



*MEDICAL RECORDS AND
HEALTH INFORMATION MANAGEMENT*

PROCEEDING

DISKUSI ILMIAH:
TEKNOLOGI INFORMASI DAN KOMUNIKASI DALAM
MENDUKUNG TRANSFORMASI DIGITAL BIDANG KESEHATAN

BANDUNG, 30 JULI 2023



PENERBIT:
PORMIKI Jawa Barat





KATA PENGANTAR

Assallamu'allaikum Wr. Wb.

Segala puji serta syukur kita panjatkan ke hadirat Illahi Rabbi Allah SWT yang mana telah memberikan kesehatan serta kesempatan pada kita semua untuk mengikuti kegiatan Diskusi Ilmiah melalui *Call For Paper* dengan tema "Teknologi Informasi dan Komunikasi Dalam Mendukung Transformasi Digital Bidang Kesehatan"

Kegiatan *Call For Paper* ini adalah rangkaian dari kegiatan memperingati HUT DPD PORMIKI Jawa Barat yang ke 34 Tahun serta di ikuti oleh mahasiswa, praktisi PMIK, serta Dosen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Selain kegiatan *Call For Paper* DPD PORMIKI Jawa Barat pun mengadakan kegiatan Pelatihan Rekam Medis Elektronik, Kodifikasi Klinis, Workshop *Clinical Instruktur* dan SIPORLIN dan Seminar Internasional.

Kami panitia HUT DPD PORMIKI Jawa Barat yang ke 34 Tahun mengucapkan banyak terima kasih kepada seluruh peserta yang telah ikut berpartisipasi mengikuti acara ini serta kami haturkan rasa terima kasih sebesar-besarnya kepada para presenter untuk kegiatan *Call For Paper* yang diadakan oleh DPD PORMIKI Jawa Barat semoga bisa terus meningkatkan kompetensi melalui Prosiding Diskusi Ilmiah.

Kami tak lupa memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada seluruh panitia yang telah menyukseskan dan bekerja keras dalam melancarkan kegiatan ini. Kami dari panitia mohon maaf yang sebesar-besarnya jika dalam pelaksanaan masih banyak kekurangan mulai dari awal sampai akhir kegiatan.

Akhir kata, semoga kegiatan ini bermanfaat bagi calon maupun praktisi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan dalam peningkatan kompetensi.

Salam PMIK

Profesional, Menginspirasi, Inovasi, Kreatif

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Ketua

Sali Setiatin, A.Md.PerKes., S.ST., M.MRS



RUNDOWN KEGIATAN

RUNDOWN PARALLEL SESSION (30 JULI 2023)

Pukul	Durasi	Kegiatan
08.00 - 08.30	30'	Open Gate dan Persiapan
08.30 - 08.35	5'	Pembukaan (Main Room)
08.35 - 08.40	5'	Menyanyikan Lagu Indonesia Raya
08.40 - 08.45	5'	Menyanyikan MARS PORMIKI
08.55 - 09.05	10'	Laporan Ketua Panitia
09.05 - 09.15	10'	Sambutan Ketua DPD PORMIKI Jabar (Membuka Acara)
09.15 - 09.20	5'	Pembacaan Doa
09.20 - 09.30	10'	Penyampaian Teknis Presentasi Sesi Paralel dan Persiapan Pembagian <i>Breakout room</i>
09.30 - 11.30	100'	Presentasi Sesi Paralel
11.30 - 11.50	20'	Perekapan Hasil Penilaian oleh Tim Penilai
11.50 - 12.00	20'	Pengumuman Artikel dan Presenter Terbaik
12.00 - 12.10	10'	Penutupan

DETAIL ZOOM MEETING UNTUK PARALLEL SESSION

Meeting ID: 810 8014 4736

Passcode : CFPJABAR



PARALLEL SESSION

Klasifikasi & Kodifikasi Penyakit dan Tindakan

RUANG PRESENTASI : *Breakout Room 1*

Reviewer / Penilai : Arief Tarmansyah Iman, A.Md.MIKRM., SKM., MKM

Moderator : Iqbal Taufik Maulana

No.	Nama Penulis 1	Institusi	Judul
1	Rezza Aditya Prayudha, A.Md.	RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo	Analisis pemahaman petugas rekam medis dalam penggunaan SNOMED-CT di RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO
2	Ahadia Dini Yunisar, A.Md.	RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto	Analisis Ketepatan Kode SNOMED-CT ID Kasus Onkologi Pasien Rawat Inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto
3	Novita Dewi, A.Md.RMIK	RSUD dr. GUNAWAN MANGUNKUSUMO	OPTIMALISASI PENANGANAN FAKTOR PENYEBAB KLAIM PENDING BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RSUD DR. GUNAWAN MANGUNKUSUMO
4	Bekajaya Lahagu, A.Md.Kes., S.Tr.RMIK	RS AMANDA CIKARANG SELATAN	Analisis Ketidaktepatan Pengkodean Diagnosis Dan Tindakan Kasus Neoplasma Menggunakan ICD-10 Dan ICD-9 Versi Th. 2010 Di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan Tahun 2023.

DETAIL ZOOM MEETING UNTUK PARALLEL SESSION

Meeting ID: 810 8014 4736

Passcode : CFPJABAR



PARALLEL SESSION

Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan

RUANG PRESENTASI : *Breakout Room 2*

Reviewer / Penilai : Nita Budiyantri, A.Md.MIKRM., SKM., MH

Moderator : Annisa Khoifah

No.	Nama Penulis 1	Institusi	Judul
1	Winnie Hardiyantti Lestari, A.Md., S.K.M	RSUD dr Doris Sylvanus	ANALISIS INDIKATOR EFISIENSI PELAYANAN RUMAH SAKIT SETELAH IMPLEMENTASI SIMRSGOS VERSI 2
2	Dini Fajriani	TEDC	Tinjauan Pendaftaran Online rawat Jalan Guna Menunjang Kualitas Pelayanan Di RSUD Al- Ihsan Provinsi Jawa Barat
3	Tsalsa Cholisotunnisa	Politeknik Kesehatan YBA Bandung	Kepatuhan Petugas Assembling terhadap SOP Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis di RSUD Tugurejo Semarang tahun 2023

DETAIL ZOOM MEETING UNTUK PARALLEL SESSION

Meeting ID: 810 8014 4736

Passcode : CFPJABAR



PARALLEL SESSION

Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan

RUANG PRESENTASI : *Breakout Room 3*

Reviewer / Penilai : Ari Sukawan, A.Md.RMIK., S.ST., M.Kes

Moderator : Matoeari Soelistijaningoem

No.	Nama Penulis 1	Institusi	Judul
1	Ryan Wilka Ramdani, A.Md. RMIK	Santosa Hospital Bandung Kopo	Analisis Kelengkapan Pengisian Informed Consent Tindakan Non Operasi Pasien Rawat Inap Pada Staff Medis Fungsional Ilmu Kesehatan Anak Guna Menunjang Aspek Hukum Rekam Medis Di Rsup Dr. Hasan Sadikin Bandung
2	Sutarlin A.MD Kes	RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang	Analisis Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis Periode 2013 – 2023 di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang
3	Agnes Imelda Sefia Rizky	Politeknik Kesehatan YBA Bandung	Analisis Prosedur Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi

DETAIL ZOOM MEETING UNTUK PARALLEL SESSION

Meeting ID: 810 8014 4736

Passcode : CFPJABAR



PARALLEL SESSION

Rekam Medis Elektronik

RUANG PRESENTASI : *Breakout Room 4*

Reviewer / Penilai : Aris Susanto, A.Md.Perkes., S.T., M.MRS

Moderator : Wiwin Winarni

No.	Nama Penulis 1	Institusi	Judul
1	Nida Nur Aulia Muslim, A.Md., S.Tr.RMIK.	RSUD Cicalengka	Pengembangan Prototipe Sistem Informasi Surveilans Hospital Acquired Infections (HAIs) berbasis District Health Information Software 2 (DHIS2)
2	RIDWAN, S.ST.RMIK.,M.MRS	RSUD KARAWANG	ANALISIS KEBUTUHAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI PUSKESMAS TELUK JAMBE TIMUR KABUPATEN KARAWANG
3	SALSA NOPELA	Politeknik Kesehatan YBA Bandung	Peranan Rekam Medis Elektronik terhadap sistem informasi manajemen di pendaftaran rawat jalan Rumah Sakit Mitra Anugrah lestari Cimahi
4	Aulia Zeta Andhani, A.Md., S.ST.MIK., MM	POLITEKNIK KESEHATAN YBA BANDUNG	Tinjauan Prosedur Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik terhadap Peningkatan Efektivitas Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi
5	Opan Setiawan	DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BANDUNG	PERANCANGAN SISTEM INFORMASI SURAT KETERANGAN KEMATIAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BANDUNG

DETAIL ZOOM MEETING UNTUK PARALLEL SESSION

Meeting ID: 810 8014 4736

Passcode : CFPJ



PARALLEL SESSION

Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan dan Statistik Kesehatan

RUANG PRESENTASI : *Breakout Room 5*

Reviewer / Penilai : Endang Triyanti, A.Md.PK., SKM., M.MKes

Moderator : Neni Rohaeni

No.	Nama Penulis 1	Institusi	Judul
1	ATIKA FEBRIANTI	Politeknik Kesehatan YBA Bandung	Analisis Indikator Nilai Bed Occupancy Rate (BOR) Guna Menunjang Kualitas Pelayanan (Studi Kasus: Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung, Periode Triwulan I Tahun 2023)
2	Nidia Sopiatus Nisa, A.Md.Kes	UPTD Puskesmas Tinewati	Dashboard Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Tinewati Tahun 2021
3	KANIA PUTRI ELYANA	Politeknik Kesehatan YBA Bandung	Desain map rekam medis rawat inap rumah sakit mitra anugrah Lestari

DETAIL ZOOM MEETING UNTUK PARALLEL SESSION

Meeting ID: 810 8014 4736

Passcode : CFPJABAR



MEKANISME DAN TATA TERTIB PELAKSANAAN PRESENTASI CFP

Panduan Reviewer dan Moderator

1. Masuk ke Main Room zoom paling lambat pukul 08.30 WIB
2. Format Nama : REVIEWER_ROOM 1_NAMA
MODERATOR_ROOM 1_NAMA
3. Panitia akan memasukkan *Reviewer* dan *Moderator* sesuai breakout room masing-masing
4. *Moderator* memimpin jalannya presentasi dan diskusi pada masing-masing room sesuai urutan peserta CFP
5. *Parallel Session* dilaksanakan pukul 09.30 – 11-30 WIB
6. Peserta presentasi selama 10 menit dan diskusi serta tanya jawab selama 5 menit
7. *Reviewer* melakukan penilaian atas presentasi peserta secara real time dengan menginput nilai pada link yang telah disediakan panitia
8. *Moderator* mengingatkan presenter untuk mengisi daftar hadir
9. *Reviewer* mengingatkan presenter apabila waktu presentasi tersisa 3 menit dan 1 menit lagi
10. *Moderator* sekaligus bertugas sebagai operator yang akan membantu melakukan *recording* dan menjadi *time keeper*

Panduan Presenter dan Peserta

1. Presenter dan Peserta agar mengikuti seluruh rangkaian kegiatan Presentasi sesuai dengan *rundown* yang telah ditetapkan
2. Presenter dan Peserta wajib hadir di zoom paling lambat 5 menit sebelum kegiatan dimulai, yaitu pukul 08.25 WIB
3. Untuk mempermudah pengidentifikasian, peserta selain presenter diwajibkan me-rename akun zoom sesuai dengan ketentuan berikut : Peserta_Nama Peserta
4. Khusus untuk Presenter diwajibkan untuk me-rename nama akun zoom nya sesuai ketentuan berikut : Presenter_Ruang Presentasi_Nama Presenter.
Contoh : Presenter_Room 1_Shinta Williani
5. Gunakan *Virtual Background* yang telah disediakan panitia



6. Presenter dan Peserta diwajibkan mengisi daftar kehadiran pada link yang telah disediakan panitia, Pastikan untuk mengisi daftar hadir dengan sebenar-benarnya karena akan digunakan untuk pembuatan sertifikat
7. Ketentuan presentasi (khusus untuk presenter)
 - a. Pada sesi parallel, presenter wajib mengikuti arahan dari moderator ruang presentasi
 - b. Saat sesi parallel dimulai, peserta akan di-assign oleh host untuk masuk ruang presentasi sesuai dengan jadwal presentasi yang telah ditentukan
 - c. Saat presentasi, Presenter melakukan share screen secara mandiri
 - d. Setiap presenter diberikan waktu maksimal 15 menit yang terdiri dari 10 menit untuk presentasi (mohon agar paparan dapat menyesuaikan) dan 5 menit untuk diskusi serta tanya jawab. Jika melewati batas waktu yang telah ditetapkan, presentasi anda akan dihentikan oleh moderator dan dilanjutkan ke presentasi selanjutnya
8. Informasi mengenai sertifikat dibagikan melalui grup WhatsApp maksimal H+7. Mohon untuk tidak meninggalkan grup setelah kegiatan berakhir.

MIK
2018
JAJA
BAR



DAFTAR ISI

Kepatuhan Petugas Assembling terhadap SOP Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis di RSUD Tugurejo Semarang tahun 2023 (Tsalsa Cholisotunnisa, Retno Astuti Setijaningsih)

Analisis Prosedur Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi (Agnes Imelda Sefia Rizky, Anggra Yudha Ramadianto, Yusup Alamsyah)

Tinjauan Prosedur Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik terhadap Peningkatan Efektivitas Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi (Aulia Zeta Andhani, Noviar Nur Utami Dewi, Sali Setiatin dan Meira Hidayati)

Perancangan Sistem Informasi Surat Keterangan Kematian Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung (Opan Setiawan, Hani Marwiyah, Sali Setiatin)

Analisis Ketidaktepatan Pengkodean Diagnosis Dan Tindakan Kasus Neoplasma Menggunakan ICD-10 Dan ICD-9 Versi Th. 2010 Di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan Tahun 2023 (Bekajaya Lahagu, Ade Milawati, Mutiara Nurtika Widyasasmita)

Desain Map Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari (Kania Putri Elyana, Heri Saepudin, Yoki Muchsam)

Optimalisasi Penanganan Faktor Penyebab Klaim Pending Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Dr. Gunawan Mangunkusumo (Novita Dewi, Mika Febriani, Lelly Wahyu Wardaningrum, Esti Setyaningrum)

Rekam Medis Elektronik Terhadap Sistem Informasi Manajemen Di Pendaftaran Rawat Jalan Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi (Salsa Nopela, Dr. Barkah Rosadi, Yoki Muchsam)

Analisis pemahaman petugas rekam medis dalam penggunaan SNOMED-CT di RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO (Rezza Aditiya Prayudha, Anugrah Harizqi Pratama, Putri Dewi Aryani, Eka Wahyuningsih)

Analisis Kelengkapan Pengisian *Informed Consent* Tindakan Non Operasi Pasien Rawat Inap Pada Staff Medis Fungsional Ilmu Kesehatan Anak Guna Menunjang Aspek Hukum Rekam Medis Di Rsup Dr. Hasan Sadikin Bandung (Ryan Wilka Ramdani)

Analisis Indikator Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit Setelah Implementasi SIMRSGOS Versi 2 (Winny Hardiyanti Lestari, Tagor Sibarani,dr., Herry Tjahjono)



Analisis Ketepatan Kode SNOMED-CT ID Kasus Onkologi Pasien Rawat Inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto (Ahadia Dini Yunisar, Agnes Setyaningrum, Kartika Wahyu Widyaningrum dan Risa Andriani)

Tinjauan Pendaftaran Online rawat Jalan Guna Menunjang Kualitas Pelayanan Di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat (Dini Fajriani, Neni Rohaeni)

Dashboard Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Tinewati Tahun 2021 (Nidia Sopiatur Nisa)

Analisis Kebutuhan Rekam Medis Elektronik Di Puskesmas Teluk Jame Timur Kabupaten Karawang (Ridwan, Siti Muttiah, Fahmi Huzatul Ilman, Kiki Nobari)

Analisis Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis Periode 2013 – 2023 di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang (Anesa Medina, Anggra Yudha Ramadianto, Sutarlin)

Analisis Indikator Nilai *Bed Occupancy Rate* (BOR) Guna Menunjang Kualitas Pelayanan Di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung, Periode Triwulan I Tahun 2023 (Atika Febrianti, Encep Yayat, Agus Hermawan)

Pengembangan Prototipe Sistem Informasi Surveilans *Hospital Acquired Infections* (HAIs) berbasis *District Health Information Software 2* (DHIS2) (Nida Nur Aulia Muslim, Marko Ferdian Salim)



Kepatuhan Petugas Assembling terhadap SOP Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis di RSUD Tugurejo Semarang tahun 2023

Tsalsa Cholisotunnisa¹, Retno Astuti Setijaningsih²

¹Universitas Dian Nuswantoro Semarang
Email: 422202002999@mhs.dinus.ac.id

² Universitas Dian Nuswantoro Semarang
Email: retnoastuti@dsn.dinus.ac.id

Abstract

Based on the results of the initial survey in October 2022, there are obstacles in controlling incomplete medical records paper as well as electronics. Incomplete medical records are caused by caregiving professionals (PPA). So researchers want to review the compliance of assembling officers with the Standard Operating Procedure for controlling incomplete medical records. The purpose of this study was to describe the compliance of assembling officers with the Standard Operating Procedure for controlling incomplete medical records at Tugurejo General Hospital, Semarang. This type of research is qualitative using descriptive methods where the data is collected by observation and interviews. The subjects of this research are assembling officers (key informants), totaling 5 people. The results showed that the compliance of key informants 1 to SOP was 90%, and key informants 2, 3, 4, and 5 were 100%. So in general the key informants already know and comply with the contents of the Standard Operating Procedure for controlling incomplete medical records, it's just that the Standard Operating Procedure stages have not been detailed step by step, the Standard Operating Procedure has also just regulated procedures for controlling paper medical record incompleteness, not yet regulating RME. And there are obstacles to PPA in completing medical records. The solution is to revise and disseminate Standard Operating Procedure, routinely monitor and evaluate the completeness of medical records, and coordinate with the PPA coordinator regarding controlling incomplete medical records.

Keywords: Compliance, Incomplete Controlling, Standard Operating Procedure.

Abstrak

Berdasarkan hasil survei awal pada bulan oktober tahun 2022, terdapat kendala dalam pengendalian ketidaklengkapan rekam medis *paper* maupun elektronik. Ketidaklengkapan rekam medis disebabkan oleh profesional pemberi asuhan (PPA). Sehingga peneliti ingin meninjau kepatuhan petugas assembling terhadap SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan kepatuhan petugas assembling terhadap SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis di RSUD Tugurejo Semarang. Jenis penelitian ini adalah kualitatif menggunakan metode deskriptif yang pengumpulan datanya dengan cara observasi dan wawancara, subjek penelitian ini adalah petugas assembling (informan kunci) yang berjumlah 5 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan informan kunci 1 terhadap SOP sebesar 90%, informan kunci 2, 3, 4, dan 5 sebesar 100%. Jadi secara umum informan kunci sudah mengetahui dan mematuhi isi SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis, hanya saja tahapan SOP belum di rinci perlangkah, SOP juga baru mengatur prosedur pengendalian ketidaklengkapan rekam medis *paper*, belum mengatur tentang RME. Dan terdapat kendala pada PPA dalam melengkapi rekam medis. Solusinya adalah revisi dan sosialisai SOP, monitoring dan evaluasi kelengkapan rekam medis secara rutin, serta koordinasi dengan koordinator PPA tentang pengendalian ketidaklengkapan rekam medis.

Kata kunci : Kepatuhan, Pengendalian Ketidaklengkapan, SOP



PENDAHULUAN

Quality Assurance dalam makna secara luas yaitu seluruh aturan dari kegiatan yang bertujuan untuk mengamankan, menjaga, dan meningkatkan mutu kualitas pelayanan (Hastuti et al., 2009). Salah satu contoh *Quality Assurance* yaitu pada Unit Rekam Medis (RM) dalam menjaga kelengkapan dokumen rekam medis, agar dokumen tetap terjaga kelengkapannya maka petugas harus teliti dalam mengecek dokumen rekam medis tersebut. Dengan adanya *Quality Assurance* Permenkes-RI memiliki Kebijakan terkait kelengkapan Rekam Medis yaitu pada Permenkes RI No. 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik pasal 16 yang berbunyi Pengisian Rekam Medis harus di isi dengan lengkap, jelas, dan pengisian dilaksanakan sesudah pasien melakukan pengobatan yaitu dengan membubuhkan nama pasien, waktu, dan tanda tangan Petugas yang menangani pasien pada saat berobat (Kemenkes RI, 2022). Pada pernyataan tersebut dapat diartikan bahwa Rekam Medis harus terisi dengan lengkap dan jelas baik pada rekam medis kertas maupun rekam medis elektronik karena kelengkapan rekam medis tersebut dapat membantu meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Kelengkapan pengisian pada Dokumen Rekam Medis (DRM) sangatlah penting, karena DRM yang tidak lengkap kurang layak dalam memberikan informasi untuk pengobatan selanjutnya pada saat pasien kembali berobat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Fasyankes) tersebut (Pamungkas & Marwati, 2010). Karena kelengkapan DRM sangat bermanfaat untuk dapat mengetahui riwayat pengobatan pasien yang diberikan saat berobat (Karma et al., 2019). Dengan adanya ketidaklengkapan rekam medis maka perlu pengendalian ketidaklengkapan rekam medis yang

dilakukan petugas assembling dan harus berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan

Dari hasil survei awal pada bagian Assembling RSUD Tugurejo terdapat DRM RI yang tidak lengkap yaitu sekitar 51,7 % pada periode bulan Januari – Oktober 2022, ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap (DRM RI) tersebut disebabkan profesional pemberi asuhan (PPA) seperti dokter dan perawat pada saat pengisian DRM kurang teliti, hal itu bisa terjadi karena banyaknya jumlah pasien dan keterbatasan waktu. Dari ketidaklengkapan DRM RI tersebut maka petugas assembling RSUD Tugurejo Semarang akan melakukan pengendalian ketidaklengkapan dengan cara DRM RI yang telah dikembalikan dari bangsal, kemudian diperiksa kelengkapannya dengan menggunakan dua media yaitu pertama memeriksa kelengkapan pada DRM paper terlebih dahulu, setelah itu memeriksa pada rekam medis elektronik (RME) pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan DRM RI yang tidak lengkap akan dikembalikan PPA untuk dilengkapi kembali. Namun pada saat proses pengendalian ketidaklengkapan DRM RI petugas mengalami beberapa kendala yaitu DRM rawat inap yang sudah dikembalikan lagi ke bagian assembling masih belum dilengkapi oleh PPA dan waktu pengembalian DRM RI setelah dilengkapi melebihi batas waktu yang telah ditentukan oleh SOP Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis di RSUD Tugurejo Semarang yaitu maksimal 7 x 24 jam atau 15 hari. Kendala tersebut terjadi karena kurang komunikasi antar petugas dan kesibukan PPA sehingga lupa untuk melengkapi DRM RI tersebut. Maka dalam hal ini peneliti ingin mengetahui kepatuhan petugas assembling terhadap SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis di RSUD



Tugurejo Semarang dengan menyusun Artikel ilmiah yang berjudul Kepatuhan Petugas terhadap SOP Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2023.

METODE

Jenis penelitian ini adalah kualitatif menggunakan metode deskriptif yang pengumpulan datanya dengan cara observasi dan wawancara, dengan pendekatan *Cross-Sectional*. Subjek penelitian ini adalah petugas assembling (informan kunci) yang berjumlah 5 orang. Teknik sampling yang digunakan yaitu *Purposive Sampling* yang mana jumlah sampel dapat ditentukan saat sebelum penelitian atau pada saat penelitian berlangsung. Sumber data primen diperoleh melalui observasi dan wawancara sedangkan sumber data sekunder diperoleh melalui computer untuk mengetahui ketidaklengkapan DRM.

HASIL

1. Pengetahuan Petugas Assembling terhadap Kebijakan Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis

Tabel 1 Hasil Wawancara Kebijakan

Apakah terdapat kebijakan tentang pengendalian ketidaklengkapan rekam medis ?	
Jawaban	
Informan Kunci 1	Ada, tapi secara menyeluruh di bagian rekam medis
Informan Kunci 2	Sepertinya ada kebijakannya tapi saya lupa
Informan Kunci 3	Ada, tetapi coba tanya ke petugas 1 karena saya lupa
Informan Kunci 4	Ada, tapi saya tidak tahu isinya
Informan Kunci 5	Ada, tapi saya kurang paham

Kesimpulan	5 Informan kunci mengetahui bahwa terdapat kebijakan tentang pengendalian ketidaklengkapan rekam medis akan tetapi kebanyakan merekam tidak mengetahui isinya dan lupa.
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Berdasarkan Tabel 1 hasil wawancara yang terkait kebijakan pengendalian ketidaklengkapan rekam medis yaitu dari semua informan kunci mereka mengetahui adanya kebijakan pengendalian ketidaklengkapan rekam medis, akan tetapi mereka tidak tahu atau tidak memahami isi dari kebijakan tersebut.

Berdasarkan hasil observasi pada buku kebijakan di unit rekam medis RSUD Tugurejo Semarang bahwa kebijakan tentang pengendalian ketidaklengkapan rekam medis yaitu pada Peraturan Direktur RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah No. 75 tahun 2022 tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rekam Medis RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah pasal 8 ayat 5 yang berbunyi : Dalam hal terjadi kesalahan pencatatan atau pendokumentasian dalam pengisian informasi klinis, tenaga Kesehatan, pemberi asuhan pelayanan Kesehatan dapat melakukan perbaikan sebagaimana yang tertuang dalam kebijakan pelayanan Direktur RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah.

2. Pengetahuan Petugas Assembling terhadap SOP Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis

Tabel 2 Hasil Wawancara SOP Pengendalian ketidaklengkapan RM

Apakah terdapat SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis dan apakah mengetahui isi dari SOP tersebut?



Jawaban	
Informan Kunci 1	Ada SOP nya dan saya tau isinya karena kita bekerja berdasarkan panduan SOP
Informan Kunci 2	Ada, dan saya mengetahui isi SOP tersebut
Informan Kunci 3	Ada, saya tahu isi SOP nya
Informan Kunci 4	Ada, tahu isi SOP nya
Informan Kunci 5	Ada, saya mengetahui isi SOP tersebut
Kesimpulan	Semua informan kunci mengetahui isi dari SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis

Berdasarkan tabel 2 Hasil wawancara kepada informan kunci yang berjumlah 5 orang bahwa di RSUD Tugurejo terdapat SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis yang digunakan sebagai pedoman dalam proses pelaksanaan pengendalian ketidaklengkapan rekam medis dan semua informan kunci mengetahui isi dari SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis RSUD Tugurejo Semarang. Berdasarkan hasil observasi pada bagian assembling RSUD Tugurejo Semarang yaitu terdapat SOP Pengendalian ketidaklengkapan rekam medis yang disebut sebagai SOP Pengendalian, Pemeriksaan Kelengkapan dan Perlakuan Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap yang berisi sebagai berikut :

- a. Petugas Assembling menyiapkan peralatan kerja dengan membuka SIMRS (program *tracking* assembling) dan alat tulis kantor.
- b. Petugas Assembling menerima Dokumen Rekam Medis Rawat Inap dari (administrasi ruang) yang dikembalikan maksimal 1 x 24 jam setelah pasien pulang.
- c. Petugas assembling mencocokkan jumlah DRM RI yang tertulis di buku ekspedisi dan jumlah DRM.
- d. Petugas assembling membubuhkan paraf, tanggal dan jumlah DRM RI yang dikembalikan pada buku ekspedisi.
- e. Petugas Assembling melakukan tracking assembling pada SIM RS dengan cara menyesuaikan tanggal pulang DRM. Kemudian setiap pengembalian DRM RI diberikan identitas nama ruang, jumlah pengembalian dan tanggal pengembalian.
- f. Petugas Assembling merapikan DRM RI dengan cara menyeteples, melubangi DRM RI dan memasukan dalam map DRM RI (bila kedatangan pasien baru pertama kunjungan di RSUD Tugurejo).
- g. Petugas Assembling mengevaluasi kelengkapan pengisian DRM rawat inap meliputi Kelengkapan, Keterbacaan Pengisian DRM dan *Time line* menggunakan SIMRS.
- h. Petugas assembling setelah melakukan evaluasi KLPRM apabila ditemukan lengkap dokumen rekam medis diserahkan ke bagian filing, apabila tidak lengkap dokumen rekam medis didokumentasikan kemudian diserahkan kepada PPA untuk dilengkapi.
- i. Waktu melengkapi Ketidaklengkapan Dokumen rekam medis maksimal 7 X 24 jam.
- j. Petugas Bangsal atau administrasi ruang mengembalikan DRM jika sudah lengkap. Jika dalam waktu tersebut DRM digunakan untuk Pelayanan / periksa ke IRJ atau IGD maka petugas bangsal atau admin ruang segera mengirim DRM ke bagian assembling untuk dirakit dan petugas Assembling menyerahkan ke filing untuk



didistribusikan ke bagian yang memerlukan.

3. Kendala Pelaksanaan Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis Di RSUD Tugurejo Semarang

Tabel 3 Hasil wawancara Kendala

Apa kendala yang dialami informan kunci pada saat pelaksanaan pengendalian ketidaklengkapan rekam medis ?	
Jawaban	
Informan Kunci 1	Proses evaluasi kelengkapan yang lama dengan menggunakan 2 media
Informan Kunci 2 & 5	Keterlambatan pengembalian DRM RI
Informan Kunci 3	DRM RI yang telah dikembalikan kepada PPA masih belum lengkap
Informan Kunci 4	Keterlambatan Pengembalian DRM RI yang telah dilengkapi oleh PPA
Kesimpulan	Kebanyakan informan kunci mengalami kendala pada keterlambatan pengembalian DRM RI.

Berdasarkan tabel 3 hasil wawancara kepada 5 informan kunci bahwa mereka memiliki kendala yang berberda-beda akan tetapi pada informan kunci 2 dan 5 mengalami kendala yang sama yaitu pada keterlambatan pengembalian DRM RI dari bangsal perawatan pasien.

4. Kepatuhan Petugas Assembling terhadap SOP Pengendalian ketidaklengkapan Rekam Medis di RSUD Tugurejo Semarang

Tabel 4 Tabel Observasi Petugas Assembling

No	URAIAN KEGIATAN	Total	
		Patuh	Tidak

		patuh			
Informan Kunci 1		f	%	f	%
1.	Apakah Petugas Assembling menyiapkan peralatan kerja dengan membuka SIMRS (program tracking assembling) dan alat tulis kantor?	6	100	0	0
2.	Apakah petugas assembling menerima Dokumen Rekam Medis Rawat Inap dari (administrasi ruang) yang di kembalikan maksimal 1 x 24 jam setelah pasien pulang?	3	50	3	50
3.	Apakah petugas assembling mencocokkan jumlah DRM RI yang tertulis di buku ekspedisi dan jumlah DRM?	6	100	0	0
4.	Apakah petugas assembling membubuhkan paraf, tanggal, dan jumlah DRM RI yang dikembalikan pada buku ekspedisi?	6	100	0	0
5.	Apakah petugas assembling melakukan tracking assembling	6	100	0	0



pada SIMRS dengan cara menyesuaikan tanggal pulang DRM?						dokumen rekam medis didokumentasikan kemudian diserahkan kepada PPA untuk dilengkapi?
---------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------

Informan Kunci 2					
-------------------------	--	--	--	--	--

6. Petugas Assembling merapikan DRM RI dengan cara menyeteplis, melubangi DRM RI dan memasukan dalam map DRM RI (bila kedapatan pasien baru pertama kunjungan di RSUD Tugurejo)?	6	100	0	0	9. Apakah Waktu melengkap Kefidaklengkapan Dokumen rekam medis maksimal 7 X 24 jam?
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----	---	---	-------------------------------------------------------------------------------------

10. Apakah Petugas Bangsal atau administrasi ruang mengembalikan DRM jika sudah lengkap. Jika dalam waktu tersebut DRM digunakan untuk Pelayanan / periksa ke IRJ atau IGD maka petugas bangsal atau admin ruang segera mengirim DRM ke bagian assembling untuk dirakit dan petugas Assembling menyerahkan ke filing untuk didistribusikan ke bagian yang memerlukan?	6	100	0	0	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----	---	---	--

Informan Kunci 3, 4 & 5					
------------------------------------	--	--	--	--	--

7. Apakah Petugas Assembling mengevaluasi kelengkapan pengisian DRM rawat inap meliputi Kelengkapan, Keterbacaan Pengisian DRM dan Time line menggunakan SIMRS?	6	100	0	0	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----	---	---	--

8. Apakah Petugas assembling setelah melakukan evaluasi KLPRM apabila ditemukan lengkap dokumen rekam medis diserahkan ke bagian filing, apabila tidak lengkap	6	100	0	0	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----	---	---	--

Berdasarkan tabel 4 yaitu hasil observasi langkah yang paling banyak tidak dipatuhi yaitu pada langkah ke 2 yang dilakukan oleh informan kunci 1



dengan jumlah tidak patuh sebanyak 3 kali dengan presentase 50% oleh petugas 1. Sehingga total dari keseluruhan kepatuhan tiap informan kunci yaitu informan kunci 1 sebesar 90%, informan kunci 2, 3, 4 dan 5 sebesar 100%.

PEMBAHASAN

1. Pengetahuan Petugas Assembling terhadap Kebijakan Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis

Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas assembling bahwa mereka mengetahui adanya kebijakan pengendalian ketidaklengkapan rekam medis akan tetapi kebanyakan dari mereka tidak mengetahui atau memahami isi dari kebijakan tersebut padahal kebijakan sangatlah penting. Dengan hal ini maka dapat dilakukan sosialisasi secara berkala oleh pimpinan Rumah Sakit tentang kebijakan kepada petugas assembling agar para petugas memahami tentang kebijakan.

Kebijakan di rumah sakit hukumnya wajib sebagaimana tertuang dalam Permenkes No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien Pasal 18 yaitu kewajiban Rumah Sakit untuk melaksanakan etika rumah sakit dengan Menyusun kebijakan yang kondusif bagi Pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan kode etik Rumah Sakit, sehingga dengan adanya kebijakan yaitu sebagai landasan dalam menjalankan prosedur yang telah dibuat (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan teori tersebut maka Rumah Sakit sudah memenuhi ketentuan Permenkes No. 4 tahun 2018 yang mewajibkan Rumah Sakit untuk melaksanakan etika rumah sakit dengan Menyusun kebijakan.

2. Pengetahuan Petugas Assembling terhadap SOP Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis

Berdasarkan hasil wawancara tentang SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis bahwa petugas assembling RSUD Tugurejo Semarang mengetahui adanya SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis dan semua petugas assembling mengetahui isi SOP tersebut, karena SOP tersebut berisi alur atau prosedur kerja yang dijadikan pedoman pada saat melaksanakan pengendalian ketidaklengkapan rekam medis.

Berdasarkan hasil observasi terhadap SOP Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis yang terdapat pada bagian Assembling RSUD Tugurejo Semarang yaitu masih terdapat prosedur yang tidak operasional yaitu pada alur prosedur nomor 4, 5, 6, 7, 8 dan 10 karena dalam satu nomor pada prosedur memuat banyak kegiatan atau lebih dari satu kegiatan.

Menurut Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 35 tahun 2012 tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan menjelaskan bahwa secara umum format SOP dapat dikategorikan ke dalam empat jenis, yaitu: Langkah sederhana, Tahapan berurutan, Grafik (digunakan jika dalam menggambarkan prosedur diperlukan adanya suatu foto atau diagram), dan Diagram Alir (digunakan jika dalam SOP tersebut diperlukan pengambilan keputusan yang banyak dan opsi jawaban) (KemenPAN-RB RI, 2012).



Format SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis RSUD Tugurejo sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 35 tahun 2012, yaitu SOP dibuat dengan tahapan yang berurutan sesuai dengan alur prosedurnya, dan terdapat grafik, akan tetapi pada tahapan sederhana belum sesuai karena dalam satu langkah pada prosedur tersebut masih terdapat kegiatan yang lebih dari satu. Sehingga pada SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis perlu perbaikan pada bagian prosedur dibuat satu tahapan hanya berisi satu kegiatan.

3. Kendala Pelaksanaan Pengendalian Ketidaklengkapan Rekam Medis Di RSUD Tugurejo Semarang

Berdasarkan hasil penelitian informan kunci 1 mengalami kendala pada proses evaluasi kelengkapan yang lama dengan menggunakan 2 media karena petugas mengevaluasi DRM RI yang berbentuk kertas terlebih dahulu, kemudian petugas melakukan evaluasi pada SIMRS. Dengan hal ini pimpinan yang berwenang dapat memberikan edukasi kepada PPA agar lebih lengkap dalam mengisi DRM sehingga meminimalisir proses evaluasi kelengkapan DRM RI. Informan kunci 2 dan Informan kunci 5 mengalami kendala pada Keterlambatan pengembalian DRM RI, yaitu petugas assembling menerima pengembalian DRM RI dari bangsal melebihi waktu yang telah ditentukan yaitu 1x24 jam. Keterlambatan pengembalian terjadi karena DRM RI masih digunakan di bangsal dan DRM RI digunakan untuk keperluan administrasi. Apabila terjadi kendala seperti diatas petugas assembling dapat melaporkan kepada pimpinan yang berwenang agar

petugas yang mengembalikan DRM RI mendapatkan teguran dari pimpinan, sehingga petugas tersebut akan memperbaiki agar tidak terjadi keterlambatan pada saat pengembalian DRM RI. Informan kunci 3 mengalami kendala DRM RI yang telah dikembalikan kepada PPA masih belum lengkap, yaitu pada saat petugas assembling mengembalikan DRM RI yang tidak lengkap kepada PPA untuk dilengkapi kemudian PPA mengembalikan kembali ke bagian assembling akan tetapi DRM RI masih terdapat ketidaklengkapan, sehingga menjadi kendala bagi petugas assembling. Dengan hal ini petugas assembling dapat melaporkan kepada pimpinan yang berwenang agar memberikan teguran kepada PPA agar melengkapi DRM RI sebelum dikembalikan ke bagian assembling. Informan kunci 4 mengalami kendala keterlambatan pengembalian DRM RI yang telah dilengkapi oleh PPA, yaitu DRM RI yang telah dilengkapi oleh PPA pembaliannya melebihi waktu yang telah ditentukan yaitu lebih dari 7x24 jam. Dengan adanya kendala seperti diatas petugas assembling dapat melaporkan kepada pimpinan yang berwenang agar petugas yang mengembalikan DRM RI mendapatkan teguran dari pimpinan, sehingga petugas tersebut akan memperbaiki agar tidak terjadi keterlambatan pada saat pengembalian DRM RI setelah dilengkapi.

Berdasarkan penelitian terdahulu oleh Maimum I. Bilondatu, Lilis Handayani dan Detriyanti Harun bahwa kendala pelaksanaan pengendalian rekam medis rawat inap yaitu masih ada peminjam berkas rekam medis yang terlambat dalam pengembalian berkas rekam medis hal itu menjadi kendala dalam mengendalikan berkas rekam medis sehingga menghambat



dalam proses pelaksanaan pengendalian (Bilondatu et al., 2022).

Sehingga berdasarkan hasil penelitian ini dan penelitian terdahulu memiliki kesamaan yaitu kendala pada saat pelaksanaan pengendalian ketidaklengkapan rekam medis yaitu keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis ke bagian assembling.

4. Kepatuhan Petugas Assembling terhadap SOP Pengendalian ketidaklengkapan Rekam Medis di RSUD Tugurejo Semarang

Berdasarkan hasil observasi total keseluruhan kepatuhan petugas Assembling terhadap SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis oleh informan kunci 1 yaitu 90% hal ini dikatakan informan kunci tersebut patuh terhadap SOP, kemudian tingkat kepatuhan informan kunci 2, 3, 4 dan 5 yaitu 100% hal ini dikatakan patuh. Sehingga prosedur yang banyak tidak dipatuhi yaitu pada langkah ke 2 oleh petugas 1, hal ini dikarenakan terlambatnya pengembalian DRM RI dari bangsal sehingga petugas 1 menerima DRM RI yang pengembaliannya lebih dari 1 x 24 jam dengan presentase perlangkahnya yaitu 50%.

Berdasarkan penelitian terdahulu oleh Henry Yuliasuti bahwa kepatuhan petugas assembling terhadap SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis yaitu belum 100% dan belum berjalan sesuai dengan SOP, dikarenakan pada bagian penempelan kartu kendali pada rekam medis yang belum lengkap tidak dilaksanakan. (Yuliasuti, 2020).

Sehingga berdasarkan hasil penelitian ini dan penelitian terdahulu kepatuhan petugas assembling terhadap SOP pengendalian

ketidaklengkapan rekam medis masih terdapat petugas yang kepatuhannya belum 100%. Akan tetapi pada hasil observasi pengukuran kepatuhan petugas assembling terhadap SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis bisa menjadi tidak valid karena pada satu langkah yang ada pada SOP masih terdapat lebih dari satu variabel kegiatan, sehingga pengukuran tidak fokus pada satu kegiatan saja. Dengan hal ini maka dapat dilakukan perbaikan pada prosedur SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis agar memudahkan dalam pengukuran kepatuhan petugas.

SIMPULAN

Pada bagian assembling RSUD Tugurejo Semarang terdapat kebijakan pengendalian ketidaklengkapan rekam medis dan petugas assembling mengetahui adanya kebijakan tentang pengendalian ketidaklengkapan rekam medis, akan tetapi kebanyakan petugas assembling tidak mengetahui isi dari kebijakan tersebut. Sehingga perlu melakukan sosialisasi secara berkala oleh pimpinan rumah sakit tentang kebijakan yang diberikan kepada petugas assembling agar para petugas memahami tentang kebijakan.

Pada bagian Assembling RSUD Tugurejo Semarang terdapat SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis, petugas mengetahui dan memahami isi dari SOP tersebut, akan tetapi masih terdapat prosedur yang tidak operasional karena dalam satu tahapan prosedur memuat banyak kegiatan atau lebih dari satu kegiatan yaitu pada prosedur yang ke 4, 5, 6, 7, 8 dan 10. Sehingga perlu perbaikan SOP yaitu setiap langkah prosedur dibuat hanya terdapat satu kegiatan.

Kendala yang dialami petugas assembling pada saat pelaksanaan



pengendalian ketidaklengkapan rekam medis yaitu Proses evaluasi kelengkapan yang lama dengan menggunakan 2 media, Keterlambatan pengembalian DRM RI, DRM RI yang telah dikembalikan kepada PPA masih belum lengkap, dan Keterlambatan Pengembalian DRM RI yang telah dilengkapi oleh PPA. Pada kendala yang dialami oleh petugas assembling dapat dilakukan dengan pimpinan yang berwenang memberikan edukasi kepada PPA agar lebih lengkap dalam mengisi DRM sehingga menimalisir proses evaluasi kelengkapan DRM RI, petugas assembling dapat melaporkan kepada pimpinan yang berwenang agar petugas yang terlambat mengembalikan DRM RI dan PPA yang belum melengkapi DRM RI mendapatkan teguran dari pimpinan.

Secara umum semua petugas dikatakan patuh terhadap SOP, akan tetapi terdapat satu langkah yang seringkali tidak dipatuhi yaitu pada langkah ke 2 yang dilakukan oleh petugas 1 dengan total patuh 3x tidak patuh 3x dan presentasinya 50%. Agar pengukuran kepatuhan mendapatkan hasil yang valid sebaiknya SOP pengendalian ketidaklengkapan rekam medis setiap langkahnya dibuat hanya satu variabel kegiatan supaya menjadi operasional.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kepada RSUD Tugurejo Semarang yang telah mengizinkan untuk dilakukan penelitian pada Unit Rekam Medis khususnya pada bagian Assembling.

DAFTAR PUSTAKA

Bilondatu, M. I., Handayani, L., Harun, D., & Medis, B. R. (2022). *Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Sistem Pengendalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Di Ruang Filing RSUD Otanaha Kota Gorontalo Tahun 2022*. *Baktara Journal Of Health Information* 11(1).

Hastuti, S. D., Sugiarsi, S., & Lestari, T. (2009). *Analisis Keterlambatan pengembalian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Bagian Assembling Di Rsu Pku Muhammadiyah Delanggu Triwulan I Tahun 2009*. *Jurnal Kesehatan Apikes Mitra Husada Karanganyar*. 78, 43–59.

Karma, M., Wirajaya, M., Ilmu, I., Medika, K., & Bali, P. (2019). *Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia*. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* 7(2).

Kemendes RI. (2018). Permenkes No. 4 Tahun 2018. *Kemendes RI*, 6(1), 1–8.

Kemendes RI. (2022). Permenkes RI No 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. *Kemendes RI 8.5.2017*, 2003–2005.

KemPAN-RB RI. (2012). *Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan. PERMENPAN Nomor 35 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan*, KemPAN-RB RI 1–55.

Pamungkas, T. W., & Marwati, T. (2010). *Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. 17–28.

Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R dan D*. Bandung : CV Alfabeta.2017.

Rohmawati, A., Putri Supriadi, T. S., & Wahab, S. (2021). *Tinjauan Pelaksanaan Assembling Dalam Pengendalian Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Soreang*. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(9), 1079–1086.

<https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i9.181>
Yuliasuti, H. (2020). *Tinjauan Pelaksanaan Assembling Dalam Pengendalian Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Di Rsu Muslimat Ponorogo*. *Jurnal Delima Harapan*,7(1),39–47.

<https://doi.org/10.31935/delima.v7i1.94>



Analisis Prosedur Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi

Agnes Imelda Sefia Rizky¹, Anggra Yudha Ramadianto², Yusup Alamsyah³

¹ Politeknik Kesehatan YBA Bandung, Jl. Cipagalo Girang No.24, Margasari, Kec. Buahbatu, Kota Bandung, Jawa Barat 40286

E-Mail : agnesimeldas.r26@gmail.com

² Politeknik Kesehatan YBA Bandung

E-Mail : anggra.bigcat@gmail.com

³ Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi

E-Mail : alamsyahyusup@gmail.com

ABSTRACT

This study aims to determine the Standard Operating Procedures for the destruction of medical record documents at the Cibabat Cimahi General Hospital. This study used a descriptive method with a qualitative approach. The data collection techniques used were observation, interviews on these activities, documentation and supplemented by literature studies and field studies related to inductive subject matter.

The results showed that the destruction of medical record files at the Cibabat Cimahi Regional General Hospital was not in accordance with the Standard Operating Procedures (SPO) because the destruction of these files had not been carried out and had to wait 10 years for the retention of medical record files to be destroyed in a special room. destruction file. Factors causing the extermination to not be carried out are facilities that support the implementation of the extermination, the retention of medical record files that have not been in accordance with Standard Operating Procedures, inadequate special equipment for extermination is not implemented.

Based on this research, it is suggested that the Cibabat Cimahi Regional General Hospital make a special room for adequate in active and inactive files. In addition, there must be a retention schedule and to facilitate the demolition process the Cibabat Cimahi Regional General Hospital must have new equipment or repair damaged equipment so that the extermination process is optimal again.

Keywords: medical records, standard operating procedures, destruction, qualitative descriptive analysis.



ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui *Standar Operasional Prosedur* pemusnahan dokumen rekam medis di Rumah sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara terhadap kegiatan tersebut dokumentasi serta dilengkapi dengan studi kepustakaan dan studi lapangan yang berhubungan dengan pokok permasalahan yang bersifat induktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemusnahann berkas rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi belum sesuai dengan *Standar Prosedur Operasional* (SPO) karena pemusnahan berkas tersebut belum terlaksana dan harus menunggu waktu 10 tahun untuk dimusnahkan berkas rekam medis yang sudah di retensi disimpan di dalam ruangan khusus berkas pemusnahan. Faktor penyebab tidak terlaksana nya pemusnahan yaitu Fasilitas yang menjadi penunjang pelaksanaan pemusnahan, tidak terlaksananya retensi berkas rekam medis yang belum sesuai *Standar Operasional prosedur*, alat khusus pemusnahan yang tidak memadai.

Berdasarkan penelitian ini, disarankan agar Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi dibuatkan ruangan khusus untuk berkas in aktif dan berkas non aktif yang memadai. Selain itu, harus ada penjadwalan pelaksanaan retensi dan untuk mempermudah proses pemusnahan Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi harus mempunyai alat baru atau memperbaiki alat yang rusak agar proses pemusnahan kembali optimal.

Kata kunci : rekam medis, *standar operasional prosedur*, pemusnahan.

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan sebuah fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan secara komprehensif, termasuk perawatan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darura (Undang-undang no 44 tahun 2009).

Rekam Medis merupakan dokumen yang memuat data identitas pasien, informasi pemeriksaan, pengobatan, kegiatan, dan pelayanan yang diberikan kepada pasien. (Kementrian kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan 24 tentang Rekam Medis Pasal 1 ayat 1 tahun 2022). Rekam medis adalah jantungnya rumah sakit, dan jantungnya rekam medis adalah penyimpanan, apabila penyimpanan tidak dikelola dengan baik maka sistem pelayananpun tidak efisien

Rekam medis memiliki sistem

pengolahan yaitu *assembling*, *filling*, pengkodean, *indeksing*, penyusutan dan pemusnahan. Rekam medis juga memiliki masa retensi, sehingga diperlukan pemusnahan. Tindakan pemusnahan juga dituangkan dalam surat edaran Petunjuk teknis yang diberikan dalam Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik No. HK.00.06.1.5.01160 Tahun 1995 mengenai pengadaan formulir dasar rumah sakit dan prosedur pemusnahan rekam medis.

Pemusnahan berkas rekam medis harus segera dilakukan setelah 5 tahun disimpan. Pemusnahan berkas rekam medis merupakan proses pemindahan file data pasien dari aktif ke file in aktif. Kecuali berkas yang tidak dapat dimusnahkan seperti surat kelahiran, surat kematian, lembaran masuk dan keluar, surat identitas bayi, laporan operasi, resume medis, resume pasien pulang, persetujuan tindakan umum



,penolakan tindakan medik, tindakan kedokteran, persetujuan tindakan anastesi, penolakan tindakan anastesi. Penting untuk memperhatikan proses pemusnahan berkas rekam medis karena terjadi peningkatan jumlah berkas rekam medis tanpa diiringi dengan pemusnahan yang memadai. tepat akan menyebabkan berkas menumpuk dan mengganggu operasional kerja (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008).

Berdasarkan observasi awal pada kegiatan Praktek Kerja Lapangan (PKL) di RSUD Cibabat Cimahi pada tanggal 13 September – 13 November 2022, didapatkan bahwa pelaksanaan pemusnahan berkas rekam medis di RSUD Cibabat Cimahi belum optimal. Hal tersebut disebabkan karena terjadi penumpukan berkas rekam medis di ruang penyimpanan akibat kurangnya rak khusus untuk penyimpanan dokumen berkas rekam medis pasien yang inaktif. Permasalahan lainnya adalah karena kurangnya tenaga khusus untuk pemeliharaan dan pengelolaan berkas rekam medis inaktif sehingga petugas rekam medis di bagian yang lain seperti bagian distribusi ikut serta dalam melakukan retensi atau pemusnahan yang mengakibatkan pelayanan terhambat. Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Prosedur Pemusnahan Dokumen Rekam Medis Guna Menunjang Efektivitas Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat".

Retensi memiliki pengertian yaitu kegiatan memisahkan atau pemindahan berkas rekam medis inaktif dan rekam medis aktif yang masih dalam penyimpanan (*filling*). Selain itu, Pemilahan nilai guna formulir dalam berkas rekam medis dapat dianggap sebagai salah satu aspek dari retensi, yang bertujuan untuk mengurangi jumlah

formulir yang ada dalam berkas tersebut (Depkes RI 2006). Adapun beberapa tujuan retensi dan pemusnahan rekam medis, antara lain:

1. Menjaga kerapihan penyusunan berkas rekam medis aktif.
2. Memudah pencarian file rekam medis aktif.
3. Menyimpan rekam medis aktif .
4. Mereduksi beban tugas petugas ketika mengelola berkas yang aktif maupun tidak aktif.

Penyimpanan Rekam Medis adalah rekam medis pasien, baik yang rawat jalan maupun yang rawat inap. Meskipun memiliki beberapa kelemahan, rekam medis tetap menjadi sumber data yang paling baik di rumah sakit. Kelemahan rekam medis adalah sering tidak tersedianya informasi sosial-ekonomi pasien, Rekam medis sering tidak lengkap, tidak memuat pendapat pasien, tidak menyertakan penjelasan dari dokter dan perawat, serta seringkali tidak mencatat kunjungan kontrol pasca perawatan inap dan elemen-elemen lain yang penting (Ismainar 2015).

Pemusnahan rekam medis merujuk pada surat edaran Dirjen Yanmed nomor HK.00.05.001.60 tahun 1995 yang mengatur petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dan pemusnahan berkas rekam medis di rumah sakit. Pemusnahan berkas rekam medis di rumah sakit dilakukan melalui prosedur yang terdefinisi dengan baik, dimulai dengan identifikasi rencana kegiatan pemusnahan. Hal ini meliputi pemahaman tentang pemusnahan, tata cara pemusnahan, evaluasi berkas, tahapan pemusnahan, kebijakan pemusnahan, unit yang terlibat dalam pemusnahan, teori tentang Standar Operasional Prosedur (SOP), penyusunan format usulan SOP pemusnahan, dan alur pemusnahan (Ismainar 2015).



Dalam hal pemusnahan dokumen riwayat penyakit, Peraturan Menteri Kesehatan nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Bagian IV juga memberikan ketentuan yang mengatur hal tersebut.

