang diatas ditemukan bahwa kategori obesitas dengan hipertensi yaitu, remaja yang mengalami obesitas tingkat 2 dan mengalami hipertensi tahap 2 sebanyak 15 orang (34,1%), lebih tinggi dari remaja yang mengalami obesitas tingkat 1 dan mengalami hipertensi tahap 2 sebanyak 6 orang (16,7%). Remaja yang mengalami obesitas tingkat 2 dan mengalami hipertensi tahap 1 sebanyak 27 orang (61,4%), lebih tinggi dari remaja yang mengalami obesitas tingkat 1 dan terkena hipertensi tahap 1 sebanyak 25 orang (69,4%). Remaja yang mengalami obesitas tingkat 2 dan mengalami pre hipertensi sebanyak 2 orang (4,5%) dan remaja yang mengalami obesitas tingkat 1 dan mengalami pre hipertensi sebanyak 5 orang (13,9%).

Dari hasil analisa menggunakan uji Rank Spearman, menunjukkan ada hubungan antara obesitas dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun, dimana p value menunjukkan angka signifikansi 0,037, lebih kecil dari $\alpha = 0,05$. Koefisien korelasi menunjukkan angka 0,23 yang artinya masuk dalam kategori tingkat hubungan yang rendah antara dua variabel tersebut.

PEMBAHASAN

1. Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Kejadian Hipertensi pada Remaja Usia 15-19 tahun di wilayah Kelurahan Dayen Peken Ampenan Mataram

Fakta otentik menunjukan bahwa merokok dapat menyebabkan tekanan darah tinggi. Kebanyakan efek ini berkaitan dengan kandungan nikotin. Asap rokok (CO) memiliki kemampuan menarik sel darah merah lebih kuat dari kemampuan menarik oksigen, sehingga dapat menurunkan kapasitas sel darah merah pembawa oksigen ke jantung dan jaringan lainnya. Nikotin mengganggu sistem saraf simpatis yang mengakibatkan meningkatnya kebutuhan oksigen miokard. Selain menyebabkan ketagihan merokok, nikotin juga meningkatkan frekuensi denyut jantung, tekanan darah, dan kebutuhan oksigen jantung, merangsang pelepasan adrenalin, serta menyebabkan gangguan irama jantung. Nikotin juga mengganggu kerja saraf, otak, dan banyak bagian tubuh lainnya (Tandra, 2003).

Merokok dapat menyebabkan hipertensi akibat zat-zat kimia yang terkandung di dalam tembakau yang dapat merusak lapisan dalam dinding arteri, sehingga arteri lebih rentan terjadi penumpukan

plak (arterosklerosis). Hal ini terutama disebabkan oleh nikotin yang dapat merangsang saraf simpatis sehingga memacu kerja jantung lebih keras dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah, serta peran karbon monoksida yang dapat menggantikan oksigen dalam darah dan memaksa jantung memenuhi kebutuhan oksigen tubuh (WHO, 2011).

Tetapi hal tersebut terjadi sebaliknya dari hasil penelitian ini bahwa tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di wilayah Kelurahan Dayen Peken.

Hasil uji statistik dengan SPSS menggunakan uji rank spearman menunjukkan p value = 0,213, sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di wilayah Kelurahan Dayen Peken. Nilai koefisien korelasi menunjukkan angka 0,14 yang berarti tingkat kekuatan hubungan antara dua variabel tersebut masuk kategori sangat rendah.

Penyebab tidak ada hubungan antara dua variabel tersebut antara lain karena ukuran sampel yang kecil, model yang tidak sesuai dengan data, pengaruh variabel intervensi lain seperti pola tidur, konsumsi alkohol atau faktor genetik yang lebih berpengaruh terhadap hipertensi dan masih banyak faktor-faktor lain yang dapat menyebabkan tidak adanya hubungan antara kedua variabel tersebut.

Dampak rokok akan terasa setelah 10-20 tahun pasca digunakan, dampak rokok bukan hanya untuk perokok aktif tetapi juga perokok pasif (Yashinta, 2015). Dalam hal ini peneliti berasumsi penyebab tidak adanya hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di Wilayah Kelurahan Dayen Peken disebabkan karena jangka waktu merokok para remaja yang belum lama sehingga hipertensi belum timbul dalam jangka waktu yang singkat akibat merokok.

2. Hubungan Obesitas dengan Kejadian Hipertensi pada Remaja Usia 15-19 tahun di Wilayah Kelurahan Dayen Peken Ampenan Mataram

Marliani (2007) juga mengemukakan bahwa penderita hipertensi sebagian besar mempunyai berat badan berlebih, tetapi tidak menutup kemungkinan orang yang berat badannya normal (tidak obesitas) dapat menderita hipertensi. Obesitas merupakan faktor risiko munculnya berbagai penyakit degeneratif, seperti hipertensi, penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus. Data dari studi Farmingham (AS) yang diacu dalam Khomsan (2004) menunjukkan bahwa kenaikan berat badan sebesar 10% pada pria akan meningkatkan tekanan darah 6.6 mmHg, gula darah 2 mg/dl, dan kolesterol darah 11 mg/dl. Prevalensi hipertensi pada seseorang yang memiliki IMT >30 pada laki-laki sebesar 38% dan wanita 32%, dibanding dengan 18% laki-laki dan 17% perempuan yang memiliki IMT < 25 (Krummel 2004).

Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian ini bahwa terdapat hubungan antara obesitas dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di wilayah Kelurahan Dayen Peken.

Hasil uji statistik dengan SPSS menggunakan uji rank spearman menunjukkan p value = 0,037. Hasil tersebut berarti H_0 gagal ditolak (p value < α), sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa ada hubungan antara obesitas dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di wilayah Kelurahan Dayen Peken. Nilai koefisien korelasi menunjukkan angka 0,234 yang berarti tingkat kekuatan hubungan antara dua variabel tersebut masuk kategori rendah.

Hasil penelitian ini juga didukung dari Anggara (2014), menunjukkan bahwa nilai signifikansi 0,004 yang menunjukkan bahwa nilai $p < 0,05$, yang bermakna bahwa ada korelasi antara obesitas dengan kejadian hipertensi. Nilai korelasi Spearman sebesar 0,460 menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan hubungan yang kuat. Obesitas sangat erat hubungannya dengan peningkatan risiko kejadian hipertensi. Obesitas dapat meningkatkan kejadian hipertensi. Hal ini disebabkan lemak dapat menimbulkan sumbatan pada pembuluh darah sehingga jantung bekerja keras dalam memompa darah yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.

KESIMPULAN

Terdapat 16 remaja (20%) yang memiliki kebiasaan sering dan yang memiliki kebiasaan merokok kadang-kadang sebanyak merokok, 57 remaja (71,2%) serta yang memiliki kebiasaan jarang merokok sebesar

7 remaja (8,8%). Terdapat 36 remaja (45%) mengalami obesitas tingkat 1, sedangkan 44 remaja (55%) mengalami obesitas tingkat 2. Terdapat 7 remaja (8,8%) mengalami pre hipertensi, 52 remaja (65%) mengalami hipertensi tahap 1 dan 21 remaja (26,2%) mengalami hipertensi tahap 2.

Tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di wilayah Kelurahan Dayen Peken (p value = 0,213 = 0,05).

Ada hubungan antara obesitas dengan kejadian hipertensi pada remaja usia 15-19 tahun di wilayah Kelurahan Dayen Peken (p value = 0,037 = 0,05).

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina Kurniasih., (2008), Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku merokok siswa SLTP di Bekasi tahun 2008, *Skripsi*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, h.1-3.
- Apriana Kurniati, Ari Udiyono, Lintang Dian Saraswati., (2012), Gambaran Kebiasaan Merokok Dengan Prof I Tekanan Darah Pada Mahasiswa Perokok Laki-laki Usia 18-22 Tahun (Studi Kasus di Fakultas Teknik Jurusan Geologi Universitas Diponegoro Semarang), *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2): 252.
- Dian Komasari., and Avin Fadilla Helmi., (2000), Faktor-faktor Penyebab Perilaku Merokok Pada Remaja, *Jurnal Psikologi.*, 1: 38.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat, Prof I Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2016, Mataram 2017.
- Fathan Nurcahyo., (2011), Kaitan Antara Obesitas dan Aktivitas Fisik., VII(1): 91.
- Khomsan, A (2004). Pangan Dan Gizi Untuk Kesehatan. Jakarta: PT. Raja. Gaf ndo Persada
- Marliani L, S Tantan. 2007. 100 Questions & Answer Hipertensi. Jakarta: Elex Media Komputindo
- Monica Ruus., Billy J. Kepel., Jootje M.L. Umboh., (2015), Hubungan antara Konsumsi Alkohol dan Kopi dengan Kejadian Hipertensi pada laki-laki di Desa Ongkaw Dua Kecamatan SinonSayang Kabupaten Minahasa Selatan., 65-66.
- Muhammad Widiyansyah., (2014), Faktor-faktor Penyebab Perilaku Remaja Perokok Di Desa Sidorejo Kabupaten Penajam Pase Utara, *eJournal Sosiologi.*, 2(4): 13.
- Ratu Ayu Dewi Sartika., (2011), Faktor Risiko Obesitas Pada Anak 5-15 Tahun di Indonesia, *Makara, Kesehatan.*, 15(1): 38.
- Reny Wulandari, Nur Indrawati Lipoeto, Vivi Triana, (2013)., Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Remaja di Wilayah Kerja Puskesmas Rawat Inap Sidomulyo Kota Pekanbaru, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1).
- (RISKESDAS) Riset Kesehatan Dasar. 2007. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- (RISKESDAS) Riset Kesehatan Dasar. 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Rudy Anggara, (2014), Hubungan Obesitas Dengan Kejadian Hipertensi Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, *Skripsi*, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
- Santi Novitasari, Mamnu'ah., (2009), Pengaruh Teman Sebaya Terhadap Perilaku Remaja Merokok di SMK Negeri 2 Yogyakarta, *Skripsi*, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah, Yogyakarta, h.2.
- Sari Pediatri., (2005), Hipertensi Pada Remaja., 6(4): 160-162.

- Shofa Roshifanni., (2017), Risiko Hipertensi Pada Orang Dengan Pola Tidur Buruk (Studi di Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya)., 4(3): 409-410.
- Siswanto, 2015, Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran. Yogyakarta, Bursa Ilmu.
- Sugiyono, 2012, Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&B. Bandung: Alfabeta
- Syamsinar Wulandari, Hariati Lestari, Andi Faizal Fachlevy, (2016)., Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Obesitas Pada Remaja di SMA Negeri 4 Kendari tahun 2016.
- Tandra, (2003). Merokok dan Kesehatan. Berita Komite Nasional Penanggulangan Masalah Rokok
- Yashinta Octavian Gita Setyanda, Delmi Sulastri, Yuniar Lestari, (2015), Hubungan Merokok dengan Kejadian Hipertensi *pada laki-laki Usia 35-65 Tahun di Kota Padang, Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2)

ANALISA MUTU SISTEM PENYIMPANAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM PINDAD TUREN

¹Suhartinah, ²Achmad Choirul Anwar, ³Femy Anggryani, ⁴Ratna Juwita

¹Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang, inasuhartina57@gmail.com

²Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang, info@stia-malang.ac.id

ABSTRAK

Mutu adalah gambaran total sifat suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan. Sistem penyimpanan dokumen rekam medis adalah suatu tempat untuk menyimpan dokumen rekam medis rawat jalan dan rawat inap dengan penyimpanan yang baik, pengaturan suhu, pemeliharaan ruangan, penelitian terhadap faktor keselamatan dan keamanan dokumen rekam medis. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Karena penelitian ini menggambarkan dan menyajikan secara sistematis data yang ada di RSU Pindad Turen. Dari data yang sudah didapatkan pada saat penelitian yang diaplikasikan menggunakan teori deming dengan metode man, methode, machine, material dan plan, do, chect dan act (P-D-C-A). Hasil penelitian Analisa Mutu Sistem Penyimpanan Dokumen Rekam Medis di dapatkan dari 4 siklus deming yaitu : siklus "Plan" (25%), "Do" (0%), "Check" (0%), dan "Act" (0%). Total dari analisa mutu sistem penyimpanan dokumen rekam medis telah didapatkan ketercapaian prosentase 25%. Berdasarkan hasil tersebut, kepala rekam medis harus membuat dokumen bukti yang berupa kerangka acuan program atau proposal dan membuat jadwal rapat rutin yang dilakukan 1 bulan sekali.

Kata Kunci : Mutu, Penympnanan, Dokumen Rekam Medis

ABSTRACT

Quality is a description of the total nature of a product or service that is related to its ability to provide satisfaction needs. The medical record document storage system is a place for storing outpatient medical record documents and hospitalization with good storage, temperature regulation, room maintenance, research on the safety and security factors of medical record documents. This study uses a descriptive method with a quantitative approach. Because this research describes and presents systematically the data available at Pindad Turen General Hospital. From the data that has been obtained at the time the research was applied using deming theory with the method man, method, machine, material and plan, do, chect and act (P-D-C-A). The research results of the Medical Record Document Storage System Quality Analysis were obtained from 4 deming cycles, namely: "Plan" cycle (25%), "Do" (0%), "Check" (0%), and "Act" (0%) . The total analysis of the quality of the medical record document storage system has achieved a percentage of 25%. Based on these results, the head of the medical record must make a proof document in the form of a program or proposal reference frame and schedule routine meetings conducted once a month.

