

# PROSIDING NASIONAL SIKesNas 2022

**“STRATEGI DAN KOLABORASI DALAM  
MEMBANGUN KEMANDIRIAN KESEHATAN DI INDONESIA”**



**18 Juni 2022**

**Surakarta, Indonesia**  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS DUTA BANGSA SURAKARTA**

Organizer :



[www.sikesnas.fikes.udb.ac.id](http://www.sikesnas.fikes.udb.ac.id)



[sikesnas@udb.ac.id](mailto:sikesnas@udb.ac.id)

## PERANCANGAN FORMULIR PEMANTAUAN PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN BALITA DI POSYANDU BERBASIS ANDROID

<sup>1</sup>Arifatun Nisaa\*, <sup>2</sup>Fahmi Hakam, <sup>3</sup>Julia Pertiwi

<sup>1</sup>Prodi D3 RMIK, FKMIK, Universitas Veteran Bangun Nusantara, Email: [arifatun.nisaa@gmail.com](mailto:arifatun.nisaa@gmail.com)\*

<sup>2</sup>Prodi D3 RMIK, FKMIK, Universitas Veteran Bangun Nusantara, Email: [fahmihakam.01@gmail.com](mailto:fahmihakam.01@gmail.com)

<sup>3</sup>Prodi D3 RMIK, FKMIK, Universitas Veteran Bangun Nusantara, Email: [pertiwijulia26@gmail.com](mailto:pertiwijulia26@gmail.com)

### ABSTRAK

Kegiatan Posyandu selama ini berjalan lancar dengan adanya peran serta masyarakat. Pada keseharian Posyandu X dalam melaksanakan kegiatannya didukung oleh sebuah sistem yaitu Sistem Informasi Posyandu Kesehatan Ibu dan Anak (SIMKIA). Namun, dimasa pandemi covid-19 pelayanan pemantauan tumbuh kembang balita ditunda. Hal ini berdasarkan Panduan Pelayanan Kesehatan Balita Pada Masa Tanggap Darurat COVID-19 bagi Tenaga Kesehatan (2020), bahwa Pelayanan rutin Balita sehat mengikuti kebijakan Pemerintah yang berlaku di wilayah kerja dan mempertimbangkan transmisi lokal virus Corona yaitu dengan menunda pelayanan kesehatan balita di Posyandu, salah satunya adalah Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dilakukan mandiri di rumah dengan Buku KIA. Oleh karena itu, Penelitian ini bertujuan untuk memaparkan sebuah aplikasi yang dapat membantu dan mempermudah kader dan bidan dalam melakukan pencatatan data tumbuh kembang balita di Posyandu selama masa Pandemi Covid-19. Metode Penelitian: penelitian ini adalah penelitian Pengembangan atau Research and Development (R&D). Hasil dan simpulan: Perancangan sistem ini dibuat hanya untuk pengguna kader dan bidan, ada baiknya untuk pengembangan ke depan dibuat sistem yang dapat diakses oleh orang tua balita atau ibu hamil. Penelitian ini hanya sebatas perancangan sistem. Belum dilakukan Implementasi dan Pengujian system. Sistem ini dapat membantu kader dan bidan dalam memantau dan mengelola data kesehatan ibu dan anak agar lebih praktis dan fleksibel.

**Kata Kunci :** Sistem Informasi Posyandu, SIMKIA, Electronic Medical Record

### ABSTRACT

Posyandu's activities have been running smoothly with the participation of the community. In everyday Posyandu X in carrying out its activities is supported by a system, namely the Mother and Child Health Posyandu Information System (SIMKIA). However, during the Covid-19 pandemic, toddler growth and development monitoring services were postponed. This is based on the Toddler Health Service Guide during the COVID-19 Emergency Response Period for Health Workers (2020), that healthy Toddler routine services follow government policies that apply in the work area and consider local transmission of the Corona virus, namely by delaying toddler health services in Posyandu, one of which is monitoring growth and development carried out independently at home with KIA Books. Therefore, this research aims to present an application that can help and facilitate cadres and midwives in recording data on the growth and development of toddlers in Posyandu during the Covid-19 Pandemic. Research Method: This research is Research and Development (R&D) research. Results and conclusions: The design of this system is made only for cadre users and midwives, it is good for the future development of a system that can be accessed by parents of toddlers or pregnant women. This research is limited to system design. Implementation and testing of the system has not been carried out. This system can help cadres and midwives in monitoring and managing maternal and child health data to be more practical and flexible.

**Keywords :** Posyandu Information System, Simkia, Electronic Medical Record

### PENDAHULUAN

Posyandu memiliki lima program, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), gizi, imunisasi serta penanggulangan diare. Program Posyandu untuk Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) bertujuan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka

Kematian Bayi (AKB) melalui pemberdayaan masyarakat. Posyandu memiliki keterkaitan dalam pembangunan manusia, keterkaitan tersebut dapat dilihat dari upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia (Kemenkes, 2020). Gambaran umum posyandu dengan sistem lima meja dimana kegiatan dimasing-masing meja mempunyai kekhususan sendiri. Sistem lima meja tersebut tidak berarti bahwa Posyandu harus memiliki lima buah meja untuk pelaksanaannya, tetapi kegiatan Posyandu harus mencakup lima pokok kegiatan. Meja satu untuk pendaftaran peserta anak, ibu, ibu hamil. Meja dua untuk penimbangan balita. Meja tiga untuk pencatatan hasil penimbangan. Meja empat penyuluhan dan pelayanan gizi bagi ibu balita, ibu hamil, dan ibu menyusui. Meja lima untuk pelayanan kesehatan, KB dan imunisasi. Namun dalam pelaksanaannya terdapat kendala yaitu pencatatan manual dimana setiap ibu atau anak yang datang ke Posyandu ditimbang berat badan lalu dicatat oleh salah seorang kader diselembur kertas yaitu Kartu Menuju Sehat (KMS). Tentu saja ini menjadi tidak efektif karena kemungkinan seperti KMS yang hilang dan pencatatan penimbangan berat badan yang kurang teliti oleh kader akan menjadi sebuah persoalan tersendiri. Kemungkinan yang lain adalah bidan yang terkadang tidak teliti dalam perekapan data Posyandu. Berdasarkan Panduan Pelayanan Kesehatan Balita Pada Masa Tanggap Darurat COVID-19 bagi Tenaga Kesehatan (2020), Pelayanan rutin Balita sehat mengikuti kebijakan Pemerintah yang berlaku di wilayah kerja dan mempertimbangkan transmisi lokal virus Corona yaitu dengan menunda pelayanan kesehatan balita di Posyandu, salah satunya adalah Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dilakukan mandiri di rumah dengan Buku KIA (Kementrian Kesehatan RI, 2020). Hal ini akan menimbulkan permasalahan baru jika masyarakat tidak mengerti bagaimana cara melakukan pemantauan mandiri dirumah. Disisi lain, tidak akan mungkin masyarakat menuliskan data pemantauan mandiri di buku KIA yang menyebabkan pihak Posyandu tidak bisa memiliki data pemantauan tumbuh kembang dari balita tersebut. Oleh karena itu, untuk memenuhi standar protokol kesehatan dalam masa pandemi covid-19 hingga nanti masa New Normal, agar Posyandu tetap mendapatkan data rutin dan tidak akan menimbulkan terjadinya penularan, maka dibuatlah formulir online berbasis android, yang diharapkan formulir ini nanti bisa membantu kader, bidan dan masyarakat dalam melakukan pendataan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita di Posyandu tanpa terjadi resiko penularan covid-19. Dari permasalahan diatas dibutuhkan sebuah teknologi yang dapat membantu kader dan bidan untuk bekerja secara lebih fleksibel menggunakan sebuah aplikasi yang dapat membantu dan mempermudah kader dan bidan dalam melakukan pencatatan data kunjungan di Posyandu. Solusi yang dapat ditawarkan adalah penggunaan aplikasi mobile untuk memantau peserta kunjungan di Posyandu kesehatan Ibu dan Anak. Pada aplikasi tersebut nantinya dapat melakukan proses pengisian formulir secara online menggunakan Android.

## **METODE**

Penelitian ini dilaksanakan di Posyandu X, pada bulan Agustus 2020. Jenis penelitian ini adalah penelitian Pengembangan atau Research and Development (R&D) saat ini merupakan salah jenis penelitian yang banyak dikembangkan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Analisis Kebutuhan Sistem Analisis kebutuhan perangkat lunak di dalam sistem yang akan secara garis besar terbagi menjadi empat bagian, yaitu analisis kebutuhan masukan (input), proses, keluaran (output), dan antarmuka (interface). Pengguna (user) sistem ini dibedakan menjadi dua yaitu :

- 1) Kader, pengguna sistem yang memiliki hak untuk mengelola data Posyandu.
- 2) Bidan, pengguna sistem yang memiliki hak akses paling rendah karena hanya dapat menerima informasi dari pengguna lain.