Pasal 8

- 1) Rekam medis pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit harus disimpan selama minimal 5 (lima) tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
- 2) Pada akhir 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud dalam ayat 1, data pasien dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pemulangan dan persetujuan pengobatan
- 3) Ringkasan pemulangan dan konfirmasi prosedur pengobatan sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 harus disimpan selama 10 (sepuluh) tahun sejak tanggal ringkasan.
- 4) Laporan pasien dan ringkasan pemulangan yang ditentukan dalam ayat 1 dan ayat 3 disimpan oleh pegawai yang ditunjuk oleh direktur pusat perawatan.

Pasal 9

- 1) Dalam pelayanan kesehatan yang diberikan di luar rumah sakit, data pasien harus disimpan sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun sejak hari terakhir pasien dirawat.
- 2) Setelah melewati batas waktu sebagaimana disebutkan dalam ayat (1), rekam medis dapat dilakukan pemusnahan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.

Menurut Surat Edaran Dirjen Yanmed No. HK. 00. 06. 1. 5. 01160 tahun 1995, terdapat petunjuk teknis yang

mengatur tentang pembuatan formulir dasar rekam medis dan pemusnahan kartu pasien di rumah sakit, bahwa sebelum pemusnahan, berkas rekam pasien harus melalui berbagai tahapan untuk menjaga nilai guna dan kerahasiaannya, misalnya penyortiran., transfer, evaluasi dan hancurkan.

Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik No. HK.00.06.1.5.01160 sehubungan tentang petunjuk teknis pengambilan formulir Rekam medis Dasar dan pemusnahan Rekam medis dari rumah sakit, pelaksanaan pemusnahan dapat dilakukan dengan:

- a. Bakar, gunakan incinerator atau dibakar seperti biasa.
- b. Dicacah, dibuat bubur.
- c. Orang ketiga disaksikan oleh tim pemusnahan.

Berdasarkan pokok permasalahan di atas maka tujuan dari peneliti yaitu sebagai berikut :

- a. Untuk mengetahui Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait pemusnahan dokumen Rekam Medis di RSUD Cibabat.
- b. Untuk mengetahui pelaksanaan pemusnahan dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat.
- c. Untuk mengetahui faktor apa saja yang menyebabkan pemusnahan belum optimal.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Metode yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif, metode ini merupakan metode yang bersifat deskriptif dan cenderung menggunakan analisis. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang mengkaji keadaan alamiah suatu tempat atau kebalikan dari suatu eksperimen,



dimana instrument kuncinya adalah peneliti, analisis data secara induktif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada keumuman (Sugiyono, 2009).

Lokasi penelitian adalah tempat dimana penelitian dilakukan, penetapan lokasi penelitian merupakan tahap yang sangat penting dalam penelitian kualitatif, karena dengan di tetapkan nya lokasi penelitian berarti objek dan tujuan sudah di tetapkan sehingga mempermudah penulis dalam melakukan penelitian. Lokasi penelitian yang di teliti oleh peneliti yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi.

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena dengan analisis data tersebut dapat di beri arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif kualitatif.

Dalam penelitian ini objek penelitiannya adalah menganalisis Standar Prosedur Operasional (SPO) yang mengatur tentang tata cara pemusnahan dokumen rekam medis.

Teknik Pengumpulan data, Observasi yaitu kegiatan pemusatan perhatian terhadap suatu obyek dengan menggunakan seluruh alat indra. Observasi dilakukan melalui pengamatan dan pencatatan sistematis terhadap gejala-gejala yang diteliti., Wawancara yaitu percakapan yang dilakukan dengan maksud tertentu untuk mencapai suatu tujuan. Wawancara dilakukan kepada kepala rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat ,dan 3 orang petugas penyimpanan atau pemusnahan.

HASIL

Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) pemusnahan berkas rekam medis yang disahkan pada tanggal 26 Juli 2022, yaitu suatu kegiatan pemusnahan berkas rekam medis yang non aktif adalah berkas rekam medis yang sudah tidak aktif lagi sejak lima tahun dari tanggal terakhir berobat, bertujuan sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk memusnahkan rekam medis non aktif. Keputusan ini telah di tetapkan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Nomor 445/Kep.3414-RSUD Cibabat/2022 tentang penetapan pedoman Pelayanan Rekam Medis.

Prosedur pemusnahan berkas rekam medis non aktif ada beberapa tahapan untuk pemusnahan berkas rekam medis tersebut:

1. Petugas penyimpanan rekam medis mengeluarkan rekam medis non aktif dari rak penyimpanan yaitu rekam medis pasien yang sudah tidak berobat ke Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi sejak lima tahun dari tanggal terakhir berobat.
2. Kepala Instalasi Rekam Medis membuat laporan tertulis kepada Direktur melalui Wakil direktur pelayanan tentang berkas rekam medis non aktif yang harus dimusnahkan.
3. Lembar-lembar rekam medus seperti: Resume dan persetujuan tindakan medik tidak dimusnahkan, tetapi disimpan selama 10 tahun sejak tanggal dibuatnya resume.
4. Direktur Rumah Sakit membentuk Tim Pemusnahan Rekam Medis yang terdiri dari unsur rekam medis dan tata usaha dikukuhkan dengan Surat Keputusan Direktur.
5. Selanjutnya Tim Pemusnahan melaksanakan pemusnahan melalui dibakar, dicacah, dibuat



- bubur di saksi oleh tim pemusnah melalui pihak ketiga.
6. Direktur membuat pernyataan diatas segel pemusnahan langsung berkas rekam medis ke pihak ketiga.

Unit-unit yang terkait dalam pemusnahan berkas rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi diantaranya Komite Medis dan Panitia Rekam Medis.

Rumah Sakit umum Daerah Cibabat Cimahi memiliki peraturan yang digunakan dalam melaksanakan pemusnahan dokumen rekam medis. Beberapa aturan yang digunakan tersebut antara lain, peraturan yang pertama ialah keputusan direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi. Isi dari kebijakan tersebut mengenai susunan tim penilaian dan pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi bahwa dalam rangka upaya peningkatan mutu serta efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya dalam pengelolaan rekam medis perlu adanya proses penilaian dan pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi.

Peraturan Kedua, yaitu adanya penetapan Standar Prosedur Operasional yang di gunakan sebagai acuan dasar pemusnahan rekam medis, tentang pemusnahan dokumen rekam medis tahun 2022 Standar Prosedur Operasional tersebut berisi tentang kegiatan tim penilaian dokumen rekam medis inaktif untuk memberikan laporan pada Direktur, bahwa rekam medis yang memenuhi syarat untuk dimusnahkan bisa langsung di pisahkan untuk dimusnahkan, selanjutnya Direktur membuat surat keputusan mengenai pemusnahan dokumen rekam medis dan menunjuk tim pemusnah, lalu dokumen rekam medis dimusnahkan sesuai dengan daftar deskripsi tim penilai dengan cara, (1)

dibakar, (2) cacah, dibuat bubur dan (3) Oleh pihak ketiga yang disaksikan oleh tim pemusnahan. Sebelum pemusnahan ini dilaksanakan ada pembuatan berita acara pemusnahan terlebih dahulu yang di tandatangani kepala Instalasi Rekam Medis dan Wakil Direktur Pelayanan RSUD Cibabat dan disahkan oleh Direktur rumah sakit, Direktur mengirimkan lembar berita acara pemusnahan ke Dirjen Yanmed dan yang asli di simpan di Instalasi Rekam Medis.

Rumah Sakit Cibabat Cimahi menerapkan sistem penyimpanan desentralisasi, yaitu memisahkan antara rekam medis poliklinik dengan rekam medis penderita dirawat, sistem yang di gunakan di rumah Sakit Cibabat Cimahi yaitu Unit Numbering System yang memberikan satu nomor rekam medis pada pasien berobat jalan maupun pasien rawat inap dan gawat darurat, setiap pasien yang datang berobat mendapatkan satu nomor ketika pasien pertama kali tiba di rumahsakit, dan akan digunakan pada kunjungan berikutnya. Di Rumah Sakit Cibabat Cimahi menggunakan 2 sistem penjajaran rekam medis yaitu Straight Numerical Filling yang digunakan dibagian penyimpanan rawat jalan dan Terminal Digit Filling digunakan digunakan dibagian rawat inap. Seiring pertambahan pasien, berkas rekam medis yang meningkat setiap harinya, sehingga rak penyimpanan semakin tidak tertata, penuh dan sesak, penampakan berkas rekam medis menjadi tidak rapih dan saling tertumpuk dengan berkas rekam medis lainnya.

Pengaturan berkas rekam medis perlu ditata kembali untuk mengurangi jumlah rekam medis yang in aktif, maka harus dilaksanakan proses pemusnahan dokumen rekam medis. Sebelum dilaksanakan proses pemusnahan dokumen rekam medis petugas penyimpanan harus melakukan retensi terlebih dahulu untuk memilah dokumen



yang akan dimusnahkan dan dilestarikan, pada bulan September 2022 telah melaksanakan retensi berkas rekam medis tahun 2016-2017 sebanyak 7.190 berkas rekam medis, berkas rekam medis tersebut diturunkan dari rak penyimpanan aktif dan dipindahkan ke rak penyimpanan inaktif sesuai tanggal terakhir berkunjung.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan pelaksanaan dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi belum optimal. Berikut merupakan faktor-faktor tersebut:

1. Fasilitas yang menjadi penunjang pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi belum memadai seperti ruangan dokumen in aktif dan non aktif belum memadai.
2. Masih adanya pelaksanaan retensi berkas rekam medis yang belum sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) contohnya seperti pada tahun 2013-2015 pada proses pemusnahan berkas rekam medis resume dan informed consent berkas yang dilestarikan belum dipilah sehingga retensi dan pemusnahan berkas tersebut belum terlaksana dan harus menunggu waktu 10 tahun untuk dimusnahkan.
3. Pemusnahan di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi masih menggunakan jasa pihak ke tiga, karena alat khusus pemusnahan berkas rekam medis yaitu alat pencacah belum dibenahi oleh pihak Rumah Sakit.

Hasil dari penelitian wawancara dengan petugas rekam medis mengenai penerapan dan pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO), menyatakan bahwa pemusnahan di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi belum

sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) karena berkas rekam medis tidak di pilih terlebih dahulu atau tidak di retensi, pemusnahan dokumen rekam medis baru ditetapkan oleh direktur rumah sakit pada tahun 2017 sudah terdapat prosedur mengenai bagaimana pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis, namun pemusnahan ini tidak dilakukan oleh pihak Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat melainkan dengan pihak ketiga untuk dimusnahkan.

PEMBAHASAN

Beberapa peraturan yang digunakan dalam pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi yaitu kebijakan rumah sakit yang diterbitkan atas perintah Direktur Rumah sakit tentang susunan tim penilaian dan pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi, dan Standar Operasional Prosedur tentang pemusnahan dokumen Rekam Medis. Peraturan-peraturan tersebut tidak berbeda dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis pada Pasal 8

1. Rekam medis pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit harus disimpan selama minimal 5 (lima) tahun sejak tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
2. Setelah 5 (lima) tahun sebagaimana dimaksud dalam ayat 1, data pasien dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan pengobatan
3. Ringkasan pemulangan dan konfirmasi prosedur pengobatan sebagaimana dimaksud dalam ayat 2 harus disimpan selama 10



(sepuluh) tahun sejak tanggal ringkasan.

4. Laporan pasien dan ringkasan pemulangan yang ditentukan dalam ayat 1 dan ayat 3 disimpan oleh pegawai yang ditunjuk oleh direktur pusat perawatan.

Sistem pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit Umum daerah Cibabat Cimahi juga telah mengacu pada Surat Edaran Dirjen Yanmed No.HK00.06.1.5.0.1160 tentang petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dasar dan pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit, yang dimana terdapat tentang langkah-langkah dalam melakukan pemusnahan dokumen rekam medis, seperti memilah berkas rekam medis, tim penilai yang harus di bentuk sesuai surat keputusan direktur, dan pembentukan tim pemusnah, pelaksanaan pemusnahan dokumen rekam medis harus di pantau dengan baik, dan dijalankan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

Penerapan Standar Operasional Prosedur yang telah di berlakukan dan disahkan oleh Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi. Pada tahun 2013-2015 ketentuan yang ada dalam prosedur tersebut belum dilakukan, karena pada tahun tersebut pemusnahan dokumen rekam medis semua dimusnahkan tanpa dipilah terlebih dahulu untuk dilestarikan. Namun, setelah dilakukan perubahan kembali pada tahun 2022 Standar Operasional Prosedur di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi dan dengan adanya surat keputusan Direktur Rumah Sakit, pemusnahan dokumen rekam medis dalam Standar Operasional Prosedur, yang pembuatannya mempunyai tujuan yang jelas sebagai acuan pelaksanaan proses pemusnahan.

Pelaksanaan pemusnahan rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi sudah dilaksanakan setiap dokumen rekam medis pasien yang

berkunjung selama 5 tahun terhitung dari tanggal terakhir berobat atau di pulangkan, karena keterbatasan rak penyimpanan dokumen rekam medis dan harus segera dimusnahkan supaya tidak penuh dan bisa diisi dengan dokumen rekam medis terbaru serta ketersediaan sarana seperti alat pencacah kertas Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi ini menggunakan pemusnahan rekam medis dengan diserahkan kepada pihak ketiga yang di saksikan oleh tim pemusnah rumah sakit. Namun, pemusnahan berkas tersebut belum terlaksana dan harus menunggu waktu 10 tahun untuk dimusnahkan berkas rekam medis yang sudah di retensi disimpan di dalam ruangan khusus berkas pemusnahan.

Adanya kendala dalam melakukan retensi dan pemusnahan yaitu kurangnya sumber daya manusia sehingga terjadinya pekerjaan rangkap dan tidak adanya alat pencacah dokumen rekam medis, pemenuhan sumber daya manusia yang sesuai kompetensi, agar program kerja di unit rekam medis berjalan sesuai rencana, apabila terjadi kekurangan atau keterbatasan jumlah maka terjadi kendala pada proses retensi yang dimulai dengan penyusutan hingga pemusnahan dokumen rekam medis. Diperlukan juga komitmen dan kerjasama antara petugas rekam medis dalam melaksanakan prosedur, sehingga produktifitas kerja meningkat dan pengelolaan arsip dokumen rekam medis di ruang penyimpanan dapat terkendali dengan baik. Adapun sarana untuk menunjang proses pemusnahan belum di persiapkan dengan baik, sehingga kegiatan pemusnahan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi harus menggunakan pihak ketiga.

Penelitian ini sebanding dengan penelitian sebelumnya yaitu menurut



indah susilowati dkk pada tahun 2022, Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat kebijakan, pedoman dan SOP pemusnahan berkas rekam medis, namun implementasinya tidak mematuhi peraturan yang telah ditetapkan. Pemusnahan berkas rekam medis belum pernah dilakukan dan hal ini menyebabkan ruang penyimpanan menjadi penuh, mengakibatkan berkas menjadi tidak tertata dengan baik, kusut, mudah rusak, dan ditempatkan secara berdesakan. Pelaksanaan pemusnahan berkas rekam medis tidak sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan, karena belum dilaksanakan sama sekali, sehingga terjadi penumpukan berkas rekam medis.

Simpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi pada bulan Mei-Juni 2023, peraturan yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi tentang pelaksanaan pemusnahan yang di terbitkan tahun 2022 dengan versi terbaru adalah keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi tentang susunan tim pemusnahan rekam medis dan Standar Operasional Prosedur tentang pemilihan berkas rekam medis dan pemusnahan berkas rekam medis.

Penerapan peraturan mengenai pemusnahan dokumen rekam medis belum dilaksanakan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku dan peraturan yang dikeluarkan oleh Direktur rumah sakit. Meskipun proses retensi telah dilakukan dan dokumen rekam medis yang akan dimusnahkan telah ditentukan, namun semuanya masih tetap disimpan di ruangan khusus untuk pemusnahan.

Dampak lainnya adalah ruang penyimpanan yang menjadi penuh,

sehingga berkas rekam medis menjadi tidak teratur, kusut, rentan sobek, bahkan rusak akibat penempatan yang berdesakan. Proses pemusnahan dokumen rekam medis terhambat karena beberapa faktor, antara lain keterbatasan ruangan untuk menyimpan dokumen inaktif dan non-aktif, proses pemusnahan belum sesuai dengan Standar Operasional Prosedur, dan sarana belum memadai yaitu alat pencacah belum tersedia sehingga masih memaki pihak ketiga

DAFTAR PUSTAKA

- Dirjen Yanmed 1995. (1995). *Surat Edaran Dirjen Yanmed No. HK. 00. 06. 1. 5. 01160.*
- Ismainar, H. (2015). *Manajemen unit Kerja.* Yogyakarta: Deepublish.
- Kemendes RI. (2022). *PMK Nomor 24 tentang Rekam Medis. Pemerintah RI, 33(1).*
- PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008. (2008). *permenkes ri 269/MENKES/PER/III/2008. In Permenkes Ri No 269/Menkes/Per/iii/2008 (Vol. 2008, p. 7).*
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D, ISBN: 979-8433-64-10. In Alfabeta (Issue 465).*
- Susilowati, I., Permatasari, T. I., & Jayanti, K. D. (2022). *Penerapan Aturan Pemusnahan Arsip Rekam Medis Inaktif Di Rumah Sakit X Tulungagung. PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat, 6(2), 1566-1573.*
<https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i2.4532>
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Buku*



Pedoman Penyelenggaraan Rekam
Medis Rumah Sakit. In *Pedoman
Penyelenggaraan dan Prosedur
Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia*

Revisi II (p. 203).





Tinjauan Prosedur Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik terhadap Peningkatan Efektivitas Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi

Aulia Zeta Andhani¹, Noviar Nur Utami Dewi², Sali Setiatin³ dan Meira Hidayati⁴

¹Manajemen Informasi Kesehatan dan Politeknik Kesehatan YBA Bandung
Email: ¹auliazeta24@gmail.com

^{2,4}Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, ³Manajemen Informasi Kesehatan dan
^{2,3,4}Politeknik Kesehatan YBA Bandung

Email: ²noviarnurutami@gmail.com, ³salisetiatin@gmail.com,
⁴meirahidayati58@gmail.com

Abstract

The development of Technology Science (IT) in Indonesia which is growing rapidly and reaching almost all fields, including the health sector Manual Medical Records (RMM) are now being replaced by Electronic Medical Records (RME). Electronic medical records are patient medical records created using an electronic system. This system becomes a repository of electronic information containing health status and health services provided by doctors or other health workers to patients. Electronic medical records are considered to increase the effectiveness and efficiency of employee performance.

This study generally aims to: (1) Find out how the procedure for implementing electronic medical records increases the effectiveness of outpatient services, (2) Knowing the procedure for implementing electronic medical records in outpatient services, (3) Knowing the effectiveness of electronic medical records for outpatient services at Rumah Sakit 2nd Level Dustira Cimahi.

The method used in this study is qualitative with a descriptive approach, namely by observing and interviewing several medical record officers in the outpatient services section at Tk II Dustira Hospital, Cimahi.

The results of this study can be concluded that the implementation of electronic medical record procedures are seen from the effectiveness measure which consists of the time factor, the accuracy factor and the suitability factor which has increased and makes it easier for officers to do their work.

Keywords: *Electronic Medical Records, Effectiveness, Service, Outpatient*

Abstrak

Perkembangan Ilmu Teknologi (IT) di Indonesia yang semakin pesat dan menjangkau hampir diseluruh bidang, termasuk dibidang kesehatan Rekam Medis Manual (RMM) kini mulai digantikan dengan Rekam Medis Elektronik (RME). Rekam medis elektronik merupakan rekam medis pasien yang dibuat menggunakan sistem elektronik. Sistem ini menjadi sebuah database penyimpanan informasi elektronik yang berisi status kesehatan dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya kepada pasien. Rekam medis elektronik dinilai dapat



meningkatkan efektivitas dan efisiensi kinerja pegawai.

Tujuan penelitian ini secara umum yaitu: (1) Mengetahui bagaimana prosedur pelaksanaan rekam medis elektronik terhadap peningkatan efektivitas pelayanan rawat jalan, (2) Mengetahui prosedur pelaksanaan rekam medis elektronik di pelayanan rawat jalan, (3) Mengetahui efektivitas rekam medis elektronik terhadap pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan deskriptif yaitu dengan cara observasi dan wawancara dengan beberapa petugas rekam medis dibagian pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi.

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan prosedur rekam medis elektronik di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi dilihat dari ukuran efektivitas yang terdiri dari faktor waktu, faktor kecermatan dan faktor kesesuaian sudah meningkat dan memudahkan petugas dalam mengerjakan pekerjaannya.

Kata kunci: *Rekam Medis Elektronik, Efektivitas, Pelayanan, Rawat Jalan*

PENDAHULUAN

Rumah sakit ialah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Permenkes No.147 tahun 2010). Rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan kesehatan. Di rumah sakit tenaga kesehatan dan tenaga penunjang kesehatan seperti dokter, dokter gigi, bidan, perawat, apoteker, beserta asisten-asisten tenaga kesehatan lainnya memberikan pelayanan secara profesional. Fungsi utama pelayanan kesehatan yaitu menyelenggarakan pelayanan medis, gawat darurat, laboratorium, radiologi, dan fisioterapi. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, petugas harus mencatat semua pemeriksaan, pengobatan dan tindakan yang telah diberikan kepada pasien secara lengkap, tepat, dan bisa dipertanggung jawabkan sebagai alat bukti yang sah secara hukum didalam rekam medis masing-masing pasien.

Rekam medis ialah dokumen yang berisi identitas pasien yang sangat rahasia karena didalamnya berisikan catatan berupa pemeriksaan, tindakan, pengobatan dan pelayanan lain yang diberikan oleh para tenaga kesehatan kepada seorang pasien. Rekam medis digunakan sebagai dasar pengobatan

pasien, bahan pembuktian atau pertanggung jawaban dalam perkara hukum, bahan untuk penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya dalam pelayanan kesehatan dan untuk menyiapkan statistik-statistik kesehatan. Dengan adanya perkembangan Ilmu Teknologi (IT) di Indonesia yang semakin pesat dan menjangkau hampir diseluruh bidang, termasuk dibidang kesehatan Rekam Medis Manual (RMM) kini mulai digantikan dengan Rekam Medis Elektronik (RME).

Rekam Medis Elektronik adalah rekam medis yang dibuat menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis (Permenkes No 24 Tahun 2022). Rekam Medis Elektronik ini sudah mulai digunakan di setiap rumah sakit di berbagai negara. Pemerintah Indonesia pun mewajibkan agar seluruh fasilitas pelayanan kesehatan untuk mulai menggunakan rekam medis dalam bentuk elektronik sebagai dokumen dalam pemberian pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Prosedur pelaksanaan rekam medis elektronik dalam pelayanan di rumah sakit meliputi registrasi pasien, pendistribusian data rekam medis elektronik pasien, pengisian informasi klinis, pengolahan informasi rekam medis elektronik pasien, penginputan data untuk



klaim pembiayaan pelayanan kesehatan pasien, penyimpanan rekam medis elektronik, penjaminan muturekam medis elektronik, transfer isi rekam medis elektronik. Dalam melaksanakan prosedur rekam medis elektronik tersebut, keefektifitasan menjadi indikator paling penting yang harus diperhatikan oleh rumah sakit. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit menyatakan bahwa setiap pasien mempunyai hak memperoleh pelayanan yang efisien dan efektif sehingga pasien terhindar dari kerugian baik kerugian fisik maupun kerugian materi. Maka dari itu setiap rumah sakit harus memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas bagi masyarakat. Prosedur pelaksanaan rekam medis dalam bentuk elektronik dianggap dapat meningkatkan efektivitas kinerja para pegawai.

Efektivitas adalah suatu ukuran yang dapat menggambarkan seberapa jauh target yang dituju akan tercapai. Efektivitas dalam melakukan suatu pekerjaan sangat dibutuhkan, terutama dalam pekerjaan pelayanan dirumah sakit.

Pelayanan adalah kegiatan yang dilakukan untuk membantu seseorang. Ketika memberikan pelayanan kepada orang lain harus berkualitas. Pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang cepat, menyenangkan, tidak mendukung pada kesalahan, mengikuti sesuai proses dan prosedur yang sudah ditetapkan sebelumnya.

Rawat jalan adalah salah pelayanan kesehatan yang ada dirumah sakit, pasien akan diobservasi, didiagnosis, dan diberi pengobatan oleh tenaga kesehatan tanpa menginap dirumah sakit. Pelayanan rawat jalan merupakan indikator yang sangat penting dan harus diperhatikan oleh rumah sakit. Banyaknya

pasien datang untuk berobat ke pelayanan rawat jalan membuat keefetivitasan pelayanan sangat diutamakan. Pelayanan rawat jalan sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia untuk menunjang usahanya dalam mencapai kesehatan masyarakat.

Di Rumah Sakit Tingkat II Dustira Cimahi ilmu teknologi dibidang kesehatan sudah dimanfaatkan sehingga dalam memberikan pelayanannya sudah menggunakan sistem rekam medis elektronik. Di pelayanan rawat jalan banyak sekali pasien yang datang disetiap harinya, hal ini disebabkan oleh banyaknya pelayanan poliklinik yang tersedia di Rumah Sakit Tk II Dustira Cimahi dan juga Rumah Sakit Tk II Dustira Cimahi tidak hanya menerima pasien di kalangan militer tetapi juga masyarakat umum. Oleh karena itu keefektivitasan pelayanan rawat jalan harus sangat diperhatikan oleh pihak rumah sakit.

Dari latar belakang diatas maka kami penulis tertarik membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Tinjauan Prosedur Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik Terhadap Peningkatan Efektivitas Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi".

METODE

1. Metode dan Desain Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis kualitatif dengan pendekatan deskriptif yaitu dengan cara pengumpulan data-data yang berupa wawancara, dan observasi kepada informan penelitian.

Metode penelitian kualitatif adalah salah satu metode dalam penelitian yang dilandaskan oleh filsafat positivism atau enterpretif, yang dipergunakan untuk meneliti kondisi suatu objek secara alamiah, peneliti sebagai kunci instrumen, teknik pengumpulan datanya dilakukan



menggunakan cara triangulasi (gabungan dari observasi, dokumentasi dan juga wawancara), data yang diperoleh adalah data kualitatif, data analisis, data yang bersifat induktif atau bersifat kualitatif, dan hasil dari penelitian ini bersifat untuk memahami keunikan, mengkontuksi suatu fenomena, dan menemukan hipotesis (Sugiyono, 2020).

Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui nilai – nilai variabel mandiri, baik satu variabel ataupun lebih (independen) tanpa membuat suatu perbandingan khusus, atau menghubungkannya dengan variabel yang lain (Sugiyono, 2018).

2. Informan Penelitian

Menurut Moleong (2015:163) informan penelitian adalah seseorang yang dimanfaatkan oleh peneliti untuk mendapatkan informasi tentang kondisi latar belakang dan juga situasi dari penelitian dan merupakan orang yang benar-benar mengetahui permasalahan – permasalahan yang nantinya akan diteliti. Informan ini mempunyai kewajiban secara sukarela menjadi salah satu anggota tim penelitian walaupun hanya bersifat informal. Sebagai salah satu anggota tim dengan dengan kesukarelaannya ia bisa memberikan pandangan apa saja dari orang dalam tentang nilai nilai, sikap dan proses yang menjadi latar pada penelitian.

Informan dalam penelitian ini adalah beberapa orang petugas rekam medis dibagian pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Tingkat II Dustira Cimahi.

3. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini menggunakan beberapa teknik pengumpulan data, diantaranya:

a. Studi Lapangan

1) Observasi

Menurut (Morissan, 2017:143) “Observasi atau pengamatan adalah kegiatan sehari-hari manusia dengan menggunakan pancaindra sebagai alat bantu utamanya. Dengan kata lain, observasi adalah kemampuan seseorang untuk menggunakan pengamatannya melalui hasil pengamatannya menggunakan pancaindra.”

Observasi pada penelitian ini melakukan pengamatan langsung kepada objek yang akan diteliti yaitu pelaksanaan rekam medis elektronik terhadap peningkatan efektivitas pelayanan rawat jalan, kemudian mencatat semua hasil yang diamati dengan alat tulis yang dibutuhkan.

2) Wawancara

Moelang (2005:186) menjelaskan “Wawancara merupakan percakapan dengan adanya maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu.”

Pada penelitian ini wawancara yang dilakukan adalah wawancara langsung yang dilakukan oleh peneliti kepada petugas rekam medis bagian pendaftaran rawat jalan.

b. Studi Keperpustakaan

Studi keperpustakaan merupakan suatu metode penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti agar mendapat data - data dan informasi, penulis mengumpulkan data - data dengan mengacu pada beberapa referensi buku-buku, dokumen, artikel, jurnal dan catatan yang menjadi bahan dan pegangan dalam menyusun karya ilmiah ini.



4. Teknik Verifikasi Data

Teknik verifikasi data adalah proses memastikan data yang dimasukkan sama dengan data dari sumber asli. Pada saat mengumpulkan data, teknik-teknik yang digunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

a. Observasi

Melakukan pengamatan pada pelaksanaan rekam medis elektronik terhadap pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi.

b. Wawancara

Melakukan tanya jawab dengan petugas rekam medis dibagian pelayanan rawat agar mendapatkan informasi yang dibutuhkan oleh peneliti.

5. Prosedur Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data penelitian ini menggunakan analisis deskriptif yaitu dengan cara mendeskripsikan data-data yang telah dikumpulkan dari prosedur pelaksanaan rekam medis elektronik terhadap peningkatan efektivitas pelayanan rawat jalan yang kemudian data-data tersebut akan diolah sehingga dapat diketahui peningkatan efektivitas pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi setelah digunakannya rekam medis elektronik.

Menurut Emzir (2016: 16-17) Data dalam penelitian kualitatif dianalisis dengan cara membaca dan mereview data (yang berupa catatan observasi, transkrip wawancara) untuk mendeteksi tema-tema apa dan pola-pola apa saja yang muncul dalam penelitian. Interpretasi dan disseminasi hasil. Peneliti akan merangkum dan menjelaskan tema-tema dan pola-pola atau hasilnya dalam bentuk naratif.

Sejalan dengan pendapat di atas Sugiyono (2007) mengemukakan bahwa

ada tiga tahap utama yang harus dilakukan oleh seorang peneliti pada penelitian kualitatif :

a. Tahap orientasi atau tahap deskripsi, di tahap ini mendeskripsikan apa yang dilihat, dirasakan dan didengar oleh peneliti, kemudian peneliti mendata sepiintas tentang informasi – informasi yang diperolehnya

b. Tahap reduksi, ditahap ini peneliti mereduksi segala informasi informasi yang diperoleh oleh peneliti pada tahapan ini untuk bisa memfokuskan pada suatu masalah.

c. Tahap seleksi, tahap ini agar peneliti bisa menguraikan fokus yang sudah ditetapkan oleh peneliti sebelumnya menjadi lebih rinci lagi dan kemudian menganalisis hasilnya secara mendalam tentang fokus masalah tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara sebagai data utama, berikut adalah hasil dari wawancara dengan beberapa informan terkait pelaksanaan penggunaan rekam medis elektronik:

Tabel 1 Hasil Wawancara Registrasi Pasien

Faktor Waktu	Faktor Kecermatan	Faktor Kesesuaian
Waktu pelayanan menjadi lebih cepat	Mengurangi kesalahan dalam menginput data pasien	Sesuai SOP

Hasil wawancara dengan informan dikatakan bahwa hambatan yang dialami dalam melakukan registrasi pasien adalah jaringan internet yang tidak stabil sehingga mengganggu proses pelayanan registrasi pasien.



Tabel 2 Hasil Wawancara Pendistribusian Data Rekam Medis

Faktor Waktu	Faktor Kecermatan	Faktor Kesesuaian
Waktu pendistribusian rekam medis menjadi lebih cepat karena sudah menggunakan digital	Mengurangi kesalahan dalam pengiriman rekam medis pasien	Sesuai ketentuan

Hasil wawancara dengan informan, pendistribusian data rekam medis pasien menjadi lebih cepat dan tepat, karena sudah menggunakan digital petugas tidak perlu mengirim berkas rekam medis ke poliklinik, dokter dan perawat sudah bisa langsung mengakses rekam medis pasien ketika sudah terdaftar.

Tabel 3 Hasil Wawancara Pengisian Informasi Klinis

Faktor Waktu	Faktor Kecermatan	Faktor Kesesuaian
Pengisian informasi klinis menjadi lebih lambat	Lebih teliti dan terisi semua bagian yang harus diisi dengan lengkap	Sesuai SOP

Hasil wawancara dengan informan, terhambatnya proses pelayanan dengan menggunakan rekam medis karena dokter dan perawat belum terbiasa mengisi rekam medis menggunakan komputer.

Tabel 4 Hasil Wawancara Penyimpanan Rekam Medis Elektronik

Faktor Waktu	Faktor Kecermatan	Faktor Kesesuaian
Lebih cepat	Lebih akurat	Sesuai SOP

Hasil wawancara dengan informan, proses penyimpanan menjadi lebih cepat dan akurat, karena tidak menggunakan campur tangan manusia sehingga meminimalisir kesalahan yang disebabkan oleh *human error*.

Tabel 5 Hasil Wawancara Pengolahan Informasi Rekam Medis Elektronik dan Penginputan Data Klaim Pembayaran

Faktor Waktu	Faktor Kecermatan	Faktor Kesesuaian
Waktu yang dibutuhkan menjadi lebih cepat	Lebih akurat	Sesuai ketentuan

Hasil wawancara dengan informan pengolahan informasi rekam medis elektronik menjadi lebih cepat dan meminimalisir adanya kesalahan, dan penginputan data untuk klaim pembayaran menjadi lebih cepat.

Tabel 6 Hasil Wawancara Transfer Data Rekam Medis Elektronik

Faktor Waktu	Faktor Kecermatan	Faktor Kesesuaian
Lebih cepat	Lebih tepat	Sesuai SOP

Hasil wawancara dengan informan, transfer data rekam medis elektronik menjadi lebih cepat dari sebelumnya.

Tabel 7 Hasil Wawancara Peminjaman Mutu Rekam Medis Elektronik

Faktor Waktu	Faktor Kecermatan	Faktor Kesesuaian
Lebih cepat	Lebih cermat	Sesuai SOP

Hasil wawancara peneliti dengan informan dalam melayani pasien lebih bermutu karena waktu pelayanan menjadi lebih



cepat dan sesuai dengan ketentuan yang sudah ditentukan sebelumnya.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil kesimpulan dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa tinjauan prosedur pelaksanaan rekam medis elektronik terhadap peningkatan efektivitas pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Tingkat II Dustira Cimahi adalah :

1. Prosedur pelaksanaan rekam medis elektronik di Rumah Sakit Tk II Dustira Cimahi terdiri dari registrasi pasien, pendistribusian data rekam medis elektronik, pengisian informasi rekam medis elektronik, pengolahan data rekam medis elektronik, penginputan data untuk klaim pembayaran, pelaksanaan penyimpanan rekam medis elektronik, penjaminan mutu rekam medis elektronik, dan transfer data rekam medis sudah seluruhnya menggunakan sistem elektronik.
2. Pelaksanaan rekam medis elektronik dilihat dari faktor waktu, faktor kecemasan dan faktor kesesuaian sudah dapat meningkatkan efektivitas dalam memberikan pelayanan di rawat jalan Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi.
3. Prosedur pelaksanaan rekam medis elektronik yang terdiri dari registrasi pasien, pendistribusian data rekam medis elektronik, pengisian informasi rekam medis elektronik, pengolahan data rekam medis elektronik, penginputan data untuk klaim pembayaran, pelaksanaan penyimpanan rekam medis elektronik, penjaminan mutu rekam medis elektronik, dan transfer isi rekam medis, terhadap peningkatan efektivitas yang dilihat dari faktor waktu, kecermatan, dan kesesuaian sudah dapat meningkatkan efektivitas pada pelayanan rawat jalan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala Rahmat dan karunia-Nya sehingga karya tulis ilmiah berjudul "Tinjauan Prosedur Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik Terhadap Peningkatan Efektivitas Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi" dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, cukup sulit bagi kami untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh sebab itu kami mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dra. Hj. Tiny Rahayu, M.Si., M.MKes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Yayasan Bina Administrasi Bandung
2. Bapak Kolonel Ckm dr. Bayu Dewanto Sp.BS selaku Kepala Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi
3. Ibu Mayor Ckm (K) Wisda Purwandani, SE selaku kepala instalasi rekam medis Rumah Sakit TK II Dustira Cimahi
4. Ibu Sali Setiatin, A.Md. PerKes., S.ST., M.MRS, Ibu Meira Hidayati A.Md. Perkes., S.ST., MM, dan Noviar Nur Utami Dewi selaku penulis kedua, ketiga, dan keempat yang telah meluangkan waktunya untuk memotivasi, dan berbagi ilmu selama proses pengerjaan karya tulis ilmiah ini dari awal hingga akhir
5. Rekan-rekan dosen Politeknik Kesehatan YBA Bandung
6. Teristimewa untuk keluarga kami, yang selalu mendoakan, mendukung dan memberikan kami semangat beraktivitas, semoga semua diberikan kesehatan dan kebahagiaan untuk tetap saling menjaga.



DAFTAR PUSTAKA

Kepmenkes, R. (2007). *14 KMK No. 1165 tentang Pola Tarif RS BLU .pdf* (pp. 1–2).

Permenkes No.147 tahun 2010. (2010). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/1 tentang Perizinan Rumah Sakit. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, 1-3.

Permenkes No.12 tahun 2013. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor12/MENKES/PER/1 Tentang pola tarif badan layanan umum rumah sakit dilingkungan kementerian kesehatan.

Alaydrus. (2011). Ketidaklengkapan Pengisian RM. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 110(9), 1689–1699.

<http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/18255/BAB2.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Danil, A. (2020). *Literature Review Pendokumentasian Dan Kerahasiaan Rekam Medis Elektronik Di Rumah Sakit*. 21(1), 1–9.

Dwijosusilo, D. K., & Sarni. (2018). Peranan Rekam Medis Elektronik Terhadap Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. *Jurnal Administrasi*, 1–120.
<http://repository.unitomo.ac.id/1713/1/Pe>
nelitian Genap 2018-2019 - Kristyan.pdf

Nurislamiyah. (2020). Analisis Sistem Penyimpanan Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit. *STIKES Panakkukang Makassar*.

Pagau, R. M., Kimbal, M., & Kumayas, N. (2018). Efektivitas Pembinaan Warga Binaan Di Lembaga Pemasyarakatan Klasia Manado. *Jurnal Jurusan Ilmu Pemerintahan*, 1(1), 4–5.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jurnaleksekutif/article/view/21163/20872>

Setiatin, S. S., & Susanto, A. S. (2021). Evaluasi Penerapan Rekam Medis Elektronik Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum X Bandung Tahun2021. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(8), 1045-1056.

Silalahi, R., & Sinaga, E. J. (2019). Perencanaan Implementasi Rekam Medis Elektronik Dalam Pengelolaan Unit Rekam Medis Klinik Pratama Romana. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(1), 22.
<https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i1.219>

South, N., Tinagon, J., & Rondonuwu, S. (2016). Measurement Efficiency and Effectiveness Regional Financial Management in Dinas. *Jurnal EMBA*, 4(1), 613–622.

Sugiyono. (2018). Educational Research Methods Quantitative, Qualitative, and R&D Approaches. *Alfa Beta*, 114, 6–46.

Sugiyono. (2020). Referensi Teknik Analisis Data. *Penelitian Kualitatif*, 35–45.

Suparyanto dan Rosad (2015). (2020). Tinjauan Pengelolaan Rekam Medis Pasien Covid 19. *Suparyanto Dan Rosad (2015)*, 5(3), 248–253.



PERANCANGAN SISTEM INFORMASI SURAT KETERANGAN KEMATIAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BANDUNG

Opan Setiawan, Hani Marwiyah, Sali Setiatin

RSUD dr. H. Jusuf SK Kalimantan Utara,
RSUD Kota Bandung, Poltekes YBA Bandung

e-mail : opanos888@gmail.com ;
hanimarwiyah@gmail.com ; salisetiatin@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses yang sedang berjalan serta merancang dan membangun sistem informasi surat keterangan kematian di RSUD Kota Bandung. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan melakukan observasi, wawancara dan studi pustaka. Metode yang digunakan adalah *waterfall* dengan alat bantu perancangan sistem berupa DFD (*Data Flow Diagram*), bahasa pemrograman PHP (*Hypertext Preprocessor*) dan basis data menggunakan *MySQL*. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan sistem yang berjalan masih manual dan pelayanan untuk surat keterangan kematian yang hilang masih belum efisien. Adapun saran yang diberikan adalah (1) Dibuatkan sistem informasi surat keterangan kematian demi menunjang efisiensi dalam pekerjaan (2) Membuat revisi formulir surat keterangan kematian agar informasi yang diberikan lebih lengkap dan tidak mudah hilang. Kata kunci : Perancangan, Sistem Informasi, Surat Keterangan Kematian, Web.

Abstract

The research was aimed to know the process of current system and also design and develop information systems certificate of death at RSUD Kota Bandung. The research method used a qualitative research method by observation, interview and literature. The method used waterfall method with DFD (Data Flow Diagram) as design tools, PHP (Hypertext Preprocessor) as language program and MySQL as database system. Based on the research result, the process of current system still manual and the services for missing death certificates are still inefficient. The suggestion are (1) Need to create information system certificate of death in order to support efficiency in the work (2) Need to revision of death certificate form so that the information provided more complete and not easily lost.

Keywords: Design, Information Systems, Certificate of Death, Website.

PENDAHULUAN

Negara Indonesia adalah salah satu negara berkembang yang memiliki kemajuan dalam bidang kesehatan. Hampir seluruh masyarakat Indonesia sudah mulai bisa mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mudah. Banyak rumah sakit, puskesmas, klinik, dan sarana pelayanan kesehatan lainnya yang didirikan tidak jauh dengan pemukiman masyarakat.

Rumah sakit merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan di Indonesia yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rawat inap merupakan proses pengobatan dimana pasien menginap di rumah sakit. Setelah mendapatkan pengobatan dan perawatan di rumah sakit, pasien keluar dari rumah sakit dalam keadaan sembuh atau

meninggal. Seluruh catatan selama pengobatan dan perawatan pasien di rumah sakit akan dicatat didalam berkas rekam medis dan disimpan di bagian rekam medis.

Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Petugas rekam medis melakukan proses pengolahan data terhadap rekam medis pasien sehingga menghasilkan informasi yang digunakan sebagai bahan pelaporan rumah sakit melalui proses penataan berkas rekam medis (assembling), pemberian kode penyakit (coding), tabulasi penyakit (indeksing), korespondensi rekam medis, analisa rekam medis, sistem penyimpanan rekam medis, sistem pengambilan rekam medis, penyusutan dan pemusnahan rekam medis.

Korespondensi rekam medis dalam buku pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit adalah surat menyurat yang berhubungan dengan rekam medis. Salah satu kegiatan korespondensi rekam medis salah satunya adalah pelayanan surat keterangan kematian.

Seiring dengan kemajuan teknologi yang semakin pesat, maka dalam pelayanan surat keterangan kematian di rumah sakit diperlukan adanya sistem informasi yang berguna untuk membuat pekerjaan lebih efektif dan efisien. Maka dari itu dibutuhkan suatu alat bantu yang dapat mempercepat dalam pelayanan surat keterangan kematian sehingga menghasilkan output yang lebih cepat dan rapi. Pengerjaan secara manual yang masih digunakan dapat dialihkan

kedalam komputer seperti program berbasis website dengan menggunakan bahasa pemrograman php.

RSUD Kota Bandung adalah salah satu rumah sakit yang berlokasi di Jl. Rumah Sakit No.22 Ujungberung Bandung, dari penelitian awal didapatkan bahwa proses pelayanan administrasi khususnya pembuatan surat keterangan kematian masih dilakukan secara manual.

A. Pokok Permasalahan

Berdasarkan latar belakang di atas maka yang menjadi pokok permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana perancangan sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.

B. Rencana Pemecahan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang terjadi serta yang ditemukan dilapangan, maka penulis akan membuat Sistem Informasi Surat Keterangan Kematian Berbasis Web di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.

C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang ada di atas maka dalam penyusunan skripsi penulis melakukan penelitian lebih lanjut mengenai Sistem Informasi Surat Keterangan Kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung, yang menjadi perumusan masalah dalam penulisan skripsi ini adalah:

1. Bagaimana sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung ?
2. Bagaimana permasalahan yang ada pada sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung?
3. Bagaimana upaya yang dilakukan pihak rumah sakit

untuk meminimalisir permasalahan yang ada pada sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung?

4. Bagaimana perancangan sistem informasi surat keterangan kematian berbasis web di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung?

D. Tujuan Penelitian

Berdasarkan pertanyaan penelitian yang terdapat di atas maka di dapatkan tujuan umum penelitian adalah merancang sistem informasi surat keterangan kematian berbasis web di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung dan tujuan khusus yaitu:

1. Untuk mengetahui pelaksanaan sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.
2. Untuk mengidentifikasi permasalahan yang ada pada sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.
3. Untuk mengetahui upaya yang dilakukan pihak rumah sakit untuk meminimalisir permasalahan yang ada pada sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.
4. Untuk mengetahui perancangan sistem informasi surat keterangan kematian berbasis web di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.

E. Manfaat Penelitian

1. Untuk Rumah Sakit
Sebagai bahan masukan dan pertimbangan dalam pengembangan sistem pelayanan dan pembuatan surat keterangan kematian

dengan sistem komputerisasi berbasis web.

2. Bagi Akademik

Diharapkan bisa menjadi tambahan ilmu dan pengetahuan bagi mahasiswa dalam bidang rekam medis, khususnya dalam perancangan sistem informasi surat keterangan kematian berbasis web.

3. Untuk Penulis

Melatih sekaligus menerapkan ilmu yang telah dipelajari selama perkuliahan, serta menambah pengetahuan dan wawasan penulis dalam bidang rekam medis, terutama mengenai perancangan sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung.

KAJIAN TEORITIS

A. Pengertian Perancangan

Perancangan adalah penggambaran, perencanaan dan pembuatan sketsa atau pengaturan dari beberapa elemen yang terpisah ke dalam satu kesatuan yang utuh dan berfungsi. Perancangan sistem dapat dirancang dalam bentuk bagan alir sistem (system flowchart), yang merupakan alat bentuk grafik yang dapat digunakan untuk menunjukkan urutan-urutan proses dari sistem (Syifaun Nafisah, 2003 : 2).

B. Pengertian Sistem

Menurut murdick (1993) dalam Ladjamudin (2005:3) " sistem adalah seperangkat elemen-elemen yang terindikasi dengan maksud yang sama untuk mencapai tujuan bersama", sedangkan menurut Fatta (2007:3) "Secara sederhana sistem dapat diartikan sebagai suatu kumpulan atau himpunan dari unsur atau variable-variable yang saling

terorganisasi dan saling ketergantungan satu dengan yang lain”.

C. Pengertian Informasi

Informasi menurut Raymond Mcleod (1995) dalam ladjamudin (2005:9) adalah “data yang telah diolah menjadi bentuk yang lebih berarti bagi penerimanya”. Menurut ladjamudin (2005:9) kegunaan informasi adalah “ untuk mengurangi ketidak pastian di dalam proses pengambilan keputusan tentang suatu keadaan informasi yang digunakan dalam suatu sistem informasi umumnya digunakan untuk beberapa kegunaan, informasi tidak hanya digunakan oleh satu pihak didalam organisasi”.

D. Pengertian Sistem Informasi

Menurut ladjamudin (2005:13) sistem informasi dapat di definisikan sebagai berikut:

1. Suatu sistem yang dibuat oleh manusia yang terdiri dari komponen-komponen dalam organisasi untuk mencapai suatu tujuan yaitu menyajikan informasi.
2. Sekumpulan prosedur organisasi yang pada saat dilaksanakan akan memberikan informasi bagi pengambilan keputusan dan atau untuk mengendalikan organisasi.
3. Suatu sistem didalam suatu organisasi yang mempetemukan kebutuhan pengolahan transaksi, mendukung operasi, bersifat manajerial, dan kegiatan strategi dari suatu organisasi dan menyediakan pihak luar tertentu dengan laporan – laporan yang diperlukan.

E. Pengertian Flowchart

Menurut Ladjamudin (2005:263) Flowchart adalah bagan-bagan yang menangani arus yang menggambarkan langkah-langkah penyelesaian suatu masalah.

F. Pengertian Data Flow Diagram (DFD)

Menurut Ladjamudin (2005:64) DFD adalah “suatu model untuk menggambarkan pembagian sistem ke modul yang lebih kecil”. Salah satu keuntungan menggunakan diagram aliran data adalah memudahkan pemakai atau user yang kurang menguasai bidang komputer untuk mengerti sistem yang akan dikerjakan.

G. Pengertian Entity Relation Diagram (ERD)

Menurut Ladjamudin (2005:142) ERD adalah “suatu model jaringan yang menggunakan susunan data yang di simpan dalam sistem secara abstrak”.

H. Pengertian Web Server

Web server merupakan server internet yang mampu melayani koneksi transfer data dalam *protocol* HTTP. Web server merupakan hal yang terpenting dari server di internet dibandingkan server lainnya seperti *e-mail server*, *ftp server* ataupun *news server*.

I. Pengertian PHP

PHP adalah singkatan dari “PHP: *Hypertext Preprocessor*”, yaitu bahasa pemrograman yang digunakan secara luas untuk penanganan pembuatan dan pengembangan sebuah situs web dan bisa digunakan bersamaan dengan HTML.

J. Pengertian Data Flow Diagram

Menurut Kristanto (2008:61) DFD adalah suatu model logika data atau proses yang dibuat untuk menggambarkan dari mana asal

data dan kemana tujuan data yang keluar dari sistem, dimana data disimpan, proses apa yang menghasilkan data tersebut dan interaksi antara data yang tersimpan dan proses yang dikenakan pada data tersebut.

K. Pengertian MySQL

MySQL adalah sebuah perangkat lunak sistem manajemen basis data SQL (bahasa Inggris: *database management system*) atau DBMS yang *multithread*, *multi-user*, dengan sekitar 6 juta instalasi di seluruh dunia. MySQL AB membuat MySQL tersedia sebagai perangkat lunak gratis dibawah lisensi GNU *General Public License* (GPL), tetapi mereka juga menjual dibawah lisensi komersial untuk kasus-kasus di mana penggunaannya tidak cocok dengan penggunaan GPL.

L. Pengertian Notepad++

Notepad++ adalah sebuah penyunting teks dan penyunting kode sumber yang berjalan di sistem operasi Windows. Notepad++ menggunakan komponen *Scintilla* untuk dapat menampilkan dan menyuntingan teks dan berkas kode sumber berbagai bahasa pemrograman.

M. Pengertian XAMPP

XAMPP adalah perangkat lunak bebas, yang mendukung banyak sistem operasi, merupakan kompilasi dari beberapa program.

N. Pengertian Rumah Sakit

Menurut *World Health Organization*, Pengertian Rumah Sakit adalah suatu bagian dari organisasi medis dan sosial yang mempunyai fungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun preventif pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumah. Rumah sakit

juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan dan penelitian biologi, psikologi, sosial ekonomi dan budaya.

O. Pengertian Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER2008 Pasal 1 : "Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien".

P. Pengertian Rekam Medis Elektronik

Menurut Merida Johns (2002) rekam kesehatan berbasis komputer (CPR) adalah "rekaman pasien yang dikerjakan secara elektronik dan bernaung dalam sistem yang dirancang secara khusus guna mendukung pengguna dalam mengakses secara lengkap dan akurat, yakni dengan memberikan tanda peringatan, waspada dan sistem pendukung pengambilan keputusan klinis yang merujuk data kepada sumber pengetahuan medis dan sarana bantuan lainnya".

Q. Pengertian Surat Keterangan Kematian

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia surat/su-rat/ n 1 kertas dan sebagainya yang bertulis (berbagai-bagai isi, maksudnya) 2 secarik kertas dan sebagainya sebagai tanda atau keterangan; kartu 3 sesuatu yang ditulis; yang tertulis; tulisan.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia keterangan/ke-te-rang-an/ n 1 uraian dan sebagainya untuk menerangkan sesuatu; penjelasan 2 sesuatu yang menjadi petunjuk, seperti bukti, tanda; segala sesuatu yang sudah diketahui atau yang menyebabkan tahu;

segala alasan 3 Ling kata atau kelompok kata yang menerangkan (menentukan) kata atau bagian kalimat yang lain: ~ tempat, ~ waktu;~ gambar penjelasan yang menyertai gambar, ilustrasi, atau sketsa.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia kematian/ke-ma-ti-an / 1 n perihal mati 2 v menderita karena salah seorang meninggal 3 v ki menderita karena sesuatu yang mati;- bayi kematian bayi yang berumur kurang dari satu tahun; - ibu kematian ibu yang disebabkan oleh proses reproduksi (karena kehamilan, persalinan, dan masa nifas atau komplikasinya) yang terjadi di antara penduduk selama satu tahun; - neonatal kematian bayi sebelum berumur 1 bulan atau 28 hari.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pembuatan surat keterangan kematian adalah proses membuat tulisan atau surat yang isinya menerangkan bahwa seseorang telah meninggal.

METODE PENELITIAN

A. Metodologi Penelitian

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode kualitatif melalui pendekatan deskriptif. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang digunakan untuk menyelidiki, menemukan, menggambarkan, dan menjelaskan kualitas atau keistimewaan dari pengaruh social yang tidak dapat dijelaskan, diukur atau digambarkan melalui pendekatan kuantitatif. (Saryono, 2010:1)

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian yaitu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung dilakukan dari tanggal 8 September 2015 sampai dengan tanggal 8 September 2015.

C. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah (1) Penulis melakukan penelitian secara langsung dengan melakukan pengamatan terhadap objek penelitian dan menganalisa secara kualitatif pelaksanaan sistem surat keterangan kematian. (2) Selain menggunakan teknik observasi, penulis juga menggunakan teknik wawancara. Teknik wawancara yaitu teknik pengumpulan data yang dipergunakan untuk menggali lebih dalam permasalahan yang akan diungkapkan dan tidak dapat diperoleh dengan menggunakan teknik observasi. (3) Konsep-konsep teori yang relevan dapat diperoleh dari berbagai buku sebagai penulisan dan sebagai landasan penelitian. Selain itu penulis juga memanfaatkan informasi-informasi yang ada pada situs internet.

D. Metode Perancangan

Metode pengembangan perangkat lunak menggunakan *Waterfall* dengan *Data Flow Diagram* sebagai perancangan *software*. Bahasa pemrograman yang digunakan yaitu *PHP* dan *Database* menggunakan *MySQL*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Masalah yang Dihadapi

Adapun permasalahan yang dihadapi yaitu:

1. Sistem manual yang saat ini berjalan kurang praktis, karena formulir surat keterangan kematian yang dicatat di ruang perawatan dan dibuat rangkap dua, kemudian dikirim ke unit rekam medis direkap lagi untuk laporannya secara manual.

2. Apabila keluarga pasien kehilangan surat keterangan kematian, maka keluarga akan diarahkan ke unit rekam medis untuk mendapatkan hasil rangkap dari formulir yang asli. Petugas Resume dan Visume akan mencari berkas rekam medis pasien dan membuat fotokopi dari rangkap surat keterangan kematian dan kemudian menyerahkan kepada pasien yang sebelumnya mendapatkan legalisir terlebih dahulu. Terkadang petugas mengalami kesulitan dalam pencarian berkas rekam medis yang meninggal dan kurang efisien dalam pelaksanaannya.

B. Uraian Prosedur

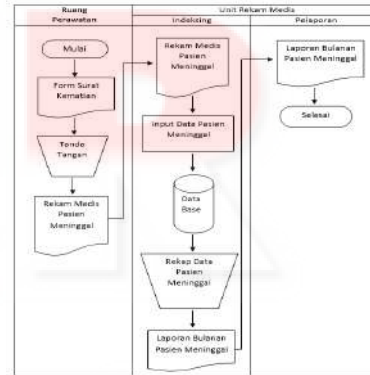
Sistem Informasi Surat Keterangan Kematian di RSUD Kota Bandung masih dilakukan secara manual, adapun urutan dari proses tersebut adalah: (1) Ketika dokter menyatakan pasien meninggal dunia, dokter mencatat keterangan kematian pasien dalam sebuah formulir secara tertulis dan menandatangani formulir tersebut. (2) Dokter membuat surat keterangan kematian dalam rangkap dua, surat keterangan kematian yang asli diberikan kepada keluarga pasien sedangkan untuk salinannya disimpan di berkas rekam medis. (3) Petugas Indeksing mencatat data kematian pasien tersebut kedalam komputer dan merekap data tersebut setiap bulannya yang kemudian menyerahkan data rekapan tersebut ke bagian pelaporan untuk dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kota Bandung.

C. Analisis Proses Berjalan

Proses pengolahan data sistem informasi surat keterangan kematian di Rumah Sakit Umum

Daerah Kota Bandung berjalan melalui beberapa tahap, dalam proses pengolahannya sampai menjadi keluaran (*output*). Penjelasan sebagai berikut:

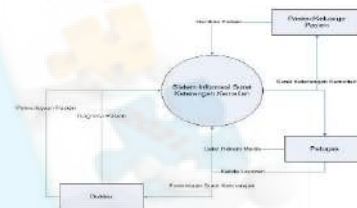
1. *Flowchart* hasil analisis



Gambar 1. Flowchart Sistem Informasi Surat Keterangan Kematian di RSUD Kota Bandung

Sumber: Penulis(2017)

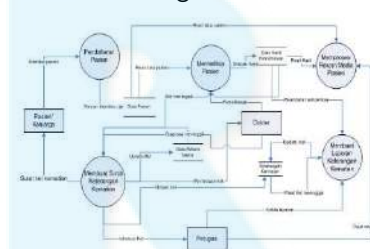
2. Diagram Konteks



Gambar 2. Diagram Konteks Sistem Yang Berjalan

Sumber: Penulis(2017)

3. Data Flow Diagram



Gambar 3. Data Flow Diagram Sistem Yang Berjalan

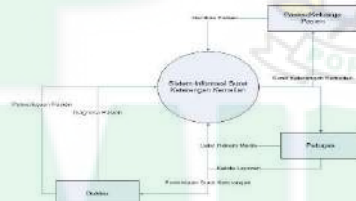
Sumber: Penulis (2017)

D. Rancangan Proses

Perancangan proses digunakan untuk menggambarkan aliran data

yang masuk, proses yang mengubah data menjadi informasi, dan aliran informasi yang keluar dari sistem. Proses ini menggambarkan juga komunikasi data yang dilakukan sistem dengan entitas luar yang berhubungan dengan sistem. Tahapannya adalah sebagai berikut :

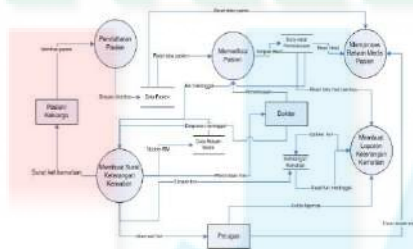
1. Diagram Konteks Perancangan



Gambar 4. Rancangan Diagram Konteks

Sumber: Penulis(2017)

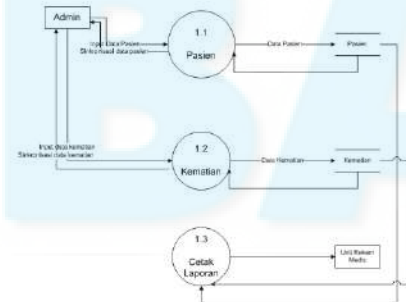
2. Data Flow Diagram Level 0 Perancangan



Gambar 5. Rancangan DFD Level 0 Sistem

Sumber: Penulis(2017)

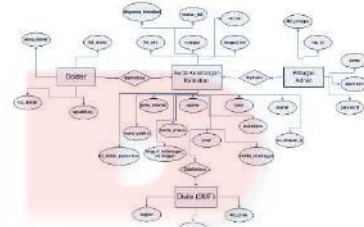
3. Data Flow Diagram Level 1 Sistem



Gambar 6. Rancangan DFD Level 1 Sistem

Sumber: Penulis (2017)

4. Rancangan ERD



Gambar 7. Rancangan ERD

Sumber: Penulis (2017)

E. Rancangan Masukan

Analisis masukan memberikan penjelasan mengenai masukan yang terjadi pada proses pengolahan surat keterangan kematian yang sedang berjalan saat ini dan menjelaskan apa saja yang menjadi hasil analisis tersebut.

1. Data Petugas
2. Data Divisi
3. Data Dokter
4. Data Keterangan Pasien Meninggal

F. Rancangan Keluaran

Rancangan keluaran memberikan penjelasan mengenai keluaran dari hasil yang diinput sebelumnya yang terjadi pada proses pengolahan surat keterangan kematian yang sedang berjalan saat ini dan menjelaskan apa saja yang menjadi hasil dari analisis tersebut.

1. Laporan Data Petugas
2. Laporan Data Divisi/Bagian
3. Laporan Data Dokter
4. Hasil Print Out Surat Keterangan Kematian

G. Implementasi Sistem

Implementasi antar muka (*interface*) merupakan penerapan format perancangan tampilan yang telah dibuat sebelumnya.

1. Login



Gambar 14. Tampilan Login
 Sumber: Penulis (2017)



Gambar 18. Tampilan Data Dokter
 Sumber: Penulis(2017)

2. Tampilan Menu Utama



Gambar 15. Tampilan Menu Utama
 Sumber: Penulis(2017)

3. Tampilan Data Petugas



Gambar 16. Tampilan Data Petugas
 Sumber: Penulis(2017)

4. Tampilan Data Divisi



Gambar 17. Tampilan Data Divisi
 Sumber: Penulis(2017)

5. Tampilan Data Dokter

6. Tampilan Data Laporan



Gambar 19. Tampilan Data Laporan
 Sumber: Penulis(2017)

7. Tampilan Data Surat Keterangan Meninggal



Gambar 20. Tampilan Data Surat Keterangan Meninggal

Sumber: Penulis(2017)

8. Tampilan *Print Out* Surat Keterangan Meninggal



Gambar 21. Tampilan *Print Out* Surat Keterangan Meninggal

Sumber: Penulis(2017)

9. Tampilan *Print Out* Laporan Dokter



Gambar 22. Tampilan *Print Out* Laporan Dokter

Sumber: Penulis(2017)

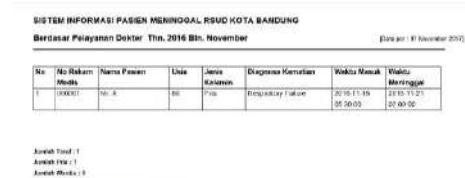
10. Tampilan *Print Out* Laporan Divisi



Gambar 23. Tampilan *Print Out* Laporan Divisi

Sumber: Penulis(2017)

11. Tampilan *Print Out* Rekapitan Pasien



Gambar 24. Tampilan *Print Out* Rekapitan Pasien

Sumber: Penulis(2017)

H. Pengujian Sistem

Pengujian sistem dalam sistem informasi ini menggunakan pengujian *blackbox* yang dimana pengujian ini dilakukan dalam beberapa klasifikasi *blackbox testing* pengujian dan lebih memperlihatkan proses fungsionalnya ketimbang memperlihatkan struktur logika yang tercantum pada sistem tersebut. Berikut beberapa testing dengan pengujian *blackbox* yang penulis lakukan:

1. Pengujian fungsional, dalam hal ini penulis melakukan pengujian terhadap aplikasi yang telah dibuat dalam bentuk tertulis untuk memeriksa apakah aplikasi berjalan seperti yang diharapkan, meliputi seberapa baik sistem melaksanakan fungsinya, perintah-perintah pengguna, manipulasi data, pencarian dan proses bisnis serta pengguna layar dan integrasinya.
2. Pengujian tegangan, dalam hal ini penulis menguji kualitas dari aplikasi yang telah dibuat dimana pengujian dilakukan dengan memberi beban kerja pada sistem, yang tidak seperti biasanya pada saat beban kerja normal. Bertujuan melihat sejauh mana sistem

dapat bekerja terhadap lingkungannya.

3. Pengujian beban, dimana penulis menguji aplikasi dengan memberi masukan yang lebih banyak untuk mengetahui apakah kinerja aplikasi akan menurun atau akan tetap stabil.
4. Pengujian useabilitas, penulis bersama pengguna akhir menilai bagaimana merasakan paket perangkat lunak dan bagaimana berinteraksi dengannya, bertujuan untuk membatasi dan menghilangkan kesulitan bagi pengguna.
5. Pengujian regresi, dimana penulis dalam pengujian ini berfokus pada pengujian ulang setelah ada perubahan, perubahan yang dimaksud untuk memperbaiki bug yang gagal serta saran dari pengguna akhir.

I. Spesifikasi *Hardware* dan *Software*

1. Spesifikasi *Hardware*

Untuk mendukung kinerja sistem informasi surat keterangan kematian dibutuhkan spesifikasi *hardware* agar sistem berjalan dengan baik. Spesifikasi *hardware* minimal yang harus digunakan adalah sebagai berikut:

- a. *Processor Intel Celeron CPU N2050 @ 1.60Ghz*
- b. RAM minimal 1 Gb
- c. *Hardisk* minimal 250 Gb untuk *server*
- d. VGA minimal 512 Mb
- e. *Monitor 15 inch*
- f. *Keyboard* dan *mouse* standar
- g. *Printer EPSON L350*

2. Spesifikasi *Software*

Software yang digunakan dalam proses pembuatan sistem informasi surat keterangan kematian adalah:

- a. *Web Server Apache* yang digunakan oleh aplikasi berbasis web agar dapat menghubungkan pengguna dengan aplikasi.
- b. Bahasa pemrograman menggunakan *PHP* dan database menggunakan *MySql*.
- c. Sistem operasi menggunakan *Windows XP*.
- d. Aplikasi browser bisa menggunakan *mozilla firefox, google chrome, internet explore, microsoft edge*, dan lain-lain.

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan penelitian selama satu bulan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung, berdasarkan hasil dan pembahasan, maka penulis membuat kesimpulan yaitu :

1. Dokter membuat surat keterangan kematian terhadap pasien meninggal masih menggunakan formulir yang tersedia dan masih manual sehingga petugas rekam medis harus memasukan data kematian tersebut kedalam komputer untuk melakukan rekapitulasi data pasien meninggal setiap bulannya.
2. Ketika keluarga pasien kehilangan surat keterangan kematian yang asli maka pihak keluarga akan datang kembali ke rumah sakit untuk

meminta salinannya. Petugas rekam medis terkadang mengalami kesulitan dalam menemukan berkas rekam medis pasien meninggal dan salinan surat keterangan kematian.

3. Salah satu upaya untuk memecahkan masalah dalam pembuatan surat keterangan kematian di RSUD Kota Bandung adalah dibuatkan sistem informasi surat keterangan kematian, agar tidak ada salinan surat keterangan kematian yang hilang.
4. Perancangan sistem informasi surat keterangan kematian berbasis web menggunakan pemrograman *PHP* di RSUD Kota Bandung menggunakan *database MySql* untuk memudahkan dalam pembuatan surat keterangan kematian dengan sistem komputerisasi dan pengelolaan data yang akan diproses menjadi laporan, agar petugas bisa bekerja lebih efisien.

B. Saran

Dari uraian kesimpulan yang telah dipaparkan, maka penulis mempunyai beberapa usulan yang mungkin dapat membantu dalam mengatasi kendala-kendala yang ada di RSUD Kota Bandung dan khususnya dibidang sistem informasi surat keterangan kematian. Adapun saran tersebut sebagai berikut:

1. Selama dokter membuat surat keterangan kematian secara manual, diharapkan berkas rekam medis pasien meninggal agar bisa tepat

waktu dikembalikan ke unit rekam medis dikarenakan petugas rekam medis harus memasukan data kematian tersebut kedalam komputer dan bisa melaporkan dengan tepat waktu dan akurat.

2. Formulir surat kematian manual masih belum cukup informasi untuk data keterangan kematian sehingga perlu adanya revisi formulir untuk isi dari surat keterangan kematian dan dibuat lebih besar agar tidak mudah hilang apabila dibawa oleh keluarga pasien.
3. Perlu dibuatnya sistem informasi surat keterangan kematian untuk mendukung pelaksanaan pembuatan surat kematian dan mempermudah petugas di ruangan dalam melakukan pencatatan baik dokter maupun petugas administrasi ruangan, pembuatan laporan di unit rekam medis pun bisa dilakukan dengan merekap data yang sudah ada sehingga petugas rekam medis lebih efisien. Selain itu pelayanan pembuatan surat keterangan kematian yang hilang bisa dilakukan dengan mudah dan efisien.

DAFTAR PUSTAKA

- Hatta, Gemala. (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. UI Press
- Jogiyanto (2009). *Analisis dan Desain Sistem Informasi*. Yogyakarta : Andi Offset.

Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Pendidikan (pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D)*. Bandung : Alfabeta.

Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif & Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.

Sutarman. (2009). *Pengantar Teknologi Informasi*. Bumi Aksara



Analisis Ketidaktepatan Pengkodean Diagnosis Dan Tindakan Kasus Neoplasma Menggunakan ICD-10 Dan ICD-9 Versi Th. 2010 Di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan Tahun 2023

Bekajaya Lahagu, Ade Milawati, Mutiara Nurtika Widyasasmita

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, RS Amanda Cikarang Selatan,
bekajayaklaim@gmail.com (Koder Klaim Pasien JKN)

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, RS Amanda Cikarang Selatan,
ademila542192@gmail.com (Kepala Unit Rekam Medis)

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, RS Amanda Cikarang Selatan,
mutianurtika88@gmail.com (Koder Klaim Pasien JKN)

ABSTRACT

Disease information at the hospital will not be complete and useful if it has not been treated, so it is necessary to code disease and action. This study aims to determine the accuracy of the diagnosis and treatment codes in neoplasm cases using the ICD-10 and ICD-9 at Amanda Cikarang Selatan Hospital in 2023. This study used a descriptive quantitative method. The total population used was 57 medical record documents for disease cases and procedures. The accuracy of the neoplasm diagnosis code resulted in 48 (84%), the diagnosis code was not very precise 9 (16%), and the diagnosis code was not done 0 (%). The accuracy of the neoplasm action code obtained results of 52 (91%), the action code was not right at all 5 (9%), the action code was not done 0 (0%), the factor that caused the inaccuracy in coding disease and action was that the coding officer was difficult to read the doctor's writing so that the author suggests that in coding the diagnosis it is better to follow the rules and regulations in the ICD-10 and ICD-9 th version. 2010.

Keywords: Accuracy, Diagnosis, Neoplasm, Encoding.

ABSTRAK

Informasi penyakit di rumah sakit tidak akan lengkap dan bermanfaat apabila belum diolah, maka untuk itu perlu dilakukan pengkodean penyakit dan tindakan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketepatan kode diagnosis dan tindakan pada kasus neoplasma menggunakan ICD-10 dan ICD-9 di RS Amanda Cikarang Selatan tahun

2023. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif, Jumlah populasi yang digunakan sebanyak 57 dokumen rekam medis kasus penyakit serta tindakan.

Ketepatan kode diagnosis *neoplasma* diperoleh hasil 48 (84%), kode diagnosis tidak tepat sama sekali 9 (16%), dan kode diagnosis tidak dikerjakan 0 (%). Ketepatan kode tindakan *neoplasma* diperoleh hasil 52 (91%), kode tindakan tidak tepat sama sekali 5 (9%), kode tindakan tidak dikerjakan 0 (0%). Faktor yang menjadi penyebab ketidaktepatan dalam pengodean penyakit dan tindakan adalah petugas *coding* sulit untuk membaca tulisan dokter sehingga penulis menyarankan sebaiknya dalam pengkodean diagnosis tetap mengikuti kaidah dan aturan yang ada pada ICD-10 dan ICD-9

Versi th. 2010.

Kata Kunci: Ketepatan, Diagnosis, Neoplasma, Pengkodean.

PENDAHULUAN

Koding merupakan salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau mengklasifikasikan penyakit dengan pengelompokan penyakit yang sejenis kedalam satu grup nomor kode penyakit agar dapat menentukan kode dengan etnis dan tepat, koder profesional harus memiliki pemahaman yang jernih tentang sumber terpercaya untuk kaidah koding yang digunakan (Bk, Ade & Mutiara, 2023).

Tata cara penetapan kode ditentukan oleh perangkat koding yang di gunakan di Indonesia, khususnya untuk kepentingan *reimbursement* menggunakan ICD-10 versi th. 2010 (Permenkes No. 26 Tahun 2021).

ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*) merupakan acuan dalam melakukan proses coding dengan berbagai penyakit yang terbagi dalam 22 bab. Dimana salah satu bab dalam ICD-10 membahas penyakit tentang neoplasma. Neoplasma merupakan penyakit pertumbuhan sel-sel baru yang mempunyai bentuk, sifat dan kinetika yang berbeda dari sel normal asalnya. Dalam penanganan kasus ini dibutuhkan tindakan dan runtutan

pengobatan yang kompleks sehingga diperlukan kode penyakit yang yang lebih spesifik sehingga dapat menggambarkan kondisi penyakit secara lebih detail/lengkap (Dewa Gede,2012). Ada tiga aspek yang harus dipertimbangkan ketika menentukan kode neoplasmayaitu lokasi tumor menunjukkan dimana lokasi tumor berada, sifat tumor (menggambarkan struktur dan jenis selaput jaringan dibawah mikroskop),perilaku (ganas, jinak dan insitu) pada ICD-10 terklasifikasi pada bab II kode C00-D48 (WHO, 2010).

ICD-9 (*Internasional Clasification of Disease and Revision Clinical Modification*) digunakan untuk pengkodean tindakan atau prosedur yang berisi kode prosedur bedah/ operasi dan pengobatan non operasi seperti ST Scan, MRI, dan USG. Dalam ICD-9 terdiri dari 16 bab berisi daftar kode yang tersusun dalam tabel dan index Alfabetis. Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan Prosedur bukan bedah/ non operasi dibatasi pada bagian 87-99. Struktur klasifikasib berdasarkan anatomi dengan kode berupa *numeric*.

Neoplasma merupakan suatu penyakit terkait dengan perkembangan jaringan abnormal akibat neoplasia, yaitu proses pertumbuhan dan perkembangan jaringan tubuh yang abnormal yang tumbuh aktif dengan sistem otonom (tidak terkendali). Dalam penanganan kasus kompleks tersebut dibutuhkan tindakan dan runtutan pengobatan yang kompleks pula sehingga diperlukan kode penyakit an kode tindakan yang lebih spesifik supaya dapat menggambarkan kondisi penyakit secara lebih detail atau lengkap.

Pengkodean neoplasma terdapat tiga aspek yang harus diperhatikan dalam melakukan pengkodean kasus penyakit neoplasma dan tindakan yaitu lokasi tumor (menunjukkan lokasi sel tumor), sifat tumor (menggambarkan struktur dan jenis sel atau jaringan dibawah mikroskop), dan perangai atau perilaku (ganas, jinak dan insitu) (Maharani, 2020).

Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis. Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga praktis Manajemen Informasi Kesehatan. Ketepatan

data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta, 2013). Berdasarkan penelitian Safril (2017), ketepatan kode morfologi dari 57 sampel ketepatan kode morfologi dengan jumlah 0 (100%) dan ketidaktepatan 57 (100%) dengan kata lain keseluruhan tidak diberi kode morfologi. Ketepatan kode topografi dengan jumlah 48 (84%), sedangkan untuk yang tidak tepat dengan jumlah 9 (16%). Ketepatan kode tindakan *neoplasma* diperoleh hasil 52 (91%), kode tindakan tidak tepat sama sekali 5 (9%), Hal ini disebabkan karena sulit untuk membaca tulisan dokter dalam pengkodean diagnosis *neoplasma* dan tindakan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 15 dan 17 Juli 2023 di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan. Dari hasil data yang didapatkan jumlah kasus *neoplasma* pada bulan April - Juni 2023 berjumlah 57. Dari 57 dokumen rekam medis yang diteliti untuk kode morfologi 100% tidak dikode, sedangkan untuk kode topografi kode yang tepat berjumlah 84% dan yang tidak tepat berjumlah 16%. Kode tindakan *neoplasma* yang tepat (91%) dan yang tidak tepat kode tindakan (9%). Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui ketepatan kode diagnosis *neoplasma* dan tindakan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan.

METODE PENELITIAN.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini yaitu dokumen rekam medis kasus *neoplasma* pasien rawat inap pada bulan April - Juni Tahun 2023 sebanyak 57 dokumen rekam medis. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 57 dokumen rekam medis kasus *neoplasma* pasien rawat inap. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Instrumen yang digunakan yaitu menggunakan lembar *checklist*. Analisis yang dilakukan yaitu analisis univariat.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan tentang ketepatan kode diagnosis *neoplasma* dan tindakan pada pasien rawat inap diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1.1 Ketepatan Kode Morfologi Neoplasma Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan

Keterangan	Jumlah	Presentase
Tepat	0	0 %
Tidak Tepat	57	100 %
Jumlah	57	100 %

Tabel 1.2 Ketepatan Kode Tindakan Neoplasma Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan

Keterangan	Jumlah	Presentase
Tepat	0	0%
Tidak Tepat	57	100 %
Jumlah	57	100 %

Berdasarkan tabel di atas diketahui dari 57 sampel dokumen rekam medis rawat inap yang telah diteliti di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan untuk kode Morfologi diagnosis dan tindakan pada kasus neoplasma didapatkan hasil kode yang tepat 0% dan kode yang tidak tepat 100%.

Tabel 2.1 Ketepatan Kode Topografi Neoplasma Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan

Keterangan	Jumlah	Presentase
Tepat	48	84 %
Tidak Tepat	9	16 %
Jumlah	57	100 %

Tabel 2.2 Ketepatan Kode Tindakan Neoplasma Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan

Keterangan	Jumlah	Presentase
Tepat	52	91 %
Tidak Tepat	5	9 %
Jumlah	57	100 %

Berdasarkan tabel di atas diketahui dari 57 sampel dokumen rekam medis rawat inap yang telah diteliti di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan untuk kode Topografi diagnosis masih banyak kode yang tidak tepat. Kode diagnosis yang tepat sebanyak 48 dokumen dengan presentase 84%, kode diagnosis yang tidak tepat 9 dokumen dengan nilai presentase 16% dan tindakan pada kasus neoplasma didapatkan hasil kode yang tepat sebanyak 52 dengan nilai presentase 91% dan kode yang tidak tepat sebanyak 5 dengan nilai presentase 9%..

PEMBAHASAN

Ketepatan Kode Morfologi Diagnosis dan Tindakan Neoplasma

Berdasarkan hasil analisis terhadap ketepatan kode diagnosis morfologi dan tindakan pada kasus neoplasma di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan menunjukkan bahwa persentase kode yang tepat yaitu 0 (0%), kode yang tidak tepat 57 (100%), artinya dari 57 dokumen rekam medis rawat inap yang digunakan sebagai sampel semuanya tidak mencantumkan kode morfologi. Pencantuman kode morfologi tidak dilakukan dikarenakan penulisan diagnosis neoplasma dan tindakan yang kurang spesifik mengenai karakter dan letak dari neoplasma tersebut, serta tidak tercantumnya histologis morfologi dalam penulisan diagnosis neoplasma. Dan kode tindakan yang tepat 0 (0%), kode tindakan yang tidak tepat 57 (100%) .

Berdasarkan penelitian (Bk, Ade & Mutiara, 2023) pemberian kode diagnosis neoplasma dan tindakan tidak mencantumkan kode morfologi disebabkan oleh lembar hasil pemeriksaan patologi anatomi yang seringkali hasilnya datang terlambat karena

pemeriksaan laboratorium di luar rumah sakit, hal ini sangat berpengaruh terhadap kode yang dihasilkan oleh petugas coding.

Pencantuman kode morfologi untuk pengkodean kasus neoplasma sangat penting yaitu untuk mengetahui stadium dari neoplasma itu sehingga bisa menentukan pelayanan yang harus diberikan selanjutnya kepada pasien penderita neoplasma dan juga akan berpengaruh kepada data dalam pembuatan laporan internal maupun eksternal rumah sakit (Christy, 2019).

Ketepatan Kode Topografi Diagnosis dan Tindakan Neoplasma

Berdasarkan hasil analisis terhadap ketepatan kode diagnosis Topografi dan tindakan pada kasus neoplasma di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan menunjukkan bahwa persentase kode diagnosis yang tepat yaitu 48 (84%), kode diagnosis yang tidak tepat 9 (16%), Dan kode tindakan yang tepat 52 (91%), kode tindakan yang tidak tepat 5 (9%) artinya dari hasil analisis bahwa kode topografi kasus diagnosis neoplasma dan tindakan neoplasma sudah cukup tepat namun masih ada beberapa dokumen yang belum tepat dikarenakan petugas coding sulit membaca tulisan dokter yang kurang jelas sehingga kesulitan petugas untuk coding diagnosis dan tindakan.

Ketepatan kode diagnosis dan tindakan sangat berpengaruh sebagai dasar pembuatan laporan yang penting, seperti laporan data keadaan morbiditas, dan laporan sepuluh besar penyakit. Penggunaan kode diagnosis dan tindakan yang tepat harus ditegakkan untuk mengidentifikasi diagnosis yang spesifik dan prosedur klinis pada klaim, pengisian formulir dan transaksi elektronik (AHIMA, 2009). Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan biaya, beserta hal-hal yang berkaitan dengan asuhan pelayanan kesehatan (Hatta, 2013).

Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Kode Diagnosis dan Tindakan Neoplasma

- Sumber Daya Manusia (SDM)

Faktor yang menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan adalah petugas coding terkadang masih kesulitan dalam membaca tulisan dokter dan yang bertanggung jawab dengan kode diagnosis dan tindakan adalah petugas

coding rekam medis. Hal ini sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377 menyebutkan bahwa seorang perekam medis harus mampu melaksanakan sistem klasifikasi dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis.

Dalam upaya meningkatkan pemahaman dapat dilakukan dengan mengikuti pelatihan hal ini sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 pelatihan di bidang kesehatan diarahkan untuk meningkatkan keterampilan atau penguasaan pengetahuan di bidang kesehatan.

- Standar Prosedur Operasional (SPO)

Standar Prosedur Operasional mengenai tata cara pengkodean diagnosis dan tindakan medis di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan sudah ada tetapi tidak dijelaskan secara rinci mengenai tata cara pengkodean untuk kasus tertentu seperti neoplasma dalam pencantuman kode. Dalam Permenkes RI Nomor 1438 tahun 2010 dijelaskan bahwa SPO harus dijadikan panduan bagi seluruh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan Standar Prosedur Operasional dikatakan baik jika semua yang didalamnya dapat dibaca dan dimengerti oleh setiap orang yang menggunakannya. Oleh sebab itu SPO harus disusun secara jelas dan rinci.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan dapat disimpulkan:

- Ketepatan kode morfologi diagnosis dan tindakan neoplasma diperoleh hasil kode yang tepat sebesar 0% sedangkan kode yang tidak tepat 100%.
- Ketepatan kode topografi diagnosis neoplasma diperoleh hasil kode yang tepat 48 (84%) sedangkan kode diagnosis yang tidak tepat sebesar 9 (16%). Dan kode tindakan yang tepat 52 (91%), kode tindakan tidak tepat 5 (9%).

SARAN

- Bagi Rumah Sakit

Petugas coding di rumah sakit sebaiknya proses pengkodean diagnosis neoplasma dan tindakan dicantumkan kode morfologinya juga tidak hanya kode topografinya yang di kode supaya lebih spesifik.

- Bagi Peneliti Lain

Peneliti selanjutnya meneliti tentang pengetahuan petugas PMIK dan petugas coding di

Rumah Sakit tentang pengkodean morfologi dan topografi pada kasus neoplasma dan tindakan medisnya.

Daftar Pustaka:

1. <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/477/451>
2. <https://penerbitdeepublish.com/struktur-artikel-ilmiah/>
3. <https://scholar.google.co.id/>

DESAIN MAP REKAM MEDIS RAWAT INAP RUMAH SAKIT MITRA ANUGRAH LESTARI

Kania Putri Elyana¹, Heri Saepudin², Yoki Muchsam³

¹Poltekkes YBA Bandung Jl. Cipagalo Girang No. 24, Margasari, Kec. Buah Batu
Email: ¹Kaniaputrielyana70@gmail.com

^{2,3}Poltekkes YBA Bandung Jl. Cipagalo Girang No. 24, Margasari, Kec. Buah Batu
Email: ²herisaepudin25@gmail.com, ³Yoki.muchsam@poltekkesyba.com

Abstract

The medical record folder should ideally be made of strong material, easy to access by storage staff, and maintain the confidentiality of the patient's medical records. time in searching and storing medical records. The purpose of this study was to find out whether a change in medical record mp at Mitra Anugrah Lestari Hospital was necessary or not, in addition to reviewing in depth the design of the inpatient medical record folder at Mitra Anugrah Lestari Hospital and identifying weaknesses and deficiencies in the design of the medical record folder used. The research method used is descriptive qualitative. With a focus on existing phenomena. The results show that the currently used medical record folder design can make it difficult for storage officers to find and store medical records, because the medical record number is located in the middle of the folder. Based on the research findings, it was concluded that there was no need to redesign the medical record folder at Mitra Anugrah Lestari Hospital. One of the reasons was following the Minister of Health Regulation No. 24 of 2022. However, the current design of the medical record folder can hinder the activities of storage officers in searching for and retrieving medical records.

Keywords: Medical record folder, Map Design, Redesign Map.

Abstrak

Map Rekam Medis idealnya terbuat dari bahan yang kuat, mudah di akses oleh petugas penyimpanan, dan menjaga kerahasiaan rekam medis pasien. Di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari, penulis menemukan fenomena yang terjadi, seperti nomor rekam medis yang terletak di tengah map hal tersebut mengakibatkan lambatnya waktu dalam pencarian dan penyimpanan rekam medis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah perubahan mp rekam medis di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari diperlukan atau tidak, selain itu meninjau secara mendalam desain map rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari serta mengidentifikasi kelemahan dan kekurangan dalam desain map rekam medis yang digunakan. Metode penelitian yang digunakan adalah Deskriptif kualitatif. Dengan fokus pada fenomena yang ada. Hasil menunjukkan bahwa desain map rekam medis yang saat ini digunakan dapat menyulitkan petugas penyimpanan dalam mencari dan menyimpan rekam medis, dikarenakan nomor rekam medis yang terletak di tengah map. Berdasarkan temuan penelitian, disimpulkan bahwa tidak diperlukan *redesain* map rekam medis di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari. Salah satu alasannya adalah mengikuti Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022. Namun, desain map rekam medis yang digunakan saat ini dapat menghambat aktivitas petugas penyimpanan dalam mencari dan mengambil rekam medis.

Kata kunci: Map rekam medis, Desain Map, Redesain Map

Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi upaya layanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (UU NO. 44 Tahun 2009)

Di setiap sarana pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit harus melaksanakan manajemen pelayanan rekam medis yang meliputi kegiatan menjaga, memelihara rekam medis yang baik secara manual maupun elektronik hingga menyajikan data kesehatan (UU No. 55, 2013)

Rekam Medis merupakan dokumen yang berisikan mengenai data identitas pasien seperti pemeriksaan maupun tindakan, pengobatan serta pelayanan yang diberikan kepada pasien (Permenkes RI No. 24 Tahun 2022)

Dokumen Rekam medis pada umumnya terdiri dari beberapa komponen, seperti formulir rekam medis, pengingat lembar untuk menyatukan lembar-lembar kertas, pembatas bagian, map rekam medis. (R.Indradi 2020)

Map merupakan sampul dari kertas tebal yang digunakan untuk menyimpan lembar-lembar rekam medis, yang berfungsi menyatukan semua lembar seorang pasien sehingga menjadi satu riwayat utuh, melindungi berkas rekam medis di dalamnya agar tidak mudah rusak, robek dan terlipat serta mempermudah penyimpanan, pencarian dan pemindahan berkas rekam medis (Rustiyanto and Rahayu 2011)

Map rekam medis adalah sampul yang digunakan untuk melindungi formulir-formulir rekam medis yang ada di dalamnya agar tidak tercecer. (Sudra,2013)

Desain Map Rekam Medis dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan, yang bisa dilihat berdasarkan aspek anatomi, aspek fisik, dan aspek isi, dalam mendesain map rekam medis minimal memuat informasi seperti tulisan "RAHASIA", Nama Pasien, Nomor Rekam Medis, Tahun kunjungan terakhir. (R. Indradi 2020). Sedangkan Pengertian desain itu sendiri adalah sains yang berupa merumuskan dan mengonstruksikan gagasan secara ilmiah ke dalam sistem atau artefak oleh nilai-nilai yang bersifat normatif atau suatu yang dapat diukur secara obyektif dan kuantitatif (Buchari, 2006)

Berdasarkan Hasil penelitian (Listiara dan Rudi 2020) Yang berjudul tentang "Redesain map Rekam Medis Rawat Jalan di Puskesmas Tanjung Puri", Dimana Penelitian ini menyatakan bahwa desain map rekam medis sesuai dengan kondisi rak penyimpanan di Puskesmas Tanjung Puri yang berbentuk Potrait, ukuran 21x33 cm, Menggunakan Fastener Clips dan Divider Tab. Desain Map jya lebih menarik karena menggunakan Background foto puskesmas Tanjung Puri dan Sesuai dengan kebutuhan Puskesmas Tanjung Puri

Kendala penggunaan map di Rumah Sakit Mitra Anugrah Iestari terletak pada nomor rekam medis yang berada di sisi tengah map. Desain map saat ini menyebabkan lambatnya waktu dalam pengambilan dan pencarian rekam medis. Hal tersebut dapat lambat karena petugas penyimpanan harus melihat ke

sisi tengah map dan membuka satu per satu mam untuk memastikan keakuratannya.

METODE

Metode penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Metode deskriptif kualitatif memiliki ciri memusatkan diri pada suatu unit tertentu dari berbagai fenomena (Bungin, 2007)

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi. Dalam Penelitian ini, Sumber Informan berjumlah 2 orang, yang terdiri dari Kepala Rekam medis dan petugas penyimpanan.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan Observasi dan wawancara.

Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui suatu pengamatan, dengan disertai pencatatan-pencatatan terhadap keadaan atau perilaku objek sasaran. (Abdurrahman, 2011) Dalam hal ini peneliti melakukan pengamatan terhadap kegiatan yang dilakukan petugas penyimpanan pada saat akan menyimpan dan mencari Rekam Medis di Rumah Sakit MAL.

Wawancara dalah salah satu kaedah mengumpulkan data dengan bertatap muka, wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi. (Newman, 2013) Wawancara dilakukan dengan kedua informan yairu kepala rekam medis dan petugas penyimpanan.

Hasil Penelitian

Berikut ini merupakan map rekam medis yang di gunakan di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari saat ini :

Gambar 1. Map Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari untuk Perempuan

Gambar 2. Map Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari untuk Laki-laki

Hasil observasi diketahui bahwa map rekam medis yang digunakan di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi memiliki 2 warna, yaitu warna oren digunakan untuk map Perempuan dan warna biru digunakan untuk laki-laki. Ruang Penyimpanan Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari menggunakan Penajajaran Straight Numerical Filing dan Menggunakan Sistem penomoran Unit Numbering Sistem. Di dalam map rekam medis rumah sakit mitra Anugrah Lestari belum menggunakan divider tab atau pembatas setiap formulirnya.

Untuk memperoleh data dan informasi yang akurat, peneliti telah melakukan wawancara dengan Kepala Rekam Medis dan Petugas Penyimpanan, berikut hasil wawancara :

Apakah bentuk map yang sekarang digunakan dapat memudahkan petugas dalam melakukan pengambilan dan penyimpanan dokumen rekam medis?

"... Untuk mengambil rekam medis perlu ada Upaya untuk mengambil rekam medis dari petugas penyimpanan dengan cara memasukkan sela-sela tangan nya ke map lebih dalam lagi, jadi membuka dulu baru dia narik dikit lalu dicari nomor rekam medisnya. Jadi kurang efektif dan kurang cepat mencari map nya" (Informan 1 dan 2)

Sebentar lagi peralihan media kertas ke media digital menurut bapak/ibu perubahan desain map ini diperlukan atau tidak?

"... Jika sudah beralih ke Elektronik Medical Record tidak perlu perubahan map dan akan tetap menggunakan map yang saat ini digunakan. Karena ketika sudah EMR formulir yang digunakan akan lebih sedikit hanya saja ada beberapa formulir yang akan masih menggunakan kertas seperti formulir informed consent, hal tersebut karena regulasi nya belum dijelaskan kaya gimana-gimana nya." (Informan 1 dan 2)

Berikut hasil observasi map rekam medis Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi berdasarkan Aspek anatomi, aspek fisik, dan aspek isi :

Aspek Anatomi

Header and footer

Terdapat Logo RS, Kolom berbentuk kotak-kotak untuk menuliskan nomor rekam medis pasien lalu terdapat keterangan kolom tersebut untuk digunakan sebagai menulis rekam medis pasien.

Introduction

Terdapat berupa judul yang menyatakan bahwa map tersebut merupakan map rekam medis, Judul tersebut di terjemahkan dalam bahasa Inggris di dalam map rekam medis.

Body

Terdapat berupa identitas pelayanan Kesehatan, tulisan rahasia, nama pasien, tanggal lahir, alamat, kolom yang berisi pilihan lelaki atau perempuan, nomor rekam medis.

Fonts

Judul map menggunakan jenis font arial black dengan ukuran 40, Identitas pasien menggunakan jenis font arial black dengan ukuran 20, Nama Rumah Sakit menggunakan jenis font Times new roman dengan ukuran 40, Alamat sarana pelayanan kesehatan menggunakan jenis font arial dengan ukuran 15, Keterangan alergi menggunakan jenis font arial dengan ukuran 12, Keterangan dalam bahasa Inggris di dalam isi map menggunakan jenis font times new roman dengan ukuran 20,

Aspek Fisik

Bahan : Menggunakan bahan glossy

Warna : Menggunakan warna oranye dan biru. Warna yang sekarang digunakan menggunakan warna yang terlalu tua, sehingga identitas pasien tidak terlihat jika ditulis menggunakan spidol hitam atau biru.

Ukuran : Bentuk map rekam medis yang saat ini digunakan adalah bentuk vertikal atau potrait dengan lebar 25 cm dan tinggi 31 cm. Ukuran map tersebut selaras dengan ukuran rak penyimpanan rekam medis. Ukuran Rak penyimpanan di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari memiliki lebar 50 cm dengan tinggi 26 cm.

Aspek Isi

Identitas sarana pelayanan kesehatan

Sudah mencantumkan identitas sarana pelayanan Kesehatan yang meliputi :

nama, alamat, nomor faximile nomor telepon, alamat email RS.

Tulisan Rahasia

Sudah mencantumkan tulisan “RAHASIA” pada map rekam medis.

Nama Pasien

Sudah tersedia item nama pasien sebagai tempat menuliskan identitas pasien.

Nomor Rekam Medis

Sudah tersedia kolom untuk pengisian nomor rekam medis.

Tulisan Alergi

Sudah mencantumkan tulisan “RAHASIA” pada map rekam medis.

Tahun kunjungan Terakhir

Belum mencantumkan tahun kunjungan terakhir pada map rekam medis namun, tidak ada tahun kunjungan terakhir dan dalam map rekam medis RS MAL

Saran Map Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari

Penulis Sudah Membuat dua Saran map Rekam Medis berbentuk Potrait. Berikut adalah saran map rekam medis yang di buat oleh penulis :

Saran Pertama

Gambar 2.Saran Map Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari berwarna ungu

Saran Kedua

Gambar 3.Saran Map Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari berwarna pink



Gambar 4. Divider tab atau pembatas Rawat jalan, Rawat inap, Penunjang, IGD

Kelebihan hasil usulan map rekam medis yang di saran kan :

Yang pertama, Tata letak no rekam medis yang menonjol keluar dapat mempermudah aktivitas kerja petugas penyimpanan. Karena dengan nomor rekam medis nya menonjol petugas rekam medis dapat langsung melihat nomor rekam medis tanpa harus membuka satu persatu map rekam medis.

Yang Kedua, Warna yang di sarankan lebih cerah sehingga ketika identitas pasien ditulis dengan menggunakan spidol gitam atau biru terlihat jelas.

Yang ketiga, Terdapat Divider tab atau pembatas di setiap formulirnya. Pembatas formulir tersebut terdiri dari Pembatas IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap, dan Penunjang.

PEMBAHASAN

Redesain-Desain Map Rekam Medis

Seluruh Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri ini paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023. (Perkmenkes RI No 24, 2022) Menurut PMK

RI tersebut mengharuskan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan Rekam Medis Elektronik dengan waktu paling lambat tanggal 31 Desember 2023, maka dari itu RS MAL merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang sedang dalam proses peralihan dari media kertas ke media elektronik akan tetapi peralihan tersebut masih dalam proses dan tidak tahun kapan pastinya proses tersebut dapat terselesaikan. Selagi proses peralihan tersebut berjalan di instalasi Rawat Inap RS MAL masih menggunakan media kertas dan saat ini yang sedang di lakukan proses peralihan di RS MAL hanya Ruang Rawat Inap Anak sedangkan Ruang Rawat Inap yang lainnya menyusul setelah proses peralihan Ruang Rawat Inap anak selesai dalam proses peralihannya.

Desain Map Rumah Sakit MAL

Desain map rekam medis yang digunakan saat ini dapat menghambat aktivitas petugas penyimpanan pada saat akan mengambil dan mencari rekam medis. Hal yang dapat memperlambat pencarian dan penyimpanan rekam medis adalah terletak pada nomor rekam medis yang dimana nomor rekam medis terdapat di tengah map rekam medis sehingga petugas kesulitan dalam melihat nomor rekam medis dan memastikan satu persatu – satu dengan melihat ke tengah map.

SIMPULAN

Map Rekam Medis di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari tidak perlu dilakukan *redesain* map rekam medis karena terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 walaupun desain map rekam medis yang digunakan saat ini dapat menghambat aktivitas petugas penyimpanan dalam mencari dan mengambil rekam medis.

UCAPAN TERIMA KASIH

Pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak

rumah sakit yang telah memberikan izin untuk penelitian di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari beserta dengan kepala Rekam Medis Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari dan juga petugas penyimpanan.

DAFTAR PUSTAKA

Abdurrahman, Fatoni. 2011 *Metodologi penelitian dan teknik penyusunan skripsi* : Rineka Cipta Jakarta

Buchari, A. (2006). *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*. Bandung : Alfabet.

Bungin, Burhan H M. 2007. *Penelitian Kualitatif, komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan*

Departemen Kesehatan. 2013, *Permenkes No.55 tentang penyelenggaraan pekerjaan rekam medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Departemen Kesehatan. 2009, *Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Indradi, R. 2020. *Rekam Medis (Ketiga)*.Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.

Indradi, Rano. 2020. *Rekam Medis. Ketiga*.Tangerang Selatan: Universitas Terbuka

Listiara, Visca, and A Rudi. 2020. "Redesain Map Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Tanjung Puri." *Jupermik* 3(2): 62–68.

Newman, W. Lawrence, 2013, *Metodologi penelitian sosial pendekatan kualitatif dan Kuantatif (edisi 7)* : PT. Indeks, Jakarta

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, (2022)

Rustiyanto, Ery, and W. A. Rahayu. 2011. *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Politeknik Kesehatan Permata Indonesia.

Sudra, R. I. (2013). Rekam Medis.
Universitas





OPTIMALISASI PENANGANAN FAKTOR PENYEBAB KLAIM PENDING BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RSUD DR. GUNAWAN MANGUNKUSUMO

Novita Dewi¹, Mika Febriani², Lelly Wahyu Wardaningrum³, Esti Setyaningrum⁴

¹Instalasi Rekam Medis RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo
Jl. Kartini 101 Ambarawa
Email: ¹ndvinnovita93@gmail.com

^{2,3,4} Instalasi Rekam Medis RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo
Email: ²mikafebriani13@gmail.com, ³lelly.wahyu23@yahoo.com,
⁴iceetea.setya@yahoo.com

Abstract

Implementation of health insurance assigns BPJS Kesehatan to pay the health facilities through the claims process. BPJS claims will disrupt hospital cash flow with pending claims. Therefore it is necessary to identify the causative factors and analyze the way pending claims are handled. This research was conducted by observing claim files for January-May 2023 limited to hospitalization files. Through interviews with coder and internal verifiers, the causes of pending claims are divided into 3 aspects: administrative aspects, medical aspects, and coding aspects. Therefore, it is necessary to have a clear cooperation agreement for COB cases, increase coordination between the claims team and administrative inpatient officers, and update the competence of coder.

Keywords: Pending Claims, Coding, BPJS, Inpatient

Abstrak

Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan, BPJS Kesehatan bertugas melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan melalui proses klaim. Klaim BPJS akan mengganggu *cash flow* rumah sakit dengan adanya klaim pending. Oleh karena itu perlu dilakukan identifikasi faktor penyebab dan analisa cara penanganan klaim pending. Penelitian ini dilakukan dengan pengamatan pada berkas klaim bulan Januari-Mei 2023 terbatas pada berkas rawat inap. Melalui wawancara dengan petugas koder dan verifikator internal, penyebab klaim pending dibagi dalam 3 aspek yaitu aspek administrasi, aspek medis, dan aspek koding. Oleh karena itu diperlukan adanya perjanjian kerjasama yang jelas untuk kasus COB, peningkatan koordinasi antar petugas baik tim klaim maupun petugas administrasi, serta peningkatkan kompetensi untuk petugas koder.

Kata kunci: Klaim Pending, Koding, BPJS, Rawat Inap

PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang

diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah. (Perpres No. 82 Tahun 2018)



Pembayaran Jaminan Kesehatan dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut) secara *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG). BPJS Kesehatan akan melakukan tahapan verifikasi berdasarkan berkas kelengkapan yang dikirim oleh FKRTL yang dalam hal ini adalah rumah sakit. BPJS Kesehatan akan menugaskan verifikator untuk melakukan pengujian berkas untuk menilai apakah klaim yang diajukan sudah sesuai dengan bukti-bukti pendukung yang dikirimkan oleh rumah sakit.

Klaim BPJS Kesehatan diajukan secara kolektif dengan maksimal pengiriman tanggal 10 setiap bulannya. Selanjutnya BPJS Kesehatan akan membayar klaim yang dinyatakan layak dan melakukan konfirmasi untuk klaim yang dinyatakan pending. Untuk klaim yang dinyatakan tidak layak tidak akan dilanjutkan ke tahap pembayaran.

Kendala pada proses klaim ini adalah adanya klaim pending yang proses pembayarannya akan terlambat karena harus menunggu konfirmasi ulang dari pihak rumah sakit. Hal ini akan mengganggu *cash flow* rumah sakit secara tidak langsung akan mempengaruhi pelayanan pasien terkait ketersediaan BHP. Penyebab klaim pending rawat inap perlu diidentifikasi serta dianalisis cara menanganinya untuk memperlancar pendapatan rumah sakit agar tidak berdampak pada pelayanan kesehatan di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Ambarawa.

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan agar dapat menggambarkan makna pengalaman subjek pada fenomena yang diteliti,

supaya dapat menggali lebih dalam mengenai penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap sehingga dapat menurunkan tingkat unclaimed berkas BPJS Rawat Inap RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo Kab. Semarang. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni 2023. Informan dalam penelitian ini adalah petugas koder dan dokter verifikator internal.

HASIL

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rekam Medis sebagai pusat pengelola klaim JKN dengan mengamati Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) Klaim BPJS Kesehatan bulan Januari-Mei 2023. Data klaim pending dapat dilihat dari table berikut.

Tabel 1 Jumlah Klaim Pending BPJS Kesehatan Rawat Inap Januari-Mei 2023

No	Bulan	Klaim Sesuai	Klaim Pending
1	Januari	800	32
2	Februari	777	40
3	Maret	902	46
4	April	771	31
5	Mei	1.003	45
JUMLAH		4.253	194

Dari data jumlah tersebut penyebab klaim pending dalam BAHV dibagi menjadi 3 aspek, yaitu Aspek Administrasi, Aspek Medis, dan Aspek Koding. Berikut adalah jumlah klaim pending berdasarkan tiga aspek diatas.

Tabel 2 Jumlah Klaim Pending berdasarkan Aspek Penyebab

No	Bulan	Admin istrasi	Medis	Koding
1	Januari	10	11	11
2	Februari	6	20	14



3	Maret	6	28	12
4	April	11	14	6
5	Mei	15	18	12
JUMLAH		48	91	55

PEMBAHASAN

Dalam era JKN ini, petugas koder, DPJP, dan dokter verifikator internal memiliki peranan yang penting dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan. Proses klaim akan berjalan dengan lancar bila koordinasi antar tim klaim dalam pemenuhan aspek administrasi, medis, dan koding terpenuhi dengan baik.

Aspek Administrasi

Aspek Administrasi pada klaim BPJS Kesehatan adalah terpenuhinya semua syarat klaim seperti SEP (Surat Elegibilitas Peserta), Resume Medis, Laporan Operasi, Rincian Biaya Perawatan, Hasil Pemeriksaan Penunjang serta formulir tambahan lainnya. Apabila salah satu syarat tersebut tidak lengkap maka akan berdampak pada kesesuaian klaim. Ketidaklengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai. (Irmawati dkk., 2018)

Formulir tambahan lainnya disini merupakan formulir yang harus ada pada kasus-kasus tertentu misalnya

kasus kecelakaan lalu lintas serta kasus trauma lainnya. Untuk kasus kecelakaan lalu lintas, BPJS Kesehatan mempersyaratkan adanya laporan kepolisian serta finalisasi dari PT Jasa Raharja pada aplikasi INSIDEN. Kurangnya responsibilitas dari petugas jasa raharja dalam hal finalisasi pada aplikasi INSIDEN menjadi salah satu penyebab adanya klaim pending BPJS Kesehatan. Hal ini dapat diatasi dengan memperjelas ketentuan pada perjanjian kerja sama antara pihak rumah sakit dan PT Jasa Raharja mengenai respon time untuk finalisasi pada kasus COB (*Coordination of Benefit*).

Pada kasus trauma lainnya (kasus non kecelakaan lalu lintas), BPJS mensyaratkan adanya formulir kronologi kejadian. Formulir tersebut dibuat oleh pasien atau keluarga pasien yang isinya menceritakan kronologis kejadian penyebab trauma. Kurangnya ketelitian petugas dalam melihat diagnosa akhir pasien menyebabkan syarat formulir ini tidak terpenuhi sehingga menjadi pending klaim.

Ada beberapa kasus trauma yang diagnosa awalnya dari IGD bukanlah diagnosa trauma sehingga petugas pendaftaran tidak meminta pasien atau keluarga pasien untuk membuat formulir kronologis. Hal ini dapat diatasi dengan meningkatkan koordinasi dengan petugas administrasi ruang rawat inap agar meneliti ulang syarat klaim apakah diperlukan formulir kronologis atau tidak dengan cara melihat diagnosis akhir.