Keywords: *Quality, Penympnanan, Medical Record Document*

PENDAHULUAN

Dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sesuai dengan tujuan pembangunan kesehatan maka perlu diselenggarakan sarana kesehatan antara lain adalah rumah sakit, puskesmas, klinik, balai pengobatan dan sebagainya. Berdasarkan Kemenkes RI No.129/MENKES/SK/II/2008 menyatakan bahwa rumah sakit adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk memeberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. untuk mencapai mutu yang baik Rumah Sakit sebagai perusahaan jasa harus selalu meningkatkan mutu dengan berbagai cara diantaranya melakukan standar penilaian mutu.

Menurut Imbalo (2007), Mutu adalah gambaran total sifat suatu produk atau jasa pelayanan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk memberikan kebutuhan kepuasan. Salah satu untuk menentukan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah data atau informasi dari Rekam Medis yang baik dan lengkap. Permenkes No. 269/Menkes/ Per/XII/2008 mendefinisikan rekam medis sebagai berkas yang berisikan catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis mempunyai sifat yang sangat rahasia karena isi dari rekam medis merupakan data penting yang berisi tentang data pribadi, penyakit yang diderita, riwayat penyakit dan diagnosis lainnya. Rekam medis yang baik atau bermutu adalah rekam medis yang akurat, lengkap, terpercaya, valid, tepat waktu, dapat digunakan untuk kajian, seragam, dapat dibandingkan dengan standar yang disepakati diterapkan, terjamin kerahasiaannya, dan mudah diperoleh melalui sistem komunikasi antar yang berwenang.

Mutu rekam medis berperan sangat penting dalam mengemban mutu pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit. Rumah sakit dalam hal ini bertanggung jawab dalam menjaga kerahasiaan rekam medis yang didalamnya mencakup informasi pasien terhadap kemungkinan hilangnya keterangan ataupun pemalsuan data yang ada didalam rekam medis. Ketepatan waktu penyediaan dokumen rekam medis juga ditunjukkan dengan dijadikannya sebagai salah satu indikator kualitas pelayanan. Indikator mutu rekam medis yang masih belum terpenuhi dan menjadi permasalahan rekam medis di rumah sakit yaitu ketepatan waktu penyediaan dokumen rekam medis (Sailendra, 2015). Ketepatan waktu penyediaan dokumen rekam medis merupakan hal yang sangat penting karena berpengaruh terhadap proses pelayanan yang dilakukan petugas medis dan mempengaruhi kualitas mutu dari suatu pelayanan (Huffam, 1994).

Rekam medis yang telah diisi lengkap oleh pemberi pelayanan kesehatan selanjutnya akan diolah menjadi laporan kemudian akan disimpan ke ruang penyimpanan atau *filing*. *Filing* merupakan kegiatan menyimpan, penataan atau penyimpanan (storage) dokumen rekam medis untuk mempermudah pengambilan kembali (retrieval) (Butt & Run, 2010). Rekam medis disimpan dalam rak penyimpanan agar terjaga kerahasiaannya, terhindar dari kerusakan dan mempermudah petugas dalam pengambilan dan pengembalian rekam medis. Penyimpanan Rekam medis ada dua cara yaitu, sentralisasi dan desentralisasi. Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis seorang pasien dalam satu kesatuan folder baik dokumen rawat jalan, rawat inap, maupun unit gawat darurat, disimpan dalam satu folder dan satu rak penyimpanan. Sedangkan desentralisasi adalah sistem penyimpanan dengan memisahkan dokumen rekam medis antara rawat jalan, rawat inap dan unit gawat darurat terpisah dengan tempat, folder serta rak penyimpanan (Depkes, 2006).

Berdasarkan hasil observasi / studi pendahuluan di RSUD Pindad pada tanggal 12 Mei 2018 telah diidentifikasi adanya permasalahan yang dijumpai disana antara lain kondisi penyimpanan yang belum memenuhi standar ruang penyimpanan rekam medis, penyimpanan dokumen rekam medis terbagi dalam beberapa tempat yaitu menggunakan sistem penyimpanan desentralisasi, sistem penjenjarkannya menggunakan sistem penjenjangan *straight numerical filing system*, sering terjadinya duplikat nomor rekam medis dan miss file. Berdasarkan uraian diatas maka akan dilakukan penelitian tentang "Analisa Mutu Sistem Penyimpanan Dokumen Rekam Medis di RSUD Pindad Tahun 2018".

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian deskriptif yaitu metode yang berusaha memberikan gambaran secara tepat tentang gejala-gejala dari objek yang diteliti, sedangkan metode penelitian kuantitatif digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisa data bersifat kuantitatif, bertujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan (Creswell, 2010). Lokasi penelitian dilakukan di RSUD Pindad yang berada di sebelatimurmeslu PT Pindadpersero TurenKabupaten Malang tempatnya Jl. Semeru No. 1 KecamatanTurenKabupaten Malang.

Variabel penelitian ini adalah sistem penyimpanan dokumen rekam medis yang sesuai dengan teori deming (Wijono) 2000. Variable yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Man, Methode, Machine* dan *Material*. Berikut tabel 1.1 yang berisikan def nisi operasional variabel penelitian:

Tabel 1.1 Def nisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Def nisi	Cara Ukur
1.	<i>Man</i>	Faktor terpenting dari suatu pelaksanaan sistem untuk mencapai pelayanan kesehatan yang optimal adalah manusia. Dalam pengelolaan DRM sumber daya manusia adalah faktor yang sangat penting. Analisa Pekerjaan : <ul style="list-style-type: none"> • Diskusi Tugas • Spesif kasi Pekerjaan • Penilaian Tingkat Kesulitan Pekerjaan 	SDM <ul style="list-style-type: none"> • Kualitatif Diklat • Kuantitatif Jumlah SDM
2.	<i>Methode</i>	Methode yang tepat sangat membantu tugas-tugas seorang <i>filig</i> , sehingga akan lebih cepat dalam pelaksanaan sistem pelayanan yang ada di Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Sistem penyimpanan • Sistem penjajaran • SPO • Alur penyimpanan dokumen rekam medis.
3.	<i>Machine</i>	Alat yang digunakan manusia untuk melakukan suatu pekerjaan agar lebih cepat selesai dan sebagai penunjang sistem pelayanan yang ada di Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> • Komputer • Tracer • Jumlah rak yang tersedia • Jenis rak penyimpanan dokumen rekam medis
4.	<i>Material</i>	Fasilitas yang digunakan untuk menunjang tujuan dalam pelaksanaan sistem penyimpanan dokumen rekam medis	Map dokumen rekam medis

Instrumen dalam penelitian ini adalah wawancara dan observasi. Wawancara dilakukan kepada petugas petugasrekammedis di RSUD Pindad. Sedangkan observasi, langsung dilakukan pada ruang penyimpanan dokumen rekam medis yang terkait analisa mutu sistem penyimpanan dokumen rekam medis.

HASIL

Penelitian ini dilakukan pada siklus PDCA atau *Plan, Do, Check, Action* diperoleh sebagai berikut :

1. Siklus *Plan* (Merencanakan)

Tabel 1.2 Hasil Observasi Instrumen *PLAN*

No	Kategori	Uraian Observasi	Dokumen Bukti	Nilai
1.	Identif kasi Masalah	Sering terjadinya duplikat data rekam medis	Tidak ada dokumen bukti yang terkait dengan identif kasi masalah	0
2.	Fakta yang terjadi	Dari 50 dokumen rekam medis terdapat 2 yang terduplikasi nomor rekam medis setiap harinya	Tidak ada dokumen bukti yang terkait dengan fakta yang sudah terjadi	0
3.	Mencari penyebab masalah	Faktor yang mempengaruhi duplikasi data rekam medis berdasarkan unsur manajemen adalah <i>Man, metode, machine</i>	Tidak ada dokumen bukti	0
4.	Rencana perbaikan	Akan dilakukan perubahan sistem penyimpanan yaitu desentralisasi menjadi sentralisasi dan	Terdapat dokumen bukti yaitu notulen yang sudah diajukan ke direktur	1

No	Kategori	Uraian Observasi	Dokumen Bukti	Nilai
		sistem penjabaran dari <i>straight numerical f ling</i> menjadi <i>Terminal digit f ling system</i> yang mengacu pada PERMENKES No 55 Tahun 2013		
Nilai Kecapaian				1
Prosentase Ketercapaian				25%

Sumber : Observasi instrument Plan

Pada kategori identifikasi masalah di RSUD Pindad Turen terdapat identifikasi masalah yaitu sering terjadinya duplikat data rekam medis, namun tidak terdapat dokumen bukti dengan adanya masalah tersebut hanya bicara dari petugas *f ling* ke kepala rekam medis. Pada kategori fakta yang terjadi Kepala rekam medis melihat adanya fakta yang terjadi bahwa sering terjadinya duplikat dokumen rekam medis, selanjutnya kepala rekam medis merencanakan perbaikan, namun tidak ada dokumen bukti yang terkait dengan fakta yang sudah terjadi hanya membuat notulen dengan mengadakan rapat dan di serahkan kepada direktur. Pada kategori mencari penyebab masalah sering terjadinya duplikat data rekam medis berdasarkan unsur manajemen yaitu *Man, method dan machine*. Dimana man yaitu SDM yang ada di bagian *f ling* adalah lulusan SMA serta belum pernah mengikuti diklat atau pelatihan tentang rekam medis. Faktor yang kedua *method* yaitu SPO dimana petugas masih kurang tertib dalam melakukan tugasnya sesuai SPO yang ditetapkan, namun tidak ada dokumen bukti yang terkait dengan penyebab masalah yang sudah terjadi.

Pada kategori rencana perbaikan maka dari adanya permasalahan sering terjadinya duplikat data rekam medis, kepala rekam medis akan melakukan rencana perbaikan yaitu akan melakukan perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi menjadi sentralisasi dan sistem penjabaran dari *straight numerical f ling* menjadi *Terminal digit f ling system* yang mengacu pada PERMENKES No 55 Tahun 2013. Terdapat dokumen bukti berupa notulen yang sudah dalam proses pengajuan. Berdasarkan hasil observasi dari ke 4 kategori siklus *plan* telah didapatkan prosentase kecapaian sebesar 25% itupun hanya dilakukan pada kategori rencana perbaikan dimana dokumen bukti hanya berupa notulen.

2. Siklus *Do* (Melaksanakan), Penelitian ini dilakukan pada siklus *DO* diperoleh sebagai berikut :

Tabel 1.3 Hasil Observasi Instrumen *DO*

No	Kategori	Uraian Observasi	Dokumen Bukti	Nilai
1.	Pelaksanaan perencanaan	Perubahan sistem penyimpanan dan sistem penjabaran akan dilaksanakan pada Tahun 2018	Tidak terdapat dokumen bukti mengenai pelaksanaan perencanaan	0
Nilai Kecapaian				0
Prosentase ketercapaian				0%

Sumber : Observasi instrument *Do*

Pada kategori pelaksanaan perencanaan dimana fakta masalah yang terjadi maka kepala rekam medis akan melaksanakan perencanaan yaitu perubahan sistem penyimpanan dan sistem penjabaran yang akan dilaksanakan Tahun 2018 dimana sudah diajukan kepada direktur berupa notulen pada bulan juli 2018, namun tidak terdapat dokumen bukti yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan. Berdasarkan hasil observasi siklus *dotelah* didapatkan prosentase ketercapaian sebesar 0% pada kategori pelaksanaan perencanaan akan dilakukan perubahan sistem penyimpanan namun tidak ada dokumen bukti.

3. **Siklus Check (Memeriksa), Penelitian ini dilakukan pada siklus Check diperoleh sebagai berikut:**

Tabel 1.4 Hasil Observasi Instrumen Check

No	Kategori	Uraian Observasi	Dokumen Bukti	Nilai
1.	memeriksa atau menilai apakah hasilnya sesuai dengan rencana atau yang diharapkan	Masih belum ada hasil dikarenakan masih dalam proses pengajuan	Tidak terdapat dokumen bukti berupa kerangka acuan program atau proposal	0
Nilai Kecapaian				0
Prosentase ketercapaian				0%

Sumber : *Observasi instrument Check*

Pada kategori memeriksa atau menilai apakah hasilnya sesuai rencana atau yang diharapkan masih belum ada hasil dikarenakan masih dalam proses pengajuan yang berupa notulen, namun tidak terdapat dokumen bukti yang berupa kerangka acuan program atau proposal kegiatan. Berdasarkan hasil identifikasi dari siklus *Check* telah didapatkan prosentase ketercapaian sebesar 0% yaitu tidak dilakukan pada kategori memeriksa atau menilai apakah hasilnya sesuai yang diharapkan.

4. **Siklus Act (Menindak), Penelitian ini dilakukan pada siklus Act diperoleh sebagai berikut :**

Tabel 4.9 Hasil Observasi Instrumen Act

No	Kategori	Uraian Observasi	Dokumen Bukti	Nilai
1.	Standarisasi, mempertahankan hasil pencapaian yang diperoleh	Fakta yang mengacu pada Akreditasi	Tidak terdapat dokumen bukti berupa kerangka acuan program	0
Nilai Kecapaian				0
Prosentase ketercapaian				0%

Sumber : *Observasi instrument Act*

Berdasarkan hasil observasi dari identifikasi *Act* untuk mempertahankan hasil pencapaian yang diperoleh dimana akan ada perubahan sistem penyimpanan dan sistem penjabaran adalah berpaku pada Akreditasi dan sesuai fakta masalah yang sudah terjadi, namun tidak ada dokumen bukti berupa kerangka acuan program. Berdasarkan hasil observasi dari identifikasi siklus *Act*, telah didapatkan prosentase ketercapaian sebesar 0% tidak dilakukan standarisasi, mempertahankan hasil pencapaian yang diperoleh.

PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan pada variabel sistem penyimpanan dokumen rekam medis yaitu *Man, Methode, Material, dan Machine*.

1. Identifikasi *Man*, Berdasarkan data dari identifikasi *man* secara kuantitatif terdapat 12 petugas yaitu lulusan D3 RMIK 2 orang, lulusan SMA 10 orang dan lulusan S1 1 orang sudah cukup. Hal ini sesuai yang dijelaskan Budi (2011) untuk menjalankan pekerjaan di rekam medis diperlukan sumber daya manusia yang memenuhi kompetensi perekam medis. Seorang profesi perekam medis merupakan lulusan dari program diploma 3 pendidikan rekam medis dan informasi kesehatan. Profesi perekam medis harus menguasai kompetensinya sebagai seorang perekam medis. Kompetensi pokok meliputi 5 hal, yaitu Klarifikasi & kodifikasi Penyakit/Tindakan, Aspek Hukum Rekam Medis & Etika Profesi, Manajemen Rekam Medis & Informasi Kesehatan, Menjaga dan Meningkatkan Mutu Rekam Medis & Informasi Kesehatan, Statistik Kesehatan. Sedangkan untuk kompetensi pendukung meliputi 2 hal, yaitu Kemitraan Kesehatan dan Manajemen Unit Kerja Rekam Medis.

Secara kualitatif petugas di bagian rekam medis belum pernah melaksanakan diklat tentang rekam

medis atau manajemen rekam medis dasar. Hal ini tidak sesuai yang dijelaskan Wijono (2000) pada dimensi mutu pelayanan kesehatan. Mutu merupakan fenomena yang komprehensif dan multifacet. Kegiatan menjaga mutu dapat menyangkut satu atau beberapa dimensi seperti berikut :

- a) Kompetensi teknis terkait dengan keterampilan, kemampuan dan penampilan petugas, manajer, dan staf pendukung. Kompetensi teknis berhubungan dengan bagaimana cara petugas mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam hal: dapat dipertanggung jawabkan atau diandalkan (*dependability*), ketepatan (*accuracy*), dan konsistensi (*consistency*). Dimensi ini relevan untuk pelayanan klinis maupun non-klinis.
- b) Efisiensi pelayanan kesehatan merupakan dimensi yang penting dari mutu karena efisiensi akan mempengaruhi hasil pelayanan kesehatan, apalagi sumber daya pelayanan kesehatan pada umumnya terbatas.

Berdasarkan analisa dari identifikasi *man* secara kuantitatif di RSUD Pindad sudah memenuhi kebutuhan kerja. Namun secara kualitatif petugas rekam medis di RSUD Pindad Turen belum pernah mengikuti pelatihan atau diklat rekam medis atau manajemen rekam medis dasar. Sehingga perlu dilakukan pelatihan atau diklat tentang rekam medis manajemen dasar.

2. Identifikasi *Method*, Berdasarkan hasil observasi dari identifikasi *method* di RSUD Pindad Turen sistem penyimpanan menggunakan desentralisasi, sistem penjurusan menggunakan *straight numerical filing system*. Sedangkan secara teori cara sistem sentralisasi dengan penjurusan sistem nomor akhir (*terminal digit filing system*) lebih baik dari pada cara sistem desentralisasi dan sistem nomor langsung, tetapi pada pelaksanaannya sangat tergantung pada situasi dan kondisi masing-masing rumah sakit. Hal-hal yang dapat mempengaruhi yang berkaitan dengan situasi dan kondisi antara lain karena terbatasnya tenaga yang terampil, khususnya yang menangani pengelolaan rekam medis dan kemampuan dana Rumah Sakit (Depkes, 2006). Di RSUD Pindad Turen sudah terdapat SPO yang berhubungan dengan sistem penyimpanan dokumen rekam medis. Hal ini dijelaskan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran BAB I pasal 1 ayat 10 Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standar Prosedur Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Berdasarkan hasil wawancara di RSUD Pindad terdapat alur penyimpanan dokumen rekam medis namun pada saat observasi tidak terdapat alur penyimpanan dokumen rekam medis secara tertulis atau SPO kebijakan alur. Hal tersebut tidak sesuai dengan Wijono (2000) yang menyatakan Kebijakan dan prosedur harus tersedia secara tertulis yang mencerminkan pengelolaan unit rekam medis dan menjadi acuan bagi staf rekam medis yang bertugas. Berdasarkan analisa dari identifikasi *method* maka perlu adanya perubahan sistem penyimpanan yaitu dari sistem penyimpanan desentralisasi menjadi sistem penyimpanan sentralisasi dan sistem penjurusan dari sistem *straight numerical filing system* menjadi *terminal digit filing system* karena secara teori itu lebih baik. SPO sistem penyimpanan di RSUD Pindad Turen sudah memenuhi standar, namun harus ada kebijakan tentang SPO Alur penyimpanan dokumen rekam medis agar semua petugas paham.

3. Identifikasi *Machine*, Berdasarkan hasil observasi di RSUD Pindad tracer hanya digunakan pada pengambilan dokumen rekam medis rawat jalan dengan jumlah tracer 100 dikatakan kurang karena jumlah pasien rata-rata perhari 250. Menurut WHO (2017) tracer atau petunjuk keluar digunakan untuk memastikan bahwa dokumen rekam medis setiap dipindah dari rak penyimpanan untuk tujuan apapun, harus diganti dengan tracer atau petunjuk keluar, yang menunjukkan bahwa dokumen rekam medis telah keluar dari rak penyimpanan. Tracer atau petunjuk keluar juga disebut dengan outguide di banyak negara. Tracer atau *outguide* mempermudah untuk menelusuri dokumen rekam medis bila tidak ada di rak penyimpanan. Tracer sebaiknya juga digunakan untuk pengambilan dokumen rekam medis rawat inap dan perlu adanya penambahan tracer untuk memudahkan mengidentifikasi rekam medis yang telah keluar dari rak penyimpanan. Berdasarkan analisa dari identifikasi *machine* di RSUD Pindad Turen terdapat 4 komputer sudah cukup. Terdapat 4 rak penyimpanan dokumen rekam medis berbahan besi yaitu 2 rak untuk rawat jalan dan 2 rak untuk rawat inap. Jumlah rak penyimpanan kurang karena terdapat dokumen rekam medis yang tercecer.

Menurut Budi (2011) alat penyimpanan dokumen rekam medis yaitu alat penyimpanan yang baik, pengaturan suhu, pemeliharaan ruangan, penelitian terhadap faktor keselamatan dan keamanan dokumen rekam medis, bagi suatu ruang penyimpanan rekam medis sangat membantu memelihara dan mendorong produktivitas pegawai-pegawai yang bekerja. Ruang penyimpanan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Untuk suhu udara diruang penyimpanan rekam medis berkisar antara 18-28 °C sedangkan kelembaban 50% - 65% karena Indonesia Negara tropis. Pemasangan AC juga bias mengurangi banyaknya debu.
2. Pencahayaan adalah jumlah penyinaran pada suatu bidang kerja yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan secara efektif.
3. Ruangan hendaknya terhindar dari serangan hama, perusak atau pemakan kertas arsip, antar lain jamur,rayap, ngengat.
4. Ruangan penyimpanan dokumen rekam medis sebaiknya terpisah dari ruangan kantor lain untuk menjaga keamanan.
5. Alat penyimpanan dokumen rekam medis yang umum dipakai adalah rak terbuka (*open self file unit*), dan *roll o'pack* yang berbahan kayu atau besi.
6. Jarak antar dua buah untuk lalu lalang, dianjurkan selebar 90cm.

Berdasarkan analisa dari identifikasi *Machine* maka perlu penambahan jumlah tracer sebanyak 200 tracer Karena dengan pasien rata-rata perhari 250-300, untuk penggunaan tracer sebaiknya digunakan untuk mengambil dokumen rekam medis rawat inap. Di RSUD Pindad turen sebaiknya ada penambahan jumlah rak agar dokumen rekam medis tidak tercecer

4. Identifikasi *Material*, Berdasarkan hasil observasi di RSUD Pindad Turen dari ke 4 kategori ada 3 kategori yang sudah memenuhi standar dan hanya satu kategori yang tidak memenuhi standar yaitu dokumen rekam medis rawat jalan tidak menggunakan map. Hal ini dijelaskan oleh Budi (2011) berkas rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka setiap lembar formulir berkas rekam medis harus dilindungi dengan cara dimasukkan ke dalam folder atau map sehingga setiap folder berisi data dan informasi hasil pelayanan yang diperoleh pasien secara individu (bukan kelompok atau keluarga). Untuk perlakuan penyimpanan berkas rekam medis berbeda dengan penyimpanan folder atau map perkantoran. Tujuan penyimpanan dokumen rekam medis adalah untuk mempermudah dan mempercepat ditemukan kembali berkas rekam medis yang disimpan dalam rak *file*, mudah mengambil dari tempat penyimpanan, mudah pengembaliannya, melindungi berkas rekam medis dari bahaya pencurian, bahaya kerusakan fisik, kimiawi dan biologi. Berdasarkan analisa dari identifikasi *Material* maka dokumen rekam medis rawat jalan harus menggunakan map karena dokumen rekam medis berisi data individual yang bersifat rahasia, maka dengan menggunakan map untuk menjaga kerahasiaan pasien.

Penelitian ini juga dilakukan pada siklus PDCA atau Plan, Do, Check, Act diperoleh sebagai berikut :

1. Siklus *Plan* (Merenanakan), Berdasarkan observasi dari ke 4 kategori siklus *plan* telah didapatkan prosentase pencapaian sebesar 25% itupun hanya dilakukan pada kategori rencana perbaikan dimana dokumen bukti hanya berupa notulen. Hal ini dijelaskan oleh Deming dalam Wijono (2000) Perencanaan ini dilakukan untuk mengidentifikasi sasaran dan proses dengan mencari tahu hal-hal apa saja yang tidak beres kemudian mencari solusi atau ide-ide untuk memecahkan masalah ini. Tahapan yang perlu diperhatikan, antara lain: mengidentifikasi pelayanan jasa, harapan, dan kepuasan pelanggan untuk memberikan hasil yang sesuai dengan spesifikasi. Kemudian mendeskripsikan proses dari awal hingga akhir yang akan dilakukan. Memfokuskan pada peluang peningkatan mutu (pilih salah satu permasalahan yang akan diselesaikan terlebih dahulu). Identifikasi akar penyebab masalah. Meletakkan sasaran dan proses yang dibutuhkan untuk memberikan hasil yang sesuai dengan spesifikasi. Berdasarkan analisa dari siklus *Plan* maka untuk ke 4 kategori harus ada dokumen bukti yang berupa kerangka acuan program atau proposal untuk memberikan hasil yang sesuai dengan spesifikasi.
2. Siklus *Do* (Melaksanakan), Berdasarkan identifikasi pada kategori pelaksanaan perencanaan akan dilakukan perubahan sistem penyimpanan, namun tidak ada dokumen bukti maka siklus *do* telah didapatkan prosentase ketercapaian sebesar 0%. Hal tersebut tidak sesuai dengan Deming dalam Wijono (2000) Melakukan perencanaan PROSES yang telah ditetapkan sebelumnya. Ukuran-ukuran proses ini juga telah ditetapkan dalam tahap *PLAN*. Dalam konsep *DO* ini kita harus

benar-benar menghindari penundaan, semakin kita menunda pekerjaan maka waktu kita semakin terbuang dan yang pasti pekerjaan akan bertambah banyak. Berdasarkan analisa dari siklus *Do* maka dalam melaksanakan perencanaan perubahan sistem penyimpanan dan sistem penjaminan harus ada dokumen bukti berupa proposal yang diajukan ke Direktur serta dilakukan rapat dan dilaksanakan oleh seluruh staf rekam medis.