B. Kebutuhan Masukan (Input) Kebutuhan masukan yang diperlukan oleh sistem ini terdiri dari:

- 1) Login kader data yang dimasukkan oleh kader berupa username dan password.
- 2) Login bidan data yang dimasukkan oleh bidan berupa username dan password.
- 3) Pendaftaran peserta anak data yang dimasukkan oleh kader berupa nama, tanggal lahir, tempat lahir, nama ibu, jenis kelamin, penolong, kelahiran, tanggal pendataan, berat badan saat lahir dan panjang badan saat lahir. d. Pendaftaran peserta ibu data yang dimasukkan oleh kader berupa nama istri, tanggal lahir istri, nama suami, alamat, rt, rw dan golongan darah.
- 4) Pendaftaran peserta ibu hamil data yang dimasukkan oleh kader berupa nama ibu, status ekonomi, tanggal pendaftaran, hamil ke berapa, kategori, tempat periksa kehamilan, hari pertama haid terakhir dan umur kehamilan.
- 5) Penimbangan balita data yang dimasukkan oleh kader berupa nama anak, tanggal penimbangan, berat dan tinggi saat ini, panjang badan saat ini, makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI), nama imunisasi, tanggal pemberian imunisasi, pemberian asi, vitamin A dan riwayat kesehatan.
- 6) Pendataan rujukan data yang dimasukkan oleh kader berupa nama anak, tanggal rujuk, keluhan dan keterangan keluhan.

### Kebutuhan Proses

Kebutuhan proses yang diperlukan oleh sistem ini terdiri dari :

- 1) *Login* kader adalah proses untuk masuk ke dalam sistem dengan memasukkan *username* dan *password*.
- 2) *Login* bidan adalah proses untuk masuk ke dalam sistem dengan memasukkan *username* dan *password*.
- 3) Kelola peserta anak adalah proses untuk menambah, melihat dan menghapus data peserta anak yang terdaftar di posyandu.
- 4) Kelola peserta ibu adalah proses untuk menambah, melihat dan menghapus data peserta ibu yang terdaftar di posyandu.
- 5) Kelola ibu hamil adalah proses untuk menambah peserta ibu hamil, melihat dan menghapus data peserta ibu hamil yang terdaftar di posyandu.

- 6) Kelola penimbangan balita adalah proses untuk menambah dan melihat data penimbangan balita yang terdaftar di posyandu.
- 7) Lihat data imunisasi adalah proses untuk melihat data imunisasi yang terdaftar di posyandu.
- 8) Lihat data pencatatan status gizi adalah proses untuk melihat data pencatatan status gizi yang terdaftar di posyandu.
- 9) Kelola rujukan adalah proses untuk menambah dan melihat data rujukan yang terdaftar di posyandu.
- 10) Lihat laporan adalah proses untuk melihat data laporan posyandu.
- 11) Lihat kartu keluarga sehat adalah proses untuk melihat data kartu keluarga sehat yang terdaftar di posyandu.

**Kebutuhan Keluaran (*Output*)**

Kebutuhan keluaran yang diperlukan oleh sistem ini terdiri dari :

- 1) Informasi kader.
- 2) Informasi bidan.
- 3) Informasi peserta anak.
- 4) Informasi peserta ibu.
- 5) Informasi peserta ibu hamil.
- 6) Informasi penimbangan balita.
- 7) Informasi imunisasi.
- 8) Informasi pencatatan status gizi.
- 9) Informasi rujukan.
- 10) Informasi laporan posyandu.
- 11) Informasi kartu keluarga sehat.

**Kebutuhan Antarmuka (*Interface*)**

Kebutuhan antarmuka yang diperlukan oleh sistem ini terdiri dari :

a. Antarmuka kader

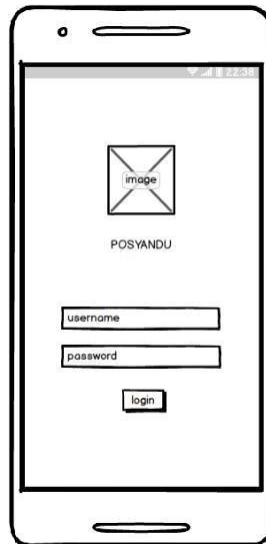
Kader memiliki halaman antarmuka sebagai berikut :

1. Halaman *login* untuk kader. Pada halaman ini kader diharuskan untuk memasukkan *username* dan *password* sebelum masuk ke dalam sistem.
2. Halaman beranda kader. Pada halaman ini kader dapat melihat identitas diri kader.
3. Halaman kelola peserta anak. Pada halaman ini, kader dapat menambah, mengubah, melihat, dan menghapus data peserta anak yang terdaftar di posyandu.
4. Halaman kelola peserta ibu. Pada halaman ini, kader dapat menambah, mengubah, melihat, dan menghapus data peserta ibu yang terdaftar di posyandu.
5. Halaman kelola ibu hamil. Pada halaman ini kader dapat menambah, mengubah, melihat, dan menghapus data ibu hamil yang terdaftar di posyandu.
6. Halaman kelola penimbangan balita. Pada halaman ini kader dapat menambah dan melihat data penimbangan balita yang terdaftar di posyandu.



7. Halaman lihat pencatatan status gizi. Pada halaman ini kader dapat melihat data penentuan status gizi.
  8. Halaman lihat imunisasi. Pada halaman ini kader dapat melihat data imunisasi bayi yang terdaftar di posyandu.
  9. Halaman rujukan posyandu. Pada halaman ini kader dapat menambah dan melihat formulir rujukan.
  10. Halaman lihat laporan. Pada halaman ini kader dapat melihat data laporan posyandu yang terdiri dari lima tabel yaitu tabel penimbangan, tabel ibu hamil, tabel bayi laor, tabel BGM dan tabel ASI.
  11. Halaman lihat kartu keluarga sehat. Pada halaman ini kader dapat melihat data kartu keluarga sehat yang terdiri dari dua tabel yaitu tabel riwayat kehamilan ibu dan tabel riwayat kesehatan anak.
- b. Antarmuka bidan
- Bidan memiliki halaman antarmuka sebagai berikut :
1. Halaman Halaman *login* untuk bidan. Pada halaman ini bidan diharuskan untuk memasukkan *username* dan *password* sebelum masuk ke dalam sistem.
  2. Halaman lihat laporan. Pada halaman ini kader dapat melihat data laporan posyandu yang terdiri dari lima tabel yaitu tabel penimbangan, tabel ibu hamil, tabel bayi laor, tabel BGM dan tabel ASI.
  3. Halaman lihat kartu keluarga sehat. Pada halaman ini kader dapat melihat data kartu keluarga sehat yang terdiri dari dua tabel yaitu tabel riwayat kehamilan ibu dan tabel riwayat kesehatan anak.

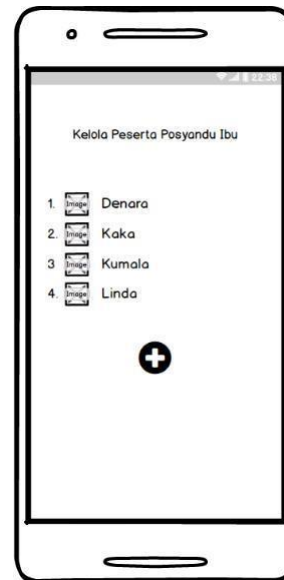
Desain halaman  
*Login* Pengguna



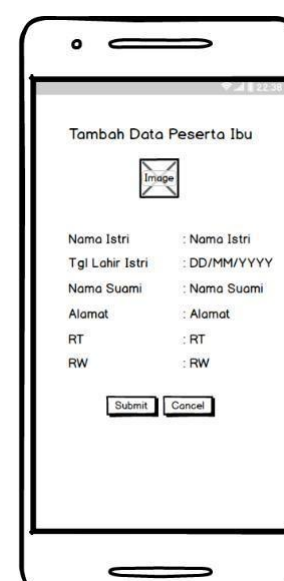
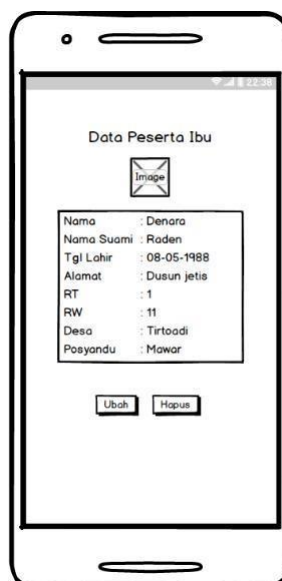
Desain Halaman Beranda Kader