Aspek Medis

Aspek Medis adalah terpenuhinya gejala klinis, pemeriksaan penunjang, serta tata laksana khusus yang sesuai untuk diagnosa tertentu. Adanya panduan manual verifikasi, berita



acara kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG, serta notulen rapat DPM (Dewan Pertimbangan Medis) per regional yang tidak sesuai dengan PPK (Panduan Praktik Klinis) rumah sakit membuat DPJP merasa kesulitan karena panduan-panduan tersebut di atas tidak sesuai dengan kondisi pasien dan keilmuan medis yang didapatkan oleh DPJP selama pendidikan.

Tidak sedikit pula DPJP yang merasa terlalu diatur oleh panduan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan dalam hal menegakan diagnosis. Untuk mengatasi hal ini seharusnya BPJS Kesehatan lebih selektif dalam menetapkan panduan verifikasi disesuaikan dengan tipe rumah sakitnya. Tidak semua rumah sakit memiliki kemampuan yang sama dalam segi fasilitas terutama pemeriksaan penunjang.

Adapula penempatan diagnosis yang tidak sesuai, penempatan diagnosis primer dan sekunder dibedakan berdasarkan sumber daya yang terbesar dan terbanyak digunakan serta penyebab seorang pasien dirawat di rumah sakit. Diagnosis primer haruslah diagnosis yang menggunakan sumber daya terbanyak dan terbesar atau penyebab seseorang dirawat, sedangkan diagnosis sekunder merupakan diagnosis yang menggunakan sumber daya terbesar kedua dan seterusnya. (Kusumawati dan Pujiyanto, 2020)

Hal ini dapat diselesaikan dengan persamaan persepsi antara tim klaim RS dengan verifikator BPJS Kesehatan terkait aturan penegakan kode diagnosis utama dan sekunder sesuai dengan aturan koding yang berlaku.

Aspek Koding

Aspek koding merupakan terpenuhinya aturan koding sesuai dengan ICD maupun berita acara kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG. Kurangnya ketelitian koder dalam hal kode gabung, *include*, dan *exclude* menyebabkan adanya klaim pending rawat inap. Selain itu beberapa aturan penggunaan kode tindakan yang tidak tertera pada ICD 9-CM seperti tindakan adhesiolisis. Tindakan adhesiolisis dapat dikoding jika tindakan tersebut menggunakan benda tajam sedangkan penjelasan tersebut tidak tertulis pada ICD 9-CM.

Hambatan besar yang dimiliki oleh koder INA CBG adalah kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis serta informasi yang kurang jelas menyebabkan koder salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan. (Santiasih dkk., 2021)

Selain itu adanya beberapa syarat untuk memasukkan kode diagnosis ICD-X hanya jika dilakukan pemeriksaan penunjang maupun tindakan tata laksana. Contohnya, kode diagnosis efusi pleura (J90 atau J91) hanya bisa dimasukkan kode diagnosanya bila dilakukan tindakan *punctie* dan diagnosis *Congestive Heart Failure* (I50.-) hanya bisa dimasukkan bila dilakukan pemeriksaan penunjang *echocardiography*.

Untuk mengatasi hal ini diperlukan peningkatan kompetensi untuk petugas koder INA CBGs dengan mengikutsertakan petugas pada pelatihan koding yang berfokus pada Klaim BPJS Kesehatan.

SIMPULAN



Faktor-faktor penyebab klaim pending rawat inap di RSUD dr. Gunawan Mangunkusumo dibedakan dalam 3 aspek yaitu aspek administrasi, aspek medis, dan aspek coding. Aspek administrasi disebabkan karena tidak lengkapnya formulir persyaratan klaim BPJS Kesehatan yang dapat diatasi dengan meningkatkan koordinasi antara tim klaim dengan petugas administrasi rawat inap untuk pengecekan kelengkapan berkas klaim. Pengecekan kelengkapan berkas klaim dapat dibantu dengan pembuatan *checklist* oleh petugas administrasi untuk dilakukan *doublecheck* saat diberikan kepada petugas klaim.

Pending aspek medis disebabkan oleh ketidaksesuaian diagnosis yang ditegakan dengan gejala klinis, pemeriksaan penunjang, serta tidak adanya tata laksana khusus dalam mengatasi diagnosis yang ditegakan. Selain itu, adanya ketidaksesuaian penempatan diagnosis utama dan diagnosis sekunder berdasarkan *resource* terbanyak yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Pending klaim karena aspek ini dapat diatasi melalui persamaan persepsi antara tim klaim RS dengan verifikator BPJS Kesehatan terkait aturan penegakan kode diagnosis utama dan sekunder sesuai dengan aturan coding yang berlaku. Aspek yang menyebabkan pending klaim yang ketiga adalah aspek coding dimana pengetahuan petugas koder mengenai *include*, *exclude*, *synchronous* dan aturan pengkodean ganda sesuai dengan ICD kurang *up to date*. Penanganan untuk aspek ini dapat dilakukan dengan mengikutsertakan petugas koder dalam pelatihan coding yang berfokus pada Coding Klaim INACBG.

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2018). Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 2. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
2. Irmawati., Kristijono, Anton., Susanyto, Edy., & Belia, Yela. (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 1 (1), 45–51.
3. Kusumawati, Ayu Nadya & Pujiyanto. (2020). Faktor-faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018. *Cermin Dunia Kedokteran-282*, 47 (1), 25-28.
4. Nabila, Salma Firyal., Santi, Maya Weka., & Deharja, Atma. (2020). Analisis Faktor Penyebab Klaim Akibat Coding Beerkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 1 (4), 519-528.
5. Peraturan Presiden. (2018) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Hukum dan HAM.
6. Santiasih, Ary Wayan., Simanjorang, Asyiah., & Satria, Beni. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD DR. RM Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7 (2), 1381-1394.

DAFTAR PUSTAKA



REKAM MEDIS ELEKTRONIK TERHADAP SISTEM INFORMASI MANAJEMEN DI PENDAFTARAN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT MITRA ANUGRAH LESTARI CIMAH

Salsa Nopela¹, Dr. Barkah Rosadi², Yoki Muchsam³

¹Poltekkes YBA Bandung Jl. Cipagalo Girang No. 24, Margasari, Kec. Buah Batu
Email: ¹Salsanopela26@gmail.com

^{2,3}Poltekkes YBA Bandung Jl. Cipagalo Girang No. 24, Margasari, Kec. Buah Batu
Email: ²rosadibarkah@gmail.com, ³Yoki.muchsam@poltekkesyba.ac.id

Abstract

Electronic Medical Record is a Medical Record created using an electronic system. This system is a place for electronic information storage containing health status and health services obtained by patients throughout their lives. This study aims to find out how the Electronic Medical Record is at Mitra Anugrah Lestari Hospital Cimahi, how is the Management Information System at Mitra Anugrah Lestari Hospital and what is the role of the Electronic Medical Record in the Management Information System at Mitra Anugrah Lestari Hospital Cimahi. Which is where there are problems with the system or network errors so that they can hamper the health service process at Mitra Anugrah Lestari Hospital, Cimahi. This type of research is descriptive with a qualitative approach using semi-structured interview methods and also observation with two informants. patient services because all servers are interconnected with other supporting examinations, also with electronic medical records can reduce the cost aspect because it can lead to a reduction in paper as well as medical record folders. in increasing efficiency in the process of health services.

Keywords: Electronic Medical Records, Management information systems, the role of Management Information Systems.



Abstrak

Rekam Medis Elektronik merupakan Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik. Sistem ini menjadi tempat penyimpanan informasi elektronik berisi status kesehatan dan layanan kesehatan yang diperoleh pasien sepanjang hidupnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi, bagaimana Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari dan bagaimana peran Rekam Medis Elektronik terhadap Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi. Yang dimana terdapat permasalahan pada sistem atau jaringan yang error sehingga dapat memperlambat proses pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif menggunakan metode wawancara semi terstruktur dan juga observasi dengan jumlah informan dua. Hasil penelitian ini adalah sejauh ini peranan rekam medis elektronik terhadap sistem informasi manajemen cukup membantu terutama dengan adanya rekam medis elektronik sangat membantu disistem terkait, juga mempercepat dalam pelayanan pasien karena semua server sudah saling terhubung dengan pemeriksaan penunjang lainnya, juga dengan rekam medis elektronik dapat mengurangi dari segi aspek biaya karena dapat menyebabkan pengurangan kertas juga map rekam medis, Juga dengan adanya sistem informasi manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi pun dapat mempercepat dalam peningkatan efisiensi dalam proses pelayanan kesehatan.

Kata Kunci : Rekam Medis Elektronik, Sistem informasi manajemen, peranan Sistem Informasi Manajemen.

Pendahuluan

Rekam Medis Elektronik adalah penggunaan metode elektronik untuk mengumpulkan, menyimpan, mengelola, dan mengakses rekam medis di dalam rumah sakit. Rekam medis disimpan dalam sistem manajemen basis data yang mengumpulkan berbagai sumber data medis. Namun masih terdapat permasalahan seperti sistemnya yang error, serta jaringan yang lama, sehingga dengan sistem error ini dapat menghambat proses pelayanan serta petugas harus mengakses secara manual terlebih dahulu. Dengan adanya Peranan Rekam Medis Elektronik ini dapat

mempercepat suatu layanan kesehatan. Maka dengan itu memerlukan pengembangan sistem rekam medis elektronik.

Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari selama ini menggunakan sistem manual dalam pencarian data pasien seperti saat pasien berobat lalu no rekam medis pasien dicari di rak penyimpanan, tetapi setelah dilakukan rekam medis elektronik hal itu tidak dibutuhkan sehingga dengan demikian dengan adanya Rekam Medis Elektronik tersebut penulis ingin mengetahui sejauh mana manfaat ataupun peran Rekam Medis elektronik terhadap Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit Mitra



Anugrah Lestari dalam pencarian data tersebut.

Pengelolaan data di Rumah Sakit merupakan bagian penting dalam implementasi sistem informasi rumah sakit. Pengelolaan data secara manual memiliki banyak kelemahan. Selain cukup memakan waktu, keakuratannya juga tidak dapat diterima karena kemungkinan terjadinya kesalahan sangat tinggi. Teknologi informasi saat ini, pengelolaan data secara manual, dapat digantikan dengan sistem informasi yang terkomputerisasi. Pengelolaan data tidak hanya lebih cepat dan mudah, tetapi juga lebih detail. Pengelolaan data merupakan suatu proses yang menerima masukan input, memproses, menggunakan program tertentu, dengan mengeluarkan hasil data meliputi pengumpulan data, penyimpanan data sampai diperlukan pembuatan dokumen yang akan digunakan oleh perorangan atau kelompok baik didalam maupun diluar perusahaan (Jogiyanto, 2005 : 9)

Berdasarkan penelitian terdahulu menurut (Dwisusilo dan sarni 2018) yang berjudul tentang " Peranan Rekam Medis Elektronik Terhadap Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya " Dimana penelitian ini menyatakan bahwa Rekam Medis dapat diartikan sebagai berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaannya, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Pengumpulan data riwayat medis dilakukan sejak pasien keluar dari rumah sakit dengan segala aktivitas dan perawatannya. Rekam Medis adalah dokumen rahasia. Setiap

tenaga kesehatan yang melakukan praktik kedokteran wajib merahasiakan riwayat kesehatan pasien dalam rekam medis. Bentuk fisik rekam medis biasanya dalam bentuk kertas dan dengan lampiran dokumen memang tidak mudah, namun seiring dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah membawa dampak yang besar terhadap perubahan di segala bidang terutama dalam pelayanan kesehatan. dalam prosedur pendaftaran pasien, yang disebut catatan pasien elektronik. (Dwijosusilo, 2018).

Menurut PERMENKES Nomor 24 Tahun, 2022) Tentang rekam medis **pasal 5** Rekam Medis Elektronik merupakan salah satu subsistem dari sistem informasi institusi medis dan terhubung dengan institusi medis lainnya. Subsistem informasi dari institusi medis.

Rekam medis merupakan sebuah berkas yang berisi catatan dan dokumen pasien. Peran rekam medis adalah sebagai media untuk mencatat identitas, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan medis lain yang dilakukan pada fasilitas kesehatan. Jadi Rekam Medis Elektronik sudah pasti memiliki peranan dan fungsi yang sangat penting, baik bagi pihak manajemen rumah sakit, dokter, pasien, dan juga keluarga pasien.

Rumah Sakit juga merupakan organisasi yang dipimpin oleh staf medis yang terorganisir dengan baik dan professional di bidang infrastruktur medis, perawatan berkelanjutan, diagnosis dan pengobatan penyakit pasien (Supartiningsih, 2017)

METODE



Metode penelitian ini menggunakan metode kualitatif (Sugiyono,2019:25) Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode dengan pendekatan deskriptif, dalam penelitian kualitatif ini, informan penelitian terdapat dua yaitu kepala Rekam Medis dan Pihak IT. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan observasi, observasi merupakan teknik pengumpulan data yang mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik verifikasi lain (Sugiyono, 2018). wawancara semi terstruktur yang dimana dalam pelaksanaan wawancaranya lebih bebas untuk menemukan masalah agar lebih terbuka. Wawancara juga merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui Tanya jawab (Sugiyono, 2013). Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument dalam penelitian adalah peneliti itu sendiri. Analisis data pada penelitian kualitatif ini dengan menggunakan Reduksi data, Kondensasi data, Penyajian data, juga penarikan kesimpulan (Miles, Huberman dan Saldana, 2018).

HASIL PENELITIAN

Untuk memperoleh data dan informasi yang akurat, peneliti telah melakukan wawancara kepada kepala Rekam Medis, dan Tim IT, berikut merupakan hasil wawancara :

Sejauh mana peranan Rekam Medis Elektronik terhadap sistem informasi manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi?

“...Peranan Cukup membantu terutama dengan adanya RME ini sangat membantu disistem terkait. Seperti Farmasi, pasien setelah diperiksa dokter tinggal menunggu di Farmasi sama halnya dengan pasien

ambil antrian, daftar masuk SIM Pendaftaran, pasien sudah didaftarkan kepada setiap poli, data itu berarti sudah terintegrasi ke RME, nah dengan adanya RME jadi sudah adanya keterkaitan antara pelayanan di rumah sakit, jadi memang sangat membantu dengan adanya RME, pelayanan jadi lebih cepat, mungkin nanti sistem kerja bagi pengguna SIMnya juga setiap unit terbantu dan tidak ribet...”

Bagaimana Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi ?

“... Di Rumah Sakit MAL Rekam Medis Elektroniknya sudah berjalan di Rawat Jalan, Rawat inapnya masi proses pengembangan, sudah dibikin tetapi masi terus diperbaiki, Kalau Rawat Jalan sudah Mulai Dari tahun 2020, yang asalnya 3 poli berkembang sekarang sudah semuanya, berjalan lancar, ke penyimpanan, ke lab, ke farmasi, radiologi sudah nyambung, sudah terintegrasi rawat jalannya...”

Bagaimana Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi ?

“... SIMRS nya sudah berjalan cukup lama, sudah berjalan lancar juga, SIMRS dari awal pasien ambil antrian sampai nanti pasien pulang itu gimana prosesnya, jadi setiap unit sudah saling keterkaitan, sudah berjalan sudah sinkron...”

PEMBAHASAN

Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi.

Menurut Permenkes No 24 Tahun 2022, tentang Rekam Medis pasal 5 Rekam Medis Elektronik merupakan salah satu subsistem dari sistem informasi institusi



medis dan terhubung dengan institusi medis lainnya. Tujuan Rekam Medis Elektronik juga mencakup banyak fungsi yang biasa disebut ALFRED (Hatta, 2013)

Pada penelitian ini Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi sudah berkembang sejak 1 Januari 2020, Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi pun yang sudah berjalan adalah pada Rawat Jalan, untuk Rawat Inap masi proses tahap pengembangan, sudah dibikin tetapi masi proses untuk diperbaiki, untuk Rawat Jalannya yang asalnya mulai dari 3 poli sekarang sudah berkembang semuanya dan juga berjalan lancar. Mulai dari penyimpanan, Laboratorium, Farmasi, Radiologi sudah nyambung dan sudah terintegrasi Rawat Jalannya. Untuk Kegiatan Rekam Medisnyapun terdiri dari 7 yang sudah terintegrasi dan 1 yang belum terintegrasi, Kegiatan Rekam Medis yang sudah terintegrasi yaitu Registrasi pasien, Pendistribusian data Rekam Medis Elektronik, Pengisian Informasi Klinis, Pengolahan Informasi Rekam Medis Elektronik, Pengimputan data untuk klaim pembiayaan, Penyimpanan Rekam Medis Elektronik, dan Penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik. Dan untuk kegiatan Rekam Medis yang belum terintegrasi terdiri dari Transfer isi Rekam Medis Elektronik. Bagi tenaga

Peranan Rekam Medis Elektronik terhadap sistem informasi manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi.

Permenkes No.24 Tahun 2022 pasal 45 tentang Rekam Medis Elektronik bahwa seluruh Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik sesuai dengan

administratif, penggunaan Rekam Medis Elektronik dapat mempermudah pengaksesan informasi pada pasien sehingga dapat memudahkan petugas kesehatan sehingga dapat membantu dalam pengambilan keputusan klinis.

Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan sistem teknologi informasi komunikasi yang menangani dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit (Permenkes, No 82, 2013)

Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi sudah berjalan Cukup lama, dan juga berjalan dengan lancar. SIMRS yaitu dari awal pasien ambil antrian sampai nanti pasien pulang, jadi setiap unit sudah saling keterkaitan sudah berjalan, dan juga sudah sinkron. Dan juga dengan diadakannya penerapan SIMRS pada proses kinerja Rumah Sakit dapat memberikan manfaat bagi setiap pelayanan kesehatan dan juga mempercepat dalam meningkatkan efisiensi dalam proses pelayanan kesehatan. Sistem Informasi manajemen juga merupakan prosedur yang logis dan rasional untuk melakukan atau merancang sekumpulan komponen (L. Jamers, Havery, 2000).

ketentuan dalam peraturan menteri paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023. Pada pasal 2, Rekam Medis Elektronik ini bertujuan untuk mewujudkan penyelenggaraan rekam medis pasien berbasis digital dan terintegrasi, serta dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memberikan kepastian hukum selama penyelenggaraan rekam medis elektronik berlangsung.



Sehingga, data Rekam Medis pasien dapat terjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaannya. Rekam Medis Elektronik juga dapat memudahkan pengguna juga mempercepat pelayanan pasien.

Peranan Rekam Medis Elektronik Cukup membantu dan berperan disistem sistem terkait, seperti Rekam Medis dan Unit pelayanan kesehatan lainnya. Seperti farmasi setelah pasien diperiksa oleh dokter, pasien tinggal menunggu di farmasi, jadi dengan adanya Rekam Medis Elektronik ini memang sangat membantu pelayanan Rekam Medis jadi lebih cepat dan juga bagi setiap pengguna sistem informasi manajemennya juga setiap unit terbantu dan tidak ribet. Karena dengan adanya Sistem Informasi Manajemen ini dapat mempermudah proses pelayanan kesehatan sesuai pada Permenkes No 24 Tahun 2022 pasal 3 yaitu Setiap Fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik. Penerapan Rekam Medis Rumah Sakit dirumah sakit MAL pun sudah berjalan 100 % pada Rekam Medis Rawat Jalan, dengan adanya Rekam Medis elektronik ini dapat mengurangi dari segi aspek biaya karena dengan adanya pengurangan kertas dan juga map pada berkas rekam medis.

SIMPULAN DAN SARAN

Dengan adanya peranan Rekam Medis Elektronik ini dapat lebih membantu dan mempercepat dalam pelayanan pasien karena semua server sudah saling terhubung dengan pemeriksaan penunjang lainnya. Penerapan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi pun sudah

berjalan 100% pada Rekam Medis Rawat Jalan, dengan adanya Rekam Medis Elektronik pun dapat mengurangi dari segi aspek biaya karena dengan adanya Rekam Medis elektronikpun dapat menyebabkan pengurangan kertas dan juga map Rekam Medis. Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi sudah berjalan cukup lama dan juga lancar sehingga dengan adanya SIMRS ini dapat mempercepat dalam meningkatkan efisiensi dalam proses pelayanan kesehatan. Adapun saran pada penelitian ini adalah :

Sebaiknya diberikan lagi pelatihan kepada Perekam Medis Terkait Rekam Medis Elektronik. Lebih ditingkatkan lagi oleh pihak IT dalam perancangan sistemnya dan bagaimana caranya agar tidak terjadi error atau jaringan yang kurang stabil agar tidak menghambat proses pengerjaan sehingga petugas tidak bekerja 2 kali.

UCAPAN TERIMAKASIH

Pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada pihak Rumah Sakit yang telah memberikan izin untuk meneliti di Rumah Sakit Mitra Anugrah Lestari Cimahi.

DAFTAR PUSTAKA

- Dwijosusilo, K., & Sarni, S. (2018). *Peranan Rekam Medis Elektronik Terhadap Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya*.
- Hatta, G. (2013). *Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. UI Press.
- Jogiyanto, H. M. (2005). *Analysis and design of information systems*.



Yogyakarta: ANDI Yogyakarta.

James, L., & Havery. (2000). *Sistem Informasi Manajemen*. Andi Publisher

Miles, M. B., Huberman, A. M., Saldaña, J. (2018). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Sage publications.

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, (2022).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 tahun 2013, (2013).

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

Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.

Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.

Supartiningsih, S. (2017). Kualitas pelayanan kepuasan pasien rumah sakit: kasus pada pasien rawat jalan. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(1), 9–15.



Analisis pemahaman petugas rekam medis dalam penggunaan SNOMED-CT di RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO

Rezza Aditiya Prayudha¹, Anugrah Harizqi Pratama²,
Putri Dewi Aryani³, Eka Wahyuningsih⁴

¹RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Jl. Dr. Gumbreg No. 1, Banyumas.
Email: ¹rezzabang@gmail.com, ²anugraharizqi29@gmail.com,
³putriadewiii@gmail.com, ⁴e.wahyoe01@gmail.com

Abstract

RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo (RSMS) was a pointed a pilot project by BPJS Kesehatan for the implementation Health Level 7 (HL7) Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) so that the role of medical recorders in the implementation of FHIR is a required to understand the specific regulated clinical terminology and standardized in SNOMED-CT. By understanding international clinical terminology standards, medical recorders in RSMS can code appropriately to improve patient service quality. This research analyzed the factors influencing the level of understanding medical recorders in the use of SNOMED-CT. The author uses quantitative research with cross sectional research design. The population in the research was 37 medical recorders and the samples in the study used total sampling. The data collection method used is a Google form questionnaire. The questionnaire was distributed using the Likert scale with favourable and unfavourable statements. Data analysis used is univariate analysis. The authors grouped several characteristics of respondents that influenced the understanding of medical recorders in the use of SNOMED-CT in RSMS. Among them are Section, Participation in training, length of work, and year of graduation. The results of this research demonstrated that officers' comprehension rates reached 76.97% in SNOMED-CT standard clinical terminology usage.

Keywords: FHIR, Medical Recorders, SNOMED-CT

Abstrak

RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo (RSMS) ditunjuk menjadi pilot project oleh BPJS Kesehatan untuk implementasi Health Level 7 (HL7) Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) sehingga peran perekam medis dalam implementasi FHIR ini dituntut untuk memahami tentang terminologi klinis yang diatur secara spesifik dan terstandar dalam SNOMED-CT. Dengan memahami standar terminologi klinis internasional, perekam medis di RSMS dapat melakukan kodifikasi secara tepat untuk meningkatkan kualitas pelayanan pasien. Penelitian ini menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pemahaman petugas rekam medis dalam penggunaan SNOMED-CT. Penulis menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 37 petugas rekam medis dan sampel pada penelitian ini menggunakan total sampling. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner dalam bentuk google form. Kuesioner yang dibagikan menggunakan skala *Likert* dengan pernyataan *favorable* dan *unfavorable*. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat. Penulis melakukan pengelompokan beberapa karakteristik responden yang mempengaruhi pemahaman petugas rekam medis dalam penggunaan SNOMED-CT di RSMS. Diantaranya Bagian, Keikutsertaan dalam



pelatihan, Lama kerja, dan Tahun lulus. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa tingkat pemahaman petugas mencapai 76,97% dalam penggunaan terminologi klinis terstandar SNOMED-CT.

Kata kunci: FHIR, Petugas Rekam Medis, SNOMED-CT.

PENDAHULUAN

Kewajiban bagi fasilitas kesehatan untuk mengimplementasikan Rekam Medis Elektronik (RME) diatur sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis pasal 3 ayat 1 dan pasal 45, dimana setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib untuk menyelenggarakan RME paling lambat tanggal 31 Desember 2023. RME merupakan suatu sistem informasi kesehatan terkomputerisasi yang berisi data demografi, data medis, dan dapat dilengkapi dengan sistem pendukung keputusan (Andriani, 2017). Penerapan RME sangat penting untuk menghubungkan antar unit di sebuah fasilitas pelayanan kesehatan dan dapat juga dihubungkan ke pihak eksternal, menyediakan informasi berkaitan dengan pasien dan beroperasi sebagaimana mestinya sehingga pelayanan lebih optimal. Seiring dengan ketentuan tersebut, pemerintah Indonesia melalui kementerian kesehatan membangun platform pertukaran data kesehatan yang menghubungkan sistem informasi atau aplikasi dari seluruh ekosistem digital kesehatan Indonesia termasuk fasilitas pelayanan kesehatan, regulator, penjamin, dan penyedia layanan digital yaitu SATUSEHAT. Pentingnya pertukaran data kesehatan dibuktikan dengan peningkatan signifikan dalam proses pertukaran data berupa ringkasan perawatan dari 25% menjadi 64%, riwayat pengobatan dari 21% menjadi 58%, laporan hasil radiologi dari 37% menjadi 65% dan hasil laboratorium dari 35% menjadi 69%. Pertukaran data

tersebut terjadi di Rumah Sakit Perawatan Akut Non-federal Amerika Serikat maupun fasilitas kesehatan lainnya pada tahun 2008 sampai dengan 2014 (Swain et al., 2015). Untuk menjaga keamanan dalam proses HIE tersebut ada standar yang harus dipenuhi yaitu Health Level 7 (HL7) Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR). FHIR adalah sebuah standar internasional yang menetapkan format data beserta elemen-elemen yang disebut *resources* dan sebuah standar antarmuka pemrograman *Application Programming Interface* (API) untuk pertukaran informasi yang pada penerapannya akan dibagi menjadi beberapa alur proses sesuai penggunaannya (Ayaz M et al., 2021). FHIR merupakan standar terkini dalam pertukaran data dan informasi kesehatan, telah digunakan di berbagai negara termasuk *World Health Organization* (WHO) dan berbagai fasilitas layanan kesehatan. Dalam implementasi FHIR tersebut harus terpenuhi beberapa standar internasional lain, yaitu : 1. ICD-10 digunakan sebagai standar klasifikasi diagnosis; 2. ICD-9 CM digunakan sebagai standar klasifikasi prosedur dan tindakan medis; 3. *Logical Observation Identifiers Names and Codes* (LOINC) digunakan sebagai standar penamaan uji laboratorium; 4. *Systematised Nomenclature of Medicine - Clinical Terminology* (SNOMED-CT) digunakan sebagai standar terminologi klinis. (Benson et al., 2016). Peran perekam medis dalam implementasi FHIR ini selain dituntut untuk meningkatkan kompetensi kodefikasi ICD-10 maupun ICD-9, juga



dituntut untuk memahami tentang terminologi klinis yang diatur secara spesifik dan terstandar dalam SNOMED-CT. SNOMED-CT adalah standar terminologi medis klinis yang digunakan untuk pertukaran informasi kesehatan secara elektronik (Benson et al., 2016). Dengan ditunjuknya RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo (RSMS) menjadi pilot project oleh BPJS Kesehatan untuk implementasi FHIR, maka penulis tertarik untuk melakukan analisa terhadap pemahaman petugas rekam medis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo tentang standar internasional terminologi klinis SNOMED-CT.

METODE

Penulis menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 37 petugas rekam medis dan sampel pada penelitian ini menggunakan total sampling. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner dalam bentuk google form. Kuesioner yang dibagikan menggunakan skala *Likert* dengan pernyataan *favorable* dan *unfavorable*, dengan 3 tingkat skala diantaranya Setuju, Ragu-ragu, dan Tidak Setuju. Pertanyaan kuesioner terkait pemahaman petugas memuat tentang pengetahuan teknis dari teori dan implementasi SNOMED-CT (Chang, E. dan Mostafa, J., 2021). Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dengan distribusi frekuensi dari komponen bagian, lama kerja, angkatan tahun, dan pelatihan. Analisis univariat adalah analisis data penelitian dengan menggunakan statistik deskriptif. Analisis ini merupakan penyederhanaan atau peringkasan kumpulan data hasil penelitian sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang

berguna (Misbahuddin dan Hasan, 2013). Untuk kriteria nilai didapatkan dari total skor nilai responden yang jawabannya terkumpul pada kuesioner adalah sebagai berikut:

$$\text{Skor kriteria} = \text{nilai skala} \times \text{jumlah responden}$$

$$\text{Skor kriteria terendah} = 1 \times 16 = 16$$

$$\text{Skor kriteria tertinggi} = 3 \times 16 = 48$$

Nilai terendah adalah 16 sesuai dengan jumlah responden, sedangkan nilai tertingginya 48. Kemudian jarak interval diperoleh dari selisih nilai tertinggi ke nilai terendah dibagi 3 kriteria penilaian.

$$\text{Jarak Interval} = \frac{(\text{Nilai Tertinggi} - \text{Terendah})}{3}$$

$$\text{Jarak Interval} = \frac{(48 - 16)}{3}$$

$$\text{Jarak Interval} = 10,667$$

Dengan demikian jarak intervalnya adalah 10,667 dan ketentuan kriteria penilaiannya sebagai berikut:

Tabel 1 Kriteria Penilaian Skor Kuesioner

No	Skor Akhir	Kriteria
1	16-26,7	Kurang Baik
2	26,8-37,3	Cukup Baik
3	37,4-48	Baik

HASIL

Berdasarkan hasil analisis univariat penulis melakukan pengelompokan beberapa karakteristik responden yang mempengaruhi pemahaman petugas rekam medis dalam penggunaan SNOMED-CT di RSMS. Diantaranya Bagian, Keikutsertaan dalam pelatihan, Lama kerja, dan tahun lulus. Berikut merupakan sajian data analisis frekuensi pada setiap karakteristik responden



Tabel 2 Analisis Frekuensi Berdasarkan Bagian Petugas Rekam Medis di RSMS

No	Bagian	Frekuensi	Rerata Skor	Kriteria
1	Koder	21	37,486	Baik
2	TPPRJ, TPPRI, TPPGD	12	35,583	Cukup Baik
3	Pelaporan	4	39,25	Baik
Total		30	1	

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa bagian TPPRJ, TPPRI, dan TPPGD berada pada interval 26,8-37,3 dengan kriteria Cukup Baik dan bagian Koder dan Pelaporan berada pada interval 37,4-48 dengan kriteria Baik.

Tabel 3 Analisis Frekuensi Berdasarkan Pelatihan Petugas Rekam Medis di RSMS

No	Pelatihan	Frekuensi	Rerata Skor	Kriteria
1	Sudah	5	37,8	Baik
2	Belum	32	36,812	Cukup Baik
Total		37		

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa belum ikut serta pelatihan berada pada interval 26,8-37,3 dengan kriteria Cukup Baik dan sudah ikut serta dalam pelatihan berada pada interval 37,4-48 dengan kriteria Baik.

Tabel 4 Analisis Frekuensi Berdasarkan Tahun Lulus Petugas Rekam Medis di RSMS

No	Tahun Lulus	Frekuensi	Rerata Skor	Kriteria
1	2006	1	32	Cukup Baik

2	2008	3	38,333	Baik
3	2011	3	37,667	Baik
4	2012	2	34,5	Cukup Baik
5	2013	5	36	Cukup Baik
6	2014	4	37,5	Baik
7	2015	3	40	Baik
8	2016	4	36,75	Cukup Baik
9	2017	2	40,5	Baik
10	2018	2	35,5	Cukup Baik
11	2020	5	37,8	Baik
12	2021	3	33,33	Cukup Baik
Total		37		

Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa tahun lulus 2006, 2012, 2013, 2016, 2018 dan 2021 berada pada interval 26,8-37,3 dengan kriteria Cukup Baik. Sedangkan tahun lulus 2008, 2010, 2011, 2014, 2017, 2020 berada pada interval 37,4-48 dengan kriteria Baik.

Tabel 5 Analisis Frekuensi Berdasarkan Lama Kerja Petugas Rekam Medis di RSMS

No	Lama Kerja	Frekuensi	Rerata Skor	Kriteria
1	>2 Tahun	9	38,741	Baik
2	<2 Tahun	28	36,812	Cukup Baik
Total		37		

Berdasarkan tabel 5 dapat diketahui bahwa lama kerja <2 Tahun berada pada interval 26,8-37,3 dengan kriteria Cukup Baik dan lama kerja >2 Tahun berada pada interval 37,4-48 dengan kriteria Baik.

PEMBAHASAN

Dari hasil analisis univariat tentang pemahaman petugas rekam medis dalam penggunaan SNOMED-CT di



RSMS diatas menunjukan Bagian, Lama kerja, dan Keikutsertaan dalam pelatihan mempengaruhi pemahaman petugas rekam medis dalam penggunaan SNOMED-CT, dibuktikan dengan hasil yang menunjukan kriteria baik pada kelompok tersebut. Bagian pelaporan dan koder menjadi petugas dengan kriteria baik dalam hasil penilaian kuesioner, dikarenakan pekerjaan bagian tersebut berkaitan erat dengan SNOMED-CT dan petugas TPPRJ, TPPRI, TPPGD kurang berkaitan erat dengan penggunaan SNOMED-CT. Kemudian dari kriteria Lama kerja yg lebih dari 2 tahun menunjukan hasil yg baik juga karena semakin lama petugas bekerja menjadi semakin paham dan lebih banyak memperoleh informasi tentang terminologi klinis. Petugas yang sudah mendapatkan pelatihan SNOMED-CT memiliki hasil kriteria yang lebih baik dibandingkan dengan petugas yang belum mendapatkan pelatihan dikarenakan petugas tersebut memiliki pengetahuan lebih yang didapatkan saat pelatihan. Sedangkan tahun lulus yang lebih baru menunjukkan kriteria cukup baik berada di bawah tahun lulus lebih lama yang menunjukkan kriteria baik disebabkan karena tahun lulus lebih lama lebih paham dan banyak memperoleh informasi tentang terminologi klinis. Hasil analisis tersebut tentu saja menjadi indikator penting mengingat SNOMED-CT adalah terminologi besar yang mengandung lebih dari 1,6 juta sinonim. Implementasi teknis bukanlah hal yang sepele dan memerlukan beberapa pengoptimalan untuk memungkinkan pencarian yang cepat. Pencarian menggunakan SNOMED-CT browser berbasis web seringkali lambat dan tidak sesuai dalam lingkungan klinis langsung (Wardle, 2017).

SIMPULAN

Pemahaman tentang SNOMED-CT sangat diperlukan dalam implementasi FHIR, mengingat SNOMED-CT menjadi hal penting dalam proses pelayanan kesehatan karena berhubungan langsung dengan terminologi klinis yang menjadi dasar dari sebuah diagnosa dan tindakan medis. Terminologi klinis yang terstandar tersebut tentunya akan menemukan tantangan dalam pelaksanaannya. Dalam hal ini penulis mencoba untuk melakukan analisis dari pemahaman petugas rekam medis tentang SNOMED-CT di RSMS. Simpulan dari hasil analisis tersebut penulis menemukan bahwa tingkat pemahaman petugas mencapai 76,97% dalam penggunaan terminologi klinis terstandar SNOMED-CT. Dengan paparan simpulan diatas, dalam upaya untuk meningkatkan pemahaman petugas rekam medis tentang SNOMED-CT penulis berharap petugas rekam medis mengembangkan kompetensi terkait pemahaman istilah klinis dalam implementasi SNOMED-CT karena di masa depan tantangan dan penggunaan SNOMED-CT akan lebih masif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada Civitas Hospitalia RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo atas dukungan dan apresiasi yang telah diberikan, khususnya Kepala Sub Bagian Rekam Medis dan seluruh responden yang terlibat, memberikan dukungan penuh baik moral maupun materi untuk terlaksananya kegiatan ini. Terima kasih kepada DPD PORMIKI Jawa Barat yang telah memberikan kesempatan baik ini.



DAFTAR PUSTAKA

Andriani, R, et al., (2017). Analisis Kesuksesan Implementasi Rekam Medis Elektronik di RS Universitas Gadjah Mada. *Jurnal Sistem Informasi (Journal of Information Systems)* 13 (2), 90-96, <https://jsi.cs.ui.ac.id/index.php/jsi/article/download/544/354>

Benson, T. & Grieve, G. (2016). *Principles of Health Interoperability: SNOMED CT, HL7 and FHIR*. Champ: Springer International Publishing. <http://doi.org/10.1007/978-3-319-30370-3>

Chang, E. & Mostafa, J. (2021) The use of SNOMED CT, 2013-2020: a literature review. 28 (9), 3. <http://doi.org/10.1093/jamia/ocab084>

Faida, E& Ali, A. (2021). Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (Doctor's Office Quality-Information Technology). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(1),59-65. <https://jmiki.apfirmik.or.id/jmiki/article/view/315/223>

Kemenkes.(2023). *Buku Panduan Penggunaan SNOMED CT*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Misbahuddin & Hasan, I. (2013). *Analisis Data Penelitian dengan Statistik*. Jakarta: Bumi Aksara. <https://www.google.co.id/books/editon/Analisis+Data+Penelitian+dengan+Statisti/ROSCEAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=analisis+univariat+adalah&pg=PA268&printsec=frontcover>

Sullivan, G & Artino, A. (2013).Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 1 (541-542). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886444/pdf/ji1949-8357-5-4-541.pdf>

Swain, M (2015). Health Information Exchange: What is it and How is it Useful?. *The Office of the National Coordination for Health Information Technology*, 1,1-2. www.healthit.gov

Wardle, M & Spencer, A.(2017). Implementation of SNOMED CT in an online clinical database. *Future Healthcare Journal*,4(2), 126-130. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502621/>



**Analisis Kelengkapan Pengisian *Informed Consent* Tindakan Non Operasi Pasien Rawat Inap
Pada Staff Medis Fungsional Ilmu Kesehatan Anak Guna Menunjang Aspek Hukum Rekam
Medis Di Rsup Dr. Hasan Sadikin Bandung**

Ryan Wilka Ramdani

Santosa Hospital Bandung Kopo
Jl. KH. Wahid Hasyim No. 461-463
Email: Ryan.Wilka.R@gmail.com

Abstract

The purpose of a piece of writing this scientific is 1) Identify on the procedures the implementation of charging approval the act of medical (informed consent) the act of non operations in RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung; 2) Identify completeness the implementation of charging approval the act of medical (informed consent) the act of non operations in RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung; 3) identify an impediment in the implementation of charging a form of approval from the medical treatment (Informed Consent) the act of Non operations in RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung; 4) identified the legal aspects medical record accordance with the provisions and regulations; 5) identified the relation of completeness charging form approval the act of medical (Informed Consent) with legal aspects medical record in RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung and 6) identified the efforts have been done to minimize the occurrence of an impediment in the implementation of charging form approval the act of medical (Informed Consent) the act of Non operating on Medical Staff Functional (MSF) the science of the health of children in RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

The scope of this scientific research a piece of writing about completeness charging form approval the act of medical (Informed Consent) against the legal aspects medical record done in installation medical record hospitalization RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Subjects, namely form approval the act of medical (Informed Consent) the act of Non operating hospitalized patients on MSF the science of the health of children in may 2014.

Engineering and data analysis used in this research is quantitative analysis by the use of test of the correlation, engineering while methods used is a method of descriptive which is describe and formulated the data, with regard to the fact savings variables, and the phenomena that occur at the time of research lasting and presenting based on the facts.

Of research that is done, the author finds and conclude: 1) Charging approval procedure regarding the act of medical (informed consent) in RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung are already in accordance with the provisions of legislations which are valid, namely Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 about medical record and Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 about approval the act of medical; 2) The implementation of charging approval the act of medical (informed consent) the act of non operating hospitalized patients on MSF the science of the health of children in RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung has not materialized fully in accordance with the procedures established and provisions of the legislation in force, it is proven by the presence of results incompleteness luminance part which reached 70%; 3) an impediment in the implementation of charging approval the act of medical (Informed Consent) that is, a lack of understanding for doctor and patient or family consent of patients about the importance of the act of medical, the absence of a punishment, policy rewards you and yet socialized well about charging medical record; medical in a complete manner; 4) the legal aspects medical record accordance with the provisions and regulations that is act of Republic of Indonesia No. 32/2009 on health, article 8 act of Republic of Indonesia No. 44/2009 about hospitals article 29, paragraph 1, the letter h



article 32 the letters d and j, and article 37, act of Republic of Indonesia No. 29/2004 about practices medicine article 45 and 46, article Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 about medical record article 2, article 5, article 6 and article 13 paragraph 1 letter b, Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 about approval the act of medicine, article 3 general medical services decision No. HK.00.06.3.5.1866 on guidelines for approval, the act of medical research decision PB IDI No. 319/PB/A4/88 about informed consent; 5) the relation of completeness charging form approval the act of medical (Informed Consent) the act of Non operating hospitalized patients on MSF the science of the health of children with legal aspects medical record in RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung have a very powerful and very significant and deeply affect; 6) efforts have been made by RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung in the face of obstacles that is, socialization any dated 17 national awareness, at a ceremony socialization in all departments of, routine meeting send reports incompleteness to all Medical Staff Functional (MSF) and dated 4 to 6 june 2014 held a meeting to furnish medical record. A suggestion that is writer want to talk about is the socialization of further, clearer and fuller external and internal training for the health workers that deals with informed consent and apply punishment related to health care and responsible of completeness charging form approval the act of medical (Informed Consent) and to the implementation of laws and regulations every will perform the act of medicine and make the bulletin board that is stored luminance part MSF about the sanction will be accepted by health workers associated and conducting meeting regularly every month to furnish medical record and brief and correct them.

Keywords: legal aspects, completeness

Abstrak

Rekam medis mempunyai potensi besar dalam mendeskripsikan data maupun informasi kesehatan, kenyataannya masih banyak pihak yang mengabaikan sejauh mana rekam medis dapat bermanfaat dalam pengelolaan administrasi kesehatan. Hal ini dikarenakan masih banyak rekam medis yang tidak diisi secara lengkap, salah satunya adalah formulir persetujuan tindakan medis yang masih banyak tidak diisi secara lengkap sehingga mempengaruhi terhadap aspek hukum rekam medis itu sendiri. Kejadian ini terjadi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dimana data ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis non operasi pasien rawat inap pada Staff Medis Fungsional Ilmu Kesehatan Anak bulan Februari 2014 sebesar 65%. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis non operasi pasien rawat inap pada Staff Medis Fungsional Ilmu Kesehatan Anak, dan mengidentifikasi faktor penghambat dalam pelaksanaannya, serta mengidentifikasi hubungan kelengkapan pengisian dengan aspek hukum rekam medis. Data yang diteliti yaitu formulir persetujuan tindakan medis (informed consent) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak pada bulan Mei 2014. Teknik dan analisa data yang dipakai pada penelitian ini adalah analisa kuantitatif dengan teknik penggunaan uji korelasi, sedangkan metode yang digunakan adalah metode deskriptif yaitu menggambarkan dan merumuskan data yang berkenaan dengan fakta, keadaan variabel, dan fenomena. Hasil penelitian menunjukkan ketidaklengkapan disetiap bagian mencapai 70%. Hambatan yang terjadi yaitu kurangnya pemahaman bagi dokter dan pasien atau keluarga pasien, belum adanya kebijakan reward and punishment, dan belum tersosialisasi dengan baik tentang pengisian rekam medis secara



lengkap. Penelitian ini mempunyai hubungan yang sangat kuat dan sangat signifikan dan sangat mempengaruhi antara kedua belah variabel.

Kata kunci : Kelengkapan, Aspek Hukum

Pendahuluan

a. Latar Belakang

Rekam medis mempunyai beberapa kegunaan dimana salah satunya berkaitan dengan aspek hukum, oleh sebab itu rumah sakit dituntut untuk mampu mempertanggungjawabkan segala tindakan kedokteran yang diberikan kepada pasien. Sebelum melakukan tindakan kedokteran, dokter harus mendapat persetujuan dari pasien atau keluarga pasien kecuali dalam keadaan darurat atau ketidakmampuan mengingat ancaman terhadap nyawa pasien. Persetujuan tindakan sering disebut sebagai *informed consent*.

Informed consent adalah suatu dokumen tertulis yang ditandatangani oleh pasien, yang mengizinkan suatu tindakan tertentu pada dirinya. *Informed consent* adalah suatu informasi dan penjelasan yang wajib disampaikan secara lisan dan tulisan kepada pasien ataupun keluarga pasien. Aturan yang mengatur tentang *informed consent*, yang berlaku saat ini adalah Permenkes Nomor 290 Tahun 2008.

Pada saat pengamatan sementara ke lapangan tanggal 24 Maret 2014, penulis mendapatkan data pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada Staff Medis Fungsional Ilmu Kesehatan Anak bulan Februari 2014 sebanyak 24 formulir dengan hasil ketidaklengkapan sebesar 65% atau 16 formulir yang tidak lengkap.

b. Tujuan

Mengetahui gambaran umum mengenai kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang berpengaruh terhadap aspek hukum rekam medis.

c. Identifikasi Masalah

- 1) Mengidentifikasi mengenai prosedur pelaksanaan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.
- 2) Mengidentifikasi kelengkapan pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.
- 3) Mengidentifikasi hambatan dalam pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.
- 4) Mengidentifikasi aspek hukum rekam medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- 5) Mengidentifikasi hubungan kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dengan aspek hukum rekam medis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.
- 6) Mengidentifikasi upaya yang sudah dilakukan untuk memperkecil terjadinya hambatan dalam pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pada Staff Medis Fungsional (SMF) Ilmu Kesehatan Anak di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

d. Metode Penelitian

Penelitian ini dilakukan oleh penulis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang dilaksanakan pada bulan Mei 2014.



Pengukuran dan pengamatan variabel pada penelitian ini terfokus pada dua variabel. Variabel pertama adalah kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*), dan variabel kedua adalah aspek hukum rekam medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang terkait. Pada kedua variabel tersebut penulis melakukan pengamatan dan pengukuran agar penelitian dapat menghasilkan sesuatu yang bermanfaat yang berhubungan dengan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) terhadap aspek hukum rekam medis.

Adapun pengamatan dan pengukuran yang penulis gunakan adalah sebagai berikut:

1) Variabel pertama yaitu mengenai kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*).

a. Pengamatan yang dilakukan penulis adalah dengan menggunakan lembar *checklist* untuk mengetahui kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*).

b. Pengukuran yang penulis gunakan pada variabel pertama adalah kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2) Variabel kedua mengenai aspek hukum rekam medis

a. Pengamatan yang dilakukan penulis adalah mengidentifikasi kelengkapan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada Staff Medis Fungsional (SMF) Ilmu Kesehatan Anak di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dan membandingkan hasil lembar *checklist* dengan pelaksanaan persetujuan tindakan medis (*informed consent*) yang sebenarnya sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

b. Pengukuran pada variabel kedua yang penulis gunakan adalah membandingkan pelaksanaan persetujuan tindakan medis (*informed consent*) yang telah berjalan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dengan ketentuan yang telah ditetapkan menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.

3) Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak pada bulan Mei 2014. Adapun jumlah populasi adalah sebanyak 429.

4) Sampel

Penelitian ini menggunakan metode Slovin, yaitu teknik penentuan sampel yang diambil secara acak. Jadi yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah semua formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak pada bulan Mei 2014 dengan taraf kesalahan 5%, yaitu sebanyak 206 formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*).

Rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} = \frac{429}{1 + 429(0,05)^2} = \frac{429}{2,0725} n = 206$$

Keterangan : n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = tingkat kesalahan 5%

Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yakni studi kepustakaan dan studi lapangan. Studi lapangan terdiri dari observasi, dokumentasi, wawancara dan penggunaan *checklist* penelitian.

Teknik dan analisa yang dipakai oleh penulis pada penelitian ini adalah analisa



kuantitatif dengan teknik penggunaan uji korelasi, yaitu mengukur kekuatan hubungan dan arah hubungan. Korelasi yang dipakai adalah:

- 1) Korelasi *Pearson Product Moment* (PPM)

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x) \cdot (\sum y)}{\sqrt{\{n \cdot \sum x^2 - (\sum x)^2\} \cdot \{n \cdot \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

- 2) Korelasi Determinasi
 $KP = r^2 \times 100\%$

- 3) Uji T

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

Sedangkan metode yang digunakan adalah metode deskriptif, yaitu menggambarkan dan merumuskan data yang berkenaan dengan fakta, keadaan, variabel, dan fenomena yang terjadi pada saat penelitian berlangsung, serta menyajikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Keadaan yang dimaksud adalah pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi.

Untuk mengetahui pelaksanaan persetujuan tindakan medis (*informed consent*) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung penulis menggunakan lembar *checklist*, sehingga penulis mengetahui apa saja ketidaklengkapan yang sering terjadi pada formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*). Setelah menganalisis formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dengan menggunakan lembar *checklist*, penulis melakukan perhitungan tingkat ketidaklengkapannya, sehingga dapat mengetahui tingkat ketidaklengkapan dalam bentuk prosentase. Dengan hasil tersebut maka akan diteliti lebih dalam mengenai faktor penyebab

ketidaklengkapannya yang akan berpengaruh terhadap aspek hukum dan bagaimana hubungan antara kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis dengan aspek hukum rekam medis.

1. Hasil Penelitian dan Pembahasan

a. Hasil Penelitian

Bedasarkan penelitian yang telah penulis lakukan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung mengenai kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada Staff Medis Fungsional (SMF) Ilmu Kesehatan Anak guna menunjang aspek hukum sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, penulis memperoleh beberapa hasil dari penelitian. Adapun hasil penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

1) Standar Prosedur Operasional (SPO) pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*)

Standar Prosedur Operasional pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung telah diterbitkan pada tanggal 03 Januari 2013 dengan No. Dokumen HS.03.A02.1.0009 revisi I.

Setelah diteliti oleh penulis, prosedur pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung telah sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yaitu Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis dan Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis.

2) Kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak



Pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung pada SMF Ilmu Kesehatan Anak dapat dilihat dari hasil analisis kuantitatif dengan menggunakan lembar *checklist* pada 206 formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi di bulan Mei. Hasil penelitian tersebut adalah sebagai berikut:

**Hasil Penelitian Kelengkapan Pengisian
Formulir Persetujuan Tindakan Medis
(*Informed Consent*) Tindakan Non Operasi
Pasien Rawat Inap Pada SMF Ilmu
Kesehatan Anak Bulan Mei 2014**

NO	KRITERIA ANALISIS	KETIDAKLENGKAPAN	
		JUMLAH	%
1	Dokter Pelaksana Tindakan	150	73%
2	Pemberi Informasi	147	71%
3	Penerima Informasi	164	80%
4	Diagnosis Kerja	144	70%
5	Diagnosis Banding	170	83%
6	Tindakan Kedokteran	145	70%
7	Indikasi Tindakan	149	72%
8	Tata Cara	162	79%
9	Tujuan	171	83%
10	Resiko Tindakan	148	72%
11	Komplikasi	150	73%
12	Prognosis	151	73%
13	Alternatif dan Resiko	170	83%
14	Lain-lain	175	85%
15	Tanda Tangan Dokter Pemberi Informasi	153	74%
16	Tanda Tangan Pasien / Keluarga Informasi	150	73%
17	Nama Pembuat	147	71%
18	Umur	151	73%
19	Jenis Kelamin	160	78%
20	Alamat	150	73%
21	Nomor RM	181	88%
22	Tindakan	153	74%
23	Terhadap / Hubungan	147	71%
24	Nama Pasien	143	69%
25	Umur	144	70%
26	Jenis Kelamin	155	75%
27	Alamat	152	74%
28	Tempat	150	73%
29	Tanggal Tanda Tangan	150	73%
30	Jam	169	82%
31	Nama & Tandan Tangan yang Menyatakan	142	69%
32	Nama &Tanda Tangan Dokter	154	75%
33	Saksi 1	174	84%



34	Saksi 2	192	93%
----	---------	-----	-----

Dari hasil penelitian di atas, dapat terlihat bahwa setiap format isian pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi melebihi 70% ketidaklengkapannya, yang berarti bahwa pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak rata-rata tidak dilaksanakan dan tidak diisi secara lengkap.

Beberapa format pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dari 34 kriteria analisis yang memiliki pengaruh terhadap aspek hukum rekam medis, adalah sebagai berikut:

- a) Dokter pelaksana tindakan, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 73%.
- b) Pemberi informasi, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 71%.
- c) Penerima Informasi, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 80%.
- d) Diagnosis kerja, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 70%.
- e) Tindakan kedokteran, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 70%.
- f) Tujuan tindakan medis, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 83%.
- g) Alternatif dan resiko, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 83%.
- h) Prognosis, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 73%.
- i) Tanda tangan dokter pemberi informasi, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 74%.
- j) Tanda tangan pasien / keluarga pasien penerima informasi, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 73%.
- k) Tanggal tanda tangan, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 73%.
- l) Jam tanda tangan, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 82%.
- m) Nama dan Tanda tangan yang menyatakan, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 69%.

n) Nama dan Tanda tangan dokter, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 75%.

o) Saksi pihak pasien, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 84%.

p) Saksi pihak rumah sakit, prosentase ketidaklengkapannya sebesar 93%.