3. Siklus *Check* (Memeriksa), Pada kategori memeriksa atau menilai apakah hasilnya sesuai rencana atau yang diharapkan masih belum ada hasil dikarenakan masih dalam proses pengajuan yang berupa notulen, namun tidak terdapat dokumen bukti yang berupa kerangka acuan program atau proposal kegiatan. Berdasarkan hasil identifikasi dari siklus *Check* telah didapatkan prosentase ketercapaian sebesar 0%. Hal tersebut tidak sesuai dengan Deming dalam Wijono (2000) melakukan evaluasi terhadap SASARAN dan PROSES serta melaporkan apa saja hasilnya. Kita mengecek kembali apa yang sudah kita kerjakan, sudahkah sesuai dengan standar yang ada atau masih ada kekurangan. Teknik yang digunakan adalah observasi dan survei. Apabila masih menemukan kelemahan-kelemahan, maka disusunlah rencana perbaikan untuk dilaksanakan selanjutnya. Jika gagal, maka cari pelaksanaan lain, namun jika berhasil, dilakukan rutinitas. Berdasarkan analisa dari siklus *check*, maka kepala rekam medis harus mengecek kembali notulen yang diajukan pada bulan juli 2018 apakah akan ada tindak selanjutnya yaitu dengan melakukan perubahan sistem penyimpanan dan sistem penjaminan yang mengacu pada PERMENKES No 55 Tahun 2013.
4. Siklus *Act* (Menindak), Berdasarkan hasil identifikasi *Act* untuk mempertahankan hasil pencapaian yang diperoleh dimana akan ada perubahan sistem penyimpanan dan sistem penjaminan adalah berpacu pada Akreditasi dan sesuai fakta masalah yang sudah terjadi, namun tidak ada dokumen bukti berupa kerangka acuan program. Telah didapatkan prosentase ketercapaian sebesar 0%. Hal tersebut tidak sesuai dengan Deming dalam Wijono (2000) melakukan evaluasi total terhadap hasil SASARAN dan PROSES dan menindaklanjuti dengan perbaikan-perbaikan. Jika ternyata apa yang telah kita kerjakan masih ada yang kurang atau belum sempurna, segera melakukan action untuk memperbaikinya. Proses *ACT* ini sangat penting artinya sebelum kita melangkah lebih jauh ke proses perbaikan selanjutnya. Menindaklanjuti hasil berarti melakukan standarisasi perubahan, seperti mempertimbangkan area mana saja yang mungkin diterapkan, merevisi proses yang sudah diperbaiki, melakukan modifikasi standar, prosedur dan kebijakan yang ada, mengkomunikasikan kepada seluruh staf, pelanggan dan supplier atas perubahan yang dilakukan apabila diperlukan, mengembangkan rencana yang jelas, dan mendokumentasikan proyek. Selain itu, juga perlu memonitor perubahan dengan melakukan pengukuran dan pengendalian proses secara teratur. Berdasarkan analisa dari siklus *Act*, kepala rekam medis harus mempertahankan adanya perubahan sistem penyimpanan dari desentralisasi menjadi sistem penyimpanan sentralisasi dan perubahan sistem penjaminan dari sistem *straight numerical filing system* menjadi *terminal digit filing system* dengan membuat dokumen bukti berupa kerangka acuan program yang mengacu pada Akreditasi. Maka dari keempat proses diatas, *Plan-Do-Check-Act (PDCA)* yang telah dilakukan pada siklus *Plan* itupun hanya pada kategori rencana perbaikan yang berupa notulen dengan ketercapaian prosentase 25%. Hal tersebut tidak sesuai dengan Deming dalam Wijono (2000) Keempat proses di atas, *Plan-Do-Check-Act (PDCA)* merupakan satu siklus yang tidak terputus dan saling berinteraksi satu sama lain. Siklus PDCA sudah seharusnya digunakan untuk meningkatkan sistem manajemen mutu (kinerja organisasi) secara terus menerus. Jadi PDCA merupakan proses yang kontinu dan berkesinambungan. Jika produk sudah sesuai dengan mutu yang direncanakan maka proses tersebut dapat dipergunakan di masa mendatang. Sebaliknya, jika hasilnya belum sesuai dengan yang direncanakan, maka prosedur tersebut harus diperbaiki atau diganti di masa mendatang. Dengan demikian, proses sesungguhnya tidak berakhir pada langkah *Do*, tetapi merupakan proses yang kontinu dan berkesinambungan sehingga kembali lagi pada langkah pertama dan seterusnya.

Berdasarkan hasil observasi keseluruhan dari analisa mutu sistem penyimpanan dokumen rekam medis telah didapatkan ketercapaian prosentase 25% itupun hanya dilakukan pada siklus *Plan*, Oleh karena itu Rumah sakit harus menggunakan pendekatan P-D-C-A untuk meningkatkan sistem manajemen mutu (kinerja organisasi) secara terus menerus dan meningkatkan mutu pelayanan dalam penyimpanan dokumen rekam medis. Maka harus membuat dokumen bukti yang berupa kerangka acuan program atau proposal.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan terhadap analisa mutu sistem penyimpanan dokumen rekam medis di RSUD Pindad Turen Tahun 2018 dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- Pada identifikasi *man, metode, material* dan *machine* di RSUD Pindad Turen sistem penyimpanan dokumen rekam medis belum melakukan pekerjaan secara optimal. Seperti dokumen rekam medis rawat jalan tidak menggunakan map dan SDM belum pernah melakukan diklat atau pelatihan tentang manajemen rekam medis dasar.
- Hasil keseluruhan dari analisa mutu sistem penyimpanan dokumen rekam medis di RSUD Pindad Turen didapatkan keterlaksanaan 25% yang hanya dilakukan pada siklus *Plan* yaitu pada kategori rencana perbaikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, S. C. (2011). *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Quantum Sinergis Media. Yogyakarta
- Butt MM & de Run EC. (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *Int J Health Care Qual Assur.* 23 (7) : 65-73.
- Creswell, J. W. (2010). *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. PT Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Depkes, RI. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia (Revisi II)*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Hartatik, Indah Puji. 2014. *Buku Pintar Membuat SOP (Standar Operasional Prosedur)*. Yogyakarta : Flashbooks.
- Hatta, G. (2012). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Edisi Revisi 2. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta
- Huffman, E. (1994). *Health Information Management Tenth Edition Illionis*. Phycian Record Company. New York-USA
- Imbalo, P. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan. Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- KEPMENKES RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. (n.d.).
- Nurullah. (2012). Perancangan Dan Pembuatan Sistem Informasi Akuntansi Pada STMIK U'BUDIYAH menggunakan VB.NET. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*. 4(2) : 78-88.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147 / MENKES / PER / I / 2010 tentang Rumah Sakit. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 / MENKES / PER / III / 2008 tentang rekam medis . Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512 / MENKES / PER / IV / 2007 tentang Pelaksanaan Praktik Kedokteran . Departemen Kesehatan RI. Jakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 55 / MENKES / PER / III / 2013 tentang rekam medis . Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Sailendra, Annie. 2015. *Langkah-langkah Praktis Membuat SOP*. Yogyakarta : Trans Idea Publishing.
- World Health Organization. (2017). *Medical Records Manual, A Guide for Developing Countries*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data.

EFEKTIVITAS KEBIJAKAN RUMAH SAKIT BHAYANGKARA POLDA DIY DILIHAT DARI GRAFIK BARBER JOHNSON

¹Vety Cahyati, ²Hendra Rohman, ³Else Prihatinsi Nurcahyati

¹Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, vetycahyati1@gmail.com

²Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, hendrarohman@mail.ugm.ac.id,

³Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, elseprihatinsi@gmail.com

ABSTRAK

Perhitungan efisiensi penggunaan tempat tidur dihitung menggunakan parameter Barber Johnson yaitu BOR, LOS, TOI, dan BTO. Indikator digunakan untuk mengetahui tingkat efektivitas kebijakan rumah sakit. Data yang diperoleh dari Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY, letak keempat titik parameter berada di luar daerah efisien. Tujuan penelitian untuk mengetahui tingkat efektivitas kebijakan rumah sakit dilihat dari grafik Barber Johnson tahun 2016 dan 2017. Jenis penelitian deskriptif kualitatif dengan rancangan case study. Subjek penelitian petugas pelaporan, petugas bangsal rawat inap, dan pimpinan rumah sakit, objek penelitian menggunakan kebijakan rumah sakit dan data statistik tahun 2016 dan 2017. Hasil penelitian menunjukkan indikator rawat inap di rumah sakit tahun 2016 dan 2017 menunjukkan bahwa nilai BOR tahun 2016 33,17%, LOS 3,5 hari, TOI 7,1 hari, BTO 34,6 kali dan tahun 2017 nilai BOR 47,7%, LOS 3,4 hari, TOI 3,8 hari, BTO 50,6 kali. Kebijakan pelayanan rawat inap di rumah sakit berupa input data pasien secara realtime dan kebijakan pemberlakuan SIMRS. Dilihat dari kebijakan sumber daya manusia, sarana prasarana dan sistem terdapat kekurangan. Penyebab penetapan kebijakan terkait efisiensi disebabkan nilai BOR rendah. Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY melakukan pemerataan bed bangsal rawat inap, penambahan peralatan kesehatan yang lebih mutakhir, dan petugas rekam medis ikut sertakan dalam kegiatan pelatihan dan seminar.

Kata kunci: Efisiensi, Kebijakan, Rekam Medis

ABSTRACT

Calculation of efficiency use of beds was calculated using Barber Johnson parameters, namely BOR, LOS, TOI, and BTO. Indicators were used to determine the level of effectiveness of hospital policies. Data obtained from Bhayangkara Polda DIY Hospital, the location of the four parameter points was outside the efficient area. The research objective was to determine the effectiveness of hospital policies seen from Barber Johnson charts in 2016 and 2017. The type of study was qualitative descriptive with a case study design. The research subjects were reporting officers, inpatient ward officers, and hospital leaders, the object of the study used hospital policies and statistical data in 2016 and 2017. The results of the study showed indicators of hospitalizations in hospitals in 2016 and 2017 showed that the 2016 BOR score was 33, 17%, LOS 3.5 days, TOI 7.1 days, BTO 34.6 times and 2017 BOR value 47.7%, LOS 3.4 days, TOI 3.8 days, BTO 50.6 times. The inpatient service policy in the hospital was in the form of realtime patient data input and SIMRS implementation policy. Judging from human resource policies, prsarana facilities and systems have deficiencies. The cause of policy setting related to efficiency is due to a low BOR value. The Bhayangkara Polda DIY Hospital conducted equal distribution of hospitalization beds, the addition of more up-to-date medical equipment, and medical records officers were included in training and seminar activities.

Keywords: Efficiency, Policy, Medical Record

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit termasuk kegiatan rawat inap (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44, 2009). Kegiatan pencatatan dan pelaporan wajib dilakukan dikarenakan kegiatan rawat inap memiliki peran penting

dalam pengelolaan rumah sakit. Hal ini dikarenakan sebagian besar pendapatan rumah sakit berasal dari pelayanan unit rawat inap. Untuk itu, pengelolaan tempat tidur perlu mendapat perhatian besar dari manajemen rumah sakit karena sebagai tempat perawatan pasien, sehingga perlu diatur guna memperoleh ef siensi penggunaannya (Indriani *et al.*, 2014).

Pelaporan rumah sakit digunakan untuk menghasilkan informasi kesehatan yang cepat, tepat dan akurat. Pelaporan dibedakan menjadi dua kelompok yaitu laporan internal dan laporan eksternal. Laporan internal disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit sedangkan laporan eksternal ditujukan kepada pihak luar seperti Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Dinas Kesehatan Dati I atau Provinsi dan Dinas Kesehatan Dati II atau Kabupaten/Kota (Rustiyanto, 2010). Laporan rumah sakit digunakan untuk mengetahui tolak ukur tingkat efektivitas rumah sakit dari suatu kebijakan yang telah ditetapkan dalam pelayanan rumah sakit.

Rumah sakit memiliki kebijakan yang secara umum sangat berperan dalam menunjang pelayanan rumah sakit yang baik dan berkualitas. Graf k *Barber Johnson* bermanfaat untuk membandingkan tingkat ef siensi penggunaan tempat tidur dari waktu ke waktu dalam periode tertentu, memonitor perkembangan pencapaian target ef siensi penggunaan tempat tidur dan membandingkan tingkat ef siensi penggunaan tempat tidur antar unit (antar bangsal di rumah sakit) dalam periode tertentu serta memantau dampak dari suatu penerapan kebijakan terhadap ef siensi penggunaan tempat tidur (Sudra, 2010).

Tingkat efektivitas kebijakan rumah sakit dapat dilihat dari graf k *Barber Johnson*. Graf k ini memiliki empat parameter untuk menyajikan hasil perhitungan dalam pengelolaan data di rumah sakit. Parameter tersebut adalah *Bed Occupancy Rate (BOR)*, *Average Length Of Stay (AvLOS)*, *Bed Turn Over (BTO)*, dan *Turn Over Interval (TOI)*. Perhitungan empat parameter tersebut sangat diperlukan untuk mengukur tingkat ef siensi penggunaan tempat tidur rumah sakit.

Data statistik Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY didapatkan untuk tahun 2015 adalah BOR 33,73%, LOS 3,2 hari, TOI 5,9 hari dan BTO 40 kali. Pada sistem pelayanan dan pengelolaan rawat inap terjadi suatu permasalahan yang berkaitan dengan penggunaan tempat tidur dan kebijakan yang ada di rumah sakit tersebut, serta masyarakat tidak banyak yang berkunjung untuk melakukan pemeriksaan rawat jalan, rawat inap maupun rawat darurat. Dampak dari permasalahan tersebut adalah penggunaan tempat tidur rawat inap rumah sakit pada tahun 2015 menjadi rendah karena pasien memilih rumah sakit lain yang memiliki fasilitas dan pelayanan lebih baik. Oleh karena itu, peneliti bermaksud melakukan penelitian mendalam terkait permasalahan tersebut pada dua tahun terakhir yaitu tahun 2016 dan 2017.

METODE

Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Rancangan penelitian menggunakan studi kasus (*case study*). penelitian ini dilakukan pada bagian Instalasi Rekam Medis Urusan Pelaporan Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY. Subjek dalam penelitian ini adalah pimpinan rumah sakit, petugas rekam medis urusan pelaporan, dan petugas bangsal rawat inap. Objek dalam penelitian ini adalah kebijakan rumah sakit dan data statistik tahun 2016 dan 2017. Penelitian ini menggunakan triangulasi sumber yaitu Pimpinan Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY untuk mendapatkan sumber data yang lebih tepat dan akurat.

HASIL

Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY melakukan pengelolaan dan perhitungan rekapitulasi sensus harian rawat inap secara manual, belum terkomputerisasi, walaupun secara sistem pengelolaan secara umum sudah menggunakan SIM RS. Pada sistem manual tersebut proses pelaksanaan perhitungan rekapitulasi sensus harian rawat inap dan penghitungan keempat indikator menjadi sangat sulit, serta membutuhkan waktu yang lama dalam proses perhitungan dan pengolahannya.