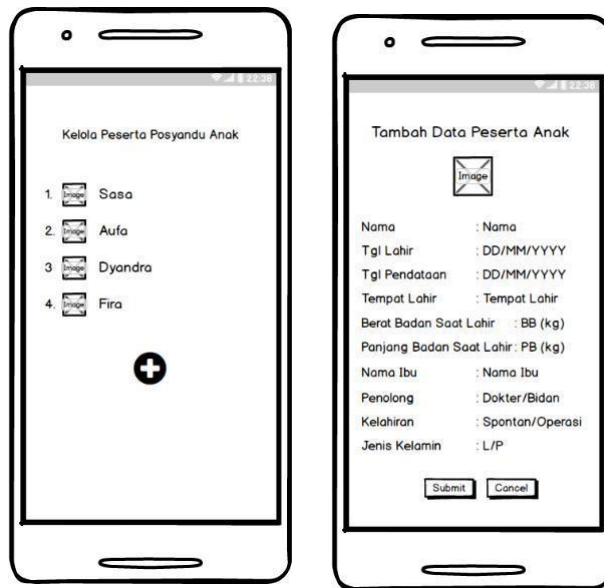
Desain Halaman Fitur Kader



Desain Halaman Data Peserta Ibu



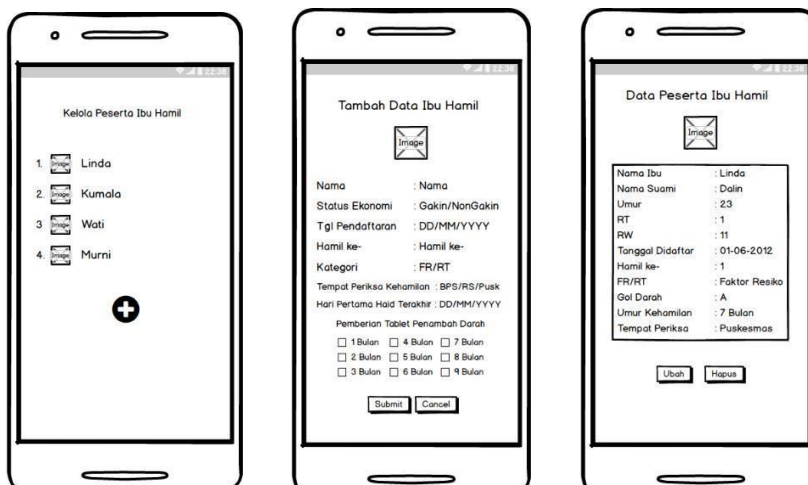
Desain Halaman  
Kelola Peserta Anak  
&  
Desain Halaman  
Data Peserta Anak



rancangan antarmuka untuk mengubah atau memperbarui data peserta posyandu anak.

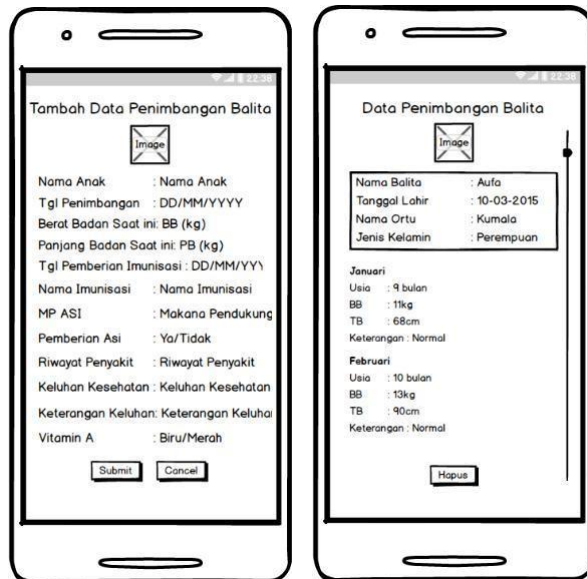


rancangan antarmuka kelola peserta posyandu ibu hamil, menambah peserta posyandu ibu hamil. Data yang ada berupa identitas personal dari ibu hamil seperti nama, status ekonomi, tanggal pendaftaran, hamil ke berapa, kategori factor resiko atau resiko tinggi, tempat periksa kehamilan, hari pertama haid terakhir dan pemberian tablet darah berdasarkan umur kehamilan.

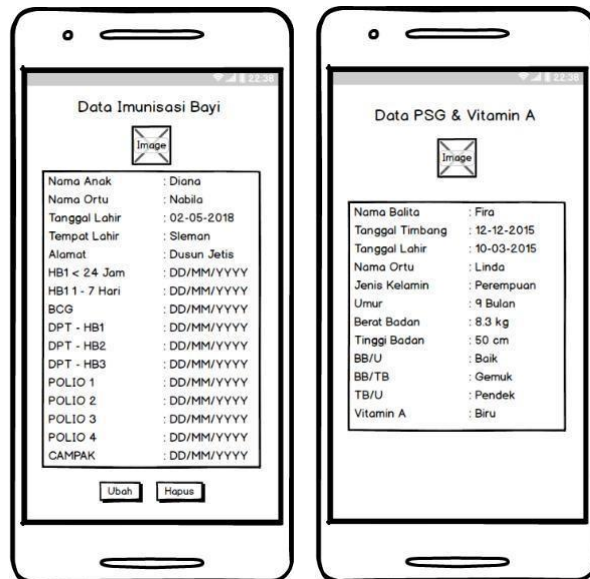




rancangan antarmuka untuk menambah data penimbangan balita. Data yang ada berupa nama balita, tahun dan bulan penimbangan, usia, berat dan tinggi badan, dan keterangan status gizi balita.



rancangan antarmuka data bayi lahir dan status imunisasi bayi dimana kader dapat data detail dari balita yaitu berupa nama, tanggal lahir, nama orangtua, tanggal lahir, alamat dan riwayat pemberian imunisasi.



## SIMPULAN

Perancangan sistem ini dibuat hanya untuk pengguna kader dan bidan, ada baiknya untuk pengembangan ke depan dibuat sistem yang dapat diakses oleh orang tua balita atau ibu hamil. Sistem ini dapat membantu kader dan bidan dalam memantau dan mengelola data kesehatan ibu dan anak agar lebih praktis dan fleksibel.

## DAFTAR PUSTAKA

Agung, J. T. (2018). Needs Analysis Of Outpatient Registration Officers Based On Workload Indicator Staff Need ( WISN) Method In RSI Sultan Agung Semarang. *Jurnal Rekam Medis*

& *Informasi Kesehatan, Volume 1*(No 1 Bulan Maret), 16–20.