3) Faktor penghambat dalam pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak

Berdasarkan hasil yang telah penulis dapatkan mengenai kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak, penulis melakukan wawancara kepada petugas instalasi rekam medis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung mengenai faktor penghambat dalam pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi. Adapun hasil wawancara yang penulis dapatkan dari Wakil Kepala Instalasi Rekam Medis adalah sebagai berikut:

a) Kurangnya pemahaman bagi dokter dan pasien atau keluarga pasien tentang pentingnya pelaksanaan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi di SMF Ilmu Kesehatan Anak.

b) Belum adanya kebijakan *reward and punishment*.

c) Belum tersosialisasinya dengan baik tentang pengisian rekam medis secara lengkap.

4) Aspek Hukum Rekam Medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku

Rekam medis berfungsi sebagai alat bukti bila terjadi silih pendapat atau tuntutan dari pasien dan dilain pihak merupakan perlindungan hukum bagi dokter atau rumah sakit. Persyaratan yang mendukung aspek hukum rekam medis adalah sebagai berikut:



- a) Kelengkapan, berkas rekam medis harus tercatat dan tersimpan (terdokumentasi).
 - b) Keakuratan, data harus sesuai dengan fakta yang sebenarnya.
 - c) Ketepatan waktu, dicatat pada waktu saat dilaksanakan.
 - d) Diisi atau dicatat oleh dokter dan perawat, ditandatangani dan nama jelas.
 - e) Disimpan oleh petugas rekam medis dengan baik.
 - f) Pengelolaan oleh pimpinan sarana kesehatan.
- Aspek hukum rekam medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku adalah sebagai berikut:

- 1) Undang-Undang Republik Indonesia No. 32 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 8
- 2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 29 ayat 1 huruf h, Pasal 32 huruf d dan j, dan Pasal 37
- 3) Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran Pasal 45 dan Pasal 46
- 4) Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis Pasal 2, Pasal 5, Pasal 6 dan Pasal 13 ayat 1 huruf b
- 5) Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 3
- 6) Keputusan Jendral Pelayanan Medik No. HK.00.06.3.5.1866 Tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik
- 7) Keputusan PB IDI No. 319/PB/A4/88 Tentang *Informed Consent*

5) Hubungan kelengkapan pengisian fomulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak dengan aspek hukum rekam medis

Pada saat penelitian penulis mendapatkan hasil ketidaklengkapan pada pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi yang dapat berpengaruh terhadap aspek hukum rekam medis. Kelengkapan

pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi sangat menunjang terhadap aspek hukum rekam medis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Penulis membuat nilai terhadap kesesuaian peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Nilai Terhadap Kesesuaian Peraturan Perundang-undangan

No	Peraturan Perundang-undangan	Kesesuaian	Nilai
1	UU RI No. 36 Th. 2009 Pasal 8	Sesuai	0
2	UU RI No. 44 Th. 2009 Pasal 29 (1) huruf h, Pasal 32 huruf d dan j dan Pasal 37		
3	UU RI No. 29 Th. 2004 Pasal 45 dan Pasal 46		
4	Permenkes No. 269 Th. 2008 Pasal 2, Pasal 5, Pasal 6 dan Pasal 13 (1) huruf b	Tidak Sesuai	1
5	Permenkes No. 290 Th. 2008 Pasal 3		
6	Keputusan Dirjen Yanmed No. HK.00.06.3.5.1866		
7	Keputusan PB IDI No. 319/PB/A4/88		

Penggunaan nilai terhadap kesesuaian peraturan perundang-undangan adalah sebagai alat bantu penulis untuk memudahkan dalam pengolahan data, yang akan menghasilkan hubungan kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi dengan aspek hukum rekam medis.

Untuk mengetahui jumlah nilai ketidaklengkapan pengisian formulir



persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi dengan ketidaksesuaian peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka penulis membuat tabel penolong untuk menghitung korelasi.

Hasil Tabel Penolong Korelasi

N	Ketidaki engkapa n (X)	Aspek Hukum (Y)	X ²	Y ²	XY
Juml ah	5313	2152	1643 61	2523 8	6401 7

Untuk memudahkan melakukan interpretasi mengenai kekuatan hubungan antara ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi dengan aspek hukum rekam medis, penulis memberikan kriteria sebagai berikut:

Kriteria Kekuatan Hubungan

0	Tidak ada korelasi antara dua variabel
> 0 - 0,25	Korelasi sangat lemah
> 0,25 - 0,5	Korelasi cukup
> 0,5 - 0,75	Korelasi kuat
> 0,75 - 0,99	Korelasi sangat kuat
1	Korelasi Sempurna

a) Hipotesis
H0 : Tidak ada hubungan antara kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi dengan aspek hukum rekam medis.

H1 : Ada Hubungan antara kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi dengan aspek hukum rekam medis.

b) Korelasi *Pearson Product Moment*

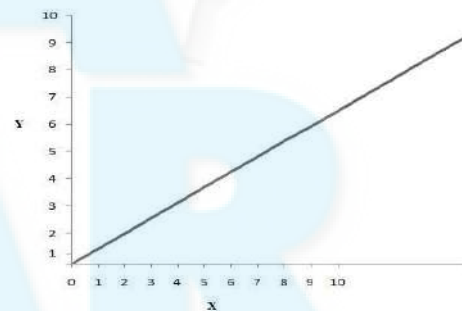
$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x) \cdot (\sum y)}{\sqrt{\{n \cdot \sum x^2 - (\sum x)^2\} \cdot \{n \cdot \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

$$r = \frac{13187502 - 11433576}{\sqrt{(5630397) \cdot (567924)}}$$

$$r = \frac{1753926}{1788193,95} = 0,981$$

Hasil koefisien korelasi yaitu 0,981 mendekati korelasi sempurna, yang memiliki arti bahwa ketidaklengkapan pengisian formulir mempunyai hubungan positif yang sangat kuat dengan ketidaksesuaian aspek hukum rekam medis. Hubungan sempurna ini mempunyai makna jika ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi naik, maka ketidaksesuaian aspek hukum rekam medis juga naik.

Grafik korelasi r = 1



c) Korelasi Determinasi
 $KP = r^2 \times 100\%$

$$KP = 0,962 \times 100\% = 96\%$$

Ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi



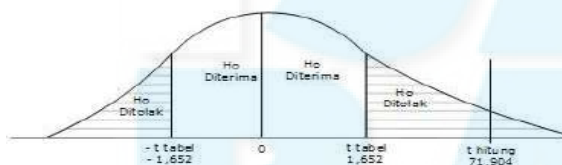
memberikan pengaruh terhadap ketidaksesuaian aspek hukum rekam medis sebesar 96%.

d) Uji-t

$$t = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$
$$t = \frac{14,009}{0,195} = 71,904$$

Berdasarkan perhitungan dengan mengambil $\alpha = 0,05$ dan jumlah yang diteliti sebanyak 206, maka $dk = n - 2 = 206 - 2 = 204$ sehingga diperoleh uji-t tabel sebesar 1,652. Jika uji-t hitung lebih besar dari uji-t tabel maka H_0 ditolak artinya signifikan, jika uji-t hitung lebih kecil dari uji-t tabel maka H_0 diterima artinya tidak signifikan. Hasil membuktikan bahwa uji-t hitung lebih besar dari uji-t tabel atau $71,904 > 1,652$ maka H_0 ditolak artinya ada hubungan yang signifikan antara ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi dengan aspek hukum rekam medis. Untuk memudahkan penjelasan, penulis sisipkan gambar grafik di bawah ini:

Grafik Kurva



Gambar di atas menunjukkan bahwa uji-t hitung berada di area atau daerah H_0 ditolak, dengan demikian H_1 diterima yang mengartikan bahwa ada hubungan antara kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi dengan aspek hukum rekam medis.

6) Upaya yang dilakukan untuk memperkecil terjadinya hambatan dalam

pelaksanaan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak

Beberapa upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit khususnya di instalasi rekam medis untuk menangani masalah ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) yang dapat berpengaruh terhadap aspek hukum rekam medis. Penulis melakukan wawancara kepada wakil kepala instalasi rekam medis untuk mengetahui upaya yang dilakukan untuk menangani masalah pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi. Beberapa upaya yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- Sosialisasi setiap tanggal 17 di upacara kesadaran nasional.
- Sosialisasi di rapat rutin semua departemen.
- Mengirim laporan ketidaklengkapan ke semua SMF
- Pada tanggal 4 sampai 6 Juni 2014, dilaksanakan pertemuan untuk melengkapi rekam medis dan memberi penjelasan serta mengoreksi pengisian kelengkapan RM khususnya *informed consent*.

b. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, penulis dapat menemukan beberapa hal yang berkaitan dengan judul yang telah diambil, yaitu sebagai berikut:

1) Standar Prosedur Operasional (SPO) pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*)



Prosedur tentang pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sudah diterbitkan pada tanggal 03 Januari 2013 dengan No. Dokumen HS.03.A02.1.0009 revisi I, dan yang berwenang memberikan informasi adalah dokter dengan disaksikan oleh petugas pelayanan kesehatan dan keluarga pasien. Orang yang berhak memberikan persetujuan tindakan medis adalah pasien atau keluarga.

Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang persetujuan tindakan medis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, yaitu Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis dan Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis.

2) Kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak

Proses pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung belum terlaksana sepenuhnya dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Hal tersebut terbukti dengan adanya hasil ketidaklengkapan disetiap format pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak yang melebihi angka 70%. Ada 16 kriteria analisis dalam format pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) yang dapat mempengaruhi aspek hukum rekam medis.

Dokter pelaksana tindakan, pemberi informasi dan penerima informasi adalah *group* dalam pemberian informasi.

Diagnosis kerja, tindakan kedokteran, tujuan tindakan medis, alternatif dan resiko dan prognosis masuk ke dalam *group* jenis informasi. Tanda tangan dokter pemberi informasi dan tanda tangan pasien atau keluarga pasien penerima informasi masuk ke dalam *group* legalitas. Tanggal tanda tangan, jam tanda tangan, nama dan tanda tangan yang menyatakan, nama dan tanda tangan dokter, saksi pihak pasien dan saksi pihak rumah sakit masuk ke dalam *group* pernyataan persetujuan.

Pemberian informasi tidak terlaksana dengan baik sepenuhnya, karena hasil di dalam pemberian informasi mencapai ketidaklengkapan sebesar 70%. Hal tersebut belum mengacu pada Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 8. Pemberian informasi harus diberikan selengkap-lengkapannya kepada pasien sebelum pasien mengisi persetujuan tindakan medis, karena hal tersebut dapat membatalkan perjanjian medis demi hukum.

Pada bagian Jenis informasi di dalam hasil pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak tidak terlaksana dengan baik, hasil ketidaklengkapan dari setiap format jenis informasi cukup besar yaitu 70%. Hal tersebut belum mengacu pada Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 45 ayat 3 dan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32 huruf j.

Pada bagian pernyataan persetujuan, bagian ini yang hasil ketidaklengkapannya sangat besar. Di dalam bagian pernyataan persetujuan terdapat format isian tanggal tanda tangan, jam tanda tangan, nama dan tanda tangan yang menyatakan, nama dan tanda tangan



dokter, saksi pihak pasien dan saksi pihak rumah sakit. Hasil ketidakeleengkapan bagian pernyataan persetujuan mencapai 80%, hal tersebut tidak terlaksana dengan baik pelaksanaan pengisiannya dan belum mengacu pada Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran Pasal 45 ayat 1, Pasal 46 ayat 3 dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis Pasal 5 ayat 4 dan Pasal 6, dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 3. Dalam hal ini seharusnya setiap format pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) diisi secara lengkap dan sebelumnya di informasikan terlebih dahulu kepada pasien, mengingat pada kegunaan rekam medis yaitu aspek hukum sebagai *legal* aspek atau alat bukti tertulis yang sah bila sampai terjadi kesalahpahaman atau permasalahan ke pengadilan.

3) Faktor penghambat dalam pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak
Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor-faktor penghambat dalam pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak adalah sebagai berikut:

a) Kurangnya pemahaman bagi dokter dan pasien atau keluarga pasien tentang pentingnya pelaksanaan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi di SMF Ilmu Kesehatan Anak. Banyaknya pasien atau keluarga pasien yang diberikan tindakan non operasi oleh dokter namun tidak mengisi formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*). Adanya beberapa dokter yang tidak memberikan nama dan tanda tangan

pada formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*). Adanya anggapan dokter tentang tindakan non operasi yang tidak beresiko besar seperti tindakan operasi. Hal ini mengakibatkan petugas rekam medis harus memeriksa kembali lembar catatan terintegrasi untuk memastikan apakah pasien diberikan tindakan atau tidak dan memeriksa kapan tindakan itu dilakukan serta melihat nama siapa dokter yang memberikan tindakannya.

b) Belum adanya kebijakan *reward and punishment*. Tidak adanya sanksi dan *reward* para dokter kurang bertanggung jawab atas keleengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*). Hal ini dapat terlihat dari hasil ketidakeleengkapan yang mencapai rata-rata 76%. Dilihat dari persyaratan yang mendukung aspek hukum rekam medis bahwa keleengkapan, keakuratan, dan ketepatan waktu adalah kewajiban bagi para dokter atau dokter gigi tidak semestinya harus mendapatkan *reward*.

c) Belum tersosialisasinya dengan baik tentang pengisian rekam medis secara lengkap. Kurangnya koordinasi petugas rekam medis dalam penjelasan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak kepada dokter dan pasien atau keluarga pasien. Hal tersebut membuat masih adanya ketidakeleengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak yang sangat tinggi.

4) Aspek Hukum Rekam Medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku

Aspek hukum rekam medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku adalah sebagai berikut:

a) Undang-Undang Republik Indonesia No. 32 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 8.

b) Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang



Rumah Sakit Pasal 29 ayat 1 huruf h, Pasal 32 huruf d dan j, dan Pasal 37.

c) Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran Pasal 45 dan Pasal 46.

d) Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis Pasal 2, Pasal 5, Pasal 6 dan Pasal 13 ayat 1 huruf b.

e) Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 3.

f) Keputusan Jendral Pelayanan Medik No. HK.00.06.3.5.1866 Tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik.

g) Keputusan PB IDI No. 319/PB/A4/88 Tentang *Informed Consent*.

5) Hubungan kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak dengan aspek hukum rekam medis

Dari hasil pengolahan data di atas, dapat disimpulkan bahwa kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak dengan aspek hukum rekam medis di RSUP DR. Hasan Sadikin Bandung mempunyai hubungan yang sangat kuat dan sangat signifikan, artinya ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi sangat mempengaruhi ketidaksesuaian aspek hukum rekam medis dengan pengaruh sebesar 96%. Hal tersebut menjadi masalah besar dan perlu perhatian khusus karena persyaratan yang mendukung aspek hukum rekam medis tidak terlaksanakan dengan baik, sehingga salah satu nilai kegunaan rekam medis yaitu aspek hukum menjadi hilang dan tidak mempunyai dasar hukum yang kuat untuk dipertanggungjawabkan.

6) Upaya yang dilakukan untuk memperkecil terjadinya hambatan dalam pelaksanaan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak

Beberapa upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit khususnya di instalasi rekam medis untuk menangani masalah ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) yang dapat berpengaruh terhadap aspek hukum rekam medis yaitu:

a) Sosialisasi setiap tanggal 17 di upacara kesadaran nasional.

b) Sosialisasi di rapat rutin semua departemen.

c) Mengirim laporan ketidaklengkapan ke semua SMF

d) Pada tanggal 4 sampai 6 juni 2014, dilaksanakan pertemuan untuk melengkapi rekam medis dan memberi penjelasan serta mengoreksi pengisian kelengkapan rekam medis khususnya *informed consent*.

Upaya yang telah dilakukan oleh pihak RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung mengenai kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) belum berjalan dengan sebagaimana yang diharapkan, terbukti dari masih tingginya tingkat ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak periode Mei 2014. Namun upaya tersebut sudah baik untuk terus menerus dilakukan, sehingga peningkatan pemahaman tentang pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dan sikap peduli dari tenaga kesehatan yang terkait dapat timbul secara tidak langsung dengan menghadiri upacara rutin yang selalu disinggung tentang pentingnya pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*), rapat rutin yang membahas



tentang pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dan membahas hasil ketidاكلengkapan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dan mengirimkan laporan ke semua SMF untuk mengetahui hasil ketidاكلengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) bagian SMF itu sendiri.

2. Kesimpulan

a. Prosedur mengenai pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung telah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, yaitu Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis dan Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis.

b. Pelaksanaan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung belum terlaksana sepenuhnya sesuai dengan prosedur yang ditetapkan dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Hal tersebut terbukti dengan adanya hasil ketidاكلengkapan disetiap format pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak dan adanya 16 kriteria analisis dalam format formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) yang dapat mempengaruhi aspek hukum rekam medis yang dikelompokkan ke dalam 4 *group*. Dengan tingkat ketidاكلengkapan di setiap *group* melebihi 70%, maka dapat dikatakan pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sangat kurang menjamin dalam aspek hukum rekam medis.

c. Faktor penghambat dalam pelaksanaan pengisian formulir

persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak adalah sebagai berikut:

1) Kurangnya pemahaman bagi dokter dan pasien atau keluarga pasien tentang pentingnya pelaksanaan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi di SMF Ilmu Kesehatan Anak.

2) Belum adanya kebijakan *reward and punishment*.

3) Belum tersosialisasinya dengan baik tentang pengisian rekam medis secara lengkap.

d. Aspek Hukum Rekam Medis sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku adalah sebagai berikut:

1) Undang-Undang Republik Indonesia No. 32 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 8

2) Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 29 ayat 1 huruf h, Pasal 32 huruf d dan j, dan Pasal 37

3) Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran Pasal 45 dan Pasal 46

4) Permenkes No. 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis Pasal 2, Pasal 5, Pasal 6 dan Pasal 13 ayat 1 huruf b

5) Permenkes No. 290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran Pasal 3

6) Keputusan Jendral Pelayanan Medik No. HK.00.06.3.5.1866 Tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik

7) Keputusan PB IDI No. 319/PB/A4/88 Tentang *Informed Consent*

e. Hubungan kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak dengan aspek hukum rekam medis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung mempunyai hubungan yang sangat kuat dengan hasil koefisien korelasi yaitu 0,981 dan sangat signifikan dengan hasil perhitungan bahwa uji-t hitung lebih besar dari uji-t tabel atau $71,904 > 1,652$ yang artinya H_0 ditolak, ketidاكلengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan



medis (*informed consent*) tindakan non operasi sangat mempengaruhi ketidaksesuaian aspek hukum rekam medis dengan memberikan pengaruh sebesar 96%. Hal tersebut menjadi masalah besar dan perlu perhatian khusus karena persyaratan yang mendukung aspek hukum rekam medis tidak terlaksanakan dengan baik, sehingga salah satu nilai kegunaan rekam medis yaitu aspek hukum menjadi hilang dan tidak mempunyai dasar hukum yang kuat untuk dipertanggungjawabkan.

f. Upaya yang dilakukan untuk memperkecil terjadinya hambatan dalam pelaksanaan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak belum berjalan dengan sebagaimana yang diharapkan, terbukti dari masih tingginya tingkat ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) tindakan non operasi pasien rawat inap pada SMF Ilmu Kesehatan Anak periode Mei 2014. Namun upaya tersebut sudah baik untuk terus menerus dilakukan, sehingga peningkatan pemahaman tentang pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dan sikap peduli dari tenaga kesehatan yang terkait dapat timbul secara tidak langsung dengan menghadiri upacara rutin yang selalu disinggung tentang pentingnya pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*), rapat rutin yang membahas tentang pelaksanaan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dan membahas hasil ketidaklengkapan pengisian persetujuan tindakan medis (*informed consent*) dan mengirimkan laporan ke semua SMF untuk mengetahui hasil ketidaklengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan medis (*informed consent*) bagian SMF itu sendiri.

3. Daftar Pustaka

1. Budi, Savitri Citra, M.PH. 2011. *Manajemen Unit Rekam Medis*. Quantum Sinergis Media. Bandung
2. Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Dirjen Yanmed.
3. Hatta, Gemala.R. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Revisi II*. Jakarta: Universitas Indonesia.
4. IKAPI. 2010. *Undang-Undang Praktik Kedokteran*. FokusMedia, Bandung.
5. Siswati, Sri, S.H., Apt., M.Kes. 2013. *Etika Dan Hukum Kesehatan Dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
6. Yunanto, Ari, Sp. A (K), IBCLC, SH dan Helmi, SH, M.Hum. 2010. *Hukum Pidana Malpraktik Medik Tinjauan dan Perspektif Medikolegal*. Penerbit ANDI, Yogyakarta.
7. Ali, Muhammad Mulyohadi, dkk. 2006. *Kemitraan dalam Hubungan Dokter Pasien*. Konsil Kedokteran Indonesia, Jakarta.
8. Daldiyono. 2007. *Pasien Pintar & Dokter Bijak*. PT Bhuana Ilmu Populer, Jakarta.
9. Komalawati, Veronica. 2002. *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik (Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien) Suatu Tinjauan Yuridis*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung.
10. Budiarto, Eko, Dr., SKM. 2002. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
11. Sugiyono, Prof. Dr. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Alfabeta, Bandung.
12. Perundang-Undangan. 2009. *UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*.
13. Perundang-Undangan. 2009.



UU RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

14. Peraturan Menteri Kesehatan. 2008. Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis.

15. Peraturan Menteri Kesehatan. 2008. Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Medik.

16. Konsil Kedokteran Indonesia. 2006. Buku Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran, Jakarta.

17. Pedoman Pengorganisasian. 2012. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung Tentang Instalasi Rekam

Medis.

18. <http://kabar-toraja.com/opini/4710-persetujuan-tindakan-kedokteran-informed-consent>

19. <http://digilib.esaunggul.ac.id/UEU-Undergraduate-2008-36-056/1602>



ANALISIS INDIKATOR EFISIENSI PELAYANAN RUMAH SAKIT SETELAH IMPLEMENTASI SIMRSGOS VERSI 2

Winy Hardiyanti Lestari¹, Tagor Sibarani, dr.², Herry Tjahjono³

RSUD dr. Doris Sylvanus, Jl. Tambun Bungai No. 4
Email: rsud.dorissylvanus@gmail.com

Abstract

September 2021 RSUD dr. Doris Sylvanus uses the Generic Open Source Hospital Management Information System (SIMRSGOS) version 2, SIMRSGOS is an information communication technology that processes and integrates all hospital service process flows in the form of coordination networks, reporting and administrative procedures to obtain information precisely and accurately⁵. In the Medical Record Installation, especially the Reporting section, there is one Hospital Service Efficiency Indicator (ALOS) data which has a value that tends to increase from the manual process, namely by 68%. Research Objectives Knowing the process of recapitulation using manual data sources and after recapitulating the SIMRSGOS report to produce BOR, LOS, TOI and BTO values. Knowing the factors that influence the differences in BOR, LOS, TOI and BTO values with manual data sources and SIMRSGOS Report Summary. Knowing the methods/processes for generating BOR, LOS, TOI and BTO values that are useful as a basis for Management decision making. Descriptive Method, Research Results Differences in LOS values between manual and output from SIMRSGOS due to delays in discharge due to inadequate facilities and infrastructure, supporting services that have not carried out final services causing delays in patient discharge, inactive inpatient rooms. Suggestions Carry out manual recapitulation as a double check to test data validity, Make an orderly agreement on service finalization, Socialization of monitoring and evaluation of Electronic Medical Records (EMR)

Keywords: RSUD Doris Sylvanus, SIMRSGOS, Medical Record, Indicator

Abstrak

September 2021 RSUD dr. Doris Sylvanus menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit Generic Open Source (SIMRSGOS) versi 2, SIMRSGOS merupakan teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat⁵. Di Instalasi Rekam Medis, khususnya bagian Pelaporan ada satu data Indikator efisiensi pelayanan Rumah Sakit (ALOS) yang memiliki nilai cenderung meningkat dari proses manual yaitu sebesar 68%. Tujuan Penelitian Mengetahui Proses Rekapitulasi menggunakan sumber data manual dan setelah rekapitulasi Laporan SIMRSGOS untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO dengan sumber data manual dan Rekapitulasi Laporan SIMRSGOS. Mengetahui cara/proses untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO yang bermanfaat agar menjadi dasar pengambilan keputusan Manajemen. Metode Deskriptif, Hasil Penelitian Perbedaan Nilai LOS antara manual dan output dari SIMRSGOS dikarenakan keterlambatan pemulangan karena sarana dan prasarana belum mencukupi, adanya layanan penunjang yang belum melakukan final layanan membuat keterlambatan dalam pemulangan pasien, adanya ruangan rawat inap yang tidak aktif. Saran Melaksanakan Rekapitulasi manual sebagai double check untuk menguji kevalidan



data, Membuat kesepakatan tertib finalisasi layanan, Sosialisasi monitoring dan evaluasi Rekam Medis Elektronik (RME).

Kata kunci: RSUD Doris Sylvanus, SIMRSGOS, Rekam Medis, Indikator

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat¹. Pelayanan rawat inap yaitu adalah salah satu bentuk layanan perawatan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal atau menginap sedikitnya satu hari. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan, yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit dimana dengan alasan medik penderita harus menginap². Semua Pasien rawat inap didata dengan Sensus Harian Rawat Inap. Sensus harian rawat inap ini kegiatan yang rutin dilaksanakan di rumah sakit yang menghitung jumlah pasien yang dilayani di unit rawat inap mulai pukul 00.00 hingga 24.00 WIB oleh petugas yang terdapat di bangsal perawatan³. Sensus ini adalah sumber data untuk membuat indikator, indikator ini sendiri merupakan gambaran untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rawat inap di rumah sakit. Indikator-indikator ini meliputi BOR (*Bed Occupancy Rate*) Persentase pemakaian tempat tidur pada satu-satuan waktu tertentu, ALOS (*Average Length of Stay*) Rata-rata lama rawat (dalam satuan hari) seorang pasien, TOI (*Turn Over Interval*) Rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya, *Bed Turn Over* (BTO) merupakan rerata jumlah pasien yang menggunakan setiap tempat tidur dalam periode tertentu⁴.

Rekapitulasi data ini diproses secara manual dengan entry sensus harian rawat inap di *microsoft excel*, kemudian dimasukkan pada rumus BOR, ALOS, TOI dan BTO yang telah dibuat agar memunculkan angka indikator tersebut.

Pada September 2021 RSUD dr. Doris Sylvanus menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit *Generic Open Source* (SIMRSGOS) versi 2, SIMRSGOS merupakan teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat⁵. Di Instalasi Rekam Medis, khususnya bagian Pelaporan Rumah Sakit dr. Doris Sylvanus, ada satu data Indikator efisiensi pelayanan Rumah Sakit (ALOS) yang memiliki nilai cenderung meningkat dari proses manual yaitu sebesar 68%. Oleh karena itu, penulis ingin mengetahui apa saja faktor yang menyebabkan indikator ini berbeda jauh dari rekapitulasi manual dan hasil dari laporan pada SIMRSGOS.

Rumusan Masalah

Berdasarkan analisis uraian dalam latar belakang di atas, maka dapat dikemukakan rumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana Proses Rekapitulasi menggunakan sumber data manual dan Rekapitulasi Laporan SIMRSGOS untuk mendapatkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO?
2. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO menggunakan sumber data



- manual dan setelah penerapan SIMRSGOS?
3. Bagaimana cara/proses untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO yang bermanfaat agar menjadi dasar pengambilan keputusan Manajemen?

Tujuan Penelitian

1. Mengetahui Proses Rekapitulasi menggunakan sumber data manual dan setelah rekapitulasi Laporan SIMRSGOS untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO.
2. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO dengan sumber data manual dan Rekapitulasi Laporan SIMRSGOS.
3. Mengetahui cara/proses untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO yang bermanfaat agar menjadi dasar pengambilan keputusan Manajemen

Manfaat

1. Manfaat Ilmiah
Menambah pengetahuan mengenai Analisis Indikator Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit setelah Implementasi SIMRSGOS di RSUD dr. Doris Sylvanus untuk pendidikan dan penelitian Mahasiswa.,kmjh
2. Manfaat Praktis
 - Bagi Peneliti
Menambah wawasan tentang penelitian ini bagi peneliti. Sebagai sarana menerapkan ilmu yang diperoleh selama bekerja di RSUD dr. Doris Sylvanus.
 - Bagi RSUD dr. Doris Sylvanus
Penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi perumusan kebijakan SIMRSGOS pada pelaporan di Instalasi rekam medis.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, objek Penelitian ini yaitu:

1. Rekapitulasi sumber data manual dan Laporan SIMRSGOS untuk mendapatkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO.
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO dengan sumber data manual dan setelah rekapitulasi Laporan SIMRSGOS.
3. Cara/proses untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO yang bermanfaat agar menjadi dasar pengambilan keputusan Manajemen.

Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara dalam penelitian ini dengan melakukan Tanya jawab dengan Kepala Ruang Rawat Inap (Semua Kepala Ruangan Rawat Inap) Tujuan wawancara ini dilakukan untuk memperoleh data atau informasi secara mendalam mengenai Rekapitulasi sensus harian rawat inap manual dan rekapitulasi SIMRSGOS yang dibuat oleh Ruangan serta mengetahui tentang faktor-faktor perbedaan nilai BOR, LOS TOI,dan BTO dari manual dan dari SIMRSGOS.
2. Observasi dalam penelitian ini Mengobservasi laporan bulanan semua ruangan rawat inap, baik dari laporan manual maupun dari Rekapitulasi Laporan SIMRSGOS.
3. Dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan mengambil gambar berupa foto, dan merekam hasil wawancara dengan informan terkait dengan vidio dan audio
4. Triangulasi Penelitian ini menggunakan Teknik Triangulasi data yaitu dari ruangan rawat inap, dan orang yang berbeda.

HASIL

1. Proses Rekapitulasi menggunakan sumber data manual dan setelah



rekapitulasi laporan SIMRSGOS
untuk menghasilkan nilai BOR, LOS,
TOI, dan BTO.

Tabel 1 Hasil Pertanyaan Peneliti

Berdasarkan Pertanyaan Peneliti :	Berdasarkan Pertanyaan Peneliti :
<p>Berdasarkan Pertanyaan Peneliti :</p> <p>Bagaimana cara membuat sensus harian rawat inap setiap bulan saat manual dan setelah penerapan simrsgos ?</p> <p>Jawaban</p> <p>Responden 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat manual masih membuat sensus harian rawat inap dengan formulir sensus harian, namun sekarang sudah tidak lagi berdasarkan rekapan SIMRSGOS saja otomatis dari isian resum medis. <p>Responden 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih ada buku manual register, sedangkan untuk rekapan simrsgos kami masih belum paham kalau hal tersebut mempengaruhi laporan <p>Responden 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensus harian rawat inap transisi 2 media jadi masih kurang memahami terkait hasil dari entry an di ruangan perawatan. <p>Responden 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui sensus harian pada simrsgos sesuai entry pasien saja, yang manual masih kami lakukan untuk kebutuhan ruangan saja <p>Responden 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada buku rekap manual - Belum tau jika entryan pasien menjadi laporan BOR LOS TOI BTO. <p>Responden 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada laporan rekap manual yang di ketik, untuk rekapitulasi SIMRSGOS masih belum mengetahui outputnya mempengaruhi nilai BOR, LOS, TOI, dan BTO. <p>Responden 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buku register masuk dan pulang ada, untuk kebutuhan ruangan rawat inap - Belum mengetahui Hasil dari entry SIMRSGOS untuk keperluan laporan . <p>Responden 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manual dengan mengumpul perbulan, kalau SIMGOS belum paham untuk hasil output laporan <p>Responden 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengisi formulir dari RM untuk manual rekap data, sedangkan untuk rekapan dari SIMRSGOS data langsung dapat di Tarik data dari Final Pasien <p>Responden 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laporan manual diinput petugas khusus pemegang laporan - SIMGOS diinput dari layanan petugas yang menghasilkan laporan. <p>Responden 11 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih ada buku panjang laporan, data pasien masuk dan keluar pasien masih digunakan untuk kebutuhan internal ruangan - Data SIMRSGOS masih belum pernah untuk akses sensusnya <p>Responden 12 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laporan manual dengan buku register masuk dan keluar masih ada diruangan namun tidak ada pengumpulan ke Instalasi Rekam Medis - Sensus laporan dari rekapan SIMRS digunakan untuk kebutuhan data di ruangan <p>Responden 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yang manual dikumpulkan ke RM pada saat masih ada keperluan laporan - SIMRSGOS dilengkapi datanya semua oleh PPA agar dapat memunculkan sensus harian <p>Responden 14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sudah tidak ada sensus harian manual jika ada perubahan data minta tolong pada verifikasi untuk batal final <p>Responden 15 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manual dengan catatan khusus kedalam form sensus - SIMGOS belum tahu penginputannya - Ada buku laporan sendiri untuk pasien masuk keluar dan meninggal <p>Responden 17 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada buku pada admin ruangan. <p>Responden 18 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada laporan dinas masuk dan keluar pasien. 	<p>Berdasarkan Pertanyaan Peneliti :</p> <p>Bagaimana cara rekapitulasi sensus harian rawat inap setiap bulan saat manual dan setelah penerapan simrsgos ?</p> <p>Jawaban</p> <p>Responden 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dengan mengisi pasien masuk dan keluar sesuai tanggalnya - Belum pernah akses sensus harian rawat inap di simrsgos. <p>Responden 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belum pernah menghitung BOR LOS hanya memahami merekap sensus harian saja - Tidak tau jika menghasilkan laporan BOR LOS <p>Responden 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melihat jumlah HP, lama dirawat dll dari rekapan simgos januari. - Data laporan masih belum terverifikasi. <p>Responden 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui sensus harian pada simrsgos sesuai entry pasien, belum tahu tarikan data dari entry yang mana. <p>Responden 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengisi masuk dan keluar pasien sesuai tanggal. - Final rekam medis dilakukan saat pasien pulang. <p>Responden 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak tau jika entry di simrsgos dapat mempengaruhi sensus harian hanya entry sesuai layanan. <p>Responden 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buku register masuk dan pulang ada. - Rekam medis langsung di finalkan saat pasien pulang. - Belum memahami entry pasien bahwa hasil outputnya berupa Laporan <p>Responden 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belum paham oleh belum terpapar langkah-langkah dari SIMRS <p>Responden 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manual dihitungnya manual manual, kalau SIMGOS tinggal tarik data <p>Responden 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belum memahami entry pasien bahwa hasil outputnya berupa Laporan <p>Responden 11 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menarik langsung dari SIMGOS <p>Responden 12 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien pulang langsung final sesuai SPO <p>Responden 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belum bisa, akan minta Tolong ke unit Verif jika adanya kekurangan data <p>Responden 14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sudah tidak membuat rekapan sensus harian manual, minta tolong ke verif atau SIMRS untuk melengkapi data yang kurang. <p>Responden 15 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menghitung manual, kalau SIMGOS belum pernah Tarik data <p>Responden 16 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belum tau jika isian di simrsgos masuk ke laporan <p>Responden 17 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mengetahui laporan terisi dari isian masuk dan keluar pasien serta meninggal. <p>Responden 18 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih belum tau jika isian di simgos masuk ke laporan BOR LOS.



4.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO dengan sumber data manual dan Rekapitulasi Laporan SIMRSGOS

Berdasarkan Pertanyaan Peneliti

Apakah ada kendala dalam pembuatan sensus harian rawat inap setiap bulan saat manual dan setelah penerapan simrsgos ?

Jawaban

Responden 1 :

- Di awal jamari masih adanya kebingungan dalam pengisian karna ada 2 media dan penyesuaian aplikasi.
- Adanya batal final yang dilakukan oleh petugas untuk melengkapi informasi riwayat pasien.

Responden 2 :

- Perawat belum memfinalkan karena jaminan belum selesai.
- Tempat tidur kadang bisa berlebih sehingga mempengaruhi BOR.

Responden 3 :

- Pasien LOS ada 30 hari.
- Ruangun di resume medis bisa berubah.

Responden 4 :

- Kelengkapan resum medis untuk verifikasi pada hari yang sama.
- Final rekam medis sesuai dengan tanggal pulang pasien.
- Pemeriksaan layanan seperti operasi.

Responden 5 :

- Tidak ada kendala

Responden 6 :

- Adanya pasien yang tidak datang untuk pasien yang akan operasi sehingga di lakukan batal rawat inap.

Responden 7 :

- Tidak ada kendala

Responden 8 :

- Kurangnya SDM
- Banyak Pasien yang dilayani

Responden 9 :

- Kendala di penunjang lain yang belum memfinalkan pasien ruangan kami.

Responden 10 :

- Selama SIMGOS belum menemukan kendala

Responden 11 :

- Pasien tindakan akhirnya masuk menjadi ranap padahal hanya pasien tindakan
- Keluar pasien meringgal atau pindah langsung final karena ada dokter jaga di zona

Responden 12 :

- Tidak ada

Responden 13 :

- Jika Pasien Meninggal tengah malam maka pengentrannya tertunda dan beda hasil

Responden 14 :

- Ingin memfinalkan pasien pulang tapi menunggu hasil penunjang lainnya selesai

Responden 15 :

- Pasien pulang tidak langsung final bisa berpengaruh ke yang lain

Responden 16 :

- Untuk pasien meninggal di finalkan pada hari tersebut namun berkas pada hari csoknya jika belum lengkap.
- Pasien neuro ada yang rawat inap sampai 30 hari lebih untuk pasien HCU.

Responden 17 :

- Untuk pasien yang mutasi dari ruang biasa ke HCU untuk pengisian mulai dari awal lagi saat masuk di HCU.

Responden 18 :

- Adanya hasil penunjang yang belum selesai.

4.2.3 Cara/proses untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO

yang bermanfaat agar menjadi dasar pengambilan keputusan Manajemen

Berdasarkan pertanyaan Peneliti

Apakah ada usaha-usaha yang dilakukan agar data sensus harian rawat inap setiap bulan saat manual agar datanya akurat ?

Jawaban

Responden 1 :

- Karu dan perawat mengingatkan untuk DPJP segera melengkapi resum medis pasien

Responden 2 :

- Mengingatkan teman-teman untuk pengisian di simgos.

Responden 3 :

- Mengingat DPJP untuk mengisi kelengkapan rekam medis
- Mengonfirmasi jika ada kekurangan data.

Responden 4 :

- Mengingatkan DPJP untuk melengkapi resum medis.

Responden 5 :

- Kepala ruangan mengecek kelengkapan isian di simrsgos.

Responden 6 :

- Mengecek dan mengingatkan teman-teman untuk pengisian pada saat pasien masuk dan pulang

Responden 7 :

- Kepala ruangan mengecek kelengkapan isian rekam medis dan dokter kadang menitipkan pengisian kepada bidan.

Responden 8 :

- Mentertibkan dalam finalisasi pasien tepat waktu

Responden 9 :

- Mengingatkan rekan-rekan secepatnya untuk memfinalkan kalo ememang sudah BLPL.

Responden 10 :

- Mengingatkan PPA untuk melengkapi isian secara tepat waktu

Responden 11 :

- Selalu mengingatkan untuk pengisian SIMGOS kadang manual mudah lupa

Responden 12 :

- Tingkatkan pengisian kelengkapan

Responden 13 :

- Perlu Sosialisasi Menyeluruh

Responden 14 :

- Harus ada pertemuan dengan ruangan dan penunjang2 agar sependapat dan seragam

Responden 15 :

- Mentertibkan finalisasi pasien agar sesuai tepat waktu

Responden 16 :

- Mengingatkan teman-teman saat aptusan jam dinas untuk melengkapi lagi jika ada yang belum lengkap.

Responden 17 :

- Kepala ruangan mengecek isian rekam medis pasien serta mengingatkan perawat untuk kelengkapan isian di simrsgos.

Responden 18 :

- Saling mengingatkan dan mengecek kelengkapan isian.



PEMBAHASAN

1. Proses Rekapitulasi menggunakan sumber data manual dan setelah rekapitulasi Laporan SIMRSGOS untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO.

Di RSUD dr. Doris Sylvanus, Rekapitulasi Sumber data manual untuk formulir manual yang diserahkan ke Instalasi Rekam Medis tidak dilaksanakan lagi Terhitung Bulan Mei 2022. Rekapitulasi manual yang dilaksanakan setelah Mei 2022 adalah Instalasi Rekam Medis mendownload data dari sensus harian rawat inap SIMRSGOS sesuai ruangan rawat inap kemudian dimasukkan dalam *Microsoft excel* yang telah dibuatkan rumus sesuai rumus BOR, LOS, TOI dan BTO. Sedangkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO yang merupakan hasil dari output SIMRSGOS dapat langsung didownload tanpa memasukkan ke *Microsoft excel*.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO dengan sumber data manual dan Rekapitulasi Laporan SIMRSGOS.

Di RSUD dr. Doris Sylvanus nilai BOR, LOS, TOI, BTO dapat di akses melalui SIMRSGOS, Petugas Rekam Medis hanya dapat melihat nilainya saja, tanpa mengetahui perhitungan dari rumus BOR, LOS, TOI, BTO tersebut. Petugas rekam medis berinisiatif untuk melakukan rekapan manual dengan data yang bersumber dari rekapan sensus harian rawat inap yang ada di SIMRSGOS. Berikut data perbandingan rekapan manual dan rekapan *download* dari SIMRSGOS.

Tabel 2
Perbandingan Nilai BOR Manual Rekap dan Output SIMRSGOS Periode Januari-Oktober 2022

BOR 2022	Manual Rekap	Output SIMRSGOS
Jan	65%	59,81%
Feb	56%	55,13%
Mar	54%	50,38%
Apr	58,30%	54,07%
May	59,43%	54,79%
Jun	61,61%	58,68%
Jul	66,54%	61,33%
Aug	74,49%	64,14%
Sep	65%	62,42%
Oct	68%	66,33%
<i>Rata-rata</i>	63%	59%

Sumber data : Instalasi Rekam Medis

Tabel 3
Perbandingan Nilai LOS Manual Rekap dan Output SIMRSGOS Periode Januari-Oktober 2022

LOS 2022	Manual Rekap	Output SIMRSGOS
Jan	4,31	15,53
Feb	4,18	10,34
Mar	4,09	11,49
Apr	3,97	11,71
May	4,21	11,23
Jun	3,21	9,75
Jul	2,71	9,97
Aug	4,16	8,44
Sep	3,87	6,13
Oct	4,1	5,93
<i>Rata-rata</i>	4	10

Sumber data : Instalasi Rekam Medis



Tabel 4
Perbandingan Nilai TOI Manual Rekap dan Output SIMRSGOS Periode Januari-Oktober 2022

TOI 2022	Manual Rekap	Output SIMRSGOS
	2	10,54
Feb	3	8,33
Mar	3,4	11,09
Apr	2,8	9,81
May	3	9,62
Jun	3	6,86
Jul	2	6,35
Aug	1,4	4,68
Sep	2	3,66
Oct	1,9	3,06
Rata-rata	2,45	7,4

Sumber data : Instalasi Rekam Medis

Tabel 5
Perbandingan Nilai BTO Manual Rekap dan Output SIMRSGOS Periode Januari-Oktober 2022

BTO 2022	Manual Rekap	Output SIMRSGOS
Jan	5	1,18
Feb	4	1,51
Mar	4,1	1,39
Apr	4,4	1,4
May	4	1,46
Jun	5	1,81
Jul	5	1,89
Aug	5,6	2,38
Sep	5	3,08
Oct	5	3,41
Rata-rata	4,71	1,95

Sumber data : Instalasi Rekam Medis

Dari keempat Indikator diatas dapat disimpulkan adanya perbedaan nilai:

1. Nilai BOR Manual Rekap **lebih tinggi** nilainya dari BOR output SIMRSGOS
2. Nilai LOS Manual Rekap **lebih rendah** nilainya dari LOS output SIMRSGOS
3. Nilai TOI Manual Rekap **lebih**

rendah nilainya dari TOI output SIMRSGOS

4. Nilai BTO Manual Rekap **lebih tinggi** nilainya dari BTO output SIMRSGOS

SIMPULAN

Di RSUD dr. Doris Sylvanus tetap melaksanakan rekapitulasi secara manual sensus harian rawat inap sebagai *double check* untuk menghasilkan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO sebagai pembandingan hasil output dari SIMRSGOS. Faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan nilai BOR, LOS, TOI dan BTO transisi ke Rekam Medis Elektronik, adanya layanan penunjang yang terlambat dalam melakukan final kunjungan mempengaruhi keterlambatan pemulangan pasien (LOS panjang), adanya ruangan rawat inap yang tidak aktif (tidak digunakan) menyebabkan BOR rendah. Cara/proses untuk menghasilkan BOR, LOS, TOI dan BTO yang bermanfaat menjadi dasar pengambilan keputusan manajemen yaitu adanya komitmen PPA (Profesional Pemberi Asuhan) untuk melengkapi RME serta adanya komunikasi dan kerjasama antar PPA.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada semua staf Instalasi Rekam Medis, Instalasi Rawat Inap dan Manajemen RSUD dr. Doris Sylvanus yang telah mendukung hingga selesainya artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

Ratu Sanny Ariyani, 2013 dengan judul "Studi deskriptif kinerja di masing masing bagian di lembaga penjaminan mutu pendidikan provinsi Jawa Barat".

Ahmad Halif Mardian, 2016 dengan judul "Analisis Efisiensi Pelayanan



Rawat Inap Rumah Sakit Daerah
Balung Tahun 2015 Melalui
Pendekatan Barber-Johnson”.

Hendra Rohman, dkk, September 2018.
Jurnal Ilmiah Kesehatan Bhakti Setya
Medika Vol 3, dengan judul “Analisis
Efisiensi BOR, LOS, TOI, Dan BTO
Berdasarkan Grafik Barber Johnson”

Ni Putu Novy Diantari, Mahasiswa
Program Studi Rekam Medis dan
Informasi Kesehatan Fakultas
Kesehatan Universitas Jenderal
Achmad Yani Yogyakarta 2018,
dengan Judul “Analisis Indikator
Efisiensi Pengelolaan Rawat Inap
Berdasarkan Grafik Barber Johnson Di
Rumah SakitTk. II 04.05.01 dr. Soedjono
Magelang Tahun 2017”.

Jurnal Kesehatan Kusuma Husada,
Riska Rosita dkk, Program Studi RMIK,
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas
Duta Bangsa Solo, 2019. Judul
“Penetapan Mutu Rumah Sakit
Berdasarkan Indikator Rawat Inap”.





Analisis Ketepatan Kode SNOMED-CT ID Kasus Onkologi Pasien Rawat Inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Ahadia Dini Yunisar¹, Agnes Setiyaningrum², Kartika Wahyu Widyaningrum³
dan Risa Andriani⁴

RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto, Jl. Dr. Gumbreg No. 1,
Kabupaten Banyumas, Jawa Tengah.

Email: ¹ahadiadiniyunisar@gmail.com, ²anesnessa08@gmail.com,

³kartikawidyaningrum28@gmail.com, ⁴risaandrni@gmail.com

Abstract

The coding is a part of medical records relating to disease diagnosis and actions that have been given to patients to describe medical and clinical concepts in electronic medical documents and health information systems to facilitate the exchange of health information between various health information systems. Inaccuracy of administering SNOMED-CT ID (SCTID) codes may affect the exchange of inappropriate health information and may affect patient care. This study aims to analyze the accuracy of the SCTID code oncology case of inpatients at Prof. Margono Soekarjo Purwokerto Hospital. The methods used are cross sectional approaches and descriptive research designs. The population is all inpatients with oncology cases in June 2023 as many as 1100 medical record documents. Determination of the sample size was measured using the Slovin formula, a total of 221 medical record documents were found. The sampling technique used is systematic random sampling. The results of this study showed that the percentage of accuracy of SCTID code in oncology cases of inpatients Prof. Dr. Margono Sukarjo in June 2023 with a sample of 221 medical record documents amounting to 72.4%, (160 medical record documents) while the percentage of inaccuracy in the provision of SCTID codes amounted to 27.6% (61 medical record documents).

Keywords: Code Accuracy, SNOMED-CT ID, Oncology

Abstrak

Pengkodean merupakan salah satu bagian rekam medis yang berkaitan dengan diagnosis penyakit dan tindakan yang telah diberikan kepada pasien guna menggambarkan konsep medis dan klinis dalam dokumen medis elektronik dan sistem informasi kesehatan untuk memfasilitasi pertukaran informasi kesehatan antara berbagai sistem informasi kesehatan. Ketidaktepatan pemberian kode SNOMED CT ID (SCTID) dapat mempengaruhi pertukaran informasi kesehatan yang kurang sesuai dan dapat mempengaruhi perawatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketepatan kode SCTID kasus onkologi pasien rawat inap di RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Metode yang digunakan adalah pendekatan *cross sectional* dan desain penelitian deskriptif. Jumlah populasi adalah semua pasien rawat inap dengan kasus onkologi pada bulan Juni tahun 2023 sebanyak 1100 dokumen rekam medis. Penentuan besaran



sampel diukur memakai rumus slovin, didapati total sampel sebanyak 221 dokumen rekam medis. Teknik pengambilan sampel yang dipergunakan yakni *systematic random sampling*. Hasil penelitian ini menunjukkan Persentase ketepatan pemberian kode SCTID pada kasus onkologi pasien rawat inap RSUD Prof.Dr. Margono Soekarjo bulan Juni tahun 2023 dengan sampel 221 dokumen rekam medis sebesar 72,4%, (160 dokumen rekam medis) sedangkan persentase ketidaktepatan pemberian kode SCTID sebesar 27,6% (61 dokumen rekam medis).

Kata kunci: Ketepatan Kode, SNOMED-CT ID, Onkologi

PENDAHULUAN

Layanan kesehatan di Indonesia terus bertransformasi menuju sistem kesehatan yang kuat, tangguh dan terintegrasi. Salah satunya dengan melakukan integrasi data rekam medis pasien di fasilitas pelayanan kesehatan ke dalam satu platform *Indonesia Health Services (IHS)* yang diberi nama SATUSEHAT. Platform ini merupakan perwujudan dari pilar ke enam transformasi sistem kesehatan yaitu pilar transformasi teknologi kesehatan.

Dalam dunia kesehatan, informasi tentang pasien sangatlah penting dan berharga. Ini dapat mencakup riwayat medis, diagnosa, obat-obatan yang sedang dikonsumsi, alergi, dan sebagainya. Informasi ini memungkinkan para profesional kesehatan untuk memberikan perawatan yang tepat dan efektif bagi pasien. Namun, informasi ini harus dikelola dengan hati-hati untuk memastikan bahwa data yang dihasilkan akurat dan dapat dipertukarkan dengan aman antara sistem informasi kesehatan.

Saat ini, banyak sistem informasi kesehatan yang digunakan di seluruh dunia. Namun, banyak sistem ini menggunakan terminologi medis yang berbeda-beda, yang dapat menyebabkan masalah dalam pertukaran data antara sistem tersebut. Dalam memudahkan proses pertukaran data dan menjaga keamanan data

dibutuhkan standar pertukaran data dan informasi kesehatan.

FHIR adalah sebuah standar internasional yang menetapkan format data beserta elemen-elemen yang disebut *resources* dan sebuah standar antarmuka pemrograman *Application Programming Interface (API)* untuk pertukaran informasi yang pada penerapannya akan dibagi menjadi beberapa alur proses sesuai penggunaannya (Kemenkes 2023). FHIR merupakan standar terkini dalam pertukaran data dan informasi kesehatan telah digunakan di berbagai negara termasuk *World Health Organization (WHO)* dan berbagai fasilitas layanan kesehatan. Dalam pelaksanaan FHIR tersebut harus terpenuhi beberapa standar internasional lain, yaitu : 1. ICD-10 digunakan sebagai standar klasifikasi diagnosis; 2. ICD-9 CM digunakan sebagai standar klasifikasi prosedur dan tindakan medis; 3. LOINC digunakan sebagai standar penamaan uji laboratorium; 4. SCTID digunakan sebagai standar terminologi klinis. (Benson et al., 2016).

Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terminology (SNOMED-CT) adalah sistem klasifikasi terminologi medis yang digunakan oleh profesional kesehatan di seluruh dunia untuk menggambarkan konsep medis dan klinis dalam dokumen medis elektronik dan sistem informasi kesehatan.



Di Indonesia data Kemenkes RI 2022 menunjukkan angka kejadian penyakit kanker di Indonesia adalah sebesar 136 orang per 100.000 penduduk atau berada pada urutan ke-8 di Asia Tenggara. Terminologi medis kasus onkologi terkait jenis kanker regio kanker harus teridentifikasi dengan jelas sehingga mendapatkan penanganan lebih optimal.

Ada lima kelompok besar yang digunakan untuk mengklasifikasikan kanker yaitu karsinoma, sarkoma, limfoma, adenoma dan leukemia (National Cancer Institute, 2009).

Tumor secara tradisional diklasifikasikan dalam empat cara: (I) secara luas, berdasarkan jaringan, organ, dan sistem; kemudian berdasarkan (II) tipe spesifik, dan (III) grade menurut klasifikasi WHO; dan (IV) terakhir dengan menyebar menurut sistem Tumor Node Metastasis (TNM). Klasifikasi ini berdampak besar pada onkologi klinis, penelitian kanker, dan pelatihan ahli onkologi dan patologi.

Tumor kemudian dinilai sebagai komponen prognosis. Grading tumor, menurut sistem WHO, menggabungkan fitur sitologi (misalnya, tingkat diferensiasi seluler dan adanya displasia) dan pengamatan morfologis-struktural (misalnya, jumlah mitosis dan nekrosis).

Terakhir, tumor diklasifikasikan menurut stadiumnya, yaitu tingkat penyebaran ke seluruh organisme. Sistem yang paling banyak digunakan untuk menilai penyebaran tumor adalah Klasifikasi Tumor Ganas TNM.