Pelaksanaan sensus harian rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY sudah dilakukan secara rutin setiap hari. Penghitungan sensus harian rawat inap menghasilkan empat indikator rawat inap yang digunakan untuk menentukan ef siensi penggunaan tempat tidur yang berperan penting bagi pelaporan dan bahan evaluasi Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY. Indikator ef siensi pengelolaan tempat tidur diukur menggunakan Graf k *Barber Johnson* dengan empat parameter yaitu *Bed Occupancy Rate (BOR)*,

Length Of Stay (LOS), *Turn Over Interval (TOI)*, dan *BedTurn Over (BTO)*. Data BOR, LOS, TOI dan BTO tersebut merupakan data sekunder yang sudah diolah di bagian rekam medis urusan pelaporan Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY.

Tabel 1. Performance Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY Tahun 2016 dan 2017

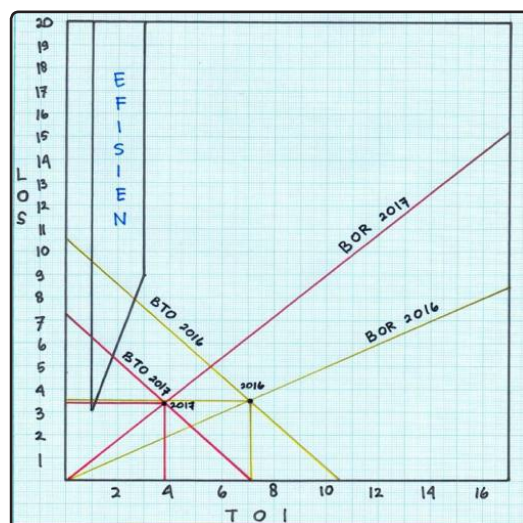
No	Parameter Graf k Barber Johnson	2016	2017	Nilai Ideal
1	Bed Occupancy Ratio (BOR)	33,17%	47,7 %	75-85%
2	Length Of Stay (LOS)	3,5 hari	3,4 hari	3-12 hari
3	Turn Over Interval (TOI)	7,1 hari	3,8 hari	1-3 hari
4	Bed Turn Over (BTO)	34,6 kali	50,6 kali	>30 kali

Sumber: Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY

Berdasarkan data *performance* tersebut, berikut gambaran graf k *Barber Johnson* untuk mengetahui efisiensi pengelolaan tempat tidur Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY tahun 2016 dan 2017. Graf k *Barber Johnson* di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY masih belum dimanfaatkan secara maksimal karena pembuatan graf k *Barber Johnson* masih manual dan dibuat apabila ada permintaan dari pihak manajemen atau pihak luar rumah sakit.

Berdasarkan tabel *performance* parameter efisiensi pelayanan rawat inap, nilai BOR tahun 2016 sebesar 33,17% dan tahun 2017 sebesar 47,7%. Nilai BOR dari tahun 2016 ke 2017 terjadi peningkatan sebesar 14,53%, artinya penggunaan tempat tidur di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY belum efisien, karena nilai ideal BOR adalah 75-85%. Namun nilai BOR sudah mengarah ke daerah efisien. Nilai LOS tahun 2016 sebesar 3,5 hari dan tahun 2017 sebesar 3,4 hari, artinya rata-rata jumlah hari pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY sudah efisien, karena nilai ideal LOS adalah 3-12 hari. Nilai TOI tahun 2016 sebesar 7,1 hari dan tahun 2017 sebesar 3,8 hari, artinya rata-rata tempat tidur kosong terjadi penurunan sebesar 3,3 hari, sehingga nilai TOI tersebut belum efisien, karena nilai ideal TOI adalah 1-3 hari. Nilai BTO tahun 2016 sebesar 34,6 kali dan tahun 2017 sebesar 50,6 kali, artinya pemakaian tempat tidur dalam satu periode terjadi peningkatan sebesar 16 kali. Nilai BTO tersebut sudah efisien karena nilai ideal BTO adalah lebih dari 30 kali. Dilihat dari keempat parameter tersebut, apabila digambarkan dengan graf k *Barber Johnson* maka akan menunjukkan suatu pergeseran titik graf k *Barber Johnson* ke arah positif pada daerah efisien.

Graf k *Barber Johnson* merupakan suatu graf k yang secara visual dapat menyajikan dengan jelas tingkat efisiensi dari segi mutu pelayanan medis dan pendayagunaan sarana yang ada. Suatu usaha untuk mendayagunakan statistik rumah sakit dalam rangka memenuhi kebutuhan manajemen tentang indikator efisiensi pengelolaan rumah sakit.



Gambar 1. Graf k Barber Johnson Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY

Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY terdapat dua kebijakan tentang pengelolaan dan pelayanan rawat inap. Kebijakan tersebut yaitu kebijakan *input* pasien rawat inap secara *realtime* dan kebijakan pemberlakuan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pelayanan rawat inap. Kebijakan *input* pasien rawat inap secara *realtime* ini berupa surat edaran yang dibuat sesuai dengan keadaan dan waktu yang ditetapkan untuk meningkatkan pelayanan rawat inap terhadap pasien serta membantu proses klaim BPJS pasien rawat inap. Sedangkan kebijakan tentang pengelolaan dan pelayanan ini sangat bermanfaat bagi tenaga kesehatan dalam melakukan proses registrasi pasien rawat inap mulai dari penerimaan pasien hingga pasien pulang. Dengan adanya SIMRS maka registrasi pasien rawat inap lebih efisien dan dapat meminimalisir nota.

Ditinjau dari segi kualitas rumah sakit, ada 3 macam faktor yang berkaitan dengan kebijakan di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY, yaitu faktor yang berkaitan dengan sumber daya manusia, sarana dan prasarana dan sistem. Sumber daya manusia yaitu petugas rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY memiliki 7 petugas. Petugas dengan latar belakang pendidikan terakhir D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sebanyak 2 petugas, D3 Administrasi Rumah Sakit sebanyak 2 petugas, Sarjana Kesehatan Masyarakat sebanyak 2 petugas. Pada tahun 2017 Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY mengikutkan petugas rekam medis dalam kegiatan pelatihan/seminar/*workshop* sebanyak 3 kali. Namun tidak semua petugas rekam medis, hanya perwakilan dari beberapa petugas saja. Kegiatan tersebut yaitu pelatihan bimtek kredensial profesi rekam medis dan informasi kesehatan tahun 2017, rencana dan laporan kegiatan seminar nasional rekam medis dan informasi kesehatan di Rumah Sakit Bethesda tahun 2018, dan kegiatan *workshop* akreditasi SNARS. Pada kebijakan yang terkait faktor sarana dan prasarana, Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY setiap satu tahun selalu dilakukan perbaikan alat kesehatan, seperti alat kimia analiser, *CT-Scan*, *USG*, *rontgen*, perbaikan ambulan secara rutin, renovasi dan penambahan gedung sesuai anggaran rumah sakit. Namun, pemerataan *bed* rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY tidak sesuai dengan keadaan pasien rawat inap. Hal ini dikarenakan pasien lebih banyak memilih kelas 1 dan 2, sedangkan bangsal rawat inap kelas 1 dan 2 dalam penyediaan *bed* masih terbatas daripada bangsal rawat inap kelas 3. Faktor sistem, petugas rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY melakukan pekerjaan sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan, seperti standar operasional penerimaan pasien, pengolahan dan pelaporan rumah sakit dan standar operasional lainnya.

Di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY, dalam penetapan kebijakan efisiensi, dilihat dari beberapa faktor penyebab, salah satunya yaitu nilai BOR yang setiap tahun selalu rendah. Hal tersebut diakibatkan oleh keterbatasan *bed* yang menyebabkan pemerataan *bed* yang tidak sesuai permintaan pasien rawat inap di kelas 1 dan 2 mengakibatkan BOR menjadi turun. *Bed* di kelas 3 lebih banyak daripada kelas 1 dan 2 sedangkan pasien lebih memilih bangsal rawat inap kelas 1 dan 2. Keterbatasan alat kesehatan yang canggih yang menyebabkan penyediaan alat kesehatan yang terbatas mengakibatkan pasien yang membutuhkan peralatan kesehatan khusus dan canggih harus dirujuk ke rumah sakit lain yang menyediakan peralatan kesehatan yang memadai sehingga hal ini mempengaruhi nilai BOR, dan kurangnya promosi rumah sakit, dikarenakan kegiatan promosi Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY masih belum dilakukan secara maksimal, meskipun sudah ada jejaring antara tenaga kesehatan dan masyarakat. Hal ini juga mempengaruhi nilai BOR karena masyarakat masih mempertimbangkan untuk melakukan pengobatan di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY. Upaya yang dilakukan rumah sakit yaitu setiap satu bulan sekali dilakukan evaluasi oleh manajemen rumah sakit secara terstruktur, mulai dari pimpinan rumah sakit hingga Kepala Instalasi Rekam Medis untuk melihat kondisi terkini dalam pemanfaatan tempat tidur Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY.

PEMBAHASAN

Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY menggunakan empat parameter BOR, LOS, TOI, dan BTO untuk menentukan tingkat efisiensi pengelolaan tempat tidur rawat inap. Pelaksanaan perhitungan sensus harian di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY masih manual. Petugas bangsal rawat inap setiap hari dalam merekapitulasi data sensus harian menggunakan kertas tidak menggunakan komputerisasi. Hal ini membutuhkan waktu yang lama dan ketelitian petugas bangsal rawat inap dalam sensus harian tersebut. Hasil dari sensus harian kemudian diolah untuk menghasilkan empat indikator rawat inap seperti BOR,

LOS, TOI dan BTO. Menurut Sudra (2010), salah satu aktivitas yang dilakukan dalam statistik rumah sakit adalah menghitung tingkat efisiensi hunian tempat tidur (TT). Indikator efisiensi pengelolaan tempat tidur di Rumah Sakit Bhayangkara diukur menggunakan grafik *Barber Johnson*. Grafik *Barber Johnson* merupakan grafik untuk merumuskan dan memadukan empat parameter untuk memantau dan menilai tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur untuk bangsal perawatan pasien (Sudra, 2010). Grafik *Barber Johnson* di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY belum dimanfaatkan secara maksimal sehingga mempengaruhi kualitas rumah sakit karena dengan pembuatan grafik *Barber Johnson* setiap tahunnya akan menghasilkan informasi bagi Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY terkait penggunaan tempat tidur yang mengalami peningkatan atau penurunan untuk bahan evaluasi rumah sakit sebagai dasar perencanaan perbaikan ke depannya. Data tahun 2016 dan 2017 yang disajikan pada grafik *Barber Johnson* mulai ada peningkatan ke arah positif atau daerah efisiensi.

Berdasarkan grafik *Barber Johnson* tahun 2016 dan 2017 di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY terlihat ke dua titik berada di luar daerah efisiensi. Menurut Sudra (2010), apabila titik *Barber Johnson* terletak di dalam daerah efisiensi berarti penggunaan tempat tidur pada periode yang bersangkutan sudah efisiensi. Sebaliknya, apabila titik *Barber Johnson* berada di luar daerah efisiensi berarti penggunaan tempat tidur pada periode tersebut masih belum efisiensi. Nilai ideal masing-masing indikator rawat inap adalah BOR 75-85%, LOS 3-12 hari, TOI 1-3 hari, dan BTO 30 kali.

Menurut Permenkes Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis, salah satu kompetensi perekam medis adalah statistik kesehatan. Indikator yang digunakan untuk menghitung statistik kesehatan antara lain BOR (*Bed Occupation Rate*) untuk menghitung presentase tempat tidur terisi, LOS (*Length Of Stay*) untuk menghitung rata-rata lama pasien dirawat, TOI (*Turn Over Interval*) untuk menghitung rata-rata waktu luang tempat tidur, dan BTO (*Bed Turn Over*) untuk menghitung produktivitas tempat tidur (Hatta, 2013). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam Sistem Informasi Rumah Sakit 2011 (SIRS 6) telah menetapkan beberapa standar ideal indikator yang dapat digunakan untuk menilai efisiensi pelayanan rawat inap, yaitu: BOR 65 % - 85 %, LOS 6 - 9 hari, TOI 1 - 3 hari, BTO 40 - 50 kali, NDR < 25 kematian per 1000 penderita keluar, dan GDR < 45 kematian per 1000 penderita keluar.

Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan persentase pemakaian tempat tidur pada periode tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit (Rustiyanto, 2010). Semakin tinggi nilai BOR maka semakin tinggi pula penggunaan tempat tidur sebaliknya apabila nilai BOR rendah maka penggunaan tempat tidur rumah sakit rendah. Nilai BOR di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY tahun 2016 adalah 33,17% dan tahun 2017 sebesar 47,7%. Maka nilai BOR di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY masih rendah dari nilai ideal BOR yaitu 75-85%. Rendahnya nilai BOR dapat mempengaruhi penghasilan atau sumber dana rumah sakit karena sumber pendapatan utama rumah sakit berasal dari penggunaan tempat tidur pasien untuk pelayanan rawat inap.

Length Of Stay (LOS) adalah rata-rata jumlah hari pasien rawat inap yang tinggal di rumah sakit, tidak termasuk bayi lahir (Rustiyanto, 2010). Indikator ini memberikan gambaran bahwa semakin tinggi nilai LOS maka rata-rata jumlah hari pasien menginap di rumah sakit lama sebaliknya apabila nilai LOS rendah maka pasien yang di rawat inap kurang dari 3 hari. Nilai LOS Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY tahun 2016 sebesar 3,5 hari dan tahun 2017 sebesar 3,4 hari. Dari nilai LOS tersebut terjadi penurunan 0,1. Nilai ideal LOS 3-12 hari sehingga LOS Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY sudah cukup efisiensi. LOS yang baik dianjurkan serendah mungkin tanpa mempengaruhi kualitas pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY.