- Deharja, A., Juwita Swari, S., & Eriyaning Esti, D. (2017). Design of Emergency Medical Record Form Based On Hospital Accreditation Standard Version 2012 in Hospital “X.” *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(3), 169–178. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6142>
- Egeten, A. E. J., Damanik, S. A., Agustina, I., & Panggabean, M. (2019). Perancangan Sistem Informasi Posyandu Berbasis Web Pada Yayasan Kalyanamitra Di Jakarta Timur Untuk Mendukung Program Bidang Pendampingan Komunitas. *MATRIK : Jurnal Manajemen, Teknik Informatika Dan Rekayasa Komputer*, 18(2), 330–338. <https://doi.org/10.30812/matrik.v18i2.408>
- Kemendes. (2020). Panduan Pelayanan Kesehatan Balita Pada Masa Tanggap Darurat COVID-19. *Kemendiknas Kesehatan RI*, 1–30.
- Kemendiknas Kesehatan RI. (2020). *Panduan Kesehatan Balita Pada Masa Pandemi Covid-19*. 1–60.
- Lee Ventola, C. (2014). Mobile devices and apps for health care professionals: Uses and benefits. *P and T*, 39(5), 356–364.
- Nakhoda, Y. I., Soetedjo, A., Ilham, K., & Hartono, C. (2016). *Pemanfaatan Aplikasi Android Sebagai Sarana Penunjang Kegiatan POSYANDU*. 400–405.
- Putra, I., & Dawood, R. (2017). Rancang Bangun Layanan Web (Web Service) Untuk Aplikasi Rekam Medis Praktik Pribadi Dokter. *Karya Ilmiah Teknik Elektro*, 2(1).
- Rahardja, U., Handayani, I., & Shofroh, S. R. (2016). Pemanfaatan Aplikasi Jotform Sebagai Media Request Pengambilan Donasi Pada Sistem ZFord. *Sisfotenika*, 6(2), 136–146. <https://doi.org/10.30700/jst.v6i2.112>
- Rohman, H., Wahyu, C., Dewi, P., & Nuswantoro, M. R. (2019). Pendaftaran Rawat Jalan Berbasis Web. *PERANCANGAN SISTEM INFORMASI PENDAFTARAN RAWAT JALAN BERBASIS WEB DI KLINIK PRATAMA PATALAN IHendra*, 23–31.
- Subinarto. (2018). Analisis Desain Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar Rawat Inap Poltekkes Kemenkes Semarang , 2 ) RS Palang Biru Kutoarjo. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(2), 76–81. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.31983jrmik.vli2.3850>
- Susanti, A. I., Rinawan, F. R., & Amelia, I. (2019). Penggunaan Mobile Apps Kesehatan oleh Kader Pada Anjungan Mandiri Posyandu (AMP) Di Kecamatan Pasawahan, Purwakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 27. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.35835>
- Susanto, G., & Sukadi. (2011). Sistem Informasi Rekam Medis Pada Rumah Sakit Umum Daerah ( Rsud ) Pacitan Berbasis Web Base. *Sistem Informasi Rekam Medis Pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Pacitan Berbasis Web Base*. <https://doi.org/10.3112/SPEED.V3I4.922>
- Tebepah, I. R. (2017). Health Management App for Android Mobile. *Software Engineering, Volume 6*(No 1), 1–7. <https://doi.org/10.5923/j.se.20170601.01>
- Wiguna, A. S., & Matondang, S. S. (2018). Analisis Desain Formulir Ringkasan Masuk dan Keluar Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Madani Medan Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 3(1), 409–416.

## KETEPATAN KODE *EXTERNAL CAUSE* KASUS KECELAKAAN LALU LINTAS DI RSO PROF.Dr.R. SOEHARSO SURAKARTA

<sup>1</sup>Cantika Putri Yulia Puspita\*, <sup>2</sup>Rika Andriani, <sup>3</sup>Prita Devy Igiyany

<sup>1</sup>D3 Rekam Medis dan Infokes Universitas Veteran Bangun Nusantara, cantikapuspita622@gmail.com\*

<sup>2</sup>D3 Rekam Medis dan Infokes Universitas Veteran Bangun Nusantara, riandriani13@gmail.com

<sup>3</sup>D3 Rekam Medis dan Infokes Universitas Veteran Bangun Nusantara, pritadevyigiyan90@gmail.com

\*Penulis Korespondensi

### ABSTRAK

*Ketepatan kode external cause berpengaruh pada mutu dokumen rekam medis. Kode external cause terutama penggunaan kode karakter kelima atau kode aktivitas saat kecelakaan berpengaruh pada saat penggantian biaya oleh pihak asuransi. Studi pendahuluan terhadap 20 lembar external cause (EC) ditemukan 14 lembar EC tidak terdapat kode external cause dengan persentase 70%. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persentase ketepatan dan faktor penyebab ketidaktepatan kode external cause kasus kecelakaan lalu lintas di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta. Penelitian menggunakan jenis penelitian deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus. Sampel sejumlah 229 lembar EC pada dokumen rekam medis rawat inap. Tingkat ketepatan kode external cause kasus kecelakaan lalu lintas di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta sebagian besar tidak tepat dengan persentase 61% dan 39% kode tepat. Hal ini disebabkan oleh kurang lengkap pengisian kronologi kejadian pada lembar EC dan belum ada SOP khusus terkait pengodean external cause kasus kecelakaan lalu lintas. SOP khusus terkait pengodean external cause dan kerjasama dokter, perawat, dan petugas coding diperlukan untuk meningkatkan ketepatan hasil kode external cause.*

**Kata Kunci :** *ketepatan, pengodean, kode external cause, faktor penyebab*

### ABSTRACT

*Accuracy of external cause code affects quality of medical record documents. External cause code especially use of the fifth character code or activity code during an accident affects cost of reimbursement by insurance. A preliminary study of 20 External Cause (EC) sheets found that 14 sheets did not contain an external cause code with a percentage of 70%. This study aimed to determine the percentage of accuracy and factors related inaccuracy of external cause code in traffic accidents case at the Orthopedic Hospital Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta. This study used a qualitative descriptive with a case study design. Sample was 229 EC sheets at inpatient medical record documents. Accuracy of external cause code for traffic accident cases at the Orthopedic Hospital Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta was 61% inaccurate and 39% accurate. This was caused incomplete filling in chronology accidents on the EC sheet and there is no specific SOP about external causes code for traffic accident cases. Standard operating procedure about external cause coding and collaboration among doctors, nurses, and coding staffs are need to improve the accuracy of external cause code.*

**Keyword :** *accuracy, medical coding, external cause code, causal factor*

### PENDAHULUAN

Kepmenkes nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan menyebutkan seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia yaitu ICD-10 tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Pengodean diagnosis untuk kasus kecelakaan harus diikuti pengkodean penyebab luar (*external cause*) untuk menggambarkan sifat kondisi dan keadaan yang menimbulkannya. Pengodean *external cause* dilakukan secara terpisah pada bab XX penyebab luar morbiditas dan mortalitas (V01-Y98). Kode kasus kecelakaan dikatakan lengkap apabila terdapat kode diagnosa cedera dan kode *external cause* penyebab kecelakaan (WHO, 2010).

Ketepatan kode *external cause* memiliki peran penting dalam meningkatkan mutu dokumen rekam medis. Ketepatan tersebut terutama penggunaan kode karakter kelima atau kode aktivitas saat kecelakaan terjadi berpengaruh pada biaya perawatan (Maulidiah, 2020).

Hasil studi pendahuluan di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta pada 20 lembar EC (*External Cause*) terdapat 14 lembar (70%) tidak terdapat kode *external cause* dan ada yang dikode sampai karakter ketiga. Hal ini dikarenakan dokter menentukan diagnosa sendiri pada EMR (*Electronic Medical Record*) berbeda dengan diagnosa pada lembar EC (*External Cause*). Hal tersebut menyebabkan petugas *coding* kesulitan dalam menentukan kode *external cause* karena anamnesa pasien tidak terisi pada lembar EC. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persentase ketepatan dan faktor penyebab ketidaktepatan kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran akurasi kode *external cause* dan faktor penyebab ketidakakuratan, sehingga memberikan gambaran kualitas kode diagnosis di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta.

## METODE

Penelitian dilakukan di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta pada bulan Februari-Maret 2022. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus. Jumlah populasi sebesar 801 lembar *external cause* periode tahun 2021. Sampel penelitian dihitung menggunakan Rumus Slovin sehingga diperoleh dengan sampel penelitian sebanyak 229 lembar EC. Pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan cara diundi.

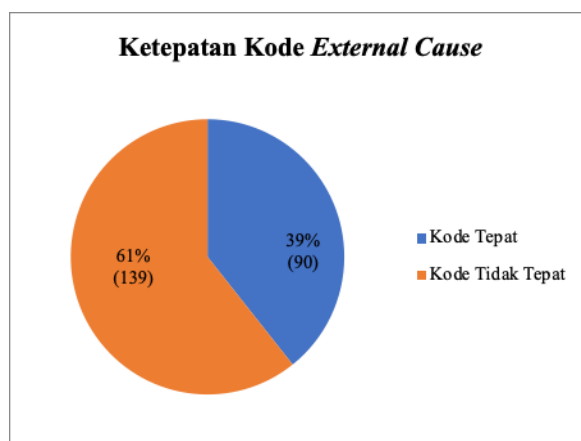
Teknik pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Instrumen penelitian menggunakan lembar studi dokumentasi, pedoman observasi, dan pedoman wawancara.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil

#### 1. Ketepatan Kode *External Cause* Kasus Kecelakaan Lalu Lintas Tahun 2021

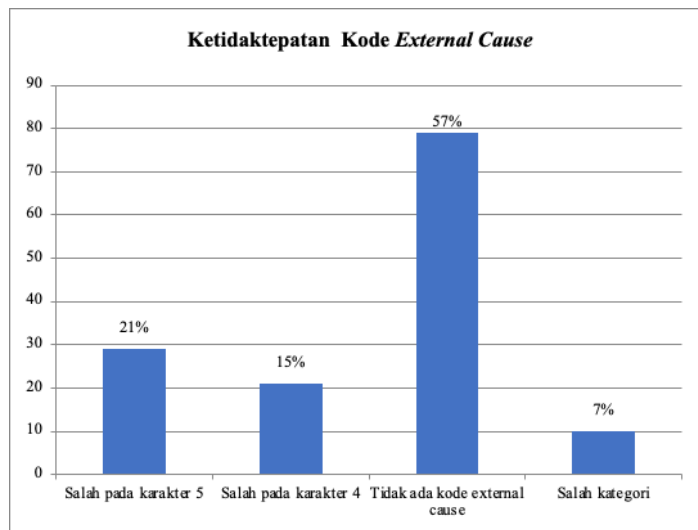
Untuk mendapatkan gambaran ketepatan kode *external cause*, peneliti membandingkan hasil kode yang ada pada lembar EC dengan kode koreksi. Kode koreksi berasal dari hasil kode peneliti sesuai aturan ICD-10. Selain itu peneliti juga melakukan validasi hasil kode kepada informan triangulasi. Jika terdapat perbedaan kode, peneliti dan informan triangulasi akan melakukan diskusi hingga menemukan kode koreksi yang tepat. Gambaran ketepatan kode *external cause* ditampilkan pada Gambar 1 berikut.