Peran perekam medis dalam implementasi FHIR ini selain dituntut untuk meningkatkan kompetensi kodefikasi ICD-10 maupun ICD-9, juga dituntut untuk memahami tentang terminologi klinis

yang diatur secara spesifik dan terstandar dalam SCTID.

RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo telah menjadi *pilot project* BPJS Kesehatan untuk mengimplementasikan FHIR sejak tahun 2020, maka penulis tertarik untuk melakukan analisa ketepatan pemberian kode SCTID pasien rawat inap dengan kasus onkologi di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo.

METODE

Penelitian ini memakai pendekatan *cross sectional* dan desain penelitian deskriptif. Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah ketepatan kode SCTID kasus onkologi pasien rawat inap RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo. Jumlah populasi adalah semua dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan kasus onkologi pada bulan Juni tahun 2023 sebanyak 1100 dokumen rekam medis.

Penentuan besaran sampel diukur memakai rumus slovin, didapati total sampel sebanyak 221 dokumen rekam medis. Teknik pengambilan sampel yang dipergunakan yakni *systematic random sampling*.

Teknik pengolahan data dimulai dari reduksi data (*Data Reduction*), data yang tidak mendukung penelitian direduksi atau dihilangkan agar tidak mengganggu data yang lain. Penyajian data (*Data Display*), penyajian data dalam penelitian ini adalah data yang sudah direduksi, kemudian disajikan selanjutnya menarik kesimpulan (verifikasi). Kesimpulan yang dibuat pada penelitian ini saling terkait dan sekaligus menjawab pertanyaan. Langkah yang digunakan dalam analisis data pada penelitian ini adalah mengolah data hasil dengan cara menghitung jumlah masing-masing skor kemudian dicari persentasenya. Perhitungan ini digunakan untuk mengetahui berapa persentase



ketepatan dan ketidaktepatan kode diagnosis (Sugiyono, 2013).

HASIL

Proses pelaksanaan pemberian kode SCTID pada kasus onkologi pasien rawat inap RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo dilaksanakan secara komputerisasi dengan menggunakan Rekam Medis Elektronik Rumah Sakit.

Persentase ketepatan pemberian kode SCTID pada kasus onkologi pasien rawat inap RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo bulan Juni tahun 2023 dengan sampel sebanyak 221 dokumen rekam medis. Jumlah kode diagnosis yang tepat sebesar 160 dokumen dengan persentase sebesar 72,4%, dapat di hitung dengan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\text{jumlah data sesuai dalam sebuah periode}}{\text{jumlah sem. ua data di periode sama}} \times 100\% \\ = \frac{160}{221} \times 100\% \\ = 72,4 \%$$

Persentase ketidaktepatan pemberian kode SCTID pada kasus onkologi pasien rawat inap RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo bulan Juni tahun 2023 dengan sampel sebanyak 221 dokumen rekam medis. Jumlah kode diagnosis yang tidak tepat sebesar 61 dokumen dengan persentase sebesar 27,6%, dapat di hitung dengan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\text{jumlah data sesuai dalam sebuah periode}}{\text{jumlah sem. ua data di periode sama}} \times 100\% \\ = \frac{61}{221} \times 100\% \\ = 27,6 \%$$

PEMBAHASAN

Proses pelaksanaan pemberian kode SCTID kasus onkologi pasien rawat inap di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto dilaksanakan oleh petugas rekam medis secara komputerisasi

menggunakan aplikasi Rekam Medis Elektronik Rumah Sakit. Petugas rekam medis memberikan kode SCTID berdasarkan ICD-10, namun dalam ICD-10 hanya digunakan sebagai standar klasifikasi diagnosis, sedangkan SCTID digunakan sebagai dasar terminologi klinis untuk pertukaran informasi data kesehatan. Seperti laporan patologi anatomi yang akan memberikan informasi berupa ukuran tumor, perkembangan jaringan, organ, tipe sel kanker, dan derajat sel tumor dibandingkan dengan sel normal. Hal tersebut dapat difasilitasi dengan penggunaan SCTID.

Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terminology (SNOMED-CT) adalah sistem klasifikasi terminologi medis yang digunakan oleh profesional kesehatan di seluruh dunia. SCTID menggambarkan konsep medis dan klinis dalam dokumen medis elektronik dan sistem informasi kesehatan serta dirancang untuk memfasilitasi pertukaran informasi kesehatan antara berbagai sistem informasi kesehatan dan memfasilitasi analisis data medis untuk penelitian, perbaikan kualitas, mengurangi risiko kesalahan dan meningkatkan akurasi data medis.

SCTID menyediakan sebuah sistem terminologi medis yang terstandarisasi yang dapat digunakan oleh para profesional kesehatan di seluruh dunia. Dalam SCTID, setiap konsep medis memiliki kode unik yang disebut konsep *identifier* (ID). Ini memungkinkan sistem informasi kesehatan untuk dengan mudah menemukan dan memproses data medis yang berkaitan dengan konsep tertentu, seperti suatu penyakit atau prosedur medis.



Dalam hasil penelitian ini menunjukkan persentase ketepatan pemberian kode SCTID dengan sampel 221 dokumen sebesar 72,4% (160 dokumen) dan Prosentase ketidaktepatan pemberian kode SCTID dengan sampel 221 dokumen rekam medis sebesar 27,6%, (61 dokumen).

Dalam proses pemberian kode SCTID pada kasus onkologi dapat terjadi beberapa kemungkinan yaitu:

1. Penetapan kode ICD-10 yang tidak tepat.
2. Penetapan kode ICD-10 yang sudah tepat tetapi pemilihan kode SCTID yang tidak tepat.
3. Penulisan diagnosis penyakit yang kurang lengkap
4. Pemilihan kode SCTID yang tidak sesuai dengan hasil laporan patologi anatomi

Penyebab ketidaktepatan kode SCTID di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo dalam penelitian ini faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan kode SCTID di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo adalah sebagai berikut:

1. Man

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo, petugas rekam medis belum semua petugas mengikuti pelatihan khusus yang berhubungan dengan penerapan SCTID. Hal ini dapat menyebabkan ketidaktepatan pemberian kode SCTID karena pengetahuan kurang memadai. Pernyataan ini belum sesuai dengan teori menurut Manullang (2001) yang menyatakan bahwa pendidikan dan pelatihan memiliki hubungan dengan keahlian dan pengetahuan, agar

seorang dapat menjalankan dan menyelesaikan pekerjaan yang diberikan.

2. Material (bahan-bahan)

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang sudah dilakukan peneliti proses *mapping* kode SCTID belum semua terinput secara lengkap seluruh kode parents sampai dengan subchildren sesuai dengan ihtsdotools SCTID hal tersebut mengakibatkan ketidaksesuaian pemilihan kode SCTID sesuai diagnosa yang ditegakkan DPJP.

SCTID adalah sistem klasifikasi terminologi medis yang terstandarisasi mencakup lebih dari 300.000 konsep medis dan klinis yang saling terkait, dan digunakan untuk menggambarkan data pasien, diagnosis, prosedur, obat-obatan, dan sebagainya. SCTID dirancang untuk memfasilitasi pertukaran informasi kesehatan antara berbagai sistem informasi kesehatan dan memfasilitasi analisis data medis untuk penelitian dan perbaikan kualitas (Harianus Zebua, 2023).

Mapping kode SCTID yang belum lengkap dapat mengakibatkan terminologi medis yang berbeda dan menyebabkan informasi data kesehatan yang digunakan untuk pertukaran data antara berbagai sistem informasi kesehatan tidak lengkap.

3. Machine (mesin)

Berdasarkan hasil observasi dengan responden, masih ada beberapa kode yang tidak ditemukan saat dicari melalui Rekam Medis Elektronik RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo saat petugas hendak menginput data SCTID.



Berdasarkan PERMENKES No 24 Tahun 2022 pasal 10 ayat (1) Sistem Elektronik yang digunakan dalam penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik harus memiliki kemampuan kompatibilitas dan/ atau interoperabilitas dan pasal 11 ayat (1) Sistem Elektronik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 harus mengacu kepada variabel dan meta data yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. (2) Variabel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan elemen data yang terdapat pada Sistem Elektronik Rekam Medis Elektronik. (3) Meta data sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi definisi, format, dan kodifikasi.

Dari penjelasan di atas kegiatan pengkodean SCTID di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo telah sesuai dengan PERMENKES No 24 Tahun 2022 karena elemen data pada Rekam Medis Elektronik di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Telah memenuhi elemen meta data tersebut, hanya masih terdapat kodei SCTID yang tidak ditemukan sehingga petugas memilih kode SCTID yang mendekati.

4. *Method* (metode)

Ada 2 unsur pada faktor *method* yang menyebabkan ketidaksesuaian kode SCTID pada kasus onkologi pasien rawat inap, yaitu :

- a. Belum adanya standar operasional prosedur (SOP) tentang Sistem klasifikasi terminology medis berdasarkan SCTID.

Berdasarkan hasil observasi di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo belum ada SOP tentang sistem klasifikasi terminology medis berdasarkan SCTID. Hal ini memungkinkan terjadinya

ketidakseragaman kode SCTID antara petugas satu dengan petugas yang lainnya, dan langkah-langkah pelaksanaan pemberian kode SCTID setiap petugas berbeda.

SOP merupakan sistem yang disusun untuk memudahkan, dan menertibkan suatu pekerjaan, dimana berisi urutan proses pekerjaan mulai dari awal sampai dengan selesai dilaksanakan. SOP memiliki Tujuan sebagai berikut (Puji, 2014) :

- 1) Untuk menjaga konsistensi tingkat penampilan kinerja atau kondisi tertentu dan kemana petugas dan lingkungan dalam melaksanakan sesuatu tugas atau pekerjaan tertentu. Sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan tertentu bagi sesama pekerja, dan supervisor.

- 2) Untuk menghindari kegagalan atau kesalahan (dengan demikian menghindari dan mengurangi konflik), keraguan, duplikasi serta pemborosan dalam proses pelaksanaan kegiatan.

- 3) Merupakan parameter untuk menilai mutu pelayanan.

- 4) Untuk lebih menjamin penggunaan tenaga dan sumber daya secara efisien dan efektif.

- 5) Untuk menjelaskan alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari petugas yang terkait.

- 6) Sebagai dokumen yang akan menjelaskan dan menilai pelaksanaan proses kerja bila terjadi suatu kesalahan atau dugaan mal praktek dan kesalahan administratif lainnya, sehingga sifatnya melindungi rumah sakit dan petugas.

- 7) Sebagai dokumen yang digunakan untuk pelatihan.



8) Sebagai dokumen sejarah bila telah dibuat revisi SOP yang baru.

Dari penjelasan di atas kegiatan pengkodean SCTID di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo belum sesuai dengan teori yang dikemukakan Puji (2014), karena belum memiliki SOP tentang Sistem klasifikasi terminology medis berdasarkan SCTID.

b. Evaluasi/audit pengkodean SCTID

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo belum pernah dilakukan evaluasi/ audit pengkodean SCTID.

Evaluasi/audit pengkodean adalah proses pemeriksaan dokumen rekam medis untuk memastikan bahwa proses pengkodean dan hasil pengkodean diagnosis yang dihasilkan adalah akurat, prasi dan tepat waktu sesuai aturan, ketentuan kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Hatta, 2013). Dari penjelasan di atas kegiatan pengkodean SCTID di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo belum sesuai dengan teori yang dikemukakan Hatta (2013), karena kegiatan evaluasi/ audit tentang sistem klasifikasi terminology medis berdasarkan SNOMED-CT belum pernah dilakukan sehingga petugas tidak mengetahui ketidaksesuaian pemberian kode SCTID yang telah berjalan selama ini.

SIMPULAN

Proses pemberian kode SNOMED-CT ID di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo dilakukan oleh petugas rekam medis. Prosentase ketepatan sebanyak 72,4%, Prosentase ketidaktepatan sebanyak 27,6%. Hasil tersebut menandakan petugas rekam

medis perlu meningkatkan pemahaman pentingnya penggunaan SNOMED-CT dalam memfasilitasi pertukaran informasi kesehatan antara berbagai sistem informasi kesehatan, memfasilitasi analisis data medis untuk penelitian dan perbaikan kualitas, dan mengurangi risiko kesalahan dan meningkatkan akurasi data medis.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih kepada Civitas Hospitalia RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo yang telah membantu kelancaran penulisan karya tulis ini. Kepala Sub Bagian Rekam Medis dan seluruh responden yang terlibat, memberikan dukungan penuh baik moral maupun materi untuk terlaksananya kegiatan ini. Terima kasih kepada DPD PORMIKI Jawa Barat yang telah menyelenggarakan *Call For Paper* dengan tema Teknologi Informasi dan Komunikasi Dalam Mendukung Transformasi Digital Bidang Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Benson, T. & Grieve, G. (2016). Principles of Health Interoperability: SNOMED CT, HL7 and FHIR. Champ: Springer International Publishing.

<http://doi.org/10.1007/978-3-319-30370-3>

Carbone, A. (2020). Cancer classification at the crossroads. *Cancers*, 12(4). <https://doi.org/10.3390/cancers12040980>

Goel, A. K., Campbell, W. S., & Richard Moldwin, M. P. (2021). Pengambilan Data Terstruktur untuk Onkologi. *Clinical Oncology Journal*, 194-201.

Hatta, Gemala R. 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI Press.

Indah, Puji. 2014. *Buku Pintar Membuat SOP (Standar Operasional Prosedur)*. Yogyakarta: Flashbooks



Kemendes.(2023). Buku Panduan Penggunaan SNOMED CT. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Manullang, M, (2001). Manajemen Sumber Daya Manusia. BPFE : Yogyakarta.

Oktavia N. & Azmi I. N. (2019). Gambaran Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Dokumen Rekam Medik Pasien Skizofrenia Di RSKJ Soeprapto Bengkulu. *Jurnal Ilmiah Farmacy*, 6(1), 1–11.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2022 TENTANG REKAM MEDIS

Sari T. P. & Dewi N. H. 2018. Keakuratan Kode Diagnosis Hepatitis Berdasarkan ICD-10 Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(1), 55–61. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v4i1.97>

Setiyawan, H., Nugroho, S., & Widyawati, A. (2022). Jurnal Analisis Ketepatan Kode Diagnosis. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Setya Medika*, 7(1), 08–13.
Sugiyono. (2013). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.

Syarah, M. F., Widowati, V., & Wahyu Susilowati, I. (2021). ANALISIS KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKITBERDASARKAN ICD-10 DI PUSKESMAS IMOGIRI II BANTUL.

Zebua, H. (2023, April 19). MENGENAL SNOMED CT, ACUAN TERMINOLOGI MEDIS TENAGA PROFESIONAL KESEHATAN DUNIA. Retrieved from Aido Health: <https://aido.id/health-articles/snomed-ct-acuan-medis-dunia/detail>



P MIK JJA BAR

The main title 'PORMIKI JAJARAN BARU' is displayed in large, bold, multi-colored letters. The 'P' is green, 'MIK' is green, 'JJA' is light blue, and 'BAR' is light blue. A small white figure of a runner is positioned to the right of the letters, carrying a stack of puzzle pieces. One of the puzzle pieces is red and contains the year '2018'. The background is white with a faint watermark of the PORMIKI logo.



Tinjauan Pendaftaran Online rawat Jalan Guna Menunjang Kualitas Pelayanan Di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

Dini Fajriani¹, Neni Rohaeni²

¹Politeknik TEDC Bandung, Jl. Pesantren Kota Cimahi Jawa Barat
Email: ¹ dinifazrianidini@gmail.com

² Politeknik TEDC Bandung, Jl. Pesantren Kota Cimahi Jawa Barat
Email: ² nenirohaeni22@gmail.com

Abstract

RSUD Al-Ihsan West Java Province has implemented an online outpatient registration system since January 2022. The number of outpatients who registered from January 2022 to January 2023 was 353,700 patients. Patients who register online are 85% and manually as much as 15%. The implementation of online registration still has problems, namely an error system and some patients who do not understand about online registration. The purpose of this study is to review the BPJS Outpatient Online Registration System to Support Service Quality. The research method used is descriptive method with a qualitative approach. Data collection techniques are by interviews, observation, and documentation studies. The research instrument is writing tools, interview guides, recorders, cameras and checklist sheets. The results of research on the implementation of outpatient online registration SOPs, it is necessary to improve according to the development of online registration activities. The waiting time felt by the patient has been effective fast in serving patients. The obstacle that occurs in outpatient online registration is that there are still many patients who do not understand technology. Efforts made by officers by conducting outreach, posting pamphlets and disseminating information to patients about online registration.

Keywords: BPJS, Online Registration, Outpatient, SOP

Abstrak

RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat sudah menerapkan sistem pendaftaran *online* rawat jalan sejak bulan Januari tahun 2022. Jumlah pasien rawat jalan yang mendaftar pada Januari 2022 sampai Januari 2023 sebanyak 353.700 pasien. Pasien yang mendaftar secara *online* sebanyak 85% dan secara manual sebanyak 15%. Pelaksanaan pendaftaran *online* masih ada kendala yaitu sistem *error* dan beberapa pasien yang kurang paham mengenai pendaftaran *online*. Tujuan penelitian ini untuk meninjau Sistem Pendaftaran *Online* Rawat Jalan BPJS Guna Menunjang Kualitas pelayanan. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Teknik pengumpulan data yaitu dengan wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Instrument penelitian dengan alat tulis, pedoman wawancara, *recorder*, kamera dan lembar *checklist*. Hasil penelitian pada pelaksanaan SOP pendaftaran *online* rawat jalan, perlu adanya perbaikan sesuai perkembangan kegiatan pendaftaran secara *online*. Waktu tunggu yang dirasakan oleh pasien sudah efektif cepat dalam melayani pasien. Kendala yang terjadi dalam pendaftaran *online* rawat jalan yaitu masih banyak pasien yang belum mengerti teknologi. Upaya yang dilakukan petugas dengan melakukan sosialisasi, memasang pamflet dan menyebarkan informasi kepada pasien tentang pendaftaran *online*.

Kata Kunci : BPJS, Pendaftaran *Online*, Rawat Jalan, SOP



PENDAHULUAN

RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat sudah menerapkan sistem pendaftaran *online* rawat jalan sejak bulan Januari tahun 2022. Diterapkannya sistem pendaftaran *online* ini, bertujuan untuk mengurangi penumpukan pasien dan mengurangi waktu tunggu pasien. Jumlah petugas pendaftaran *online* rawat jalan sebanyak 7 orang. Jumlah keseluruhan pasien rawat jalan yang mendaftar pada bulan Januari tahun 2022 sampai bulan Januari tahun 2023 sebanyak 353.700 pasien, yang mendaftar secara *online* sebanyak 85% pasien sedangkan pasien yang mendaftar secara manual sebanyak 15% pasien. Selain itu juga bahwa pendaftaran *online* di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat masih ada sedikit kendala sistem *error*, beberapa pasien masih ada yang kurang paham mengenai pendaftaran *online* dan ada pasien yang salah mendaftar. Harapan Rumah Sakit dengan diadakannya sistem pendaftaran *online* pasien rawat jalan akan membantu dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengangkat judul **“Tinjauan Pendaftaran Online Rawat Jalan Guna Menunjang Kualitas Pelayanan di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”**.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian yaitu deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Sugiyono (2017:147) metode penelitian deskriptif adalah suatu metode yang digunakan untuk menggambarkan atau menganalisis suatu hasil penelitian tetapi tidak digunakan untuk membuat kesimpulan yang lebih luas.

Menurut Sugiyono (2020: 9) mengemukakan bahwa metode

penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positif atau enterpretif, digunakan untuk meneliti kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan observasi, wawancara, dokumentasi), data yang diperoleh cenderung data kualitatif, analisis data, bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif bersifat untuk memahami makna, memahami keunikan, mengkontruksi fenomena, dan menemukan hipotesis.

Subjek Penelitian

Menurut Sugiyono (2019:397-399), subjek penelitian adalah pihak yang berkaitan dengan yang diteliti (informan atau narasumber) untuk mendapatkan informasi terkait data penelitian yang merupakan sampel dari sebuah penelitian. Dalam penelitian ini subjeknya adalah petugas dan pasien pendaftaran *online* rawat jalan sebanyak 100 pasien.

Objek Penelitian

Menurut Sugiyono (2018) objek penelitian merupakan suatu penelitian seseorang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan. Dalam penelitian ini objeknya adalah sistem pendaftaran *online* rawat jalan.

Variabel Penelitian

Menurut Sugiyono (2019; 68) Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel bebas (*Independent Variable*) dan Variabel terikat (*Dependent Variable*).



Dalam penelitian ini yang termasuk *variable independent* adalah pendaftaran online rawat jalan diberi simbol (X).

Dalam penelitian ini yang termasuk *variable independent* adalah Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitas pelayanan oleh petugas rawat jalan diberi simbol (Y).

HASIL

1. Standar Operasional Prosedur dalam Pelaksanaan Pendaftaran Online Rawat Jalan

Hasil observasi SOP yang sudah disusun dapat terlaksana dengan baik sehingga proses pendaftaran sudah sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Proses pendaftaran sudah berjalan dengan cepat dan tepat sesuai dengan apa yang diharapkan oleh pihak rumah sakit akan tetapi, prosedur harus terus dikembangkan sesuai dengan perkembangan teknologi dan pemberitahuan kepada masyarakat luas agar mengetahui prosedur yang akan berjalan. Pada point prosedur sebaiknya urutan pertama SOP adalah pasien melakukan pendaftaran online melalui aplikasi RSUD AL IHSAN Mobile maksimal H-1 sebelum kunjungan ke RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. Selanjutnya, point ke dua pada penulisan perawat sebaiknya adalah petugas pendaftaran memanggil pasien sesuai nomor antrian aplikasi untuk mencetak SEP. pada point ke empat, pada penulisan perawat seharusnya adalah apabila ada SEP yang tidak bisa dicetak oleh petugas pendaftaran maka dibantu oleh pegawai bagian sistem informasi untuk proses pencetakan SEP. Maka, SOP akan memberikan kemudahan kepada petugas untuk

menjalankan aktivitas dan bertujuan pekerjaan dapat dilakukan dengan benar dan menghasilkan prosedur yang telah diterapkan.

2. Ketepatan Waktu Tunggu dalam Melayani Pasien Guna Menunjang Kualitas Pelayanan

Berdasarkan hasil penelitian penulis dan hasil wawancara kepada 100 pasien sekitar 70 pasien yang merasa pendaftaran online sudah cepat sedangkan ada 30 pasien yang merasa waktu tunggu masih terlalu lama. Sehingga penulis mengambil kesimpulan, sistem pendaftaran *online* sudah efektif berjalan dengan baik karena sudah memberikan kepastian bahwa waktu tunggu pelayanan sesuai yang tertera pada aplikasi. Maka pasien tidak menunggu lama untuk mencetak SEP, tetapi jika terjadi kendala masih bisa dikendalikan karena yang mendaftar *online* tetap didahulukan. Akan tetapi pasien yang mendaftar manual masih harus menunggu sampai semua pasien pendaftaran *online* selesai memverifikasi ulang.

Kemampuan seseorang untuk mengarahkan sesuatu gerak ke suatu serangan sesuai dengan tujuannya. Menurut Yayat (2017) kemampuan adalah seseorang dalam mengendalikan gerak-gerak bebas terhadap suatu sasaran. Ketepatan merupakan faktor yang diperlukan dengan maksud dan tujuan tertentu. Ketepatan waktu perlu diperhatikan sehingga dapat mewujudkan kualitas pelayanan.

Maka dari itu, dalam menunjang kualitas pelayanan pendaftaran *online* petugas juga harus memiliki prinsip untuk mewujudkannya. Salah satunya dengan ketepatan waktu adalah hal yang perlu diperhatikan yang berkaitan dengan waktu tunggu dan proses pendaftaran.



Petugas juga harus memiliki kemampuan untuk membantu pasien dan memberikan layanan yang cepat, sehingga pasien merasa puas dengan pelayanan yang ada disana.

3. Kendala yang terjadi pada Pendaftaran Online Rawat Jalan

Dalam pelaksanaan pendaftaran *online* masih terjadi beberapa kendala yang ditemukan, berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam yang dilakukan oleh penulis bahwa kendala yang terjadi di lapangan, yaitu:

1. Menurut Petugas:

- a. Pasien tidak membawa *handphone* mengakibatkan petugas kebingungan karena tidak menunjukkan bukti bahwa pasien sudah mendaftar *online*.
- b. Pasien yang tidak membawa identitas, mengakibatkan petugas kebingungan untuk pengecekan verifikasi.
- c. Adanya pasien yang datang terlambat, sehingga menghambat proses pendaftaran pasien selanjutnya.
- d. Sistem komputer *error* saat sedang beroperasi, dapat mengakibatkan penumpukan pasien.
- e. Dokter datang terlambat, menyebabkan penumpukan pasien dan proses verifikasi belum bisa dilakukan.

2. Menurut Pasien

- a. Pasien keliru dengan hari kontrol, sehingga pasien datang tidak sesuai dengan hari pemeriksaan.
- b. Pasien yang keliru dengan nama poli yang dituju, sehingga terjadi kesalahan pendaftaran poli

c. Adanya pasien yang masih kurang mengerti cara mendaftar *online*, karena masih banyak masyarakat yang belum mengerti teknologi.

d. Kesulitan dalam proses pendaftaran *online* karena penuh nya kuota pendaftaran atau jaringan yang jelek menyebabkan pasien tersebut datang ke rumah sakit menggunakan pendaftaran manual.

e. Masih ada keluhan pasien terkait lamanya waktu tunggu untuk pemeriksaan dokter.

Dari hasil wawancara dengan petugas dan pasien tentang kendala yang dialami saat pendaftaran *online* yang di terapkan di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat diketahui pendaftaran belum berjalan dengan baik, dikarenakan pasien yang kurang memahami teknologi dan kurangnya sosialisasi dari petugas pendaftaran *online*, terlambatnya pasien dalam melakukan proses verifikasi ulang, adanya dokter yang datang terlambat dan sistem komputer yang *error*. Sedangkan, bagi pasien sendiri proses pendaftaran *online* sudah membantu akan tetapi masih ada beberapa pasien yang mengalami kendala.

Dari hasil penelitian yang dilakukan terdapat beberapa kendala yang menghambat sistem pendaftaran *online* rawat jalan karena masih banyak masyarakat yang belum mengerti mengenai teknologi, sehingga proses pendaftaran *online* belum berjalan dengan baik.



4. Upaya yang dilakukan untuk memenuhi kualitas pelayanan pada pendaftaran *online* rawat jalan

Berdasarkan hasil penelitian, upaya dilakukan oleh RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat dalam meningkatkan penggunaan pendaftaran *online* rawat jalan, sebagai berikut:

1. Upaya yang dilakukan Petugas :
 - a. Petugas meminjam kartu identitas pasien, untuk mencari data pasien dalam proses pencetakan SEP.
 - b. Petugas meminjam surat rujukan atau surat kontrol pasien, untuk verifikasi ulang.
 - c. Petugas memberi tanda *list* pendaftaran dengan warna kuning yang artinya pasien belum melakukan verifikasi ulang, sehingga petugas dapat melakukan pendaftaran pasien selanjutnya.
 - d. Petugas meminta maaf kepada pasien lalu melaporkan kepada atasan untuk melakukan perbaikan *server* yang *error*.
 - e. Petugas pendaftaran meminta maaf kepada pasien karena keterlambatan dokter dan untuk selanjutnya menjadi evaluasi untuk dokter yang datang terlambat, supaya tidak terjadi kembali.
2. Upaya yang dilakukan rumah sakit untuk pasien
 - a. Petugas memberitahu pada pasien bahwa hari pemeriksaan untuk jadwal yang didaftarkan keliru, maka pasien disarankan untuk mengecek aplikasi h-1 sebelum hari

- b. Petugas memberikan sosialisasi terkait nama-nama poli sesuai dengan tujuan pasien berobat.
- c. Melakukan sosialisasi pendaftaran *online* melalui media sosial dan memasang *pamflet* di setiap poli dan petugas menyebarkan informasi juga kepada pasien untuk meningkatkan penggunaan sistem pendaftaran *online*.
- d. Bagi pihak rumah sakit untuk menambahkan kuota pendaftaran *online* dan bagi pasien harus memiliki kuota *internet* atau *sim card* memiliki sinyal yang kuat untuk melakukan pendaftaran *online*.
- e. Dokter melakukan evaluasi untuk mengurangi penumpukan pasien yang ingin berobat.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian, menunjukkan pendaftaran *online* rawat jalan yang dilaksanakan sejak bulan Januari tahun 2022 oleh RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, sudah menunjang kualitas pelayanan di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. Aplikasi pendaftaran *online* rawat jalan dapat diakses melalui *smartphone android*, yaitu dengan mengunduh aplikasi RSUD AL IHSAN *Mobile* tentu saja menjadi lebih mudah karena dapat di akses dimanapun pasien berada, tanpa harus menunggu lama hanya untuk melakukan pendaftaran, hal ini tentu memudahkan bagi pasien dan diharapkan dapat membuat



kualitas pelayanan di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat menjadi lebih baik dan dapat mencapai visi dan misi RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat dalam memenuhi kualitas pelayanan yang baik. akan tetapi aplikasi ini belum bisa diakses oleh pemilik ponsel *apple* sehingga ini menjadi bahan perbaikan oleh pihak rumah sakit dan sistem IT agar aplikasi dapat di akses di *smartphone* manapun.

Petugas melakukan sosialisasi terkait pendaftaran *online* sangat penting, maka dari itu diwajibkan seluruh petugas rumah sakit untuk mengetahui proses pendaftaran *online*. Langkah ini dapat mempermudah dalam menyebar luaskan terkait proses pendaftaran *online* kepada seluruh masyarakat. Sehingga masyarakat merasa tertarik untuk melakukan pendaftaran *online*. Pemasangan *standing banner* di beberapa titik rumah sakit juga sangat membantu secara tidak langsung mempromosikan tentang pendaftaran *online* rawat jalan.

Cara-cara tersebut bisa dilakukan oleh pihak rumah sakit untuk mengenalkan pendaftaran *online* kepada masyarakat demi terciptanya lebih baik lagi.

SIMPULAN

Pelaksanaan Standar Operasional Prosedur Pendaftaran *online* pasien BPJS rawat jalan yang berjalan di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat sudah sesuai dengan ketentuan yang berlaku, terbukti dengan adanya pasien yang mendaftar *online* yang melakukan pendaftaran sesuai dengan prosedur. Tetapi prosedur perlu di revisi kembali sesuai dengan perkembangan kegiatan pendaftaran secara *online*.

Waktu tunggu yang dirasakan oleh pasien pendaftaran *online* sudah

efektif cepat dalam melayani pasien sesuai dengan harapan pasien, sehingga pasien tidak menunggu lama dibandingkan dengan pendaftaran manual sehingga hal ini dapat menunjang kualitas pelayanan pendaftaran di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

Kendala yang terjadi dalam pendaftaran *online* rawat jalan adalah bagi petugas masih banyak pasien yang tidak membawa *handphone*, datang terlambat, sistem komputer yang *error* dan dokter yang datang terlambat. Bagi pasien masih ada kekeliruan terhadap jadwal kontrol, nama poli, kesulitan pendaftaran karena kuota pendaftaran yang penuh dan waktu tunggu yang lama untuk pemeriksaan oleh dokter. Sehingga proses pendaftaran *online* belum berjalan dengan baik.

Upaya yang dilakukan oleh petugas rumah sakit dalam mengatasi permasalahan mengenai pendaftaran *online* pasien BPJS dirumah sakit yaitu dengan melakukan sosialisasi pendaftaran *online* melalui media sosial (*Instagram* dan *website*), memasang *pamflet* di setiap poli dan menyebarkan juga kepada pasien untuk meningkatkan penggunaan sistem pendaftaran *online*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberi rahmat dan hidayah-Nya dan karunianya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian tepat waktu.

Terimakasih kepada RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang sudah mengizinkan penulis melaksanakan penelitian, serta kepada semua pihak yang memberikan dukungan moral maupun materi sehingga penelitian ini dapat selesai.



DAFTAR PUSTAKA

- Rumana, N. A., Apzari, E. I., Dewi, D. R., Indawati, L., & Yulia, N. (2020). Penerimaan Pasien Terhadap Sistem Pendaftaran Online Menggunakan Technology Acceptance Model di RSUP Fatmawati. *Faktor Exacta*, 13(1), 44.
<https://doi.org/10.30998/faktorexacta.v13i1.5611>
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta, CV
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Penerbit Alfabeta, Bandung.
- Sugiyono. (2019). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif Dan R&D*. Bandung: ALFABETA.
- Sugiyono. (2020). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta, CV.
- Yayat, R. (2017) *Jurnal Ilmiah Magister Ilmu Administrasi (JIMIA). Kualitas Pelayanan Publik Bidang Administrasi Kependudukan Kecamatan Gamping*. 2 (56-65)



Dashboard Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas Tinewati Tahun 2021

¹Nidia Sopiatur Nisa

¹Politeknik Kesehatan Kemenkes Tasikmalaya, Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
e-mail : ¹nidiasn57@gmail.com

ABSTRACT

Completeness of medical records am really influential in improving quality the puskesmas services. Grade out service can be seen from the completeness and accuracy medical records. Completeness of outpatient medical records at the Puskesmas Tinewati is still incomplete. Purpose study was to determine the percentage of completeness of each item in the review of patient identification, important reports, authentication, recording with the application of the dashboard. This type of research is descriptive with case study design, retrospective approach. Population is 2316 medical record documents for the first quarter period. The sample is 96 medical record documents. Method of collecting data is observation and interviews, use univariate research analysis. Data processing with pivot table. Data processing results are made in the dashboard. The results of this study indicate to input completeness analysis data using data entry templates and the pivot table feature can facilitate data processing and generate dashboards. Completeness analysis dashboard output is presented visually and can provide real-time data to determine percentage of completeness. Highest percentage of completeness reviews of patient identification gender items 49% complete, important reports on time items 39% complete, authentication of the patient's guardian's full name 72% complete, and recording of legible written items 24% complete. The conclusion is that the creation of a data entry template using the application has been successfully created and implemented using the dashboard application to obtain data on the completeness of outpatient medical records.

Keyword: Dashboard, complete medical record documents, filling out, outpatient, Puskesmas

ABSTRAK

Kelengkapan rekam medis sangat berpengaruh dalam meningkatkan mutu pelayanan puskesmas. Mutu pelayanan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan rekam medis. Kelengkapan rekam medis rawat jalan di Puskesmas Tinewati masih belum lengkap. Tujuan penelitian mengetahui persentase kelengkapan setiap item pada *review* identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi, pencatatan dengan penerapan *dashboard*. Jenis penelitian deskriptif dengan desain studi kasus, pendekatan *retrospektif*. Populasi 2316 dokumen rekam medis periode Triwulan I. Sampel 96 dokumen rekam medis. Metode pengumpulan data observasi dan wawancara, menggunakan analisis penelitian *univariat*. Pengolahan data dengan *pivot table*. Data hasil pengolahan dibuat dalam *dashboard*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa untuk melakukan input data analisis kelengkapan dengan menggunakan *template* entry data dan penggunaan fitur *pivot table* dapat mempermudah pengolahan data serta menghasilkan *dashboard*. *Output Dashboard* analisis kelengkapan disajikan secara visual serta dapat memberikan data secara *real-time* untuk mengetahui persentase kelengkapan. Persentase kelengkapan tertinggi *review* identifikasi pasien item jenis kelamin 49% lengkap, laporan penting item waktu 39% lengkap, autentifikasi item nama terang wali pasien 72% lengkap, dan pencatatan item tulisan terbaca 24% lengkap. Simpulan bahwa pembuatan *template* entry data dengan pemanfaatan aplikasi telah berhasil dibuat dan diimplementasikan menggunakan penerapan *dashboard* untuk mendapatkan data kelengkapan rekam medis rawat jalan.

Kata Kunci: *Dashboard*, Kelengkapan dokumen rekam medis, Pengisian, Rawat Jalan, Puskesmas



PENDAHULUAN

Analisis kelengkapan pengisian sangat diperlukan dalam penyelenggaraan rekam medis di pelayanan kesehatan termasuk puskesmas, dengan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang baik dilihat dari kelengkapan pengisian dokumen rekam medis. Pelaksanaan analisis ini dilakukan untuk menilai kelengkapan serta keakuratan rekam kesehatan yang meliputi 4 (empat) komponen diantaranya identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi serta pencatatan. Petugas rekam medis perlu melakukan analisis kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dengan metode lebih mudah agar bisa menghasilkan data yang jelas serta menampilkan data dengan bentuk grafik. Metode yang dilakukan yaitu dengan menggunakan penerapan *dashboard*. *Dashboard* merupakan tampilan *interface* yang menyajikan informasi dalam bentuk grafik dan dapat memberikan data secara *real-time*, serta menyampaikan informasi yang lebih akurat dan lebih mudah mengenai kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat jalan (Utomo et al., 2019).

Manfaat dari penerapan *dashboard* guna mempermudah petugas rekam medis pada saat melakukan pengerjaan laporan kelengkapan rekam medis karena pengolahan data dilakukan secara otomatis, serta membantu dalam menyajikan persentase dari setiap item yang terdapat pada komponen identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi, dan pencatatan.

Hasil penelitian Ariffin, M dan Rudi, A (2019) dalam Jurnal Perekam Medis dan Infomasi Kesehatan menunjukkan kelengkapan komponen identifikasi pasien sebanyak 100% pada pengisian item nama dan nomor rekam medis,

laporan yang penting sebanyak 73,3% pada pengisian item laboratorium, autentifikasi sebanyak 97% pada pengisian item tanda tangan dokter, dan pendokumentasian yang benar sebanyak 56,08% untuk pengisian item tidak ada bagian yang kosong. Sehingga ketidaklengkapan dokumen rekam medis di Puskesmas Kebong Sintang dikategorikan belum lengkap dikarenakan kurang teliti serta ketidakdisiplinan dalam hal mengisi lembar rekam medis.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Tinewati dengan melakukan wawancara kepada petugas rekam medis dan observasi terhadap 10 dokumen rekam medis rawat jalan dalam pelaksanaan analisis kelengkapan dengan menggunakan penerapan *dashboard* dan pengolahan data pada *pivot table* menunjukkan persentase kelengkapan tertinggi review identifikasi pasien item nama pasien 60% lengkap, laporan penting item keluhan 90% lengkap, autentifikasi item tanda tangan wali pasien 40% lengkap, dan pencatatan item pembetulan kesalahan 80% lengkap. Kelengkapan rekam medis rawat jalan di Puskesmas Tinewati masih kurang dari 100% ini menunjukkan bahwa belum terpenuhinya pengisian rekam medis sesuai dengan standar kelengkapan pengisian rekam medis. Puskesmas Tinewati belum melakukan analisis kelengkapan dengan penerapan *dashboard*. Hasil dari penyajian data dalam tampilan *dashboard* diharapkan dapat memudahkan dalam memberikan informasi perihal data kelengkapan pengisian dari setiap item yang ada pada dokumen rekam medis rawat jalan untuk memaksimalkan efektifitas pengerjaan laporan analisis



kelengkapan dengan memberikan informasi yang mudah dan berkualitas.

METODE

Jenis dan desain penelitian menggunakan penelitian deskriptif. Penelitian ini menggambarkan hasil analisis kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat jalan Puskesmas Tinewati menggunakan penerapan *dashboard* dan dengan pendekatan studi kasus untuk mengidentifikasi kebutuhan data dalam pembuatan *dashboard*. Populasi penelitian yang digunakan adalah rekam medis rawat jalan pada triwulan 1 tahun 2021 sebanyak 2316 dengan besaran sampel sebanyak 96 rekam medis yang dihitung dengan rumus Slovin. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling*. Instrumen dalam penelitian ini yaitu lembar observasi, *template entry data*. Cara pengumpulan data yang digunakan peneliti yaitu metode observasi serta wawancara kepada petugas rekam medis. Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan fitur *Pivot Table*. Analisis data penelitian menggunakan analisis *univariate* serta melakukan beberapa tahap analisis data yaitu rencana (*planning*), analisis (*analysis*), desain (*design*), dan implementasi (*implementation*) dalam pembuatan *template entry data*.

HASIL

1. Prosedur Pembuatan Desain *Template Entry Data* Analisis Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

Pembuatan *template entry data* ini dibuat dalam beberapa tampilan yang pertama, tampilan awal merupakan tampilan dimana

template entry data pertama kali dibuka. Didalam tampilan awal terdapat logo, judul, dan menu navigasi antar *sheet* yaitu menu analisis kelengkapan, *dashboard*, laporan, dan tahun. Kedua, tampilan awal *entry data* merupakan tampilan pada menu navigasi analisis kelengkapan dimana pada tampilan ini terdapat menu tahun dan bulan. Ketiga, tampilan *entry data* merupakan tampilan berupa tabel untuk melakukan *input data* hasil penilaian kelengkapan pengisian dari setiap item pada dokumen rekam medis. Data-data yang terdapat pada tampilan *entry data* ini merupakan hasil dari observasi pada dokumen rekam medis rawat jalan yaitu pada formulir *general consent*, formulir pengkajian klinis, dan formulir catatan perkembangan pasien, serta masukan dari petugas rekam medis, dan berdasarkan SPO di Puskesmas Tinewati.

2. Pengolahan Data Analisis Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

Tahap pengolahan data analisis kelengkapan dengan memanfaatkan *Pivot Table* yaitu sebagai berikut:

- Data hasil dari analisis kelengkapan rekam medis rawat jalan dimasukkan pada aplikasi dengan format tabel data awal. Total sampel yang diteliti sejumlah 96 dokumen rekam medis rawat jalan.
- Tabel data awal tersebut kemudian dimasukkan ke dalam *Pivot Table* seluruh tipe serta nama kolom sebaiknya sama dengan data awal seperti pada Gambar 1;



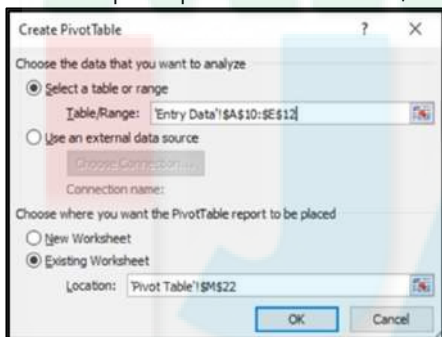
Gambar 1. Data Awal

c. Fitur *Pivot Table* terdapat di menu *insert*, pada grup *Tables* seperti pada Gambar 2;



Gambar 2. Fitur *Pivot Table*

d. Tahap berikutnya yaitu menentukan *area data awal* yang akan dibuat menjadi *Pivot Table* seperti pada Gambar 3;



Gambar 3. Range Tabel Data Awal untuk *Pivot Table*

e. Dalam pengklasifikasian *field* pada tampilan jendela *Pivot Table* dilakukan dengan cara *click and drag* yaitu:

- 1) *Field* tahun dimasukkan kebagian *rows*;
- 2) *Field* bulan dimasukkan kebagian *rows*;
- 3) *Field* komponen identifikasi pasien, laporan penting, autentikasi, dan pencatatan dimasukkan kebagian *values*;

f. Setiap *field* yang sudah diklasifikasikan berdasarkan kebutuhan dalam proses pengolahan data, maka untuk tampilan *Pivot Table* yaitu seperti pada Gambar 4;

Gambar 4. Tampilan *Pivot Table*

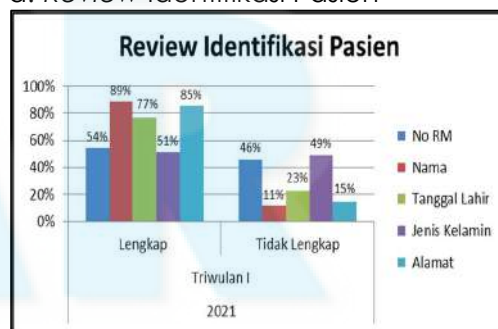
g. Tahap terakhir yaitu data *Pivot Table* dibuat ke dalam grafik dan menjadikannya sebagai *dashboard* yaitu seperti pada Gambar 5.



Gambar 5. Dashboard Hasil *Pivot Table* dan *Slicer*

3. Output Dashboard Analisis Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

a. Review Identifikasi Pasien



Grafik 1. Review Identifikasi Pasien

Berdasarkan grafik 1 di atas menunjukkan bahwa komponen pengisian identifikasi pasien dari 96 sampel rekam medis rawat



jalan terdiri dari nomor rekam medis, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, serta alamat. Diketahui bahwa kelengkapan komponen identifikasi pasien belum terisi lengkap dikarenakan terdapat item-item yang tidak terisi. Adapun kelengkapan tertinggi komponen identifikasi pasien pada pengisian nama pasien yaitu dengan persentase sebesar 89%, sedangkan untuk persentase tertinggi ketidaklengkapan terdapat pada item jenis kelamin yaitu sebesar 49%.

b. Review Laporan Penting

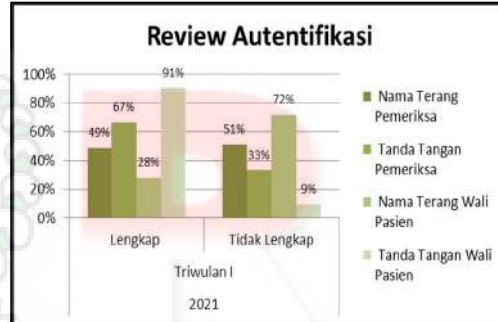


Grafik 2. Review Laporan Penting

Berdasarkan grafik 2 diatas menunjukkan bahwa komponen pengisian laporan penting dari 96 sampel rekam medis rawat jalan terdiri dari tanggal, waktu, keluhan, pemeriksaan fisik, diagnosis, terapi, pengkajian klinis, dan *general consent*. Diketahui bahwa kelengkapan komponen laporan penting belum terisi lengkap dikarenakan terdapat item-item yang tidak terisi. Adapun kelengkapan tertinggi komponen laporan penting pada pengisian tanggal dan keluhan yaitu dengan persentase sebesar 96%, sedangkan untuk persentase

tertinggi ketidaklengkapan terdapat pada item waktu yaitu sebesar 39%.

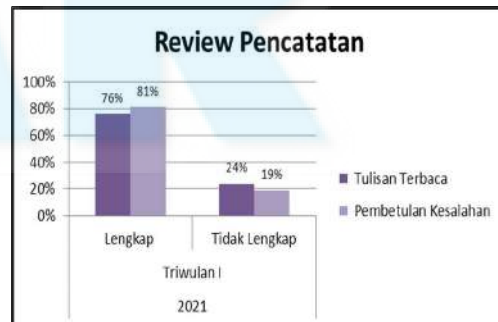
c. Review Autentifikasi



Grafik 3. Review Autentifikasi

Berdasarkan grafik 3 diatas menunjukkan bahwa komponen pengisian autentifikasi dari 96 sampel rekam medis rawat jalan terdiri dari nama terang pemeriksa, tanda tangan pemeriksa, nama terang wali pasien, dan tanda tangan wali pasien. Diketahui bahwa kelengkapan komponen autentifikasi belum terisi lengkap dikarenakan terdapat item-item yang tidak terisi. Adapun kelengkapan tertinggi komponen autentifikasi pada pengisian tanda tangan wali pasien yaitu dengan persentase sebesar 91%, sedangkan untuk ketidaklengkapan tertinggi pada pengisian nama terang wali pasien yaitu dengan persentase sebesar 72%.

d. Review Pencatatan



Grafik 4. Review Pencatatan



Berdasarkan grafik 4 di atas menunjukkan bahwa komponen pengisian pencatatan dari 96 sampel rekam medis rawat jalan terdiri dari tulisan terbaca dan pembetulan kesalahan. Diketahui bahwa kelengkapan komponen pencatatan belum terisi lengkap dikarenakan terdapat item-item yang tidak terisi. Adapun kelengkapan tertinggi komponen pencatatan pada pengisian item pembetulan kesalahan yaitu dengan persentase sebesar 81%, sedangkan untuk persentase tertinggi ketidakeengkapan terdapat pada item tulisan terbaca yaitu sebesar 24%.

awal pertama kali membuka aplikasi dimana pada tampilan awal ini terdapat menu analisis kelengkapan yaitu tampilan bagian awal dari entry data berdasarkan tahun dan bulan, serta terdapat menu *dashboard* dan menu laporan.

b. Tampilan Awal Entry Data



Gambar 7. Tampilan Awal Entry Data

Tampilan di atas menggambarkan tampilan awal entry data yaitu tampilan yang berisikan menu tahun dan bulan untuk proses entry data pada.

PEMBAHASAN

1. Prosedur Pembuatan Desain Template Entry Data Analisis Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

Pembuatan *template* entry pada aplikasi ini dibuat dalam beberapa tampilan yang terdiri dari tampilan awal, tampilan awal entry data, dan tampilan entry data. Dimana *template* entry data ini bertujuan untuk memudahkan dalam proses penginputan dan pengolahan datanya.

a. Tampilan Awal



Gambar 6. Tampilan Awal

Tampilan di atas menggambarkan tampilan

c. Tampilan Entry Data

No	REKAM MEDIS	REKAM OBSTETRIKAL PASIEN						REKAM LABORATORIUM						REKAM PATOLOGI								
		No	Staf	Tanggal	Waktu	Revisi	Kesalahan	Uraian	Target	Nilai	Bobot	Pemeriksaan	Hasil	Diagnosis	Terapi	Pengobatan	Alat	Uraian	Kerusakan	Uraian	Tanggal	Uraian
1	20230301	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	20230302	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	20230303	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	20230304	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	20230305	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	20230306	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	20230307	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	20230308	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	20230309	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	20230310	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	20230311	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	20230312	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	20230313	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	20230314	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Gambar 8. Tampilan Entry Data

No	REKAM MEDIS	REKAM LABORATORIUM						REKAM HISTORIS PASIEN						REKAM PATOLOGI								
		No	Staf	Tanggal	Waktu	Revisi	Kesalahan	Uraian	Target	Nilai	Bobot	Pemeriksaan	Hasil	Diagnosis	Terapi	Pengobatan	Alat	Uraian	Kerusakan	Uraian	Tanggal	Uraian
1	20230301	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	20230302	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	20230303	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	20230304	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	20230305	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	20230306	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	20230307	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	20230308	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	20230309	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	20230310	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	20230311	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	20230312	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	20230313	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	20230314	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



Gambar 9. Tampilan Entry Data

Tampilan di atas menggambarkan tampilan entry data yaitu tampilan yang berisikan kolom nomor, nomor rekam medis, komponen identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi, dan pencatatan. Proses penginputan data yaitu dengan memasukkan angka "1" lengkap dan angka "0" tidak lengkap, jika angka yang diinputkan selain angka "1" dan "0" maka sistem akan menolak (*error*).

2. Pengolahan Data Analisis Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

Pengolahan data analisis kelengkapan dengan memanfaatkan fitur *pivot table* ini mudah untuk diaplikasikan serta dapat mengelompokkan data sesuai dengan kategori yang dibutuhkan, dapat melakukan berbagai perhitungan seperti *sum*, *average*, dan lainnya, serta dapat memilah data sesuai dengan yang akan ditampilkan. Berdasarkan hasil penelitian Ridwan et al., tentang perhitungan dan penyajian laporan menggunakan *pivot table* (2020), menyebutkan bahwa pembuatan laporan dengan penggunaan fitur *pivot table* dapat mempersingkat waktu pengolahan dan penyampaian laporan.

3. Output Dashboard Analisis Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

a. Review Identifikasi Pasien

Hasil penelitian komponen identifikasi pasien rekam medis rawat jalan di Puskesmas Tinewati persentase tertinggi ketidaklengkapan yaitu pada

pengisian item jenis kelamin dengan persentase sebesar 49%.

Ketidaklengkapan komponen identifikasi pasien disebabkan karena tidak terisi pada setiap item dalam komponen identifikasi pasien. Menurut Hatta (2017), mengatakan bahwa data yang tercantum dalam rekam medis perlu ditulis secara menyeluruh, akurat serta sesuai dengan ketentuan yang ada, agar dapat disebut rekam medis lengkap. Isi dokumen rekam medis yang lengkap, yaitu apabila didalamnya memuat keseluruhan data pasien. Secara khusus, memuat komponen identitas pasien untuk memastikan pemilik rekam medis tersebut, bagian pada komponen identitas pasien pada setiap dokumen rekam medis, terdapat data administratif untuk informasi demografi, harus diisi dengan lengkap, karena pengisian yang tidak lengkap akan mengakibatkan tidak dapat menginformasikan identitas pasien ke database statistik, penelitian serta rencana, atau organisasi pelayanan kesehatan.

b. Review Laporan Penting

Hasil penelitian komponen laporan penting rekam medis rawat jalan di Puskesmas Tinewati persentase tertinggi ketidaklengkapan yaitu pada pengisian item waktu dengan persentase sebesar 39%. Menurut Susanto, E dan Sugiharto (2017) pada analisis kuantitatif, bukti rekaman yang bisa dipastikan dengan lengkap dan dapat dipertanggung



jawabkan isinya yaitu terdapat data serta informasi mengenai kunjungan dan berisikan alasan, keluhan, dan riwayat pemeriksaan. Penting adanya tanggal serta waktu penulisan, karena ada hubungannya dengan peraturan penulisan. Hal ini dijelaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/Menkes /Per/III/2008 tentang rekam medis pada pasal 5 pembuatan rekam medis sebagaimana yang dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan pasien.

c. *Review* Autentifikasi

Hasil penelitian komponen autentifikasi rekam medis rawat jalan di Puskesmas Tinewati persentase tertinggi ketidaklengkapan yaitu pada pengisian item nama terang wali pasien dengan persentase sebesar 72%. Ketidaklengkapan *review* autentifikasi dokumen rekam medis rawat jalan disebabkan karena tidak terisi. Ketidakterisian penulisan pada dokumen rekam medis rawat jalan yaitu tidak terisi pada item komponen nama dan tanda tangan. Menurut Indradi, R (2017) menyatakan dalam setiap penulisan isi rekam medis harus terdapat penanggung jawab yang jelas. Kejelasan pada penanggung jawab ini diwujudkan dengan mencantumkan tanda tangan beserta nama terangnya. Hal ini dijelaskan pada Peraturan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/Menkes /Per/III/2008 tentang rekam medis pada pasal 5 ayat (4) disebutkan bahwa setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

d. *Review* Pencatatan

Hasil penelitian komponen pencatatan rekam medis rawat jalan di Puskesmas Tinewati persentase tertinggi ketidaklengkapan yaitu pada pengisian item tulisan terbaca dengan persentase sebesar 24%. Ketidaklengkapan *review* pencatatan dokumen rekam medis rawat jalan disebabkan karena tidak benar dalam pembetulan atau perbaikan yang dilakukan oleh petugas didalam penulisan dokumen rekam medis rawat jalan. Ketidaklengkapan terjadi karena masih terdapat bagian yang kosong dan kesalahan dalam pembetulan atau perbaikan penulisan pada dokumen rekam medis.