Turn Over Interval (TOI) digunakan untuk menentukan lamanya rata-rata tempat tidur kosong atau rata-rata tempat tidur tersedia pada periode tertentu yang tidak terisi antara pasien keluar atau meninggal dengan pasien masuk (Rustiyanto, 2010). Semakin tinggi nilai TOI maka semakin lama tempat tidur tersedia tidak digunakan oleh pasien begitu pula sebaliknya apabila nilai TOI rendah maka semakin cepat tempat tidur kosong digunakan oleh pasien. Nilai TOI di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY tahun 2016 sebesar 7,1 hari dan tahun 2017 sebesar 3,8 hari. Nilai ideal dari TOI adalah 1-3 hari maka nilai TOI di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY tinggi yang berpengaruh dengan rendahnya suatu nilai BOR di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY.

Bed Turn Over (BTO) adalah beberapa kali satu tempat tidur dipakai oleh pasien dalam periode tertentu (Rustiyanto, 2010). Semakin tinggi nilai BTO berarti setiap tempat tidur yang tersedia digunakan semakin

banyak pasien secara bergantian. Hal ini menguntungkan rumah sakit karena kondisi tempat tidur selalu terisi maka penghasilan dana rumah sakit lebih baik. Nilai BTO di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY tahun 2016 sebesar 34,6 kali dan tahun 2017 sebesar 50,6 kali. Nilai ideal dari BTO sendiri adalah 30 kali. Jika dilihat dari nilai BTO maka frekuensi tempat tidur Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY cukup tinggi dalam periode tahun 2016 dan 2017. Ini berarti dapat menurunkan kualitas medis karena seringnya pasien yang bergantian menggunakan tempat tidur tersebut dapat mengakibatkan ketidakpuasan pasien. Jasa pelayanan pengobatan dan perawatan yang kurang memenuhi harapan pasien, biaya pelayanan yang terlalu tinggi, tempat yang kurang nyaman, informasi yang kurang akurat dan memadai bagi pasien, tenaga medis/ paramedis yang kurang profesional serta proses seperti administrasi atau birokrasi yang terlalu rumit merupakan beberapa contoh kejadian yang menimbulkan ketidakpuasan sehingga pasien PAPS (Pulang Atas Permintaan Sendiri). Secara umum ketidaknyamanan pasien pada waktu proses perawatan di rumah sakit bisa menjadi faktor pemicu pasien memutuskan untuk PAPS (Pulang Atas Permintaan Sendiri) (Thenie, 2002). Petugas melayani pasien dengan cepat, akurat dan teliti. Selain itu petugas rekam medis di tempat pendaftaran pasien memberikan pelayanan dengan baik terbukti dengan memberikan pelayanan kepada pasien dengan mengutamakan 6 S (Salam, Sapa, Senyum, Santun, dan Sentuh). Dengan menggunakan 6 S tersebut, diharapkan pasien akan merasa senang dan nyaman terhadap pelayanan sehingga pasien akan datang untuk berobat kembali (Rohman, 2018).

Rumah Sakit Umum Rajawali Citra sudah menyajikan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur menggunakan Grafik *Barber Johnson* dan grafik ini sudah dibuat secara komputerisasi. Hasil perhitungan keempat parameter tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan, namun gambar Grafik *Barber Johnson* Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Tahun 2016-2017 tidak sesuai dengan gambar hasil perhitungan ulang yang dilakukan (Rohman, 2018). Di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY penggunaan grafik *Barber Johnson* belum dilaksanakan secara maksimal namun dalam pengelolaan rekapitulasi sensus harian rawat inap hingga pembuatan grafik *Barber Johnson* yang masih secara manual dengan kertas. Keempat titik indikator pada grafik *Barber Johnson* terjadi peningkatan ke daerah efisien meskipun keempat titik indikator masih berada di luar daerah efisien.

Rumah sakit daerah menghasilkan tingkat efisiensi yang lebih tinggi dengan variabilitas yang lebih rendah di keempat indikator dibandingkan dengan rumah sakit kabupaten (rumah sakit daerah dan kabupaten LOS = 4,8 dan 5,3 hari; BOR = 39% dan 28,8%; TOI = 7,5 dan 13,2 hari; BTO = 29.6 dan 19.7) (Lastrucci, 2016). Berdasarkan standar efisiensi *Barber Johnson* menunjukkan bahwa Rumah Sakit Islam Gondanglegi belum memenuhi standar efisiensi yang telah ditentukan karena grafik *Barber-Johnson* menunjukkan bahwa titik dan garis indikator berada di luar area efisien (Suhartinah *et al.*, 2018).

Kebijakan merupakan prinsip-prinsip yang mengatur tindakan atau alat untuk mencapai sebuah tujuan (Suharto, 2013). Kebijakan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY ada dua yaitu kebijakan *input* pasien secara *realtime* dan kebijakan pemberlakuan SIMRS pelayanan rawat inap. Dua kebijakan yang ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY tersebut bertujuan untuk memudahkan pasien dalam mendapatkan pelayanan rawat inap serta meningkatkan efektivitas kerja tenaga kesehatan. Kebijakan *input* pasien berupa *input* dokter, *input* tindakan, *input* kamar, dan inputan obat sedangkan kebijakan terkait SIMRS yaitu sebagai alat untuk melakukan penilaian sebuah indikator rawat inap seperti *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang selalu rendah.

Menurut Rustiyanto (2010), SIMRS merupakan salah satu terobosan yang banyak digunakan di rumah sakit untuk meningkatkan efisiensi yaitu dengan menggunakan komputer di manajemen rumah sakit. Sistem informasi dapat digunakan sebagai sarana strategis untuk memberikan pelayanan yang berorientasi kepada kepuasan pasien. Tujuan dari SIMRS di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY adalah memudahkan dan meminimalisir nota/kertas transaksi karena dengan adanya SIMRS maka proses pelayanan terintegrasi secara sistem oleh sumber daya manusia secara komputerisasi. Sumber daya manusia di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY terdapat 7 petugas namun dalam melakukan pekerjaan masih ada pekerjaan yang dilakukan secara rangkap seperti Kepala Instalasi Rekam Medis melakukan pendaftaran rawat jalan, pelaporan, dan sensus harian ke bangsal rawat inap sehingga pembagian *job description* masih belum terstruktur dengan baik. Petugas rekam medis di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY masih kurang dalam melakukan kegiatan seminar/pelatihan/*workshop* sedangkan kegiatan semacam itu sangat membantu pengembangan petugas rekam medis dalam bekerja secara maksimal di sarana pelayanan kesehatan. Selain petugas rekam medis ada sarana dan prasarana yang berpengaruh

pada kebijakan rumah sakit. Sarana dan prasarana terkait keterbatasan *bed* pada kelas 1 dan 2 dapat mempengaruhi nilai indikator *Bed Occupancy Rate (BOR)* yang rendah. Pemerataan *bed* setiap bangsal sangat diperlukan dan berkaitan dengan kebijakan input secara *realtime* yaitu *input* kamar pasien rawat inap. Selain sarana dan prasarana ada sistem yang berkaitan dengan kebijakan tentang *input* pasien dan kebijakan pemberlakuan SIMRS pelayanan rawat inap. Sistem tersebut berupa Standar Operasional Prosedur (SOP). Petugas rekam medis sudah melakukan pekerjaan sesuai dengan SOP yang berlaku sehingga SOP di bagian rekam medis sudah berjalan sesuai ketentuan.

Peningkatkan mutu rumah sakit dari segi pelayanan dengan mengikuti pelatihan bagi karyawan di semua unit termasuk tenaga kesehatan. Pelatihan yang diikuti diantaranya pelatihan manajemen rumah sakit serta pelatihan untuk yang *active knowledge* untuk kasus-kasus dari yang rawat inap. Dengan diikutinya pelatihan tersebut diharapkan peserta yang mengikuti pelatihan dapat membagi hasil dan pengalaman dalam pelatihan kepada tenaga kesehatan lain, sehingga apa yang didapat selama pelatihan dapat digunakan bersama untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat (Rohman, 2018).

Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY memiliki kebijakan-kebijakan yang ditetapkan untuk pelayanan rumah sakit. Proses kebijakan harus mampu membantu pembuat kebijakan merumuskan tujuan-tujuannya. Sebuah kebijakan tanpa tujuan dan tidak memiliki arti akan menimbulkan masalah baru. Kebijakan yang baik dirumuskan berdasarkan masalah dan kebutuhan masyarakat (Suharto, 2013). Penetapan kebijakan di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY berkaitan dengan nilai BOR yang rendah karena beberapa faktor seperti keterbatasan *bed*, keterbatasan alat kesehatan dan kurangnya promosi. Hal tersebut berpengaruh pada nilai BOR dan penyajian ke empat indikator rawat inap seperti BOR, LOS, TOI dan BTO dalam graf k *Barber Johnson*.

Menurut Sudra (2010), graf k *Barber Johnson* digunakan untuk membandingkan tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur antar unit dalam periode tertentu untuk memantau dampak dari suatu penerapan kebijakan terhadap efisiensi penggunaan tempat tidur. Graf k *Barber Johnson* di Rumah Sakit Bhayangkara sebagai tolak ukur rumah sakit untuk melihat penetapan kebijakan efisiensi sudah berjalan atau masih *on progress* dengan adanya evaluasi manajemen rumah sakit. Di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY sudah ada kebijakan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ditetapkan berkaitan dengan efisiensi rumah sakit. Faktor yang menyebabkan tidak efisiensinya penggunaan tempat tidur di rumah sakit dikarenakan adanya pasien dirujuk, pasien pulang atas permintaan sendiri (APS), pasien meninggal kurang atau lebih dari 48 jam, letak atau lokasi keberadaan rumah sakit, promosi, kurangnya sarana dan fasilitas, serta kurangnya pemerataan tempat tidur (Rohman, 2018).

Berdasarkan *Bed Occupancy Rate (BOR)* rendah di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY maka setiap satu bulan sekali dilakukan kegiatan evaluasi pada tingkat manajemen. Evaluasi adalah suatu kegiatan untuk membandingkan antara hasil yang telah dicapai dengan rencana yang telah dibuat atau ditentukan (Rustiyanto, 2010). Konsep awal unit kerja rekam medis dapat dimulai dari perencanaan secara bertahap mulai identifikasi hingga pemilihan alternatif agar dapat diimplementasikan sesuai standar dan kebutuhan (Meianti, 2018). Dengan evaluasi tersebut maka munculah beberapa tanggapan atau saran dari segenap pihak-pihak manajemen rumah sakit dengan melihat kondisi terkini pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara sehingga terbentuklah suatu kebijakan efisiensi yang kemudian ditetapkan agar proses pelayanan rawat inap maupun penggunaan tempat tidur efisiensi dengan kegiatan seperti upaya peningkatan kinerja SIMRS, pemerataan *bed*, penambahan alat kesehatan dan meningkatkan kegiatan promosi rumah sakit.

KESIMPULAN

1. Kegiatan pengumpulan data sensus harian sudah rutin dilakukan setiap hari namun dalam pengolahan dan penyajian data sensus masih secara manual dengan kertas. Graf k *Barber Johnson* di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY belum dimanfaatkan secara maksimal dan dibuat apabila ada permintaan dari pihak manajemen. Hasil titik temu ke empat indikator graf k *Barber Johnson* Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY berada di luar daerah efisiensi meskipun dari tahun 2016 menuju 2017 sudah ada peningkatan ke arah efisiensi.

2. Kebijakan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY berupa surat edaran yang menunjukkan kebijakan tentang *input* pasien secara *realtime* dan kebijakan pemberlakuan SIMRS pelayanan rawat inap. Ditinjau dari segi sumber daya manusia, sarana dan prasarana masih belum optimal karena petugas rekam medis melakukan pekerjaan secara rangkap dan belum ada *jobdescription* yang ditetapkan, dari segi sarana dan prasarana sudah dilakukan perbaikan alat kesehatan setiap tahun namun ada keterbatasan *bed* pada kelas tertentu dan sistem yang digunakan seperti SOP sudah berjalan dengan baik dan dilakukan oleh petugas rekam medis.
3. Upaya yang dilakukan dari pihak manajemen Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY untuk mengatasi BOR yang rendah yaitu dengan melakukan evaluasi pada tingkat manajemen untuk membandingkan antara hasil yang telah dicapai dengan rencana yang telah ditentukan, sehingga ditetapkan suatu kebijakan efisiensi agar kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Polda DIY lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Hatta, Gemala R. 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI Press.
- Indriani, P., & Sugiarti, I. (2014). Gambaran Efisiensi Penggunaan Tempat Tidur Ruang Perawatan Kelas III Di Rumah Sakit Umum Daerah Tasikmalaya Tahun 2011 Dan 2012. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 2 (1), 2010–2015.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Juknis Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS 2011). Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.
- Lastrucci V, M De Luca, MJ Caldes Pinilla, C Galanti, A Romolini, G Bonnacorsi, and N Persiani. 2016. The Barber-Johnson technique for assessing hospitals efficiency: The case of the Republic of Albania. *European Journal of Public Health*. Diakses 26 Desember 2017 pukul 11.16 WIB, (<https://academic.oup.com/eurpub/article-abstract/26/suppl1/ckw166.074/2448459>).
- Meianti, Anggia; Rohman, Hendra; Mayretta, Anna. 2018. Perencanaan Implementasi Unit Kerja Rekam Medis Untuk Klinik Pratama Pancasila Baturetno Wonogiri. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki)*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 135-141, des. 2018. ISSN 2337-6007. <<http://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/198>>. doi:<http://dx.doi.org/10.33560/v6i2.198>.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis.
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta.
- Rohman, Hendra; Mardiyoko, Ibnu; Ayuningtyas Novia Putri. 2018. Analisis Efisiensi BOR, LOS, TOI, DAN BTO Berdasarkan Grafik Barber Johnson. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Setya Medika* Vol. 3, September 2018. ISSN Cetak: 2528-7621 dan ISSN Online: 2579-93801.
- Rustiyanto, Ery. 2010. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sudra, Rano Indradi. 2010. *Statistik Rumah Sakit Dari Sensus Harian Pasien & Grafik Barber Johnson Hingga Statistik Kematian & Otopsi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Suhartinah, Muhammad Arief Rachman, Muhammad Masyhur, Asrianni Rindha Wahyuningsih, *Indicators (BOR, ALOS, TOI and BTO) (Study on Inpatient Indicators at Gondanglegi Islamic Hospital, Malang, Indonesia*, *Journal of Health, Medicine and Nursing*, Vol 49 Tahun 2018, ISSN 2422-8419. <https://www.iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/42051/43293>.
- Thenie, H. 2002. Persepsi Pasien Pulang Paksa Atas Pelayanan Rumah Sakit. Jakarta: UI Press.