Gambar 1. Ketepatan Kode *External Cause*

Gambar 1 menunjukkan bahwa tingkat ketepatan kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta tahun 2021 tidak tepat dengan persentase 61% lebih tinggi dari kode tepat sebesar 39%. Kode yang tidak tepat dianalisis

berdasarkan letak ketidaktepatannya. Ketidaktepatan kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas dikelompokkan menjadi kategori salah pada karakter 5, salah pada karakter 4, tidak ada kode *external cause*, dan salah kategori. Hasil analisis ketidaktepatan kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas ditampilkan pada Gambar 2 berikut.



Gambar 2. Ketidaktepatan Kode *External Cause*

Pada Gambar 2 menunjukkan kategori ketidaktepatan kode *external cause* terbanyak pada kategori tidak ada kode *external cause* (57%) dan kesalahan pada karakter ke lima (21%). Kategori tidak ada kode *external* sebesar 57% dikarenakan tidak terisinya lembar EC. Petugas *coding* rawat inap tidak menuliskan kode *external cause* pada lembar ringkasan pasien masuk dan keluar. Ketidaktepatan pada kategori salah pada karakter ke lima disebabkan salah menentukan karakter ke lima serta dan tidak tertulis jenis aktivitas korban saat mengalami kecelakaan pada lembar EC.

Terdapat 50 kasus ketidaktepatan penggunaan karakter kelima dengan kasus terbanyak meliputi 41 kasus kesalahan pemberian kode digit kelima (82%) dan 9 kasus tidak dituliskan jenis aktivitas korban saat kecelakaan (18%). Penggunaan karakter kelima pada kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas menunjukkan aktivitas yang dialami korban saat kecelakaan. Sebagian besar lembar EC tidak tercantum jenis aktivitas yang dilakukan korban saat kecelakaan terjadi. Jika tidak ada keterangan aktivitas maka akan diidentifikasi ke dalam aktivitas tidak spesifik (.9). Hal tersebut disebabkan kurang lengkapnya pengisian kronologi kejadian pada lembar EC. Petugas *coding* di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta tidak mengidentifikasi ke dalam poin (.9), jika keterangan aktivitas tidak ada/ tidak ditulis pada lembar EC. Berikut contoh kasus tidak terdapat karakter ke lima (.9).

Tabel 1. Contoh Kasus Ketidaktepatan Kode *External Cause*

Jenis Kasus	Kasus	Kode pada EC	Kode Peneliti	Kode Validator	Kode Koreksi
Tidak Ada Karakter ke Lima	Seorang penumpang sepeda motor mengalami kecelakaan bertabrakan dengan sepeda motor dari arah berlawanan sehingga korban terjatuh di aspal	V22.4	V22.59	V22.5	V22.59
Contoh Kesalahan Pemberian	Seorang pengemudi sepeda motor saat sedang pulang sekolah bertabrakan	V22.49	V22.48	V22.49	V22.48

---

Karakter Ke lima	dengan sepeda motor dari arah berlawanan sehingga korban terjatuh di aspal
------------------	--

---

## 2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Kode *External Cause* Kasus Kecelakaan Lalu Lintas

### a. SOP Tidak Spesifik

SOP yang berlaku di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta hanya membahas pengodean secara umum. Hasil wawancara kepada petugas *coding* rawat inap diketahui bahwa pada SOP tidak terdapat poin khusus terkait kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas. Berikut petikan wawancara terkait SOP pengkodean *external cause*.

“...ada SOP, tetapi tidak spesifik membahas ke bagian *external cause*, hanya ke gambaran secara umum mengenai *coding*...” (Informan 1)

Hal tersebut juga dibuktikan dengan hasil studi dokumentasi pada SOP dan observasi pada petugas *coding*. SOP yang berlaku hanya membahas terkait pengodean secara umum. Hasil observasi alur pengodean di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta yaitu:

1. Petugas *coding* membaca kronologi kejadian dan diagnosa
2. Petugas *coding* menentukan *leadterm external cause* di volume 3 *section II ICD-10*
3. Petugas *coding* melakukan *crosscheck* di volume 1 *ICD-10*
4. Petugas *coding* menambahkan karakter 4 yang menunjukkan korban kecelakaan lalu lintas
5. Petugas *coding* menambahkan karakter 5 yang menunjukkan aktivitas korban

### b. Pengisian Kronologi Kejadian pada Lembar EC Kurang Lengkap

Tenaga medis tidak menuliskan kronologi pasien kecelakaan lalu lintas secara lengkap. Hal tersebut dapat menyebabkan kesalahan dalam pemberian kode *external cause* yang dilakukan oleh petugas *coding* karena kurang lengkapnya pengisian kronologi kejadian pasien kecelakaan lalu lintas. Hasil wawancara dengan informan menemukan bahwa kendala yang dialami saat melakukan pengodean *external cause* yaitu tidak lengkapnya pengisian lembar EC. Berikut petikan wawancara dengan informan.

“...tidak lengkapnya keterisian lembar EC mengenai aktivitas pasien, kadang juga kurang jelas pada pengisian lembar EC...” (Informan 1)

## Pembahasan

Ketepatan kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta mencapai 39% untuk kategori tepat dan 61% kategori kode tidak tepat. Kategori ketidaktepatan kode *external cause* terbanyak pada kategori tidak ada kode *external cause* (57%) dan kesalahan pada karakter ke lima (36%). Ketidaktepatan kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas yang tidak dikode sampai digit kelima karena tidak dituliskan jenis aktivitas yang dilakukan korban saat kecelakaan terjadi hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Iman, et.al (2021) bahwa ketidaktepatan karakter kelima pada kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas terletak pada ketidaktepatan atau terisinya pemilihan aktivitas korban saat kecelakaan berlangsung (Iman, et.al, 2021). Tidak terisinya jenis aktivitas pasien saat kecelakaan terjadi akan berdampak pada ketidaktepatan kode sampai digit kelima. Menurut WHO (2010) pengkodean *external cause* dilakukan maksimal hingga digit kelima (WHO, 2010). Penulisan yang lengkap dan jelas sebagai pendukung dalam pemberian informasi pada penentuan keputusan baik pengobatan, penanganan dan tindakan medis (Setiyani & Rustiyanto, 2019). Kelengkapan kode yang diisikan tidak hanya berpengaruh pada pelaporan, namun juga berdampak pada klaim pembiayaan kesehatan seperti jasa rataraha atau BPJS dari segi informasi aktivitas (Wulandari & Wahyuni, 2015).



Kode *external cause* sering dianggap sepele karena dianggap tidak mempengaruhi nominal klaim pembayaran (Wulandari & Wahyuni, 2015). Ketepatan kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas sebaiknya harus dilengkapi untuk mengetahui penyebab suatu kecelakaan yang berdampak kesakitan (Ilmi et al, 2020). Kode *external cause* penting dilakukan secara tepat dan spesifik untuk mendeskripsikan penyebab luar dari suatu cedera dalam kecelakaan lalu lintas, termasuk tempat kejadian dan aktivitas yang sedang dilakukan korban kecelakaan (Wulandari & Wahyuni, 2015).