Menurut Susanto, E dan Sugiharto (2017) menyatakan bahwa pembetulan pada kesalahan, penyediaan layanan juga diharuskan untuk setiap baris yang terdapat kesalahan supaya membuat satu garis tunggal untuk melewatinya, menjelaskan kesalahan tersebut dengan menambahkan catatan, membuat tanggal, serta memberikannya tanda tangan. Dikatakan juga berdasarkan



Kurniati, D dan Wariyanti, S. A (2016) yang mengungkapkan hasil analisis penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan komponen pencatatan ini harus dibuat dengan benar dan terbaca jelas, dikatakan benar yaitu setiap pemberian garis tetap, juga benar pada perbaikan kesalahan dan perlu diperhatikan penulisannya karena dokumen rekam medis merupakan yang catatan penting

SIMPULAN DAN SARAN

1. Simpulan

- a. Pembuatan *template* entry data yaitu dengan memasukkan item dari setiap
- c. *Dashboard* kelengkapan rekam medis rawat jalan ini disajikan secara visual yang diperoleh dari hasil pengolahan data yang diubah menjadi sebuah informasi yang lebih mudah untuk mengetahui persentase kelengkapan dari setiap item yang ada pada komponen analisis kelengkapan.
 - 1) Kelengkapan tertinggi komponen identifikasi pasien terdapat pada pengisian nama pasien yaitu dengan persentase 89%, dan persentase tertinggi ketidaklengkapan terdapat pada pengisian jenis kelamin yaitu 49%.
 - 2) Kelengkapan tertinggi komponen laporan penting terdapat pada pengisian tanggal dan keluhan yaitu dengan persentase 96%, dan persentase tertinggi ketidaklengkapan terdapat

komponen analisis kelengkapan pada kolom tabel entry data, dan untuk pengisian pada tabel entry data ini juga sudah dilakukan data *validation* dimana jika angka yang diinputkan selain angka "1" = lengkap dan angka "0" = tidak lengkap maka sistem akan menolak (*error*).

- b. Penggunaan fitur *pivot table* pada pengolahan data analisis kelengkapan terdapat tahapan-tahapan yang dilakukan yaitu penginputan data, pengelompokkan *field* berdasarkan tahun, bulan, serta semua komponen analisis kelengkapan dalam tabel entry data dan pembuatan grafik.

pada pengisian waktu yaitu 39%.

- 3) Kelengkapan tertinggi komponen autentifikasi terdapat pada pengisian tanda tangan wali pasien yaitu dengan persentase 91%, dan persentase tertinggi ketidaklengkapan terdapat pada pengisian nama terang wali pasien yaitu 72%.
- 4) Kelengkapan terdapat komponen pencatatan terdapat pada pengisian pembetulan kesalahan yaitu dengan persentase 81%, dan persentase tertinggi ketidaklengkapan terdapat pada pengisian tulisan terbaca yaitu 24%.

2. Saran

Saran yang mungkin dapat digunakan untuk meningkatkan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Tinewati yaitu, perlu dilaksanakannya



analisis kelengkapan rekam medis oleh petugas rekam medis dengan menggunakan penerapan *dashboard* untuk mendapatkan data kelengkapan secara *real-time* dengan informasi yang lebih akurat, serta diharapkan bagi tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan untuk melengkapi item-item yang terdapat pada dokumen rekam medis rawat jalan segera setelah pelayanan terhadap pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada Puskesmas Tinewati yang telah memberikan izin untuk pengambilan data. Selain itu, ucapan terima kasih saya sampaikan juga kepada responden penelitian yang telah meluangkan waktunya dan bersedia untuk diwawancarai.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arifin, M., & Rudi, A. (2019). *Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Di Puskesmas Kebong Sintang*. Journal Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan. ISSN: 26158841 Vol. 2 No. 2.
2. Azhar, Z., Hutahaean, J., Siagian, Y., & Syah, A. Z. (2019). *Pelatihan Microsoft Excel 2010 Pada Siswa Lembaga Kursus Pendidikan (LKP) Mandiri*. Jurnal Anadara Pengabdian Kepada Masyarakat. ISSN: 26852179 Vol. 1 No. 2.
3. Giyanto., & Rizkika, Y. M. (2020). *Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Dengan Diagnosa Fracture Femur Di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai*. Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI). ISSN: 25977156 Vol. 5 No. 1.
4. Gunarti, R., & Muchtar, M. (2019). *Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta : Thema Publishing.
5. Handayani. I., Kurniati., D., & Yakin, A. S. (2017). *Penerapan Dashboard Sebagai Media Pengumpulan Data Laporan Penulisan Mahasiswa Di Widuri Menggunakan Rinfo Spreadsheet Pada Perguruan Tinggi*. Technomedia Journal (TMJ). ISSN: 25286544 Vol. 2 No. 2.
6. Hatta, G. (2017). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).
7. Hubaybah. (2018). *Analisis Manajemen Pengelolaan Sistem Rekam Medis Pada Puskesmas Paal X Kota Jambi*. Jurnal Kesmas Jambi (JKMJ). Vol. 2 No. 2.
8. Indradi, R. (2017). *Rekam Medis (Edisi 2. Cetakan ke-5)*. Tangerang Selatan : Universitas Terbuka.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2013 Tentang Profil Kesehatan Indonesia, Sarana Kesehatan.
10. Lee, Christopher. (2016). *Belajar Pivot Table Dan Power Point Step by Step*. Jakarta : Elex Media Komputindo.
11. MADCOMS. (2014). *Mengoptimalkan Microsoft Excel Untuk Analisis Data*. Yogyakarta : Penerbit Andi.
12. Notoatmodjo, S. (2018). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman



- Manajemen Puskesmas.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan.
 17. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 18. Ridwan, M., Aponno, F. M., & Pelupessy, J. (2020). *Perhitungan Dan Penyajian Laporan Penjualan Menggunakan Pivot Table Pada Ud. Multi Tehnik*. Jurnal Maneksi. ISSN: 23029560 Vol. 9 No. 1.
 19. Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
 20. Susanto, E., & Sugiharto. (2017). *Manajemen Informasi Kesehatan IV : Etika Profesi Dan Hukum Kesehatan*. Jakarta : Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
 21. Utomo, P. A., Damayanti, P. M., & Multazam, D. (2016). *Perancangan Dashboard Untuk Sistem Informasi Monitoring Dan Evaluasi*. Jurnal Ilmiah Ekonomi Dan Bisnis (E-BISNIS). Vol. 9 No. 1.
 22. Wicaksono, Y. (2016). *Mengelola Data Excel Menggunakan Pivot Table Dan Pivot Chart*. Jakarta : Elex Media Komputindo.



ANALISIS KEBUTUHAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK DI PUSKESMAS TELUK JAMBE TIMUR KABUPATEN KARAWANG

ANALYSIS OF NEEDS FOR ELECTRONIC MEDICAL RECORDS AT THE EAST TELUK JAMBE HEALTH CENTER, KARAWANG REGENCY

Ridwan, Siti Muttiah, Fahmi Huzatul Ilman, Kiki Nobari

DPC PORMIKI PURWASUKA JAWA BARAT
Instalasi Rekam Medis RSUD Karawang Jl. Galuh Mas Raya No. 1,
Sukaharja, Teluk Jambe Timur, Karawang
E-mail : dpcpormikipurwasuka@gmail.com

Abstract

Along with the development of technology and information in the world of health, especially medical records, it has an influence on increasing Human Resources (HR) to play a role in increasing competence. Medical records or patient data that have been made conventionally or written on paper are now being transformed into electronic medical records. In implementing an information system, institutions are given a big task by the government to be able to carry out an integrated system of every health service facility, both hospitals, health centers and other health facilities that are interoperable (connected) in a one healthy system.

This study used a descriptive qualitative method, with data collection techniques in the form of observation, interviews, literature studies and questionnaires. So that the advice that can be given in this study is, it is necessary to evaluate the use of electronic medical records so that they can be given appropriate training, carry out routine system maintenance.

Keywords: *Rekam medis elektronik, SIMPUS*

Abstrak

Seiring perkembangan teknologi dan informasi dalam dunia Kesehatan khususnya rekam medis, memberikan pengaruh terhadap peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM) untuk berperan meningkatkan kompetensi. Rekam medis atau data pasien yang selama ini dibuat secara konvensional atau tertulis dalam kertas kini mengalami perubahan menjadi rekam medis elektronik. Dalam menerapkan suatu sistem informasi tersebut, institusi diberikan tugas besar oleh pemerintah untuk dapat melaksanakan suatu sistem yang terintegrasi dari setiap fasilitas pelayanan kesehatan baik rumah sakit, puskesmas maupun sarana Kesehatan lainnya yang interoperabilitas (terhubung) dalam system satu sehat.



Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif, dengan teknik pengumpulan data berupa observasi, wawancara (interview), studi literatur dan pengambilan kuesioner. Sehingga saran yang dapat diberikan dalam penelitian ini adalah, perlu dilakukan evaluasi penggunaan rekam medis elektronik agar dapat diberikan pelatihan yang sesuai, melakukan pemeliharaan system secara rutin.

Kata kunci: *Rekam medis elektronik, SIMPUS*

PENDAHULUAN

Perkembangan ilmu dan teknologi diberbagai bidang sangat pesat. Penggunaan dan pemanfaatan alat-alat dalam teknologi informasi sering kali dengan cepat mengalami perubahan dalam perkembangannya. Salah satu diantara berbagai sektor yang sering terkena dampak karena perubahan system informasi dalam perkembangannya adalah sektor pelayanan Kesehatan.

Sektor pelayanan Kesehatan saat ini didorong agar dapat memberikan layanan secara mudah dan cepat bagi pasien atau pelanggannya. Untuk dapat melayani dengan mudah dan cepat tersebut perlu media yang dapat mudah diakses baik oleh para tenaga Kesehatan dari berbagai profesi terhadap pelayanan Kesehatan pasiennya. Hal ini dilakukan seiring dengan dikeluarkannya kebijakan pemerintah melalui 6 pilar yang merupakan regulasi yang mendukung upaya tranformasi teknologi kesehatan yang sesuai pada pilar ke-6 adalah Tranformasi Kesehatan. Seiring kebijakan tersebut pemerintah melalui Kementerian Kesehatan Indonesia menerbitkan aturan rekam medis elektronik yang terdapat dalam PERMENKES No. 24

tahun 2022 tentang Rekam Medis. Rekam medis atau data pasien yang selama ini dibuat secara konvensional atau tertulis dalam kertas yang tertuang dalam peraturan sebelumnya yaitu PERMENKES No.269 tahun 2008 yang menyesuaikan pertumbuhan IPTEK, kepentingan pelayanan, kebijakan serta hukum bidang Kesehatan dan kini mengalami perubahan atau pemutahiran menjadi rekam medis secara elektronik.

Pada pasal 2 disebutkan bahwa tujuan pemerintah mulai mengatur penyelenggaraan rekam medis pasien konvensional ke digital adalah selain mewujudkan penyelenggaraan rekam medis pasien berbasis digital dan terintegrasi. Dengan adanya peraturan ini diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memberikan kepastian hukum selama penyelenggaran rekam medis elektronik berlangsung. Sehingga, data rekam medis pasien dapat terjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan, dan ketersediaannya.

Puskesmas di Wilayah Kabupaten Karawang belum menggunakan menggunakan system rekam elektronik. Pemerintah telah menyediakan fasilitas berupa system



informasi yang disebut SIMPUS (system informasi puskesmas).

Penyebab yang terjadi pada pelayanan Kesehatan di puskesmas sering mengalami kendala dalam mempersiapkan system rekam medis elektronik yang menyebabkan proses implementasi RME pada SIMPUS sehingga dalam pemenuhan kebutuhan system layanan dan informasi di puskesmas masih belum terlaksana.

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan didapatkan informasi bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang akan menargetkan untuk diimplementasikan rekam medis elektronik salah satunya pada puskesmas kecamatan teluk jambe timur pada awal tahun 2023 sebagai percontohan dan sebagai obyek penelitian yang dilakukan. Sehingga diangkat penelitian dengan judul "Analisis Kebutuhan Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik pada SIMPUS Di Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang".

METODE

Penelitian ini, menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Penelitian deskriptif kualitatif, deskriptif yaitu suatu rumusan masalah yang memadu penelitian untuk mengeksplorasi atau memotret situasi social yang akan diteliti secara menyeluruh, luas dan mendalam. Menurut Bogdan dan Taylor yang dikutip oleh Lexy.J. Moleong, pendekatan kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau

lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Penelitian kualitatif berfokus pada fenomena social, pemberian suara pada perasaan dan persepsi dari partisipan dibawah studi.

Populasi yang diteliti dalam penelitian ini adalah seluruh petugas puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang. Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. (Sugiyono, 2017)

Adapun Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik sampling yang digunakan adalah Teknik random sampling (acak) terhadap 10 petugas. Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. (Arikunto, 2019)

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara (interview), studi literatur. Penelitian Deskriptif adalah penelitian yang dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independen) tanpa membuat perbandingan, atau menghubungkan dengan variabel yang lain. (Sugiyono, 2018)

Adapun analisis yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini terdiri dari :

- a. Reduksi data
- b. Penyajian data
- c. Penarikan kesimpulan

Penyajian Data

Data yang sudah diolah menggunakan menggunakan metode deskriptif kualitatif yang dipadukan



dengan hasil wawancara dari petugas Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang ini.

HASIL

Berdasarkan hasil observasi, wawancara kepada 10 orang petugas di Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang mengenai Analisis Kebutuhan Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik pada SIMPUS Di Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang. Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang mulai melakukan perpindahan dari rekam medis manual ke rekam medis elektronik pada awal tahun 2023. Pada proses persiapan perpindahan terdapat beberapa masalah yang muncul, diantaranya adalah karena belum terbiasanya para petugas terhadap sistem rekam medis elektronik ini sehingga diperlukan sosialisasi dan pelatihan terhadap petugas agar tidak terjadi penumpukan pasien akibat terhambatnya proses pelayanan. Selain itu, profesional pemberi asuhan (PPA) seperti dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lain masih perlu untuk melihat berkas rekam medis pasien manual karena dimungkinkan kebutuhannya belum terinput pada sistem yang baru, hal ini tentu saja dikhawatirkan mengakibatkan proses kerja lebih lama karena petugas harus melakukan pekerjaan 2 kali, yaitu harus menjalankan proses system manual dan juga harus menjalankan proses sistem rekam medis elektronik.

Kemudian dalam upaya mempersiapkan system dan teknis RME pada SIMPUS secara optimal haruslah disiapkan brainware, hardware dan software agar segala sesuatu dalam pelaksanaannya menunjang system dengan baik.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil observasi, wawancara terhadap situasi dan kondisi masalah yang terjadi saat ini di Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang yang antara lain sebagai berikut :

Analisa kebutuhan

Analisa kebutuhan dilakukan untuk dapat mendefinisikan kebutuhan-kebutuhan pada sistem untuk dijadikan acuan pada implementasi sistem.

a. Kebutuhan Sistem

Kebutuhan RME pada SIMPUS dari faktor teknis adalah sebagai berikut :

- 1). Prosedur RME pada SIMPUS meliputi modul loket/pendaftaran, pelayanan, apotik, laboratorium, radiologi, kasir, farmasi, data luar gedung, dan pelaporan.
- 2). Penerapan single ID pasien dapat diterapkan dalam protap dengan prinsip unit numbering system yaitu satu pasien mendapatkan nomor RM selamanya.
- 3). Prosedur tetap dibuat dua macam yaitu protap untuk mengoperasikan RME pada SIMPUS dan protap manual. Protap manual ini diperlukan jika ada gangguan pasokan listrik pada SIMPUS
- 4). Terdapat database rekam medis elektronik pasien yang terintegrasi



dengan patient master index yang dapat dikelompokkan dalam family master index. Rekam medis elektronik ini terdapat data pelayanan/ tindakan dan data obat yang terintegrasi dengan billing system.

b. Kebutuhan Kompleksitas Teknologi Informasi

1). Hardware

Hardware yang dibutuhkan untuk disain integrasi pelayanan adalah minimal 1 (satu) buah PC server dan 6 (enam) buah PC client. Server minimal Prosesor Dual Core, RAM 1 GB, HDD 250 GB dan PC Client minimal Prosesor P 4, RAM 512 MB, HDD 80 GB. (pusdatin, 2011).

Puskesmas induk telah tersedia 2 PC sehingga penambahan hardware yang perlu dilakukan pada pengelolaan RME SIMPUS di puskesmas induk adalah empat PC dengan fungsi :

- a) Satu PC di pengolahan rekam medis sebagai server
- b) Satu PC client ditempatkan pada pendaftaran rawat jalan
- c) Satu PC client ditempatkan di pendaftaran rawat inap
- d) Satu PC client ditempatkan di klinik umum
- e) Satu PC client ditempatkan di apotik
- f) Satu PC client ditempatkan di tata usaha Penambahan hardware pada pustu pada tahap pengembangan berikutnya juga perlu dilakukan minimal masing-masing pustu disediakan 1 (satu) PC dengan aplikasi SIMPUS rawat jalan dan modem.

2). Software

Software yang dibutuhkan adalah aplikasi RME pada SIMPUS

yang telah dikembangkan dan software pendukung. Software pendukung yaitu Microsoft windows, web sever, telah dimiliki puskesmas telah diinstal software pendukung.

- 3). Jaringan Komunikasi antar komputer dapat local area network LAN dengan satu switch.

c. Perencanaan

Perencanaan pengembangan RME pada SIMPUS dapat dilakukan dengan tahapan:

1) Pembuatan Masterplan

Master plan pada intinya berisi rencana strategis organisasi dalam mengimplementasikan dan membangun sistem informasi. Master plan berisi pedoman kebutuhan sistem informasi seperti apa yang diperlukan melalui analisis SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, and threats). Penyusunan masterplan ini dilakukan di level Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang.

2) Perencanaan pengembangan

Perencanaan pengembangan RME pada SIMPUS dilakukan dengan mengikuti masterplan yang telah disusun sebelumnya. Pengembangan RME pada SIMPUS ini dapat dilakukan di level puskesmas dengan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang. Puskesmas Teluk Jambe Timur sebagai pilot project dapat menjadi puskesmas percontohan untuk pengembangan RME pada SIMPUS.

3) Ketersediaan Sumber Daya

Sumber daya manusia Ada 5 (orang) pengelola RME SIMPUS dengan pengalaman kerja yang cukup untuk mengelola RME



pada SIMPUS yang akan dikembangkan. Tenaga pengelola yang lama dapat didayagunakan untuk mengelola RME pada SIMPUS sebagai alternatif :

- a) Tenaga pendaftaran rawat jalan adalah 2 orang (rekam medis)
 - b) Tenaga pendaftaran rawat inap adalah 1 orang (rekam medis)
 - c) Tenaga pengolah data adalah 1 orang (rekam medis)
 - d) Tenaga input data klinik umum adalah 1 orang (rekam medis)
 - e) Tenaga input data apotik adalah 2 orang (farmasi dan kasir)
 - f) Tenaga input data tata usaha adalah 1 orang (TU)
 - g) Tenaga pengelola data empat pustu adalah 4 orang (pustu)
- 4) Infrastruktur RME pada SIMPUS
- a) Penambahan hardware, software, dan modem
 - b) Infrastruktur pendukung Penambahan hardware tentunya membutuhkan pasokan listrik. Penambahan UPS per PC diperlukan untuk regulator tegangan dan cadangan listrik. Infrastruktur pendukung lain adalah penambahan meja kursi untuk penempatan hardware.
 - c) Anggaran RME pada SIMPUS Anggaran yang dibutuhkan untuk pengembangan RME pada SIMPUS dapat dilakukan dengan penelitian harga pasar. Perhitungan anggaran pengembangan menggunakan metode perhitungan.

Kebutuhan Pendukung

- a. Pelatihan
Pelatihan pengelolaan RME pada SIMPUS sangat diperlukan untuk mempersiapkan saat implementasi. Pelatihan dapat dilakukan dengan sistem off the job dan on the job. Sasaran pelatihan adalah pengelola RME pada SIMPUS puskesmas induk dan pustu.
- b. Supervisi
Supervisi dari manajemen (DKK dan kepala puskesmas) dilakukan dengan cara inspeksi langsung atau melalui laporan-laporan. Oleh karena itu penting bagi manajemen untuk rutin meminta laporan SIMPUS dan memberikan umpan balik. Umpan balik bisa dilakukan dengan memberikan masukan-masukan pada kualitas laporan.
- c. Ketrampilan
Ketrampilan pemeriksaan data Pengelola RME pada SIMPUS telah memiliki ketrampilan pemeriksaan data SIMPUS. Metode pemeriksaan data ini belum ditetapkan dalam SOP sehingga diperlukan SOP quality assurance dan quality control (pusdatin, 2011)
- d. Kemampuan pemecahan masalah
Koordinator rekam medis memiliki ketrampilan menginstal ulang aplikasi dan back up data. Ketrampilan lain yang dibutuhkan adalah troubleshooting hardware dan jaringan. Ketrampilan ini bisa didapat dengan pelatihan khusus tetapi memerlukan pendampingan dan waktu yang lama. Direkomendasikan untuk menambah tenaga IT karena sudah memiliki ketrampilan IT dasar.
- e. Kompetensi dan tugas SIK
Kompetensi dan tugas SIK yang dimiliki pengelola RME pada SIMPUS



- harus mencukupi kebutuhan dilapangan. Jika RME SIMPUS akan dikembangkan maka diperlukan pengembangan SDM yang ada. Perlu direncanakan pengembangan SDM dengan peningkatan pendidikan dan pelatihan. Pendidikan minimal Diploma Sistem Informasi dan mengikuti pelatihan-pelatihan SIK (Pusdatin, 2011)
- f. Motivasi
Motivasi yaitu merupakan dorongan dari pengelola RME SIMPUS agar terus aktif dalam mengumpulkan data, mengolah, dan menyajikan data yang berkualitas (Hasibuan, 2003). Motivasi ditingkatkan dengan pengembangan RME pada SIMPUS sesuai kebutuhan

Elisitasi Kebutuhan User/Petugas

Elisitasi kebutuhan dilakukan dengan cara observasi langsung dan wawancara mengenai sistem pendaftaran, pencatatan dan pengolahan data rekam medis di Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang. Wawancara dilakukan dengan narasumber dokter, perawat, bidan, petugas pendaftaran, dan jajaran manajerial operasional Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang. Penulis melakukan wawancara dengan tujuan untuk memperoleh informasi mengenai kebutuhan rekam medis elektronik (RME) pada system SIMPUS yang digunakan proses pelayanan dengan system RME. Dari hasil wawancara, didapatkan hasil berupa usulan dan masukan dari beberapa informan serta satu bendel file rekam medis yang berisi :

- a. Formulir Identitas Pasien Baru

- b. Formulir Pengkajian Klinis Medis Rawat Jalan
c. Formulir Rekam Medis Umum
d. Formulir Rekam Medis Poli Gigi
e. Formulir Pemberian Informasi dan Edukasi Rawat Jalan dan inap
f. Formulir Permintaan Pemeriksaan Diagnostik

Deskripsi Sistem

Sesuai dengan hasil wawancara dan observasi, aktor pada sistem ini adalah seluruh petugas yang dapat mengakses fungsi RME pada SIMPUS. Log in hanya dapat dilakukan oleh pengguna yang berhubungan dengan manajemen RME pada SIMPUS karena terkait aspek hukum dalam sistem rekam medis. Petugas rekam medis yang dapat melakukan pencarian dan pembuatan rekam medis. Dokter, Perawat, Bidan dan Farmasi yang dapat mengisi rekam medis pasien sesuai kewenangannya. Kemudian ada petugas laboratorium dan radiologi yang mengakses fungsi-fungsi yang berkaitan dengan pemeriksaan diagnostik.

Identifikasi Pengguna

Berdasarkan hasil elisitasi kebutuhan, diperoleh enam pengguna sistem yang dijabarkan pada tabel 1 berikut.

Tabel 1. Identifikasi Pengguna

Pengguna	Deskripsi
Petugas Rekam Medis	Petugas rekam medis memiliki fungsi yang berhubungan dengan rekam medis pasien
Dokter, Perawat, Bidan	Perawat dapat mengakses isi



dan Farmasi (Profesional Pemberi Asuhan)	rekam medis pasien
Petugas Laboratorium dan Radiologi	Petugas laboratorium dan radiologi memiliki fungsi yang terbatas pada pemeriksaan diagnostik
KaPus, TU, Kasir, Pelaporan dll	Memiliki fungsi terbatas pada kebutuhan manajerial Puskesmas

mengembangkan family master index dan patient master index, mengembangkan rekam medis elektronik pasien, mengembangkan RME pada SIMPUS terintegrasi dengan pelayanan di internal maupun eksternal puskesmas dalam dan menunjang system pertukaran data, memiliki output laporan untuk manajemen Puskesmas itu sendiri serta mengembangkan sistem query data, dan mengembangkan sistem migrasi data yang hal ini dilakukan guna mendukung perkembangan dari system RME pada SIMPUS saat ini dan dimasa yang akan datang.

Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk mengidentifikasi entitas apa saja yang terlibat dalam sistem. Hasil analisis data dimodelkan ke dalam Entity Relationship Diagram (ERD) untuk mengetahui entitas-entitas yang ada pada sistem dan hubungan antarentitas. Pada sistem pendaftaran pasien dan rekam medis elektronik studi kasus Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang terdapat entitas pasien, petugas, pendaftaran berobat, dan rekam medis yang terdiri dari beberapa bagian yaitu rawat jalan, pengkajian klinis medis, edukasi rawat jalan dan inap, diagnostik, dan farmasi.

SIMPULAN

Dalam mempersiapkan implementasi RME pada SIMPUS untuk mendukung integrasi data dengan sistem SATU SEHAT langkah yang harus dilakukan adalah penerapan single identity number pasien (Nomor NIK),

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada Puskesmas Teluk Jambe Timur Kabupaten Karawang yang telah memberikan izin untuk dilakukan penelitian, rekan-rekan tim penulis serta terima kasih juga disampaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu keberlangsungan penulisan pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggito, A., & Setiawan, J. (2018). *Metodologi penelitian kualitatif*. Sukabumi: Jejak Publisher.
- Mangkunegara, A. A. P. (2013). *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Nugrahaeni, S. W., & Nurhayati. (2018). *Aspek Hukum Rekam Medis Elektronik di RSUD Dr Moewardi*.
- Permenkes. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022*



Tentang Rekam Medis. Jakarta:
Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Kemkes RI. (2008b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor:269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis* (p. 7)

Sugiyono. (2022). *Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*
Bandung: Alfabeta.

Sofia, S., Ardianto, E. T., Muna, N., & Sabran. (2022). *Analisis Aspek Keamanan Informasi Pasien Pada Penerapan RME di Fasilitas Kesehatan*. RAMMIK: Jurnal Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan. 1(2), 98. doi:<https://doi.org/10.47134/rammik.v1i1.29>

Bogdan dan Taylor yang dikutip oleh Lexy.J. Moleong, *Pendekatan kualitatif*. Artikel Cendekiawan

Arikunto, (2019). *Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti*. Artikel Cendekiawan.

Pusdatin, (2011). *Metode pemeriksaan data ini belum ditetapkan dalam SOP sehingga diperlukan SOP quality assurance dan quality control*. pelatihan-pelatihan SIK.

Hasibuan, (2003). *Motivasi yaitu merupakan dorongan dari pengelola RME SIMPUS agar terus aktif dalam mengumpulkan data, mengolah, dan menyajikan data yang berkualitas*. Motivasi. Artikel Cendekiawan.



Analisis Pelaksanaan Retensi Berkas Rekam Medis Periode 2013 – 2023 di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang

Anesa Medina¹, Anggra Yudha Ramadianto², Sutarlin³

¹ Politeknik Kesehatan YBA Bandung, Jl. Cipagalo Girang No.24, Margasari, Kec.
Buahbatu, Kota Bandung, Jawa Barat 40286

E-Mail : anesamedina11@gmail.com

² Politeknik Kesehatan YBA Bandung

E-Mail : anggra.bigcat@gmail.com

³ Rumah Sakit Umum Daerah Oto Iskandar Di Nata Soreang

E-Mail : rsudotista@bandungkab.go.id

ABSTRACT

Based on initial observations at Oto Iskandar Hospital in Nata Soreang. The implementation of outpatient and inpatient medical record file retention has not been carried out again. So that there is a buildup of files in the inactive storage space. This study aims to determine the implementation of retention from 2013 – 2023 and the obstacles that cause the implementation of retention not to be reimplemented.

The research method used is a qualitative method with a descriptive approach. Data collection techniques use purpose sampling through observation, interviews with 4 informants including: 1 head of medical records, 1 storage coordinator and 2 storage officers, then literature studies related to retention implementation studies.

The results showed that the implementation of outpatient medical record file retention was carried out from 2013 – 2020. But the file has not been destroyed to date. So that there is a buildup of outpatient medical record files in the active storage room. Meanwhile, inpatient medical record files carried out retention from 2013 – 2021. In 2021, the retention of inpatient medical record files was destroyed. The implementation of retention has not been carried out optimally. The contributing factor is because the archive retention schedule and special retention workforce do not yet exist, facilities and infrastructure are inadequate.

Efforts that must be prepared are by remanaging the management of retention implementation, proposing the facilities and infrastructure needed, making a retention schedule for records, forming a special team and submitting the development of hospital information applications for retention implementation.

Keywords: Implementation of retention, Period 2013 – 2023

ABSTRAK

Berdasarkan observasi awal di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang. Pelaksanaan retensi berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap belum terlaksana kembali. Sehingga terjadi penumpukan berkas di ruang penyimpanan in aktif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan retensi dari tahun 2013 – 2023 dan hambatan yang menyebabkan pelaksanaan retensi tidak dilaksanakan kembali.



Metode penelitian yang digunakan yaitu metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Teknik pengumpulan data menggunakan purpose sampling melalui observasi, wawancara kepada 4 informan diantaranya: 1 kepala rekam medis, 1 koordinator penyimpanan dan 2 petugas penyimpanan, kemudian studi kepustakaan yang berkaitan dengan studi pelaksanaan retensi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan retensi berkas rekam medis rawat jalan terlaksana dari tahun 2013 – 2020. Namun berkas tersebut belum dimusnahkan sampai saat ini. Sehingga terjadi penumpukan berkas rekam medis rawat jalan di ruang penyimpanan in aktif. Sedangkan berkas rekam medis rawat inap terlaksananya retensi dari tahun 2013 – 2021. Pada tahun 2021 berkas rekam medis rawat inap yang sudah diretensi dimusnahkan. Pelaksanaan retensi belum dilakukan secara optimal. Faktor penyebabnya karena jadwal retensi arsip dan tenaga kerja khusus retensi belum ada, sarana dan prasarana belum memadai.

Upaya yang harus disiapkan yaitu dengan mengelola kembali manajemen pelaksanaan retensi, mengajukan sarana dan prasana yang dibutuhkan, membuat jadwal retensi arsip, membentuk tim khusus dan mengajukan pengembangan aplikasi informasi rumah sakit untuk pelaksanaan retensi.

Kata kunci : Pelaksanaan retensi, Periode 2013 - 2023

PENDAHULUAN

Dokumen rekam medis disimpan oleh setiap rumah sakit. Masa penyimpanan dokumen rekam medis telah ditentukan sesuai dengan Permenkes. Dalam Permenkes No.24 tahun 2022 menjelaskan tentang masa penyimpanan rekam medis elektronik. Sementara itu Permenkes No.269/PER/III/MENKES tahun 2008 pasal 8 ayat (1) dokumen rekam medis dalam bentuk fisik wajib disimpan sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal pasien dipulangkan. Atas dasar itulah mengapa, rak penyimpanan tidak selamanya bisa menyimpan berkas rekam medis. Disebabkan oleh bertambahnya jumlah pasien yang mendaftar akan sebanding dengan jumlah rekam medis yang mengalami peningkatan. Jika hal ini tidak diperhatikan dengan baik, dapat menyebabkan ruang penyimpanan tidak cukup menyimpan berkas rekam medis yang baru (Hilmansyah, 2021).

Pengelolaan berkas rekam medis agar tidak terjadi penumpukan, rumah sakit harus melaksanakan penyusutan berkas atau retensi. Dengan

dilaksanakannya retensi, berkas yang di arsipkan dengan baik sesuai dengan aturan yang telah ditentukan. Kualitas pelayanan dapat terjaga jika kapanpun berkas diperlukan, berkas dapat disiapkan dengan cepat. Retensi ini bertujuan untuk memilih berkas yang bernilai guna tinggi serta mengurangi berkas rekam medis yang nilai gunanya rendah (Depkes, 2006).

Berdasarkan observasi awal di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang saat kegiatan Praktik Kerja Lapangan (PKL) 13 Februari – 13 Maret 2023, pelaksanaan retensi masih belum terlaksana dengan dengan baik. Pelaksanaan retensi dan pemusnahan berkas rekam medis rawat inap di RSUD Oto Iskandar Di Nata terakhir dilakukan tahun 2021. Sementara berkas rawat jalan terakhir dilaksanakan pemusnahan tahun 2013. Dari tahun 2013 sampai dengan 2020 pelaksanaan retensi berkas rawat jalan dan rawat inap dilakukan secara manual. Namun pelaksanaan retensi dari 2021 hingga saat belum terlaksana kembali.

Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor. Di RSUD Oto Iskandar Di Nata



jadwal pelaksanaan retensi dan petugas khusus retensi belum ada. Kemudian masa perpindahan dari rumah sakit lama Soreang ke Oto Iskandar Di Nata menjadi penyebab belum terlaksana kembali retensi sehingga berkas belum ditata dengan rapih. Sarana prasana yang dibutuhkan kurang tersedia. Jika penyusutan berkas tidak diperhatikan maka akan terjadi penumpukan berkas rekam medis.

Retensi merupakan suatu kegiatan penyusutan atau pengurangan jumlah berkas rekam medis dari rak aktif ke rak inaktif dengan cara menilai berkas yang memiliki nilai guna yang tinggi (Depkes, 2006). Berdasarkan peraturan perundang-undangan yaitu :

1. Peraturan Menteri Kesehatan No.269/PER/III/MENKES/2008 pasal 8

Rumah Sakit wajib menyimpan rekam medis sekurang-kurangnya dalam jangka waktu 5 (lima) tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Setelah batas waktu 5 (lima) tahun, berkas rekam medis dapat dimusnahkan kecuali persetujuan tindakan medik dan ringkasan pulang. Dalam jangka waktu 10 (sepuluh) tahun persetujuan tindakan medik dan ringkasan pulang disimpan terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.

2. Berdasarkan Surat Dirjen Yanmed No. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis dasar dan pemusnahan arsip rekam medis di rumah sakit:
 - a) Berkas rekam medis inaktif, yaitu berkas yang telah disimpan minimal selama 5 (lima) tahun di unit kerja rekam medis terhitung sejak tanggal terakhir pasien dilayani atau 5 (lima) tahun setelah meninggal dunia.
 - b) Rekam medis yang mempunyai nilai guna tertentu berfungsi untuk kepentingan, hukum administrasi,

keuangan, IPTEK, pembuktian dan sejarah.

- c) Dibentuknya tim rekam medis berdasarkan keputusan direktur rumah sakit serta jadwal retensi disusun oleh komite medis dan unit rekam medis atas persetujuan direktur rumah sakit (Sari dkk, 2022). tujuan pelaksanaan retensi berkas rekam medis yaitu:

1. Untuk encegah terjadinya penumpukan berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap
2. Menyediakan dan memberikan ruang penyimpanan berkas rekam medis yang baru.
3. Menjaga mutu pelayanan dengan mempercepat peminjaman dan pendistribusian jika kapanpun data dibutuhkan.
4. Menjaga rekam medis yang mempunyai nilai guna tinggi

Langkah awal dalam pelaksanaan retensi berkas rekam medis dengan cara memindahkan berkas dari rak aktif ke rak in aktif sesuai tahun kunjungan. Kemudian melakukan pemilahan berkas, dalam proses pemilihan retensi, berkas yang disimpan untuk di *scanner* serta di *mikrofilmisasi* yaitu ringkasan masuk dan keluar, resume medis, laporan operasi, identifikasi bayi, sertifikat kelahiran, lembar persetujuan tindakan medis, lembar keterangan kematian atau sertifikat kematian serta, visum et repertum. Setelah dilakukan pemilihan dengan melakukan *scanner* dan *mikrofilmisasi*, berkas disimpan selama waktu yang telah ditentukan. Jika waktu sudah terlampaui berkas akan musnahkan secara fisik (Sari dkk, 2021).

Berdasarkan fenomena tersebut penelitian ini bertujuan sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui dan memahami standar prosedur



- operasional yang baik tentang retensi sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No.269/PER/III/MENKES tahun 2008 pasal 8;
2. Untuk mengetahui prosedur pelaksanaan retensi di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang;
 3. Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi terhambatnya pelaksanaan retensi di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang.

METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Menurut Abdussamad (2021), metode penelitian kualitatif adalah suatu metode penelitian yang menjadikan peneliti sebagai instrumen kunci dengan tujuan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah.

Peneliti dapat mengalisis pelaksanaan retensi berkas rekam medis dengan metode kualitatif dan pendekatan deskriptif. Dimana peneliti sebagai instrument kunci dalam melakukan observasi kepada para petugas rekam medis dirumah sakit dan mengamati fenomena yang terjadi secara rinci. Wawancara kepada kepala rekam medis, koordinator penyimpanan dan 2 staf penyimpanan dan studi kepustakaan sebagai referensi teori-teori yang mendukung tentang pelaksanaan retensi. Kemudian dapat mendeskripsikan data analisis pelaksanaan retensi berkas rekam medis dengan melampirkan bukti-bukti sebagai pendukung penelitian.

HASIL

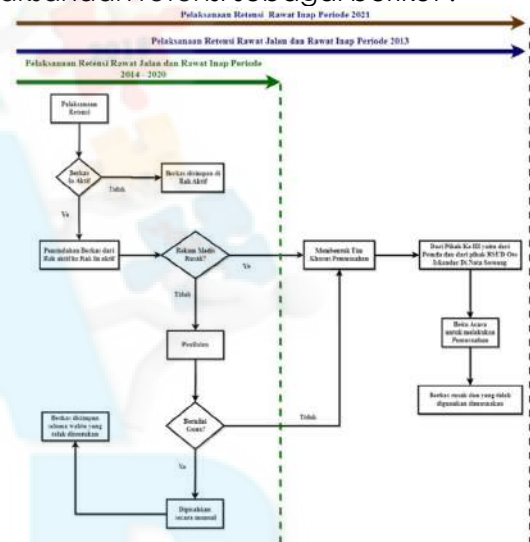
1. Standar Prosedur Operasional Pelaksanaan (SPO) retensi di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang

Standar Prosedur Operasional (SPO) sudah terbentuk berdasarkan Surat Keputusan Direktur Nomor 445/802/TU tentang standar pelayanan rekam medis di RSUD Oto Iskandar Di

Nata Soreang. Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO) Retensi dan Pemusnahan Rekam Medis dengan No. dokumen KS/73/RMIK/RSUD Revisi 6 halaman 1-2. Pada dasarnya prosedur tersebut menjelaskan bahwa "Rekam rekam medis yang sudah aktif 5 tahun dipindahkan keruang penyimpanan in aktif kemudian dilakukan penilaian selama 2 tahun oleh komite medik dan untuk lembar-lembar ringkasan masuk keluar serta resume medik tidak turut dimusnahkan atau disimpan selama 10 tahun".

2. Pelaksanaan Retensi RDUD Oto Iskandar Di Nata Periode 2013 – 2023

Berdasarkan Hasil wawancara alur pelaksanaan retensi sebagai berikut :



Sumber : Diolah penulis dari hasil wawancara

Dari alur diatas pelaksanaan retensi dapat diuraikan sebagai berikut :

Tabel 1 Data pelaksanaan retensi :

Tahun Pelaksana	Berkas Rawat Inap		Berkas Rawat Jalan	
	Retensi	Pemusnahan	Retensi	Pemusnahan
2013	✓	✓	✓	✓
2014	✓	x	✓	x
2015	✓	x	✓	x
2016	✓	x	✓	x
2017	✓	x	✓	x



2018	✓	x	✓	x
2019	✓	x	✓	x
2020	✓	x	✓	x
2021	✓	✓	x	x
2022	x	x	x	x
2023	x	x	x	x

Keterangan :

✓ : Terlaksana

x : Tidak Terlaksana

Sumber : Diolah Penulis dari Hasil Wawancara

Berdasarkan tabel di atas pada tahun 2021 berkas rekam medis rawat inap yang dimusnahkan adalah berkas yang diretensi pada tahun sebelumnya. Sedangkan berkas rekam medis rawat jalan yang sudah diretensi tidak dilakukan pemusnahan. Jumlah yang dimusnahkan berdasarkan berita acara pemusnahan di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang yaitu :

Tabel 2 Jumlah Berkas Yang diretensi dan dimusnahkan

Tahun Pelaksana	Retensi dan Pemusnahan		
	Berkas Tahun	Rawat Inap	Rawat Jalan
2021	2010	109.338	Tidak ada
	2011		
	2012		
	2013		
	2014		
	2015		

Sumber : Arsip berita acara pemusnahan 2021 RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang

Pelaksanaan retensi yang dilakukan pada tahun 2021 seharusnya melakukan retensi berkas tahun 2016, namun sampai saat ini pelaksanaan retensi baik itu rawa jalan atau rawat inap belum terlaksana kembali. Dilihat dari data kunjungan pasien tahun 2016 hingga 2018 berkas yang belum diretensi sebagai berikut :

Tabel 3 Jumlah berkas yang tidak diretensi

Berkas tahun	Rawat inap	Rawat Jalan
2016	18.324	98.219
2017	16.496	103.732
2018	16.268	109.206

Sumber : Laporan Data Kunjungan RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang

Semakin banyak pasien baru yang berobat, ruang penyimpanan tidak dapat menampung lebih banyak berkas yang masuk apabila berkas tidak dilakukan penyusutan dan pemusnahan.

3. Faktor yang mempengaruhi terhambatnya pelaksanaan retensi

- Jadwal Retensi Arsip dari 2021 – 2023 tidak ada
- Tenaga Kerja Khusus pelaksanaan retensi tidak ada
- Sarana dan prasana seperti alat scanner dan rak penyimpanan in aktif tidak ada
- Pelaksanaan secara manual

PEMBAHASAN

1. Standar Prosedur Operasional Pelaksanaan (SPO) retensi di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang

Bedasarkan hasil observasi terhadap Standar prosedur pelaksanaan retensi dan pemusnahan yang di tetapkan oleh surat keputusan Direktur RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang merupakan acuan dasar untuk di implementasikan terhadap pelaksanaan retensi dan pemusnahan dilapangan kerja. Standar tersebut sudah sesuai dengan Permenkes



No.269/PER/III/MENKES tahun 2008 pasal 8 ayat (1), (2) serta (3). Dalam standar prosedur operasionalnya "berkas rekam medis yang sudah aktif 5 tahun dilakukan pemindahan ke ruang penyimpanan in aktif kemudian dilakukan penilaian selama 2 tahun oleh komite medik, selain itu lembar-lembar ringkasan masuk keluar dan resume medis disimpan selama 10 tahun". Namun acuan prosedur tersebut belum diimplementasikan kembali sejak tahun 2021 hingga saat ini. Walaupun standar Prosedur tersebut ditetapkan pada 27 Oktober 2022.

2. Pelaksanaan Retensi RDUD Oto Iskandar Di Nata Periode 2013 – 2023

Berdasarkan alur dari hasil penelitian diatas pelaksanaan retensi dan pemusnahan. Dimana berkas yang sudah aktif 5 tahun dipindahkan ke ruang penyimpanan in aktif kemudian dilakukan penilaian berkas selama selama 2 tahun. Jika berkas yang bernilai guna tinggi berkas tersebut turut dilestarikan dan disimpan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Sedangkan jika berkas rusak atau tidak aktif berkas dimusnahkan dengan membujuk tim khusus atas persetujuan Direktur RSUD Oto Iskandar Di Nata. Tim Khusus tersebut dari pihak ke-3 yaitu dari pemerintah daerah bagian ke arsip dan dari pihak Rumah sakit sebagai saksi. Setelah itu dibuatkan berita acara terhadap pelaksanaan pemusnahan. Berita acara tersebut ditandatangani oleh direktur Rumah sakit dan diajukan ke pemerintah daerah kemudian ke Direktur pelayanan medik kesehatan Republik Indonesia.

Dari tahun 2013 hingga 2023 pelaksanaan retensi tidak sepenuhnya

pelaksanaan tersebut sampai pemusnahan. Pelaksanaan retensi dan pemusnahan berkas rawat jalan dan rawat inap di lakukan sejak 2013. Kemudian dilakukan pemusnahan kembali tahun 2021 untuk berkas rawat inap sedangkan rawat jalan tidak dimusnahkan. Berkas rawat jalan tersebut dilakukan retensi dari 2014 hingga 2020. Walaupun Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Yanmed No. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995, tentang petunjuk teknis pengadaan formulir rekam medis, terhadap jadwal pelaksanaan jadwal retensi arsip rawat jalan memiliki jangka waktu cukup lama kecuali poli umum, mata, dan paru 5 tahun aktif dan 2 tahun in aktif namun berkas tersebut juga belum turut dimusnahkan. Sehingga menyebabkan berkas menumpuk di ruang penyimpanan in aktif. Selain itu pelaksanaan retensi baik itu rawat jalan dan rawat inap dari tahun 2021 hingga saat ini belum terlaksana kembali.

3. Faktor yang mempengaruhi terhambatnya pelaksanaan retensi

a. Jadwal Retensi Arsip dari 2021 – 2023 tidak ada

Standar	Prosedur
Operasional sudah ada yang ditetapkan pada 27 oktober 2022 namun belum di implementasikan kembali.	
Karena jadwal retensi arsip berkas rekam medis belum ada. Sehingga petugas penyimpanan belum melakukan pemindahan berkas yang sudah in aktif dari rak aktif.	

Berdasarkan Surat Edaran Dirjen Yanmed No.



HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 jadwal retensi arsip dibentuk oleh komite medik atas persetujuan direktur rumah sakit. Namun jadwal tersebut belum terbentuk kembali. Hal tersebut disebabkan karena rumah sakit sedang dalam masa perpindahan tahun 2021 dari rumah sakit soreng lama ke RSUD oto Iskandar Di Nata Soreang. Kemudian sistem penyimpanan rekam medis berubah menjadi sentralisasi dari desentralisasi serta penjajaran berkas rekam medis baik itu rawat jalan atau rawat inap menggunakan sistem *terminal digit filling system*. Berkas tersebut yang awal mulanya sistem penjajaran berbeda antara berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap. Dimana berkas rawat jalan menggunakan penjajaran *straight digit filling system* dan rawat inap *terminal digit filling system*. Sehingga tata Kelola rekam medis di RSUD Oto Iskandar Di Nata Soreang dalam tahap adaptasi kembali dimasa peralihan dengan sistem yang baru.

- b. Tenaga Kerja Khusus pelaksanaan retensi tidak ada
Petugas yang melaksanakan retensi berkas rekam medis dari tahun 2013 hingga 2021 dilakukan oleh petugas penyimpanan. Karena belum terbentuknya petugas

khusus yang mengerjakan retensi. Target pelaksanaan retensi berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap setiap petugas harus meretensi 50 berkas per hari.

Petugas penyimpanan di RSUD Oto Iskandar Di Nata berjumlah 8 orang sudah mencukupi namun hal tersebut belum dilakukan pembagian tugas terhadap pelaksanaan retensinya. Sehingga petugas khusus belum terbentuk.

- c. Sarana dan prasana seperti alat scanner dan rak penyimpanan in aktif tidak ada

Saat melakukan pemilahan berkas rekam medis yang bernilai guna tinggi dicabut secara manual kemudian dipisahkan. Berkas tersebut tidak dilakukan scan berkas karena tidak ada alat scanner di ruang penyimpanan. Berkas yang sudah dipisahkan tersebut disimpan diruang penyimpanan in aktif tetapi tidak disimpan di rak penyimpanan in aktif karena diruang penyimpanan in aktif belum adanya rak khusus untuk berkas rekam medis in aktif.

- d. Metode pelaksanaan masih manual

Pelaksanaan penilaian berkas yang masih berguna dicabut secara manual. Kemudian dipisahkan berkas yang harus dilestarikan. Namun berkas tersebut tidak di scan



sehingga beresiko sulit untuk ditemukan secara cepat apabila berkas dibutuhkan segera.

SIMPULAN

Standar Prosedur Operasional (SPO) pelaksanaan Retensi dan pemusnahan RSUD Oto Iskandani Di Nata Soreang sudah sesuai dengan Permenkes No.269/PER/III/MENKES tahun 2008 pasal 8. Walaupun Standar Prosedur Operasional tersebut ditetapkan pada 27 Oktober 2022 namun belum diimplementasikan kembali sejak 2021 hingga 2023. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa faktor yaitu karena masa peralihan dari Soreang lama. Peralihan sistem penyimpanan dari sistem desentralisasi menjadi sentralisasi serta sistem penjarannya disamakan antara rekam medis rawat jalan dan rawat inap menggunakan *terminal digit filling system*. Selain itu faktor yang menjadi penghambat pelaksanaan retensi yaitu alat *scanner* yang berfungsi sebagai alat pendokumentasian secara elektronik tidak tersedia sehingga pelaksanaan pemilihan berkas yang bernilai guna tinggi disimpan dicabut secara manual dan dipisahkan tetapi tidak disimpan di rak penyimpanan In aktif dikarenakan RSUD Oto Iskandani Di Nata belum mempunyai rak penyimpanan in aktif. Dan tata Kelola manajemen rekam medis masih dalam tahap adaptasi kembali.

DAFTAR PUSTAKA

Abdussamad, Z. (2021). *Metode Penelitian Kualitatif*. Makasar: Penerbit CV. syakir Media Press. Diakses dari : <https://repository.ung.ac.id> [25 Februari 2023]

Depkes. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

Dirjen Yanmed (1995). *Surat edaran dirjen yanmed No. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah sakit*. Diakses dari : https://kupdf.net/queue/surat-edaran-dirjen-yanmed-no-hk00061501160_5c7651a6e2b6f55f74b5218c_pdf?queue_id=1&x=1683791988&z=MTE0LjEyMi44Mi43Mg==#tab-share [11 Mei 2023]

Hilmansyah, R. (2021). Analisis Penyebab Tidak Terlaksananya Retensi dan Pemusnahan Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Natuna. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*, 11 (1), 1-7. Diakses dari : <http://ojs.uadb.ac.id/index.php/infokes/article/view/1039> [17 Februari 2023]

Kemendes RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/PER/III/MENKES Tahun 2008 tentang Pelaksanaan Rekam Medis*. Diakses dari: <https://yankes.kemkes.go.id> [20 Februari 2023]

Kemendes RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Diakses dari: <https://yankes.kemkes.go.id> [20 Februari 2023]

Sari, D., Maisharoh., & Yusmita. (2021) Analisis Fishbone Faktor Penghambat Belum Terlaksananya Pemusnahan Dokumen Rekam Medis di Rsi Ibnu Sina Padang.



Ensiklopedia of Journal, 3 (5), 67-71.
Diakses dari :
<https://jurnal.ensiklopediaku.org/ojs-2.4.8/3/index.php/ensiklopedia/article/view/865/pdf> [17 Februari 2023]





Analisis Indikator Nilai Bed Occupancy Rate (BOR) Guna Menunjang Kualitas Pelayanan

(Studi Kasus: Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung, Periode
Triwulan I Tahun 2023)

Atika Febrianti¹, Encep Yayat², Agus Hermawan³

^{1, 2} Politeknik Kesehatan YBA Bandung, Bandung

³ Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung, Bandung

¹ atikafebrianti76@gmail.com

² encepyayat16@gmail.com

³ medrec.rsbsa@gmail.com

Abstract

The problem: Bed Occupancy Rate (BOR) is one indicator of hospitalization that can affect the utilization rate of service facilities, the quality of hospital services, and the level of hospital service efficiency. In the preliminary study the value of BOR at Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung Hospital is 42%. **The aim of this study:** This study aims to identify BOR values that have not achieved the ideal standard (60-85%) in the Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung Hospital. **Research Method:** To answer the formulation of the problem above, the research method used is a qualitative method with a descriptive research design, as well as with the population in the form of Daily Inpatient Census data (SHRI) in the month January-March 2023 (Quarter I) and is carried out by total sampling. **The results:** The Calculation of BOR at Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung Hospital refers to the Departemen Kesehatan Republik Indonesia's (Depkes RI) formula. According to the results of the study, the BOR's value obtained from Quarter I has not reached the ideal standard, which 45% on January 2023, 45% on February 2023, and 47% on March 2023.