KEPUASAN PASIEN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL PADA SISTEM PELAYANAN RUJUKAN TINGKAT LANJUT DI UNIT PENDAFTARAN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIMO BOYOLALI

¹Nabilatul Fanny, ²Faisal Fahad

¹Fakultas Ilmu Kesehatan UDB Surakarta, email: nabilafanny@gmail.com

²Fakultas Ilmu Kesehatan UDB Surakarta,

ABSTRAK

Tempat pendaftaran pasien merupakan pelayanan pertama sebagai pintu utama rumah sakit dan mempunyai peran penting dalam pelayanan kepada pasien. Pelaksanaan pelayanan kesehatan pada pasien jaminan kesehatan nasional (JKN) harus memperhatikan mutu pelayanan dan berorientasi pada keamanan pasien, efektivitas pelayanan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, dan efisiensi biaya. Rumah Sakit Umum Daerah Simo Boyolali menerima rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, pada survei awal dijumpai beberapa keluhan pasien yaitu petugas yang kurang ramah, kurang informatif, dan antrian panjang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kepuasan pasien jaminan kesehatan nasional pada sistem pelayanan rujukan tingkat lanjut di unit pendaftaran rawat jalan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi deskriptif. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dengan jumlah responden sebanyak 95 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik observasi dan wawancara mendalam. Hasil penelitian menunjukkan berdasarkan sistem nomor antrian 66,32% menjawab puas, aspek kebersihan dan kerapian ruang tunggu 40%, menjawab tidak puas, aspek keamanan fasilitas 61,05% menjawab tidak puas, aspek kejelasan informasi 63,16% menjawab puas, aspek kecepatan pelayanan pendaftaran 63,16% menjawab puas, aspek respon petugas 81,05% menjawab puas, aspek keramahan petugas 50,53% menjawab puas, aspek pengalaman petugas rujukan 42,11% menjawab puas, aspek papan informasi 56,85% menjawab tidak puas, aspek kejelasan prosedur rujukan 53,69% menjawab tidak puas. Kesimpulan, pasien jaminan kesehatan nasional pada sistem pelayanan rujukan tingkat lanjut di unit pendaftaran rawat jalan rumah sakit umum daerah simo boyolali masih belum puas. Saran, sebaiknya kenyamanan fasilitas ruang tunggu ditingkatkan, sebaiknya dilakukan sosialisasi tentang prosedur layanan pendaftaran rujukan agar pasien tidak bingung lagi.

Kata kunci: kepuasan pasien, sistem pelayanan rujukan, jaminan kesehatan nasional.

ABSTRACT

Registration is place patients first ministry as the main entrance of the hospital and have significant roles in the service to patients. The provision of the service on a patient health national health insurance should pay attention to the quality of service and oriented on the security of patients, the effectiveness of services, conformity to the needs of patients, and cost efficiency. Simo Boyolali Regional General Hospital received referrals from first-level health facilities, in the initial survey several patient complaints were found: officers who were less friendly, less informative, and long queues. The purpose of this study is to find satisfaction patients national health insurance on service system advanced reference in unit outpatient of registration regional general hospital Simo of Boyolali. This study adopted qualitative approaches with design descriptive study. The sampling technique uses purposive sampling with a number of respondents as many as 95 people. The data collection was done with observation techniques and in-depth interviews. The results showed based on the system of queuing number 66.32% answering satisfied, cleanliness and neatness aspects of waiting room 40% answering dissatisfied, key security aspects 61.05% answering dissatisfied, aspects of information clarity 63.16% answering satisfied, aspects of speed of service delivery 63.16% answered satisfied, officer response aspects 81.05% answered satisfied, aspects of officer hospitality 50.53% answered satisfied, aspects of experience of the referral officer 42.11% answered satisfied, aspects of the information board 56.85% answered dissatisfied, aspects clarity of the referral procedure

53.69% answered dissatisfied. Conclusion, national health insurance patients in the advanced referral service system in the outpatient registration unit at the simo boyolali regional hospital are still not satisfied. Suggestion, should the convenience of waiting room facilities be improved, it is better to do socialization about the procedure of referral registration services so that patients are not confused anymore.

Keywords: patient satisfaction, referral service system, national health insurance.

PENDAHULUAN

Kepuasan merupakan nilai subyektif kepada kualitas pelayanan yang diberikan walaupun subyektif tetap ada dasar obyektifnya artinya walaupun penilaian itu dilandasi pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis, waktu itu, pengaruh lingkungan pada waktu tersebut dan mempunyai indikator kepuasan yang meliputi:

- a. Bagian dari mutu pelayanan kepuasan pasien merupakan bagian dari mutu pelayanan, karena upaya pelayanan haruslah dapat memberikan kepuasan, tidak semata-mata kesembuhan berkala.
- b. Berhubungan dengan pemasaran rumah sakit, pasien yang puas akan memberikan tahu pada teman, keluarga, dan tetangga, pasien yang puas akan datang lagi kontrol atau membutuhkan pelayanan yang lain, iklan dari mulut ke mulut akan menarik pelanggan baru
- c. Berhubungan dengan prioritas peningkatan pelayanan dalam dana yang terbatas, peningkatan pelayanan harus selektif, dan sesuai kebutuhan pasien.

Tingkat kepuasan pasien pada suatu provider sangat penting untuk diketahui karena dapat dijadikan salah satu tolak ukur pihak provider untuk melihat sejauh mana ketaatan pelaksanaan pelayanan yang sesuai dengan standarpelayanan yang telah ditetapkan. Tingkat kepuasan pasien yang tinggi akan mempengaruhi keputusan pasien untuk kembali mengakses pelayanan kesehatan di suatu fasilitas kesehatan. Hal tersebut sejalan penelitian yang dilakukan Rondonuwu, dkk (2014) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kepuasan pasien minat pasien untuk memanfaatkan kembali pelayanan kesehatan yang sama.

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia telah dilaksanakan sejak 1 Januari 2014 dan pada tahun 2019 ditargetkan semua penduduk Indonesia menjadi peserta JKN (*universal coverage*). Peserta Program JKN terdiri dari peserta penerima bantuan iuran, penerima upah dan peserta mandiri. Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi pengguna JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (Permenkes RI no 28 tahun 2014). Fasilitas kesehatan tingkat pertama terdiri dari puskesmas, dokter praktek (umum dan gigi), klinik pratama (pemerintah dan swasta) serta rumah sakit kelas D pratama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Permenkes RI no 71 tahun 2013). Pada tahun 2014 proporsi penduduk Indonesia yang menjadi peserta JKN adalah 51,27% dari total penduduk Indonesia sebanyak 255 juta (Permenkes, 2015). Sistem rujukan pada progra JKN yang telah dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan belum maksimal. Tahun 2015 triwulan pertama tercatat 9,5% dari total jumlah pasien peserta JKN ternyata dianggap salah rujukan, yaitu rujukan nonspesialistik yang bisa diselesaikan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Tempat penerimaan pasien rawat jalan atau tempat pendaftaran pasien rawat jalan mempunyai tugas pokok menerima pasien yang berobat rawat jalan, melakukan pencatatan pendaftaran, menyediakan formulir rekam medis, dan memeberikan informasi tentang pelayanan. salah satunya adalah pelayanan sistem rujukan yang ada di rumah sakit atau puskesmas yang bersangkutan. Rumah Sakit Umum Daerah Simo Boyolali mempunyai sembilan poli yaitu poli umum, poli bedah, poli kandungan, poli mata, poli anak, poli syaraf, poli gigi, poli f sioterapi. Rumah Sakit Umum Daerah Simo Boyolali menerima rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Dalam pelayanan rujukan masih ditemukan berbagai keluhan dari masyarakat, yaitu pasien tidak berkunjung ke fasilitas kesehatan tingkat pertama terlebih dahulu tetapi langsung ke fasilitas kesehatan tingkat rawat lanjut yakni di Rumah Sakit Umum Daerah Simo Boyolali, sehingga pasien harus kembali lagi ke fasilitas tingkat pertama dilakukan pemeriksaan terlebih dahulu. Kondisi ini terjadi dikarenakan pasien tidak menenegetahui aturan yang diberlakukan oleh BPJS selaku penyelenggara JKN.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan rancangan studi deskriptif. Menurut Notoatmojo(2010) metode penelitian deksriptif adalah metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu kejadian secara objektif. Tehnik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah responden sebanyak 95 pasien. Kriteria inklusi yang digunakan peneliti untuk menentukan responden adalah:

- Pasien rujukan dengan jaminan kesehatan nasional
- Pasien yang berkunjung lebih dari satu kali
- Pasien rawat jalan
- Pasien bersedia dijadikan responden

Sedangkan yang termasuk kriteria eksklusi adalah :

- Pasien umum
- Pasien baru (jumlah kunjungan 1 kali)
- Pasien rawat inap atau pasien gawat darurat
- Pasien tidak bersedia dijadikan responden

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik observasi dan wawancara mendalam. Hasil penelitian ini dianalisis secara univariat.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Hasil

Penelitian dilakukan terhadap 95 responden untuk mengetahui kepuasan pada pelayanan sistem rujukan pasien jeminan kesehatan nasional, terutama di bagian pendaftaran rawat jalan:

Tabel 1. Hasil Penilaian Kepuasan Pasien Rujukan

No	Daftar Pertanyaan	Penilaian											
		STP		TP		C		P		SP		Jml	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	Sistem nomor antrian di tempat pendaftaran rujukan	5	5.26	10	10.53	17	17.89	63	66.32	-	-	95	100
2	Kebersihan dan kerapian di tempat/ruang tunggupendaftaran rujukan	7	7.37	38	40.00	6	6.32	29	30.52	15	15.79	95	100
3	Keyamanan fasilitas ruang tunggu pendaftaran rujukan tentang (fasilitas hiburan, tempat duduk yang nyaman)	2	2.11	58	61.05	5	5.26	20	21.05	10	10.53	95	100
4	Penjelasan informasi yang diberikan oleh petugas pendaftaran rujukan tentang prosedur rujukan yang benar	-	-	19	20.00	15	15.79	60	63.16	1	1.05	95	100

No	Daftar Pertanyaan	Penilaian											
		STP		TP		C		P		SP		Jml	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
5	Kecepatan pelayanan pendaftaran rujukan	1	1.05	21	2.10	10	10.53	60	63.16	3	3.16	95	100
6	Respon petugas pendaftaran rujukan pada saat anda memintanya untuk menjelaskan alur sistem rujukan yang ada	-	-	15	15.79	3	3.16	77	8.05	-	-	95	100
7	Keramahan petugas pendaftaran rujukan	-	-	27	28.42	12	12.63	48	50.53	8	8.42	95	100
8	Pengalaman petugas pendaftaran rujukan tentang cara melayani dan cara menyediakan formulir rujukan	5	5.26	38	40.00	10	10.53	40	42.11	2	2.10	95	100
9	Adanya papan informasi sistem rujukan yang ada di tempat pendaftaran rujukan	1	1.05	54	56.85	2	2.10	38	40.00	-	-	95	100
10	Prosedur rujukan yang diberikan Rumah Sakit	2	2.10	51	53.69	33	34.74	7	7.37	2	2.10	95	100

Keterangan:

SP : Sangat puas

TP : Tidak puas

P : Puas

STP : Sangat tidak puas

CP : Cukup puas

PEMBAHASAN**Kepuasan Sistem Pelayanan Rujukan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional****1. Sistem nomor antrian di pendaftaran rujukan**

Antrian adalah garis tunggal yang menunggu atau terbentuk di depan fasilitas pelayanan. Hal ini terjadi karena frekuensi waktu orang (pasien) atau benda yang tiba pada suatu fasilitas pelayanan lebih cepat daripada orang (pasien) atau benda yang sedang mendapat pelayanan (Russel & Taylor, 2005).

Berdasarkan hasil perhitungan dapat diketahui sebanyak 66,32% (63) pasien menjawab puas terhadap sistem nomor antrian yang ada di pendaftaran rujukan.RSUD Simo Boyolali sudah menggunakan sistem nomor elektronik untuk melayani setiap pasien yang datang mendaftar. Sehingga dalam pelayanan pendaftaran lebih menjadi mudah dan cepat karena nomor elektronik tersebut langsung menyambungkan didalam komputer dan secara otomatis mengatur nomor yang akan diakses oleh pasien. Sehingga pasien tidak merasa kebingungan ketika saat mendaftar di pendaftaran rujukan.