Proses pelaksanaan pengodean di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta sudah berpedoman pada SOP dengan nomor OT.02.02/XXX.1.7/17/2020 tentang pedoman pemberian kode penyakit sesuai ICD-10 & kode tindakan ICD-9CM. Namun pada SOP tersebut belum terdapat poin khusus yang membahas terkait kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas. Jika dalam pembuatan SOP tidak sesuai maka akan sering terjadi ketidaktepatan kode (Sogen, 2021). Kebijakan SOP terkait *external cause* dapat membuat petugas *coding* lebih memahami secara jelas dan rinci, sehingga kualitas kode yang dihasilkan tepat dan lengkap (Sogen, 2021). Oleh karena itu perlu adanya revisi pada SOP terkait penambahan poin khusus *external cause*.

Pengisian kronologi kejadian kecelakaan lalu lintas pada lembar EC tidak dituliskan secara lengkap oleh tenaga medis. Kelengkapan pengisian rekam medis membantu petugas *coding* dalam menetapkan suatu kode (Wulandari & Wahyuni, 2015). Kelengkapan informasi medis berhubungan dengan ketepatan kode (Setiyoargo et al, 2021). Petugas *coding* rawat inap tetap mengode kasus *external cause* meski kronologi kejadian pada lembar EC tidak lengkap. Hal ini tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 menyatakan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Dampak dari informasi *external cause* yang tidak lengkap, pengkodean *external cause* menjadi tidak akurat sehingga laporan indeks penyakit menjadi tidak lengkap, dan petugas kesulitan mengisikan informasi pada formulir klaim asuransi kecelakaan lalu lintas (Pratiwi & Ernawati, 2016).

## SIMPULAN

Ketepatan kode *external cause* kasus kecelakaan lalu lintas di RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Surakarta tahun 2021 kategori kode tidak tepat 61% dan kode tepat sebesar 39%. Faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan kode yaitu belum ada SOP khusus terkait pengodean *external cause* dan pengisian kronologi kejadian pada lembar EC kurang lengkap.

SOP khusus terkait pengodean *external cause* dan kerjasama dokter, perawat, dan petugas *coding* diperlukan untuk meningkatkan ketepatan hasil kode *external cause*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ilmi, L.R., R, Y.L.L., & Praptana. (2020). Tinjauan Kelengkapan Kode Kasus Kecelakaan Dan External Cause di RST.TK.II dr. Soedjono TK II Magelang Jawa Tengah. Prosiding Diskusi Ilmiah.
- Iman, A.T. Ismail, M.Y. Setiadi, Dedi. (2021). Tinjauan Akurasi Kode Diagnosa dan Kode Penyebab Luar Pada Kasus Cedera Kepala Yang Disebabkan Kecelakaan Lalu Lintas di Rumah Sakit Umum Pusat. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.Vol 4, No 1.
- Maulidiah, E.N. (2020). Studi Systematic Literature Review Ketepatan Kode Cedera dan External Cause Dengan Pihak Pembayar. Jurnal Repository Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri.
- Pratiwi, K.A., & Ernawati, D. (2016). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Kode External Cause Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Kabupaten Brebes Tahun 2016. Skripsi, Fakultas Kesehatan.
- Setiyani, E.S., & Rustiyanto, E. (2019). Faktor Penyebab Ketepatan Kode External Cause Kasus Kecelakaan Lalu Lintas di RSUD Prambanan Tahun 2019. Thesis.
- Setiyoargo, A., Ariyanti, R., & Maxelly, R.O. (2021). Hubungan Kelengkapan Anamnesa Formulir Gawat Darurat Dengan Ketepatan Kode ICD -10 Sebab Eksternal Kasus Kecelakaan Di

- Rumah Sakit Panti Nirmala Malang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. Vol. 9. No. 2.
- Sogen, C.A. (2021). Literature Review: Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Kode Diagnosa Yang Berkaitan Dengan External Cause. *Karya Tulis Ilmiah*.
- WHO. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision Volume I*. Geneva: WHO
- Wulandari & Wahyuni. (2015). Analisis Ketepatan Kode External Cause Kasus Kecelakaan Lalu Lintas (KLL) Berdasarkan ICD-10 di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya Tahun 2014. 2 (6), 36-45.

## ANALISIS KUALITATIF DOKUMEN CPPT RAWAT INAP RSJD dr. ARIF ZAINUDIN SURAKARTA

<sup>1</sup>Ayu Lestari\*, <sup>2</sup>Prita devy Igiyany, <sup>3</sup>Julia Pertiwi

<sup>1</sup>Universitas Veteran Bangun Nusantara, [ayulestari1001@gmail.com](mailto:ayulestari1001@gmail.com)

<sup>2</sup>Universitas Veteran Bangun Nusantara, [pritadevygiyany@gmail.com](mailto:pritadevygiyany@gmail.com)

<sup>3</sup>Universitas Veteran Bangun Nusantara, [pertiwijulia26@gmail.com](mailto:pertiwijulia26@gmail.com)

### ABSTRAK

Lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) menjadi salah satu dokumen yang dapat menunjang komunikasi antar petugas kesehatan dalam menangani pasien. Ketidakeleengkapan lembar CPPT dapat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit. Pada triwulan 1 (satu) sampai triwulan 3 (tiga) tahun 2021 di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta sering ditemukan kasus tidak lengkap salah satunya pada lembar CPPT. Dengan presentase keeleengkapan rata-rata pada triwulan satu (9,73%), triwulan dua (7,48%), dan triwulan tiga (33,5%). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hasil analisis kualitatif dokumen CPPT rawat inap di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Dengan subjek penelitian perawat bangsal rawat inap, petugas analisis keeleengkapan dan kepala rekam medis. Objek penelitian sebanyak 242 lembar CPPT rekam medis elektronik rawat inap. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan wawancara terhadap keeleengkapan lembar CPPT rawat inap. Hasil penelitian menunjukkan bahwa review keeleengkapan dan konsistensi diagnose lembar CPPT 10,7% Kesimpulan dari penelitian ini adalah belum konsisten diagnose lembar CPPT masih rendah dan dipengaruhi oleh keeleengkapan. Kesimpulan lembar CPPT belum konsisten dan lengkap.

**Kata Kunci:** Lembar CPPT, rekam medis, keeleengkapan

### ABSTRACT

The Integrated Patient Development Record Sheet (CPPT) is one of the documents that can support communication between health workers in dealing with patients. The incompleteness of the CPPT sheet can affect the quality of hospital services. In quarter 1 (one) to quarter 3 (three) 2021 at RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta often found incomplete cases, one of which was on the CPPT sheet. With an average percentage of completeness in the first quarter (9.73%), second quarter (7.48%), and third quarter (33.5%). This study aims to determine the results of the qualitative analysis of inpatient CPPT documents at RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta. This study used descriptive qualitative method. The research subjects were inpatient ward nurses, completeness analysis officers and head of medical records. The object of the study was 242 sheets of CPPT inpatient electronic medical records. Data was collected by observing and interviewing the completeness of the inpatient CPPT sheet. The results showed that the review of the completeness and consistency of the diagnosis sheet for the CPPT sheet was 10.7%. The conclusion of this study was that the diagnosis was not consistent and was still low and influenced by completeness. The conclusion of the CPPT sheet is not yet consistent and complete.

**Keywords:** CPPT sheet, medical record, completeness.

### PENDAHULUAN

Setiap pelayanan rumah sakit pasti membutuhkan rekam medis sebagai penunjang pelayanan kesehatan yang bermutu. Mutu rumah sakit dapat dilihat dari keeleengkapan dokumen rekam medisnya. Semakin angka ketidakeleengkapan sedikit maka akan semakin tinggi mutu rumah sakit tersebut. Sebagaimana menurut Wirajaya & Dewi (2019), apabila rekam medis tidak lengkap, maka dapat mempengaruhi dokter atau perawat dalam memberikan rencana pengobatan karena kurang lengkapnya informasi yang diperlukan.

Proses analisis kualitatif yang dilakukan pada dokumen CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) rekam medis rawat inap, sebagaimana KARS (2017) menjelaskan bahwa dibutuhkan komunikasi yang efektif, kolaborasi, dan standar proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan penerapan asuhan pendukung serta merespon setiap kebutuhan khusus pasien serta target. Sebagaimana menurut Simanjuntak (2018), menjelaskan bahwa salah satu

dari formulir berkas rekam medis yang penting adalah CPPT. CPPT menjadi salah satu formulir penting yang memuat catatan perkembangan pasien dari waktu ke waktu, yang menjadi salah satu pedoman dokter maupun perawat dalam memberikan keputusan lanjutan yang baik dan benar sehingga meningkatkan keselamatan pasien dan menjaga mutu rumah sakit. Berdasarkan survey lokasi peneliti memilih RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta dikarenakan rumah sakit dengan tipe A (paripurna) yang sudah melakukan akreditasi KARS 2012 dengan kelulusan paripurna tahun 2015 dan sudah terakreditasi SNARS edisi 1 yang dilaksanakan pada juni 2018 dan berlaku sampai 7 April 2022. Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengetahui *review* kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa lembar CPPT rawat inap di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta.