Keywords : BOR, Ideal, Inpatients

ABSTRAK

Masalah: Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan salah satu indikator rawat inap yang dapat berpengaruh terhadap tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, kualitas layanan, dan tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit. Dalam studi pendahuluan diketahui bahwa nilai BOR pada Bulan Juli Tahun 2022 yaitu sebesar 42 % artinya nilai BOR belum mencapai standar ideal yang telah ditetapkan (60-85%). **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi nilai BOR yang belum mencapai standar ideal, mengidentifikasi faktor penyebab nilai BOR belum ideal dan mengidentifikasi upaya yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit untuk meningkatkan nilai BOR di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung. **Metode:** Untuk menjawab rumusan masalah tersebut, maka metode penelitian yaitu dengan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif, dan populasi berupa data Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) pada bulan Januari-Maret 2023 (Triwulan I) yang dilakukan dengan *total sampling*. **Hasil:** Dalam perhitungan nilai Indikator BOR di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung mengacu pada rumus Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). Berdasarkan hasil penelitian diperoleh nilai BOR selama Triwulan I belum mencapai standar ideal yang mana pada bulan Januari 2023 sebesar 45%, Februari 2023 sebesar 45%, dan bulan Maret 2023 sebesar 47 %.



Kata Kunci : BOR, Ideal, Pasien Rawat Inap

PENDAHULUAN

Data statistik merupakan sumber data yang digunakan untuk menunjang pelaksanaan rumah sakit. Data rekam medis menjadi sumber untuk perhitungan statistik di rumah sakit, sebagai informasi kesehatan yang digunakan untuk memperoleh kapasitas bagi praktisi kesehatan, manajemen dan tenaga medis dalam pengambilan keputusan. Hubungan antara statistik rumah sakit dengan rekam medis sangat erat karena statistik melibatkan pelaporan rumah sakit dan rekam medis, selain memberikan pelayanan langsung kepada pasien bagian rekam medis juga berperan penting dalam memberikan data atau informasi tentang kegiatan pelayanan di rumah sakit, data yang dihasilkan oleh unit rekam medis dapat digunakan untuk pengolahan data, yang selanjutnya dapat digunakan untuk menyusun pelaporan rumah sakit (Rano, 2010).

Data statistik dapat digunakan untuk menghitung berbagai macam indikator pelayanan kesehatan, salah satunya yaitu statistik rawat inap berupa indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR). Indikator BOR pada pelayanan rumah sakit bersumber dari rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) yang dilakukan guna menghitung persentase hunian Tempat Tidur (TT). Analisis BOR bagi rumah sakit sangatlah berperan penting terutama dalam hal meninjau aktivitas penggunaan tempat tidur untuk merencanakan pengembangannya. Indikator BOR juga memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit serta sebagai tolak ukur keberhasilan rumah sakit dapat ditinjau dari segi finansial dan non finansial. Tolak ukur non

finansial untuk rawat inap yang aktual digunakan adalah pengukuran efisiensi pemanfaatan tempat tidur dengan indikator BOR.

Pada survei awal yang telah dilakukan, didapatkan bahwa berdasarkan pada data statistik pada Bulan Juli Tahun 2022 di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung dinyatakan bahwa nilai BOR pada Bulan Juli Tahun 2022 adalah senilai 42% artinya persentase nilai BOR tersebut belum mencapai standar ideal, yang mana nilai ideal untuk BOR mengacu kepada Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) adalah 60%-85%.

Di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat II Sartika Asih Bandung angka BOR yang mencapai ideal berperan sangatlah penting karena dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, kualitas layanan rumah sakit, dan tingkat efisiensi pelayanan rumah sakit. Maka dari itu, peneliti setuju dengan pendapat (Sudra, 2010) yang menyatakan bahwa perlu adanya nilai ideal BOR guna menyeimbangkan suatu kualitas medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien, dan aspek pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit. Peningkatan BOR yang terlalu tinggi dinilai kurang baik karena dapat menurunkan kualitas kinerja tim medis dan menurunkan kepuasan serta keselamatan pasien. Di sisi lain, semakin rendah BOR juga sama dinilai kurang baik karena semakin sedikit Tempat Tidur (TT) yang digunakan untuk merawat pasien dibandingkan dengan Tempat Tidur (TT) yang telah disediakan, maka dari itu nilai BOR yang disarankan adalah nilai BOR yang ideal. Jadi, nilai BOR yang



ideal sangatlah memiliki peranan penting bagi suatu rumah sakit termasuk di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat II

Sartika Asih Bandung guna menunjang kualitas pelayanan.

METODE

Dalam penelitian ini, metode penelitian yang digunakan berupa pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif yang mana dilakukan untuk menggambarkan fenomena yang terjadi dalam lapangan secara faktual tanpa membuat hipotesa. Populasi pada penelitian ini berupa data rekapitulasi sensus harian rawat inap semua ruangan selama Triwulan I (Januari-Maret) tahun 2023 dengan *total sampling* di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat II Sartika Asih Bandung. Dalam teknik dan instrumen pengumpulan data, penulis menggunakan wawancara terhadap Informan penelitian yaitu Kepala Instalasi Rekam Medis dan Petugas Pelaporan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat II Sartika Asih Bandung dan dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara langsung menggunakan pedoman wawancara yang sebelumnya disetujui narasumber, observasi dengan melakukan pengamatan langsung terhadap objek penelitian (data sensus harian pasien rawat inap) dan studi kepustakaan. Analisis data adalah dengan deskriptif analitik yaitu dengan melakukan penelitian sekaligus menganalisisnya agar mendapatkan gambaran atau deskriptif sesuai dengan fenomena atau kenyataan yang ada secara objektif (Sugiyono, 2011).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) guna menunjang kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung Periode

Triwulan I Tahun 2023 maka peneliti memaparkan antara lain:

Dalam penelitian ini, diketahui bahwa perhitungan statistik di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung termasuk perhitungan indikator BOR sudah memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) tersendiri yang tercakup pada Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelaporan Rekam Medis Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung tertera dalam No. Dokumen: SPO/RM/09/IV/2021, pada halaman: 1/5, dan diterbitkan pada tanggal 05 April Tahun 2021. Pelaporan rekam medis Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung adalah penyerahan data kegiatan dalam bentuk satu buku laporan sesuai jadwal yang telah ditentukan yang bertujuan agar mampu menunjang indikator atau parameter yang handal untuk mendorong keberhasilan visi pengembangan kesehatan, dan dapat menghasilkan laporan intern (XKR) dan ekstern Laporan SIRS VI secara cepat, tepat, dan akurat.

Data rekapitulasi Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) menjadi objek penelitian dalam penelitian ini, yang berasal dari setiap ruangan perawatan pasien rawat inap. Prosedur pengumpulan Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung pada Tahun 2023 dilakukan dengan dua cara yaitu secara manual dan juga dengan cara komputerisasi.

Pengumpulan SHRI secara manual di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika



Asih Bandung dilakukan dengan menggunakan metode MOD (*Management On Duty*) dimana data SHRI dilaporkan oleh setiap Kepala Ruang secara manual kepada Petugas Rekam Medis di bagian Pelaporan. Dalam pengumpulan sensus harian rawat inap tersebut dilakukan dengan menggunakan media *WhatsApp (WhatsApp Group)* yang kemudian data yang diperoleh tersebut akan direkapitulasi oleh Petugas Pelaporan Rekam Medis dan menjadi data untuk Laporan Data Rekap Bulanan, Triwulan, Semester dan Tahunan yang mana salah satunya terdapat perhitungan indikator BOR. Sedangkan pada pengumpulan data SHRI secara komputerisasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung dilakukan dengan menggunakan aplikasi bernama Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (*SIMRS Transmedic*). Di dalam aplikasi tersebut sudah tercantum fitur Sensus Harian Rawat Inap. Untuk mengidentifikasi nilai indikator BOR yaitu dilakukan dengan cara melakukan rekapitulasi terlebih dahulu untuk Jumlah Hari Perawatan dan juga Jumlah Tempat Tidur yang terdapat dalam fitur aplikasi *SIMRS Transmedic* tersebut. Fitur Sensus Harian Rawat Inap (SHRI) yang disediakan oleh *SIMRS Transmedic* sangatlah mempermudah Petugas Rekam Medis di bagian Pelaporan, salah satunya untuk mengetahui manajemen tempat tidur untuk kebutuhan rawat inap pasien. Selain itu, dengan adanya fitur Sensus Harian Rawat Inap yang disediakan oleh *SIMRS Transmedic* juga dapat membuat informasi selalu *up to date*.

Adapun ruang perawatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung diantaranya yaitu ruangan Sartika, Lodaya, LLB, Fajar, Bhayangkara, Kebidanan, ICU/ HCU,

Anak, Perinatalogi, Tahanan, Isolasi Wisma, GWC, dan PICU/NICU.

Table 1 Jumlah Tempat Tidur (TT) pada Setiap Ruang di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung

No	Ruang Perawatan	ΣTT
1	SARTIKA	19
2	LODAYA	30
3	LLB	20
4	FAJAR	34
5	BHAYANGKARA	17
6	KEBIDANAN	9
7	ICU/HCU	11
8	ANAK	20
9	PERINATALOGI	18
10	TAHANAN	4
11	ISOLASI WISMA	20
12	GWC	6
13	PICU/NICU	9
Total		217

Table 2 Jumlah Hari Perawatan (HP) Periode Bulan Januari-Maret Tahun 2023 (Triwulan I) Tahun 2023 di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung

No	Ruang Perawatan	ΣHP		
		Jan	Feb	Mar
1	Sartika	342	273	399
2	Lodaya	350	246	349
3	Llb	450	347	402
4	Fajar	611	615	631
5	Bhayangkara	251	316	240
6	Kebidanan	228	181	267
7	Icu/Hcu	213	211	238
8	Anak	254	357	306
9	Perinatalogi	188	108	193
10	Tahanan	10	23	35
11	Isolasi Wisma	26	9	36
12	Gwc	70	51	62
13	Picu/Nicu	4	6	18
Total		2997	2743	3176

Setelah diperoleh jumlah hari perawatan dan jumlah tempat tidur dari kedua tabel di atas maka dapat dilakukan perhitungan nilai indikator BOR. Di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung mengacu pada aturan



Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) maka perhitungannya adalah sebagai berikut:

Table 3 Hasil Perhitungan BOR Periode Bulan Januari-Maret Tahun 2023 (Triwulan I) Tahun 2023 di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung

Periode (Triwulan I)	Perhitungan dengan Rumus Depkes RI	Nilai BOR (%)
Januari	$\text{BOR} = \frac{\sum \text{HP}}{\sum \text{TTx hr}} \times 100\%$ $\text{BOR} = \frac{2997}{217 \times 31} \times 100\%$ $= 44,55 \%$ $\rightarrow 45 \%$	45 %
Februari	$\text{BOR} = \frac{\sum \text{HP}}{\sum \text{TTx hr}} \times 100\%$ $\text{BOR} = \frac{2743}{217 \times 28} \times 100\%$ $= 45,14 \%$ $\rightarrow 45 \%$	45 %
Maret	$\text{BOR} = \frac{\sum \text{HP}}{\sum \text{TTx hr}} \times 100\%$ $\text{BOR} = \frac{3176}{217 \times 31} \times 100\%$ $= 47,21 \%$ $\rightarrow 47 \%$	47 %

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, maka nilai indikator BOR selama Triwulan I di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung yaitu sebesar 45% pada bulan Januari dan Februari 2023, serta 47 % pada bulan Maret 2023 artinya nilai tersebut masih belum mencapai standar ideal Depkes RI (60%-85%). Jika melihat hasil perhitungan yang diperoleh pada saat observasi awal yaitu pada bulan Juli tahun 2022 sebesar 42% nilai Indikator BOR masih belum mencapai standar ideal yang telah ditetapkan.

Nilai BOR yang rendah tersebut di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung dipengaruhi oleh jumlah

kunjungan pasien rawat inap yang masih tergolong rendah. Hal tersebut mempengaruhi faktor ekonomi atau finansial rumah sakit tersebut yang mana masih terdapat tempat tidur yang penggunaannya belum maksimal sehingga di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung terus dilakukan perbaikan bahkan penambahan fasilitas guna menunjang kualitas pelayanan.

Kualitas pelayanan merupakan salah satu hal yang sangat penting dalam mempengaruhi nilai BOR di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa guna meningkatkan nilai BOR guna menunjang kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung yaitu dengan dilakukannya peningkatan kualitas pelayanan yang berorientasi kepada patient (*patient centered*), pelayanan yang tepat waktu (*timeliness*), dan pelayanan yang efektif dan efisien (*effective and efficient*).

1. Hubungan antara pelayanan yang berorientasi pada pasien (*patient centered*) guna meningkatkan kualitas pelayanan

Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung selalu berorientasi pada pasien (*patient centered*), berdasarkan hasil wawancara dengan Ka Instalasi Rekam Medis penyediaan fasilitas yang kurang mumpuni merupakan hal yang akan berpengaruh dalam kualitas pelayanan, maka saat ini terus dilakukan perbaikan-perbaikan bahkan penambahan fasilitas di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung agar saat pasien datang berobat merasa nyaman dari segi sarana dan prasarana yang tersedia.



2. Hubungan antara pelayanan yang tepat waktu (*timeliness*) guna meningkatkan kualitas pelayanan Selain berorientasi pada pasien (*patient centered*) dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung dilakukan penjadwalan dokter yang tepat waktu (*timeliness*) just-in-time dan akurat guna kepuasan pasien yang merupakan salah satu wujud nyata peningkatan kualitas pelayanan. Pelayanan yang sangat lama, bertele-tele, antrean yang panjang bukan hanya memberikan efek kualitas pelayanan pada para pasien melainkan juga memberikan efek buruk bagi keselamatan pasien, maka dari itu pelayanan yang tepat waktu merupakan salah satu hal yang diutamakan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung.
 3. Hubungan antara pelayanan yang efektif dan efisien (*effective and efficient*) guna meningkatkan kualitas pelayanan Dan dalam meningkatkan kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung juga menerapkan pelayanan yang dituntut untuk lebih efektif dan efisien. Pelayanan efektif seperti para petugas di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung mengerjakan tugasnya harus dengan benar sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) di rumah sakit tersebut. Pelayanan yang efisien berarti menghindari segala pemborosan dalam menyediakan alat, mengurangi masa rawat inap, serta mengurangi pemeriksaan diagnostik dan terapi yang tidak perlu, setiap dokter di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung harus menyeleksi kasus-kasus yang memang memerlukan rawat inap berdasarkan penilaian kriteria klinis, efisiensi dalam penggunaan sumber daya yang ada, dan efisiensi dalam lama masa rawat inap.
- Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi nilai BOR belum mencapai standar ideal yaitu karena saat ini di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung mengalami perubahan tipe rumah sakit yaitu dari tipe C ke tipe B. Adanya perubahan tipe rumah sakit tersebut berpengaruh salah satunya terhadap indikator BOR. Sehingga pasien yang di rawat inap lebih banyak berasal dari Instansi Gawat Darurat (IGD) sementara pasien yang berasal dari poliklinik atau pasien rawat jalan karena Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung saat ini sudah tipe B, pasien harus berjenjang mulai dari tipe C terlebih dahulu. Berbeda saat Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung masih tipe C jumlah pasien rawat inap lebih banyak dibandingkan saat sudah tipe B saat ini. Maka dari itu, hal tersebut berpengaruh terhadap jumlah pasien rawat inap yang kemudian berpengaruh juga terhadap nilai BOR. Selain itu, nilai BOR yang belum mencapai standar ideal di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung yaitu disebabkan karena masih terdapat pengaruh dari pengalihan Tempat Tidur (TT) saat masa pandemi *Coronavirus Disease (COVID-19)*. Jika biasanya tempat tidur yang diperuntukkan untuk umum secara global yang mana ketika ada pasien umum saat sebelum pandemi COVID-19 pasien akan digeserkan ke tempat tidur tersebut tetapi karena tempat tidur sebagian dialokasikan untuk pasien COVID-19 maka dari itu pasien umum tidak dapat menempatinnya. Kemudian selanjutnya menyebabkan pasien umum menjadi



dirujuk ke rumah sakit lain yang secara otomatis hal tersebut berpengaruh terhadap jumlah pasien yang menurun sehingga tempat tidur tidak terisi.

Maka dari itu, terdapat upaya-upaya yang telah dilaksanakan untuk meningkatkan nilai indikator BOR untuk mencapai standar ideal guna menunjang kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih seperti menyediakan data rekam medis yang berkualitas guna menjadi pertimbangan saat pengambilan keputusan serta dilakukannya sosialisasi mengenai peningkatan kualitas pelayanan kepada petugas-petugas khususnya yang berkaitan erat dengan pelayanan kepada pasien. Data yang berasal dari Bagian Rekam Medis tersebut digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan oleh Pimpinan Rumah Sakit sebagai upaya meningkatkan nilai indikator BOR yang memuaskan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih.

Menurut penelitian yang telah dilaksanakan oleh Nurul (2020) di RSUD Waru Kabupaten Pamekasan, menyatakan bahwa pasca pandemi COVID-19 merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap nilai BOR yang rendah. Dan penelitian lain oleh Misnati, dkk (2021) di RSIJ Cempaka Putih, menyatakan bahwa nilai BOR yang rendah mempengaruhi kualitas pelayanan. Seperti halnya yang terjadi di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung bahwasannya nilai BOR yang rendah dipengaruhi oleh kualitas pelayanan, maka dari itu di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung terus dilakukan perbaikan bahkan penambahan fasilitas agar saat pasien datang berobat merasa nyaman dari segi sarana dan prasarana yang tersedia.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit BhayangkaraTk. II Sartika Asih Bandung dapat disimpulkan bahwa nilai indikator BOR selama bulan Januari-Maret 2023 (Triwulan I) di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung yaitu masih belum mencapai standar ideal Depkes RI (60%-85%). Hal tersebut dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu karena adanya perubahan tipe rumah sakit dari tipe C ke tipe B dan juga terdapat pengaruh dari pengalihan Tempat Tidur (TT) pada saat masa pandemi *Coronavirus Disease* (COVID-19). Adapun dalam upaya meningkatkan BOR untuk mencapai standar ideal guna menunjang kualitas pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih telah dilaksanakan upaya-upaya seperti menyediakan data rekam medis yang berkualitas untuk menjadi pertimbangan saat pengambilan keputusan serta melakukan sosialisasi mengenai peningkatan kualitas pelayanan.

Adapun saran yang peneliti ajukan berdasarkan kesimpulan di atas mengenai hasil penelitian di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung, yaitu dalam upaya meningkatkan nilai BOR, peneliti mencoba menghitung kebutuhan Jumlah Tempat Tidur (TT) yang dibutuhkan agar nilai BOR mencapai standar ideal 60% - 80 %, sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{BOR} &= \frac{\sum \text{HP}}{\sum \text{TT} \times \text{hr}} \times 100 \% \\ 60 \% &= \frac{2997}{\sum \text{TT} \times 31} \times 100 \% \\ \sum \text{TT} &= \frac{2997}{60\% \times 31} \times 100 \% \\ \sum \text{TT} &= 161 \end{aligned}$$



Menurut perhitungan di atas Jumlah Tempat Tidur (TT) yang disarankan menurut perhitungan adalah 161 tempat tidur, sementara Jumlah Tempat Tidur (TT) yang tersedia di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung yaitu 217 tempat tidur. Namun, dengan adanya perubahan tipe rumah sakit menjadi tipe B maka Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung tidak bisa mengurangi Jumlah Tempat Tidur (TT) karena syarat untuk rumah sakit tipe B adalah jumlah tempat tidur minimal sebanyak 200 unit. Maka dari itu, sehubungan dengan hal tersebut rumah sakit tidak dapat mengurangi jumlah tempat tidur sementara itu agar penggunaan tempat tidur tetap mencapai ideal, sebaiknya rumah sakit melakukan upaya lain seperti meningkatkan kualitas pelayanan dengan cara memperbaiki fasilitas ataupun menambah fasilitas yang berkaitan dengan pelayanan pasien guna memberikan pasien kenyamanan saat berobat ke Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung.

Selain itu, saran yang peneliti ajukan yaitu dengan mensosialisasikan terhadap pihak-pihak terkait bahwa pentingnya nilai BOR yang mencapai ideal. Hal tersebut dianggap penting karena BOR dapat diaplikasikan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, kualitas layanan rumah sakit, serta efisiensi pelayanan rumah sakit sehingga dapat berguna dalam menyeimbangkan suatu kualitas medis, kepuasan pasien, keselamatan pasien, serta aspek ekonomi (pendapatan bagi pihak rumah sakit). Dan dengan meningkatkan penyebaran informasi mengenai fasilitas juga kemampuan Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung ke berbagai Fasilitas Kesehatan dan masyarakat agar menarik minat pasien dalam melakukan

pengobatannya sehingga memilih di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji serta syukur peneliti ucapkan kepada Allah, SWT., Alhamdulillah atas rahmat dan ridho yang Allah berikan, Artikel Ilmiah saya dengan judul "Analisis Indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) Pasien Rawat Inap Guna Menunjang Kualitas Pelayanan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung Tahun 2023" dapat diselesaikan.

Penyusunan Artikel Ilmiah ini dapat selesai berkat do'a, motivasi serta bimbingan dari semua pihak, maka dalam kesempatan ini penulis bermaksud untuk menyampaikan ucapan terimakasih dan mungkin jika ada kata yang lebih dalam maknanya dari kata terimakasih, maka kata tersebutlah yang patut saya ucapkan kepada Bapak Encep Yayat, S.Sos., M.Mkes sebagai pembimbing yang senantiasa meluangkan waktu, tenaga serta pikirannya dalam membimbing peneliti, serta Ka Instalasi Rekam Medis yaitu Bapak Agus Hermawan, Amd. PK., S.Tr. T., M.MRS dan Ibu Evi Susanti, Amd. RMIK sebagai Petugas Pelaporan yang senantiasa membimbing peneliti saat melakukan observasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. II Sartika Asih Bandung.

Dalam proses penyusunan Artikel Ilmiah ini peneliti mengalami hambatan dan kesulitan yang dialami peneliti dan tentunya dapat peneliti lewati berkat bantuan serta dukungan oleh semua pihak. Penyusunan laporan ini sudah peneliti lakukan secara maksimal, namun peneliti menyadari bahwa banyaknya kekurangan maka dari itu saran dan kritikan merupakan kehormatan bagi peneliti. Di samping hal-hal tersebut, peneliti berharap bahwa penelitian ini



dapat berguna dalam memperkaya sumbangan pemikiran serta dapat digunakan sebagai referensi bagi peminat pada topik sama serta dapat berguna sebagai pemantapan atas teori tertentu.

Bandung, 21 Juni 2023

(Atika Febrianti)

DAFTAR PUSTAKA

Sudra, Rano Indradi (2010). *Statistik Rumah Sakit*. Yogyakarta: GRHA ILMU.

Rustiyanto, E. (2010). *Statistik Rumah Sakit untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: GRHA ILMU.

Sugiyono (2013) . *Metode Penelitian*. Jakarta: PPSDM Kesehatan

Anggrani A, W. S. (2006). *Mengasuh Keterampilan Menulis Ilmiah di Perguruan Tinggi* . Yogyakarta: GRHA ILMU.

Indonesia, U. P. (2013). *Pedoman Karya Ilmiah*. Bandung.

Depkes RI. (2005) Indikator Kinerja Rumah Sakit. Depkes RI

Jannah, A. (2016). Analisis penilaian efisiensi penggunaan tempat tidur ruang

rawat inap RSUD tipe B di Kota Makassar Tahun 2006. Skripsi.

Marthen, Y. S. (2020). Analisis Hubynan Pelayanan Rawat Inap dengan Bed Occupancy Rate (BOR). *Literature Review*, 3.

Misniati. (2021). Analisis Kualitas Pelayanan terhadap Peningkatan BOR Selama Pandemi di Rawat Inap Non-Covid RSIJ Cempaka Putih . *Jurnal Kesehatan Masyarakat Muhammadiyah*, 73.

Muslimin, M. d. (2022). Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien pada Rumah Sakit Umum Kota Cilegon.

S., N. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan* . Jakarta: Rineka Cipta.

Yuniawati, h. R. (2020). Analisis efisiensi nilai BOR pada masa pandemi covid-19 periode triwulan 4 tahun 2020. *jurnal wiyata*, 116.

Hatta, G. (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di sarana pelayanan kesehatan*. Jakarta: UI-Press.



Pengembangan Prototipe Sistem Informasi Surveilans *Hospital Acquired Infections* (HAIs) berbasis *District Health Information Software 2* (DHIS2)

Nida Nur Aulia Muslim¹, Marko Ferdian Salim²

¹Instalasi Rekam Medis, RSUD Cicalengka, Kabupaten Bandung, Indonesia

Email: ²aulianida7@gmail.com

²Manajemen Informasi Kesehatan, UGM, Yogyakarta, Indonesia

Email: ²markoferdiansalim@mail.ugm.ac.id

Abstract

Introduction: Hospital-acquired infections (HAIs) are serious concern because they significantly increase mortality and healthcare costs. Integrated HAI surveillance data management is needed so that hospitals obtain credible infection rate baseline data for early warning to prevent infection incidents. The current system needs to be updated to handle integrated HAIs data management. Objective: To design a DHIS2-based HAIs surveillance system prototype that fulfills the requirements. Methods: Research and development by applying the Rapid Application Development (RAD) prototyping model. The research was conducted in Majalaya Hospital Bandung from March to September 2022. The research subjects are Infection Prevention and Control Nurse (IPCN) and Infection Prevention and Control Link Nurse (IPCLN). The research object is a DHIS2-based HAIs surveillance information system. Results: HAIs surveillance information system prototypes was developed through system requirements analysis, process design, metadata design, testing, and evaluation. Evaluation of menu and user interface testing shows that the system functionality is running well, and users express overall satisfaction with the menu and user interface of the system prototype. Conclusion: The system prototypes has been developed according to user requirements. Additional testing and evaluation is needed for further development beyond menus and user interfaces.

Keywords: *DHIS2, Data Integration, Prototyping, HAIs Surveillance*

Abstrak

Pendahuluan: Kejadian Hospital Acquired Infections (HAIs) termasuk isu serius karena menginisiasi peningkatan angka mortalitas dan biaya pelayanan kesehatan yang signifikan. Pengelolaan data surveilans HAIs terintegrasi diperlukan agar rumah sakit memperoleh data dasar laju infeksi yang kredibel untuk dasar peringatan dini pencegahan kejadian infeksi. Namun, sistem saat ini belum mengakomodir pengelolaan data HAIs yang terintegrasi. Tujuan: Menghasilkan prototipe sistem informasi surveilans HAIs berbasis DHIS2 yang memenuhi kebutuhan pengelolaan data surveilans HAIs. Metode: Research and development (R&D) dengan metode pengembangan software Rapid Application Development (RAD) model prototyping. Penelitian dilaksanakan di RSUD Majalaya Bandung pada bulan Maret-September 2022. Subjek penelitian adalah petugas Infection Prevention and Control Nurse (IPCN) dan Infection Prevention and Control Link Nurse (IPCLN). Objek penelitian adalah sistem



informasi surveilans HAIs berbasis DHIS2. Hasil: Rancangan prototipe sistem informasi surveilans HAIs dikembangkan melalui proses analisis kebutuhan sistem, rancangan proses sistem, rancangan metadata, pengujian, dan evaluasi. Evaluasi terhadap pengujian menu dan user interface prototipe sistem menunjukkan bahwa fungsionalitas sistem berjalan dengan baik serta pengguna menyatakan puas terhadap menu dan user interface prototipe sistem. Kesimpulan: Prototipe sistem telah dikembangkan sesuai kebutuhan pengguna. Namun pengujian dan evaluasi baru sebatas pada menu dan user interface sehingga diperlukan eksplorasi dan pengembangan lebih lanjut.

Kata kunci: DHIS2, Integrasi Data, Prototyping, Surveilans HAIs

PENDAHULUAN

Hospital Acquired Infections (HAIs) termasuk masalah serius karena menginisiasi peningkatan angka mortalitas dan biaya pelayanan kesehatan yang signifikan (World Health Organization, 2015). Di Amerika Serikat, angka mortalitas akibat HAIs mencapai 1% dengan total biaya penanganan mencapai 4,5 miliar dolar per tahun (Bedoya et al., 2017). Publikasi survei *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) terhadap 11.282 pasien dari 183 rumah sakit di Amerika Serikat pada tahun 2014, menyebutkan bahwa sekitar 4% pasien rawat inap mengalami kejadian HAIs (Haque et al., 2018).

Di negara berkembang, prevalensi HAIs sebesar 10,1%, atau dapat dikatakan bahwa setiap 100 pasien rawat inap pada waktu tertentu, setidaknya ada 10 pasien yang mengalami HAIs (World Health Organization, 2015).

Surveilans HAIs merupakan kegiatan mengumpulkan, mengidentifikasi, menganalisa data kejadian di populasi rumah sakit dan mendiseminasikan hasilnya kepada stakeholder secara komprehensif dan kontinu (Direktorat Bina Upaya Kesehatan, 2011). Kegiatan ini bertujuan agar pihak rumah sakit memiliki data dasar laju infeksi yang kredibel untuk dijadikan dasar peringatan dini sekaligus pencegahan kejadian infeksi.

Penelitian ini difokuskan di RS kelas B Pendidikan milik pemerintah daerah kabupaten Bandung. Menurut Tjahyadi (2021) RS Pendidikan dituntut mempunyai mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi daripada RS Non Pendidikan. Berdasarkan observasi pada Februari 2022, RSUD Majalaya telah menyelenggarakan dan mengelola data surveilans HAIs secara rutin. Kelemahan dari pelaksanaan saat ini yaitu sistem informasi yang tersedia belum mengakomodir pengelolaan data terintegrasi.

Penelitian ini mengembangkan prototipe berbasis *District Health Information Software 2* (DHIS2). DHIS2 dipilih karena merupakan *platform open source* yang menawarkan data warehouse terintegrasi, mulai proses pengumpulan, pengolahan, analisis, hingga penyajian (Saputro & Lazuardi, 2019). Selain itu, DHIS2 memiliki fleksibilitas yang tinggi untuk dikonfigurasi dan dikostumisasi lebih lanjut oleh pengembang tanpa kemampuan pemrograman *high code*. DHIS2 telah digunakan untuk mengembangkan program pengelolaan data Kesehatan di masyarakat dan instansi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk mengembangkan sistem informasi surveilans HAIs dengan memanfaatkan platform DHIS2.



Tujuan penelitian ini menghasilkan prototipe sistem informasi surveilans HAls berbasis DHIS2 yang mampu memenuhi kebutuhan pengelolaan data surveilans HAls di RSUD Majalaya.

METODE

Research and Development (R&D) dengan model pendekatan prototyping Rapid Application Development (RAD). RAD adalah siklus hidup pengembangan software yang dibuat untuk menghasilkan produk lebih cepat dan berkualitas daripada *system development life cycle* (Daud et al., 2010).

Tahapan penelitian ini terdiri dari analisis kebutuhan sistem, perancangan proses sistem, perancangan metadata sistem, pengujian, dan evaluasi prototipe sistem yang dilakukan di RSUD Majalaya pada bulan Maret hingga September 2022.

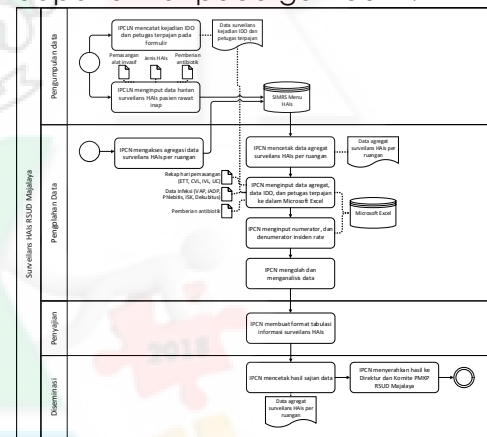
Pengumpulan data untuk tahap analisis kebutuhan sistem melalui telaah dokumen dan wawancara mendalam dengan petugas *Infection Prevention and Control Nurse (IPCN)* dan *Infection Prevention and Control Link Nurse (IPCLN)*. Validasi data melalui triangulasi sumber data. Evaluasi penelitian ini dilakukan menggunakan *Post-Study Usability Questionnaire (PSSUQ)*. Karena waktu penelitian yang terbatas, tahap pengujian dan evaluasi dibatasi pada fungsi menu dan tampilan antarmuka pengguna.

Protokol penelitian ini telah disetujui dan diterbitkan oleh komite etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan (FKKMK) Universitas Gadjah Mada (Ref: KE-FK-0534-EC-2022).

HASIL

1. Analisis Kebutuhan Sistem

Tahap penilaian kebutuhan penelitian ini terdiri dari analisis bisnis proses dan analisis kebutuhan pengguna. Berdasarkan observasi, bisnis proses surveilans HAls di RSUD Majalaya meliputi kegiatan pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data, dan diseminasi informasi. Bisnis proses pengelolaan data surveilans HAls dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1 Bisnis Proses

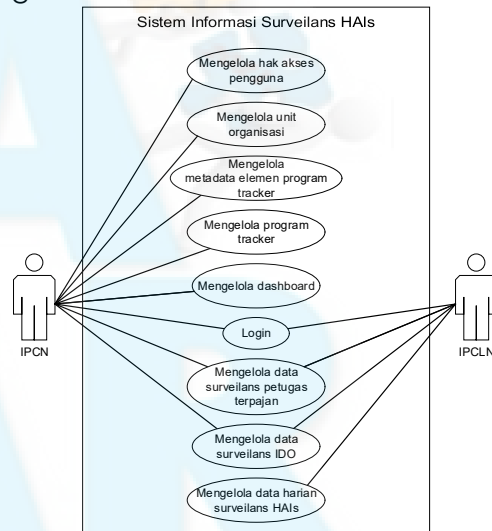
Garasi data antar aktivitas dalam pengelolaan data surveilans HAls belum terpadu. Sistem yang ada sebatas memfasilitasi pencatatan data surveilans harian seperti Infeksi Saluran Kemih (ISK), Infeksi Aliran Darah Primer (IADP), Phlebitis, dan *Ventilator Associated Pneumonia (VAP)*. Pencatatan kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) dan Kejadian Petugas Terpapar masih menggunakan formulir manual. Selanjutnya mengidentifikasi data masukan melalui telaah dokumen terhadap Formulir Surveilans HAls, Form Surveilans IDO, Form Surveilans Petugas Terpapar. Kebutuhan data masukan dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1 Kebutuhan data masukan

No	Jenis data masukan	Item data
1	Identitas pasien	a. Nomor rekam medis



No	Jenis data masukan	Item data	No	Jenis data masukan	Item data
2	Data kunjungan	b. Nama pasien c. Jenis kelamin d. Tanggal lahir a. Tanggal masuk b. Ruang perawatan c. Diagnosis	8	Identitas petugas terpajan	h. Nama perawat i. Nama perawat anestesi a. Nama petugas b. Unit kerja c. Atasan langsung petugas
3	Data harian	a. Pemasangan alat invasive b. Jenis HAls c. Penggunaan antibiotik	2.	Rancangan Proses Sistem	
4	Surveilans IADP&Phlebitis	a. Jenis jalur intravaskuler b. Tujuan c. Lokasi pemasangan d. Lama pemasangan e. Tanda gejala f. Hasil laboratorium	<p>Tahap selanjutnya yaitu merancang proses sistem dengan menggunakan pemodelan fungsional melalui <i>use case diagram</i> dan <i>activity diagram</i>. <i>Use case diagram</i> prototipe sistem ini terdiri dari 2 aktor dan sembilan case. <i>Use case diagram</i> sistem informasi surveilans HAls dapat dilihat pada gambar 2.</p>		
5	Surveilans Infeksi Saluran Kemih (ISK)	a. Jenis kateter urin b. Lama pemasangan c. Tanda gejala d. Hasil laboratorium			
6	Surveilans Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	a. Nomor ventilator b. Lama pemasangan c. Tanda gejala d. SpO ₂ e. PaO ₂ / FiO ₂ f. Hasil laboratorium			
7	Surveilans IDO	a. Nama operasi b. Sifat operasi c. Kategorik operasi d. Skor ASA e. Nomor kamar operasi f. Nama dokter operator g. Nama dokter anestesi			



Gambar 2 Use Case Diagram

Penelitian ini menghasilkan *activity diagram* sejumlah case pada *use case diagram*.

3. Rancangan Metadata

Metadata DHIS2 yang dirancang pada penelitian ini mencakup unit



organisasi, *option set*, *data element* dan *program rules*.

Metadata unit organisasi sebagai lokasi data terdiri dari dua level yaitu Rumah sakit sebagai induk agregasi data dan Bangsal/ruang perawatan sebagai sub level dibawahnya mencakup bangsal Alamanda (Bedah, Neuro, Pediatri, Perina, Obgyn), bangsal Melati, bangsal Anggrek, bangsal Dahlia, bangsal Cempaka, bangsal Anyelir, bangsal Kemuning, dan bangsal Aster.

Metadata *data element* program surveilans HAIs dapat dilihat pada tabel 2 berikut.

Tabel 2 Metadata Data Element

No	Data Element	Tipe
1	dataHarianAntibiotik	Text
2	dataHarianCVL	Yes/No
3	dataHarianDekubitus	Yes/No
4	dataHarianETT	Yes/No
5	dataHarianCLABSI	Yes/No
6	dataHarianUTI	Yes/No
7	dataHarianIVL	Yes/No
8	dataHarianPhlebitis	Yes/No
9	dataHarianUC	Yes/No
10	dataHarianVAP	Yes/No
11	CLABSI_hasilTesLab	File
12	CLABSI_jenisJalur	Text
13	CLABSI_lamaPemasangan	Number
14	CLABSI_lokasiPemasangan	Text
15	CLABSI_tesLab	Yes/No
16	CLABSI_tgApnea	Yes/No
17	CLABSI_tgDemam	Yes/No
18	CLABSI_tgNadi	Yes/No
19	CLABSI_tglTesLab	Date
20	CLABSI_tujuan	Text
21	Phlebitis_tgBengkak	Yes/No
22	Phlebitis_tgDemam	Yes/No
23	Phlebitis_tgMerah	Yes/No
24	Phlebitis_tgNyeri	Yes/No
25	Phlebitis_tgVenaKeras	Yes/No
26	UTI_hasilTesLab	File
27	UTI_lamaPemasangan	Number
28	UTI_tesLab	Yes/No
29	UTI_tgApnea	Yes/No
30	UTI_tgDemam	Yes/No
31	UTI_tgDisuria	Yes/No

No	Data Element	Tipe
32	UTI_tgLetargia	Yes/No
33	UTI_tgMuntah	Yes/No
34	UTI_tgNyeriSupraPubik	Yes/No
35	UTI_tglTesLab	Date
36	VAP_PaO2/FiO2	Text
37	VAP_fotoThorax	Text
38	VAP_hasilTesLab	File
39	VAP_lamaPemasangan	Number
40	VAP_noVentilator	Number
41	VAP_saturasiO2	Text
42	VAP_tesLab	Yes/No
43	VAP_tgDemam	Yes/No
44	VAP_tgDyspneu	Yes/No
45	VAP_tgSputumPurulent	Yes/No
46	VAP_tgTachypneu	Yes/No
47	VAP_tglTesLab	Date

Metadata *program rules* program surveilans HAIs dapat dilihat pada tabel 3 berikut.

Tabel 3 Metadata Program Rules

No	Program rules	Expression
1	Menyembunyikan section jenis HAIs jika LOS belum 3 hari	d2:daysBetween(event_date, enrollment_date) <= 3
2	Menyembunyikan stage bundle IADP jika data harian CVL tidak tercentang	#{dataHarianCVL} != 1
3	Menyembunyikan stage bundle Phlebitis jika data harian IVL tidak tercentang	#{dataHarianIVL} != 1
4	Menyembunyikan stage bundle ISK jika data harian UC tidak tercentang	#{dataHarianUC} != 1
5	Menyembunyikan stage bundle VAP jika data harian ETT	#{dataHarianETT} != 1



No	Program rules	Expression
	tidak tercentang	

4. Pengujian Prototipe Sistem
Prototipe sistem di-install pada virtual machine personal computer pribadi yang diakses melalui url <http://localhost:8080/dhis>. Pengujian prototipe sistem dilakukan bersama pengguna mencakup seluruh aktivitas fungsional sistem. Tampilan halaman login dapat dilihat pada gambar 3.



Gambar 3 Halaman Login

Tampilan halaman registrasi surveilans HAIs dapat dilihat pada gambar 5.



Gambar 4 Halaman Registrasi Surveilans HAIs

5. Evaluasi Prototipe Sistem
Tahapan evaluasi prototipe dilakukan dengan menyebarkan kuesioner *Post-Study System Usability Questionnaire* (PSSUQ) kepada IPCN dan IPLCN. Total 8 responden yang mengisi kuesioner penilaian terdiri dari 2 IPCN dan 6 IPLCN. Berdasarkan rekapitulasi kuesioner diperoleh informasi bahwa terdapat 100% responden yang menyatakan setuju terhadap aspek kepuasan

sistem secara keseluruhan (*overall satisfaction*). Seluruh responden puas dengan prototipe sistem informasi surveilans HAIs yang dibuat. Tidak ada responden yang menyatakan pendapat tidak setuju ataupun sangat tidak setuju terhadap butir pertanyaan kuesioner PSSUQ penelitian ini. Terdapat 89,1% responden yang menyatakan setuju dan 10,9% sangat setuju pada aspek kebermanfaatan sistem (*system usefulness*). Terdapat 87,5% responden menyatakan setuju dan 12,5% sangat setuju terhadap aspek *information quality*. Terdapat 95,8% responden menyatakan setuju dan 4,2% sangat setuju terhadap aspek *interface quality*.

PEMBAHASAN

1. Analisis Kebutuhan Sistem

Tahap analisis kebutuhan sistem penelitian ini mencakup analisis bisnis proses karena memiliki relevansi dalam meminimalkan risiko kegagalan pengembangan sistem. Dumas *et al.* (2018) mendefinisikan bisnis proses sebagai rangkaian aktivitas, kegiatan, dan poin keputusan yang saling terkait, yang melibatkan aktor dan objek secara bersama untuk menghasilkan keluaran yang bernilai. Pemahaman bisnis proses yang tepat sangat krusial bagi analisis sistem untuk mendefinisikan kebutuhan (Carvalho *et al.*, 2009).

Disintegrasi garasi data bisnis proses saat ini menimbulkan inefisiensi aktivitas pengelolaan data yang berdampak pada waktu dan beban kerja petugas. Melalui implementasi DHIS2 sebagai garasi data terintegrasi, RSUD Majalaya dapat mengoptimalkan bisnis proses surveilans HAIs melalui reduksi



aktivitas penarikan data dan penginputan ulang data oleh tim IPCN ke dalam aplikasi *Microsoft Excel*. Menurut Sanjoyo (2020) bisnis proses yang baik perlu menargetkan efisiensi, efektivitas serta kemudahan didalamnya.

Terdapat 46 item data yang dikategorikan ke dalam 9 jenis data masukan yang terdiri dari: identitas pasien (3 data), data kunjungan (3 data), data harian surveilans (3 data), surveilans IADP dan *Phlebitis* (6 data), surveilans ISK (4 data), surveilans VAP (6 data), surveilans IDO (9 data), identitas petugas terpajan (3 data), dan data kejadian petugas terpajan (9 data). Item data tersebut sudah disesuaikan mengacu pada formulir Surveilans HAIs RSUD Majalaya, formulir Surveilans IDO, formulir Surveilans Petugas Terpajan, Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit serta Standar Data Minimal atau selanjutnya disebut MDS (*Minimum Data Standards*) dari beberapa artikel penelitian. Penelitian Behnke *et al.* (2021) menyebutkan MDS surveilans HAIs yaitu memuat diagnosis, pengobatan antibiotik, identitas pasien (data demografi seperti tanggal lahir, jenis kelamin), dan data kunjungan rawat inap. IFIC (*International Federation of Infection Control*) menyebutkan MDS memuat data demografi pasien, tanggal masuk, prosedur serta pengawasan terhadap penggunaan alat invasif (Suh & Lee, 2016).

2. Rancangan Proses Sistem

Perancangan proses sistem menggunakan pemodelan fungsional membantu menspesifikasikan kebutuhan, menjembatani komunikasi, dan

memberikan bukti yang terukur untuk memantau proses pengembangan sistem (Benfell, 2021; Nuseibeh & Easterbrook, 2000). Kebutuhan pengguna dinyatakan menggunakan *use case diagram* (Tiwari & Gupta, 2015) yang terdiri dari 2 aktor dan 9 *use case*. Notasi aktor adalah representasi pengguna sistem yaitu IPCN dan IPCLN. Notasi *use case* adalah representasi fungsi-fungsi yang mampu dijalankan oleh sistem. . Dennis *et al* (2015) menyebutkan bahwa model fungsional dapat menggambarkan proses bisnis dan interaksi sistem informasi dengan lingkungannya.

3. Rancangan Metadata

Metadata dalam konteks *district health information software 2* (DHIS2) didefinisikan sebagai data tentang data (*data about data*) yang harus dikumpulkan (*data element*), dimana lokasi datanya (unit organisasi), dan seberapa sering data harus dikumpulkan (periode) (Ismanov & Ni, 2018). Metadata unit organisasi, *option sets*, *data elements*, dan *program rules* merupakan prasyarat untuk menghasilkan prototipe sistem. Model metadata dan antarmuka pengguna (*user interface*) DHIS2 yang fleksibel memungkinkan pengguna merancang isi sistem informasi sesuai kebutuhan tanpa perlu melakukan pemrograman (Walsham, 2013).

4. Pengujian Prototipe Sistem

Tahap pengujian prototipe sistem bertujuan untuk melihat hasil konfigurasi metadata sistem yang telah dirancang pada tahap sebelumnya. Pengujian prototipe dapat membantu memeriksa kelayakan sistem sebelum implementasi (Walsham, 2013).



5. Evaluasi Prototipe Sistem
Evaluasi bertujuan untuk memperoleh *feedback* dari pengguna. *Feedback* sangat penting dalam siklus informasi kesehatan karena menyajikan diskusi terbuka untuk memperoleh penyelesaian masalah (Dehnavieh et al., 2019). Tahap evaluasi prototipe ini menggunakan kuesioner *Post-Study System Usability Questionnaire* (PSSUQ) karena dapat mengidentifikasi tingkat kepuasan pengguna (*user satisfaction*) dalam menggunakan sistem berdasarkan tampilan antarmuka (*user interface*). Kuesioner PSSUQ terdiri dari 19 butir pernyataan, meliputi komponen *system usefulness* (butir 1-8), *information quality* (butir 9-15), *interface quality* (butir 16-18), dan *overall satisfaction* (butir 19) (Made Subrata et al., 2022).

SIMPULAN

Rancangan prototipe sistem yang dikembangkan sesuai hasil analisis kebutuhan dapat mengakomodir pengelolaan surveilans HAs secara terintegrasi. Item data surveilans HAs dibuat mengacu pada formulir surveilans HAs, IDO, petugas terpajan, pedoman surveilans infeksi rumah sakit, dan MDS (Standar Data Minimum). Hasil evaluasi kuesioner PSSUQ membuktikan bahwa seluruh responden setuju (kepuasan secara keseluruhan) dengan prototipe sistem informasi surveilans HAs yang dibuat.

Prototipe sistem informasi surveilans HAs berbasis DHIS2 ini diharapkan dapat menjadi *role model* bagi jaringan rumah sakit lainnya.

Rekomendasi untuk penelitian selanjutnya dapat berupa tahap pengujian dan evaluasi implementasi sistem prototipe. Selain itu, peneliti selanjutnya dapat menggali lebih jauh agar sistem informasi surveilans HAs berbasis DHIS2 dapat dikembangkan berbasis mobile dan diakses melalui *DHIS 2 Mobile Apps*.

DAFTAR PUSTAKA

- Bedoya, G., Dolinger, A., Rogo, K., Mwaura, N., Wafula, F., Coarasa, J., Goicoechea, A., & Das, J. (2017). Observations of infection prevention and control practices in primary health care, Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(7). <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179499>
- Behnke, M., Valik, J. K., Gubbels, S., Teixeira, D., Kristensen, B., Abbas, M., van Rooden, S. M., Gastmeier, P., van Mourik, M. S. M., Aspevall, O., Astagneau, P., Bonten, M. J. M., Carrara, E., Gomila-Grange, A., de Greeff, S. C., Harrison, W., Humphreys, H., Johansson, A., Koek, M. B. G., ... Tängdén, T. (2021). Information technology aspects of large-scale implementation of automated surveillance of healthcare-associated infections. *Clinical Microbiology and Infection*, 27. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.02.0>



27

Benfell, A. (2021). Modeling functional requirements using tacit knowledge: a design science research methodology informed approach. *Requirements Engineering*, 26(1), 25–42.

<https://doi.org/10.1007/s00766-020-00330-4>

Carvalho, E. A., Escovedo, T., & Melo, R. N. (2009). Using business processes in system requirements definition. *Proceedings - 33rd Annual IEEE Software Engineering Workshop, SEW-33* 2009.

<https://doi.org/10.1109/SEW.2009.8>

Daud, N. M. N., Bakar, N. A. A. A., & Rusli, H. M. (2010). Implementing Rapid Application Development (RAD) methodology in developing practical training application system. *Proceedings 2010 International Symposium on Information Technology - System Development and Application and Knowledge Society, ITSIM'10*, 3.

<https://doi.org/10.1109/ITSIM.2010.5561634>

Dehnavieh, R., Haghdoost, A. A., Khosravi, A., Hoseinabadi, F., Rahimi, H., Poursheikhali, A., Khajepour, N., Khajeh, Z., Mirshekari, N., Hasani, M., Radmerikhi, S., Haghighi, H., Mehrolhassani, M. H., Kazemi, E., &

Aghamohamadi, S. (2019). The District Health Information System (DHIS2): A literature review and meta-synthesis of its strengths and operational challenges based on the experiences of 11 countries. In *Health Information Management Journal* (Vol. 48, Issue 2). <https://doi.org/10.1177/1833358318777713>

Dennis, A., Wixom, B. H., & Tegarden, D. (2015). *System Analysis & Design An Object -Oriented Approach with UML* 5th Edition. In *Information and Software Technology*.

Direktorat Bina Upaya Kesehatan. (2011). *Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit*. In *Kementerian Kesehatan RI* (p. 73). Kementerian Kesehatan RI.

Dumas, M., La Rosa, M., Mendling, J., & Reijers, H. A. (2018). *Fundamentals of business process management: Second Edition*. In *Fundamentals of Business Process Management: Second Edition*. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56509-4>

Haque, M., Sartelli, M., McKimm, J., & Bakar, M. A. (2018). Health care-associated infections – An overview. In *Infection and Drug Resistance* (Vol. 11). <https://doi.org/10.2147/IDR.S177247>

Ismanov, Z., & Ni, I. (2018). *Patient*



- information system for specialized newborn care units in Malawi Mobile implementation of DHIS2 Tracker in neonatal hospital wards. University of Oslo.
- Lumentut, B. A., Waworuntu, O. A., & Homenta, H. (2016). Isolasi dan Identifikasi Bakteri Aerob yang Berpotensi Menyebabkan Infeksi Nosokomial di Irina E RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal E-Biomedik*, 4(1).
<https://doi.org/10.35790/ebm.4.1.2016.11051>
- Made Subrata, I., Harjana, N. P. A., Agustina, K. K., Purnama, S. G., & Kardiwinata, M. P. (2022). Designing a rabies control mobile application for a community-based rabies surveillance system during the COVID-19 pandemic in Bali, Indonesia. *Veterinary World*, 15(5), 1237–1245.
<https://doi.org/10.14202/vetworld.2022.1237-1245>
- Nuseibeh, B., & Easterbrook, S. (2000). Requirements engineering: A roadmap. *Proceedings of the Conference on the Future of Software Engineering*, ICSE 2000.
<https://doi.org/10.1145/336512.336523>
- Sanjoyo, R. (2020). *Pengembangan Reporting Dashboard Pelayanan Kalibrasi Alat Kesehatan Pada Balai Laboratorium Kesehatan dan Kalibrasi Dinas Kesehatan DIY*. Universitas Gadjah Mada.
- Saputro, N. T., & Lazuardi, L. (2019). Mengenal DHIS2: platform integrasi data. *UGM Public Health Symposium*.
- Suh, K. N., & Lee, T. B. (2016). Surveillance for Healthcare Infections, Basic Concepts of Infection Control. In *Surveillance for Healthcare Infections* (3rd ed., pp. 1–17). International Federation Of Infection Control.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/nois-sinp/survprog-eng.php>
- Tiwari, S., & Gupta, A. (2015). A systematic literature review of use case specifications research. *Information and Software Technology*, 67.
<https://doi.org/10.1016/j.infsof.2015.06.004>
- Tjahyadi, D. (2021). *Pendidikan dalama Pelayanan Kesehatan (PPK)*.
- Walsham, G. (2013). Integrated health information architecture: power to the users. *Information Technology for Development*, 19(3).
<https://doi.org/10.1080/02681102.2012.756692>
- World Health Organization. (2015). Health care-associated infections Fact sheet. *World Health Organization*.



PENERBIT:
PORMIKI Jawa Barat





Wulandari, E. W., Hastuti, E. B.,
Setiawaty, V., Sitohang, V., &
Ronoatmodjo, S. (2021). The First Intra-
Action Review of Indonesia's Response
to the COVID-19 Pandemic, August
2020. *Health Security*, 19(5).
<https://doi.org/10.1089/hs.2021.0071>