Sistem antrian elektronik dibutuhkan untuk menggantikan sistem antrian yang manual karena sistem antrian elektronik ini dapat mengatur antrian dengan menggunakan tampilan nomor antrian dan panduan suara.

2. Kebersihan dan kerapian tempat ruang tunggu pendaftaran rujukan.

Berdasarkan hasil perhitungan, diketahui sebanyak 40% (38) pasien menjawab tidak puas di tempat ruang tunggu pendaftaran pasien rujukan. Hasil dari observasi yang telah dilakukan, di ruangan tersebut kurang diperhatikan dalam hal kebersihan contoh kebersihan lantai masih banyak kotoran yang menempel di lantai dan banyak alat yang berterbangan sehingga pasien merasa kurang nyaman berada di ruang tunggu pendaftaran rujukan. Kepala rekam medik RSUD Simo Boyolali mengatakan bahwa di ruang tunggu pendaftaran rujukan RSUD Simo sudah mempunyai petugas khusus pengontrol kebersihan. Namun, karena kurangnya petugas pengontrol kebersihan sehingga menyebabkan pengontrolan kurang efektif.

Menurut Permenkes Nomor 1204/Menkes/15/X/2004 tentang Kebersihan Lingkungan Rumah Sakit yaitu kebersihan ruangan bangunan dan halaman adalah suatu keadaan atau kondisi ruangan bangunan dan halaman bebas dari bahaya dan resiko meminimalkan untuk kejadian infeksi silang dan masalah kesehatan dan masalah kerja. Oleh karena itu, menjaga kebersihan pada setiap ruang yang ada di rumah sakit sangatlah penting untuk diperhatikan.

3. Keyamanan fasilitas ruang tunggu pendaftaran rujukan

Fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat mempermudah upaya dan memperlancar kerja dalam rangka mencapai suatu tujuan. Ruang tunggu pasien merupakan salah satu fasilitas yang disediakan oleh institusi pelayanan kesehatan untuk memberikan kenyamanan kepada pasien selama menunggu pelayanan.

Pada aspek keyamanan dapat diketahui sebanyak 61,05% (58) pasien menjawab tidak puas terhadap fasilitas ruang tunggu pendaftaran rujukan RSUD Simo Boyolali. Ketika menunggu antrian, pasien kurang merasa nyaman karena mereka harus menunggu lama dengan fasilitas hiburan ruang tunggu yang belum memadai sehingga pasien merasa jenuh ketika pasien menunggu antrian pendaftaran karena tidak adanya hiburan televisi, majalah, ataupun koran. Selain itu, dalam hal fasilitas kursi tunggu pasien rujukan memang fasilitas tersebut kurang mencukupi dikarenakan seringkali pasien kekurangan tempat duduk sehingga pasien banyak yang mengantri pendaftaran secara berdiri atau malah duduk di bagian ruang tunggu poli rawat jalan sehingga terjadi penumpukan di bagian poli rawat jalan.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan Kepala Rekam Medik RSUD Simo Boyolali bahwa pada dasarnya tidak adanya fasilitas hiburan yang ada di ruang tunggu pendaftaran dan kurangnya kursi untuk pasien pendaftaran rujukan. Hal tersebut dikarenakan situasi dan kondisi yang belum bisa untuk menambah fasilitas tersebut. Menurut Muninjaya (2013) menyatakan bahwa kualitas jasa pelayanan kesehatan dikaitkan dengan kepuasan pelanggan. Beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pengguna jasa pelayanan meliputi penampilan fisik (kerapian), petugas, kondisi kebersihan dan kenyamanan ruangan (*tangibility*). Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Badjama bahwa fasilitas memiliki pengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien.

4. Penjelasan informasi petugas pendaftaran rujukan

Berdasarkan hasil perhitungan dapat diketahui sebanyak 63,16% (60) pasien menjawab puas terhadap penjelasan informasi yang dilakukan oleh petugas pendaftaran rujukan. Mereka mengatakan bahwa penjelasan informasi yang diberikan disana sudah memberikan pelayanan informasi yang jelas dan detail sehingga pasien bisa paham dan menangkap informasi yang diberikan oleh petugas pendaftaran rujukan. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara kepada kepala rekam medik RSUD Simo Boyolali bahwa pihak rumah sakit akan memberikan informasi kepada pasien secara rinci tentang alur rujukan yang sesuai ada di RSUD Simo Boyolali. Hal ini tidak terlepas dari tujuan rumah sakit yang ingin memberikan pelayanan semaksimal mungkin kepada setiap orang yang datang ke rumah sakit. Karena petugas pendaftaran sudah memberikan pelayanan informasi dan penjelasan secara terperinci sehingga pasien bisa paham tentang penjelasan informasi yang diberikan oleh petugas.

Menurut Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengatakan Pasal 29 ayat 1 tentang memberikan informasi tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat, memberikan

pelayanan kesehatan yang aman, memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanan berperan aktif memberi pelayanan bagi orang tidak mampu, melaksanakan fungsi sosial, membuat standar menjaga mutu, menyelenggarakan rekam medis, melaksanakan sistem rujukan, memberi informasi yang benar jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien menghormati dan melaksanakan etika.

5. Kecepatan pelayanan pendaftaran rujukan.

Pada aspek kecepatan pelayanan pendaftaran rujukan sebanyak 63,16%(60) pasien menjawab puas. RSUD Simo Boyolali sudah memaksimalkan pelayanan secara cepat akan tetapi kurangnya petugas dan hanya 1 loket pendaftaran rujukan sehingga dalam pelayanan ada kendala yaitu petugas mengalami kerepotan ketika ada peningkatan kunjungan pasien pendaftaran rujukan. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara kepada Kepala Rekam Medik RSUD Simo Boyolali bahwa dalam kecepatan pelayanan pendaftaran pada dasarnya sudah memaksimalkan pelayanan yang cepat.

Menurut Kemenkes nomor 129/Menkes/SK/11/2008 ialah kurang atau sama dengan 60 menit waktu tunggu pasien setiap Rumah sakit harus mengikuti standar minimal tentang pelayanan pendaftaran waktu tunggu di rawat jalan.

6. Respon petugas pelayanan pendaftaran rujukan.

Aspek responsiveness merupakan kesediaan penyedia jasa terutama staffnya untuk membantu serta memberikan pelayanan yang tepat sesuai kebutuhan konsumen. Aspek ini menekankan pada sikap dari penyedia jasa yang penuh perhatian dan tanggap dalam memberikan pelayanan. Yakni menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah konsumen dengan penyampaian informasi yang jelas.

Sebanyak 81,05%(77) pasien menjawab puas terhadap respon yang diberikan petugas pendaftaran rujukan. Hasil dari observasi peneliti di RSUD Simo Boyolali tentang kepuasan respon petugas memang di pelayanan di sana selalu kooperatif dalam hal merespon apabila ketika pasien mau bertanya atau membutuhkan bantuan yang berkaitan tentang pelayanan informasi rujukan yang ada di RSUD Simo Boyolali. Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien percaya akan kesiapan petugas dalam membantu pasien apabila adakesulitan, ketanggapan dan kemampuan petugas membantu pasien menyelesaikan masalah yang dihadapiserta ketanggapan petugas dalam memberikan informasi pelayanan yang akan diberikan secara jelas ketika ditempat pendaftaran pasien rujukan di RSUD Simo Boyolali.

Menurut Muninjaya (2013) responsiveness adalah kecepatan memenuhi panggilan pasien pada saat dibutuhkan sangat ditentukan oleh kesigapan petugas jaga yang tertuang dalam manajemen Rumah Sakit.

7. Keramahan petugas pelayanan pendaftaran rujukan.

Sikap ramah dan sopan petugas pemberi pelayanan dalam memberikan pelayanan terhadap masyarakat merupakan poin penting yang dinilai oleh masyarakat. Hubungan antar manusia yang baik di antara petugas kesehatan dan pasien dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan membentuk persepsi positif pasien dan akan berkontribusi pada peningkatan citra rumah sakit di masyarakat.

Keramahan petugas pendaftaran mendapatkan hasil sebanyak 50,53% (48) pasien menjawab puas. Dalam hal ini petugas memang dituntut untuk melayani pasien dengan ramah. Hal ini sesuai dengan hasil dari wawancara kepada kepala RSUD Simo Boyolali mengatakan bahwa pada dasarnya pelayanan rujukan di RSUD Simo Boyolali sudah memberi pelayanan dengan cara baik dan memaksimalkan keramahan kepada semua pasien. Menurut Muninjaya (2013) jasa implisit meliputi dari manfaat psikologi yang dirasakan langsung oleh panca indra pasien seperti privasi, jaminan rasa aman (*assurance*), senyuman petugas, sikap empati dan keramahan perawat dan sebagainya.

8. Pengalaman petugas rujukan.

Pengalaman kerja merupakan salah satu kompetensi teknis yang harus dimiliki oleh petugas kesehatan. Aspek yang dilihat oleh masyarakat yaitu keahlian dan keterampilan petugas dalam

memberikan pelayanan. Berdasarkan hasil pengukuran terhadap kepuasan pengalaman petugas rujukan, didapatkan sebanyak 42,11%(40) pasien menjawab puas. Hal ini didukung dengan hasil observasi di RSUD Simo Boyolali dari segi pengalaman petugas cukup berpengalaman karena dilihat cara melayani, menyediakan formulir dan cara memberikan informasi pada pasien. Minimal lama kerja petugas yang melayani pasien dengan jaminan kesehatan nasional tersebut sudah bekerja selama 5 tahun.

9. Papan informasi rujukan.

Pasien sebagai sumber pengendalian dalam pelayanan kesehatan harus memperoleh informasi yang dibutuhkan baik itu mengenai penyakit maupun obat yang diberikan karena informasi tersebut akan membantu pasien untuk berpartisipasi dalam mengambil keputusan medis dan menentukan keberhasilan pemulihan pasien. Berdasarkan hasil penilaian kepuasan, sebanyak 56,85%(54) pasien menjawab tidak puas, Hasil dari observasi di RSUD Simo memang tidak ada petunjuk atau *flowchart* tentang alur rujukan di RSUD sehingga pasien merasa kecewa apabila sudah mengantri lama tetapi di tolak karena tidak membawa surat rujukan dari faskes pertama. Papan Informasi merupakan tempat untuk menempelkan informasi yang perlu diketahui masyarakat. Selain sebagai sarana informasi, papan informasi juga merupakan sarana pembelajaran (edukasi) prinsip transparansi dan akuntabilitas bagi masyarakat/pasien.

10. Prosedur rujukan

Berdasarkan hasil pengamatan, sebanyak 53,69% (51) pasien menjawab tidak puas, terhadap prosedur rujukan di RSUD Simo Boyolali. Menurut pasien prosedur ini cukup rumit, ketika pasien mau berkunjung ke rumah sakit harus melalui faskes pertama dulu kemudian meminta surat rujukan dari faskes pertama sehingga pasien ketika mau berkunjung di RSUD Simo harus membawa surat rujukan bagi yang menggunakan jaminan kesehatan nasional. Jika tidak pasien akan ditolak atau membayar secara umum atau pribadi. Hasil wawancara peneliti dengan kepala RSUD Simo Boyolali, dalam pelayanan rujukan RSUD Simo mengacu kepada alur yang diberikan oleh BPJS selaku penyelenggara jaminan kesehatan nasional.

Secara sederhana, standar menyatakan apa yang kita harapkan terjadi dalam perjalanan kita untuk mencapai layanan kesehatan yang bermutu tinggi. Standar penting karena mereka merupakan alat organisasi untuk menerjemahkan mutu kedalam istilah operasional dan menjaga setiap orang dalam sistem (pasien, penyedia layanan, tenaga pendukung, pimpinan, sarana dan prasarana) dapat mempertanggungjawabkan peran masing-masing. Standar juga membuat organisasi dapat mengukur tingkat mutunya.

PENUTUP

Kesimpulan

Kepuasan sistem rujukan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Simo Boyolali mendapatkan hasil yang kurang baik.

Saran

1. Hendaknya keamanan dan kebersihan fasilitas ruang tunggu ditingkatkan agar pasien merasa tidak jenuh dan menambahkan kursi ruang tunggu bagi pasien rujukan sehingga pasien tidak perlu berdiri untuk menunggu antrian pendaftaran rujukan di rawat jalan.
2. Perlunya membuat *flowchart* tentang rujukan yang ada di RSUD Simo Boyolali agar informasi lebih jelas.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit*. Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik. Jakarta.

- Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. 2013.
- Kementerian Kesehatan RI. Menkes Sampaikan Perkembangan Kepesertaan JKN Kepada Menko Perekonomian
- Available from URL: http://www.depkes.go.id/article/view/1501170000/menkes_sampaikan_perkembangan_kepesertaan_JKN_kepada_menko_perekonomian.html
- Muninjaya. 2013. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : EGC
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Permenkes No. 01 Tahun 2012. *Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan*
- Russell, R. S., dan Taylor, B. W. 2005. *Operations Management third edition Prentice.Hall*. Upper Saddle River, New Jersey.
- Sabarguna, B.S. 2008. *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Yogyakarta : Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY.
- Suryono, I.B. 2011. *Penyelesaian sengketa kesehatan*. Yogyakarta : Salemba Medika.
- Undang-Undang No 24. 2011. *Tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BBJS)*.