Berdasarkan studi pendahuluan penelitian secara analisis kualitatif dengan wawancara dan hasil laporan pada triwulan IV tahun 2022 sampel 10 dokumen CPPT berdasarkan *review* kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa masih ada dokumen rekam medis yang tidak lengkap sebanyak 80% tidak lengkap atau tidak konsisten dan 20% lengkap dengan target 100% capaian ini masih kurang dari target yang seharusnya. Berdasarkan analisis kualitatif pada triwulan IV rekam medis rawat inap tersebut maka peneliti tertarik untuk mengetahui apa saja yang mempengaruhi kelengkapan formulir tersebut. Akhirnya peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait “Analisis Kualitatif Dokumen CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) Rawat Inap RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta”

## **METODE**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang bertujuan untuk mengetahui kelengkapan lembar CPPT dokumen rekam medis elektronik rawat inap. Penelitian ini mengambil periode triwulan IV pada tahun 2021 untuk dianalisis rekam medis rawat inap. Penelitian dilakukan di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta bagian instalasi rekam medis rawat inap. Subjek Penelitian ini adalah perawat bangsal berjumlah 1 orang yang bertugas di ruang rawat inap RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta, 1 (satu) petugas Rekam Medis yang bertugas mengamati kelengkapan dokumen rekam medis elektronik rawat inap dan kepala rekam medis. Objek penelitian ini adalah rekam medis elektronik rawat inap RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta dengan sampel dokumen lembar CPPT. Jumlah sampel rekam medis rawat inap pada triwulan IV adalah 242 sampel. Instrumen penelitian ini adalah wawancara dan observasi berupa checklist. Analisis Data dalam penelitian ini data akan diolah dengan penyajian data yang memudahkan pembaca dalam mengetahui kesimpulan.

Menurut Rezkia (2020), langkah-langkah analisis data:

1. Reduksi data

Reduksi data adalah penyederhanaan, penggolongan, dan mengurangi data yang tidak perlu sehingga data dapat menghasilkan informasi yang bermakna dan memudahkan dalam penarikan kesimpulan.

2. Penyajian data

Penyajian data adalah suatu kegiatan saat sekumpulan data disusun secara sistematis dan terperinci sehingga memberikan kemungkinan menghasilkan kesimpulan. Penyajian data ini bisa berupa teks naratif (berbentuk catatan lapangan), grafik, bagan dan lain-lain.

3. Kesimpulan

Kesimpulan adalah tahap akhir dalam analisis yang dilakukan, tahap ini bertujuan untuk mencari makna data yang sudah dikumpulkan dengan mencari hubungan, persamaan, atau perbedaan untuk ditarik kesimpulan sebagai jawaban dari permasalahan yang ada. Penarikan kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara dan memungkinkan adanya perubahan apabila belum ditemukan bukti yang mendukung sampai adanya bukti yang valid dan menghasilkan kesimpulan yang kredibel (dapat dipercaya).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil

Hasil Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Rawat Inap Triwulan IV Tahun 2021. Jumlah sampel yang digunakan yaitu rekam medis rawat inap lembar CPPT sebanyak 242 rekam medis.

Tabel 1. Lembar kerja observasi Analisis Kualitatif

Keterangan	Review kelengkapan dan konsistensi diagnose lembar CPPT						
	Catatan Penyakit yang lengkap dan konsisten						Lengkap
	Dokter atau perawat						Keseluruhan
	Identitas PPA SOAP NOTIS	Diagnosis/catatan Verifikasi			perkembangan		DPJP
	Pasien	pasien rawat inap			intruksi PPA		
Jumlah Lengkap	237	222	221	111	40	125	26
Persentase (%)	97,7	91,7	91,3	45,8	16,5	51,6	10,7

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa dari 242 sampel dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan pengambilan sampel lembar CPPT yang dilihat dari kelengkapan identitas pasien dengan persentase 97,7%, pengisian PPA (Profesional Pemberi Asuhan) dengan persentase 91,7%, kelengkapan pengisian SOAP (*Subjective, Objective, Analisis, Planning*) dengan persentase 91,3%, kelengkapan pengisian NOTIS (catatan pelaksanaan dari rencana perawatan, intruksi dan perubahan obat serta tindakan yang dilakukan) 45,8%, kelengkapan pengisian Diagnosis/catatan perkembangan pasien rawat inap (Intruksi PPA) dengan presentase 16,5%, kelengkapan pengisian verifikasi DPJP 51,6%. Untuk kelengkapan secara keseluruhan pada lembar CPPT mencapai presentase 10,7%. Dari hasil tersebut belum mencapai standar yang berlaku yaitu 100%. Berikut adalah kutipan hasil wawancara mengenai kelengkapan dan kekonsistenan diagnose:

“kita tetapkan dengan indikator mutu, tapi terkadang masih tidak ada yang lengkap **karena dokter itu prakteknya tidak hanya di rumah sakit ini** yang pasti kita terus berkoordinasi dengan pihak-pihak terkait.”

“**Dari pemeriksaan pasien langsung diisi, tapi untuk kalau pindahan dari bangsal belum pasti, harus konfirmasi dulu** misal yang dari bangsal sebelumnya ada yang belum lengkap dan pengaruh sama tindakan yang mau kita lakukan”.

### Pembahasan

Review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa berdasarkan nomor rekam medis, identitas pasien, PPA, SOAP, Notis, Diagnosis/catatan perkembangan pasien rawat inap intruksi PPA dan verifikasi DPJP dokumen rekam medis lembar CPPT rawat inap dengan persentase tertinggi 97,7%, presentase terendah adalah kelengkapan dibagian Notis yaitu 16,5% selain itu kelengkapan pengisian lembar CPPT masih ada yang belum lengkap yaitu pengisian PPA(Profesional Pemberi Asuhan) dengan persentase 91,7%, kelengkapan pengisian SOAP

(*Subjective, Objective, Analysis, Planning*) dengan persentase 91,3%, kelengkapan pengisian NOTIS (catatan pelaksanaan dari rencana perawatan, intruksi dan perubahan obat serta tindakan yang dilakukan) 45,8%, kelengkapan pengisian Diagnosis/catatan perkembangan pasien rawat inap (Intruksi PPA) dengan persentase 16,5%, kelengkapan pengisian verifikasi DPJP 51,6%. Total lembar CPPT yang lengkap secara keseluruhan 10,7% dari 242 dokumen lembar CPPT rawat inap selama triwulan IV.

Di Rumah Sakit Jiwa dr. Arif Zainuddin Surakarta pengisian lembar CPPT sudah menggunakan RME atau sudah terkomputerisasi. Dari hasil yang didapatkan dengan sampel tersebut tidak sesuai dengan SOP yang berlaku tentang pengisian dokumen rekam medis no.03.02.119 revisi ke 2 tahun terbit 15 Januari 2018 prosedur poin 2 yang menjelaskan bahwa setiap dokter visite menulis di dokumen rekam medis dengan lengkap, kronologis, jelas dan dapat dibaca. Pada prosedur poin 5 menjelaskan diagnosis ditulis secara konsisten antara formulir masuk–keluar dengan ringkasan pulang. Dari hasil wawancara petugas rekam medis bagian *analising* menjelaskan bahwasannya pengisian lembar CPPT yang tidak lengkap akan dikonfirmasi dan dikembalikan lagi ke bangsal terakhir pasien dirawat, sebagai penanggung jawab terakhir pasien tersebut dipulangkan. Setelah didapatkan hasil dari sampel yang telah ditentukan bahwa kelengkapan diagnosa dan formulir belum sesuai dengan ketentuan SOP yang ada dan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyatakan bahwa pada jenis pelayanan rekam medis, indikator kelengkapan pengisian rekam medis 1x24 jam setelah selesai pelayanan dengan standar kelengkapan pengisian rekam medis 100%. Sedangkan kelengkapan yang dicapai lembar CPPT adalah 10,7% belum memenuhi ketentuan yang ada. Hal ini sesuai dengan penelitian (Ferdianto Rudi, 2019) yang menjelaskan bahwa hasil analisa kualitatif Dokumen Rekam Medis rawat inap dengan tindakan Sectio Caesarea periode triwulan I tahun 2018, ketidaklengkapan tertinggi ada pada *review* kelengkapan dan pencatatan kekonsistensian diagnosa, perawatan dan pengobatan yaitu 28 rekam medis lengkap dan 8 rekam medis tidak lengkap atau tidak konsisten dalam pencatatan diagnosa.

Hasil wawancara menjelaskan bahwa adanya kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa tergantung pada kelengkapan pengisian setiap bangsal yang dilakukan setelah pemeriksaan, walaupun tidak lengkap akan dilakukan konfirmasi ke bangsal yang belum lengkap, konfirmasi ini cukup membutuhkan waktu yang lama karena dokter di bangsal tidak hanya praktek di rumah sakit dr. Arif Zainudin Surakarta. Hasil yang didapatkan tidak sesuai dengan pernyataan Gemala (2008) yang menjelaskan setiap melakukan pelayanan pasien harus menyertakan bukti rekaman adanya jam, tanggal dan laporan laporan yang seharusnya ada dengan kelengkapan adanya hasil dan pencatatan yang lengkap dan akurat sangat membantu dalam pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan dan penentuan diagnosis pasien serta kesinambungan pelayanan. Menurut Medical Record Documentation Standards dalam Care First Family of Health Care Plans (2016), setiap isian dalam rekam medis harus tersusun secara konsisten terkait rekam medis tersusun teratur, rekam medis diatur dengan urutan kronologis riwayat penyakit pasien, serta rekam medis tidak mengandung informasi untuk pasien lainnya. Tanggal dan waktu isian dokumen rekam medis yang tidak konsisten dalam penulisan, penyusunan dan urutan akan mempengaruhi kualitas dokumen rekam medis dan dapat berbahaya untuk pasien karena dokter akan cukup kesulitan untuk menegakkan diagnosis pasien dengan tepat

Selain itu perlunya sosialisasi tentang pengisian lembar CPPT kepada petugas kesehatan sebagai bentuk pelatihan dan pengetahuan petugas kesehatan masih jarang dilakukan sebagaimana hasil wawancara yang menjelaskan bahwa jarang dilakukan pelatihan pengisian rekam medis khususnya lembar CPPT, padahal pelatihan sangat penting dilakukan sebagai pendukung pekerjaan yang dilakukan sebagaimana menurut Haqqi, Dkk (2020) menjelaskan bahwa pelatihan sangat penting bagi petugas karena dapat menambah wawasan dan keterampilan agar bekerja secara profesional dan memiliki produktivitas yang tinggi. Sehingga dengan mengikuti pelatihan



mengenai rekam medis, pengisian dan pengembalian berkas rekam medis diharapkan dapat menambah pengetahuan, meningkatkan keterampilan bagi petugas dan dapat menunjang kegiatan pengisian dan pengembalian berkas rekam medis serta dapat meminimalisir kejadian keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Universitas Airlangga.

Ketidakkonsistenan dan kelengkapan ini dipengaruhi juga oleh tingkat kesadaran petugas pelayanan kesehatan yang kurang dalam pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien. Kurangnya motivasi juga menjadi salah satu faktor proses pengisian kelengkapan lembar CPPT, dalam penelitian Lestari & Muflihatin (2020) menjelaskan bahwa di Puskesmas Kota Anyar masih kurang adanya dukungan dari luar dengan mengingatkan sesama petugas untuk melengkapi berkas rekam medis dengan benar, tidak adanya *punishment* sehingga masih sering petugas mengabaikan kewajiban dan tanggung jawabnya dalam pengisian kelengkapan berkas rekam medis. Selain itu tidak ada sanksi apabila pengisian dokumen tidak dilengkapi seperti halnya Pritantyara (2017) dalam hasil penelitiannya menyatakan faktor ketidaklengkapan juga disebabkan tidak ada sanksi yang dikeluarkan rumah sakit apabila dokter atau perawat tidak mengisi rekam medis rawat inap secara lengkap. Faktor predisposisi ini juga dijelaskan dalam penelitian Riyantika (2018) bahwa Kesibukan dijadikan alasan utama oleh dokter tidak melengkapi resume medis, namun seharusnya kesibukan itu tidak dijadikan alasan. Karena membuat resume medis, melengkapi resume medis adalah kewajiban seorang dokter. Seperti yang dijelaskan di UU praktik kedokteran No.29 pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Faktor predisposisi (sumber daya manusia) yang menjadi penyebab utama ketidaklengkapan pengisian resume medis yaitu karena kesibukan dokter sehingga menyebabkan keterlambatan dalam kelengkapan resume medis.

## SIMPULAN

Simpulan *review* kelengkapan dan konsistenan diagnosa lembar CPPT menghasilkan 10,7% lengkap dan belum konsisten. Saran dari hasil yang telah didapatkan perlu adanya sosialisasi mengenai pentingnya pengisian kelengkapan rekam medis elektronik khususnya lembar CPPT pada dokter, perawat dan petugas kesehatan. Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) atau perawat memperhatikan kelengkapan informasi pada penulisan diagnosis dan *checklist* penulisan nama serta verifikasi sebagai bukti autentikasi terhadap tenaga medis dokter atau perawat yang bertanggung jawab terhadap pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, W. (2016) "Manajemen Kualitas," Jurnal Manajemen, hal. 1–61.
- Ferdianto, Rudi (2019). "Analisis Kualitatif Dan Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Umum Anna Medika Madura Tri Wulan I Tahun 2018". Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudia Husada Madura Volume1 No 1, Maret 2019
- Haqqi, A., Aini, N. N., & Wicaksono, A. P. (2020). "Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RS Universitas Airlangga". *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 492–501. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2158>
- Lestari, D. F. A., & Muflihatin, I. (2020). "Analisis Faktor Penyebab Ketidakkelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Puskesmas Kotaanyar". *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 2(1), 134–142. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v2i1.2217>
- Menteri Kesehatan RI. Permenkes RI No.269 Th. 2008 Tentang Rekam Medis. Menteri Kesehatan. 2008.

- Pritantyara, 2017 (2017). "*Analisis Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Di Rumkit Tk. Ii 04.05.01 Dr. Soedjono Magelang Tahun 2017*". Skripsi, 13(3), Pp. 1576–1580
- Rezka, Salsabila Miftah. 2020. "*Langkah-langkah Menggunakan Teknik Analisis Data Kualitatif*". <https://www.dqlab.id/data-analisis-pahami-teknik-pengumpulan-data>. Diakses Pada Senin 28 Februari 2022 Pukul 20.50 WIB.
- Riyantika, D. (2018). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Lembar Resume Medis Pasien Rawat Inap. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(1), 69-73. <https://doi.org/10.30994/sjik.v7i1.153>

## EVALUASI SISTEM INFORMASI PENGADAAN BAHAN MAKANAN DENGAN METODE *PIECES* DI GUDANG INSTALASI GIZI RSUD IR SOEKARNO SUKOHARJO

<sup>1</sup>Yul Asriati,\*, <sup>2</sup>Asri Nawan Cahyanti, <sup>3</sup>Triyanta  
<sup>1,2,3</sup>Universitas Veteran Bangun Nusantara, [yulasriati66@gmail.com](mailto:yulasriati66@gmail.com)

### ABSTRAK

RSUD Ir Soekarno Sukoharjo merupakan rumah sakit tipe B milik pemerintah yang berada di kabupaten Sukoharjo, jadi rumah sakit ini memerlukan bahan makanan yang cukup banyak untuk memenuhi kebutuhan pasien, maka dari itu dibutuhkan sistem pengadaan bahan makanan yang akurat dan tepat. Pengadaan bahan makanan dilakukan oleh team ahli gizi di instalasi gizi. Sistem pengadaan bahan makanan di instalasi gizi RSUD Ir Soekarno Sukoharjo pada tahun 2019 mengalami perubahan dari sistem manual menjadi menggunakan sistem KHS (*Krakatau Hospital System*). Dengan adanya perubahan tersebut ada beberapa kendala yang dialami. Misalnya dalam pelaporan perbulan belum ada rekapannya dalam aplikasi tersebut jadi harus merekap sendiri dengan menggunakan bantuan excel. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Informan dari penelitian ini adalah sebanyak 5 orang. Teknik sampling menggunakan *purposive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan wawancara. Metode analisa data menggunakan analisis *PIECES*. Hasil penelitian ini menunjukkan dengan adanya sistem informasi pengelolaan data pengadaan bahan makanan kinerjanya menjadi lebih baik sangat membantu, informasinya mudah untuk dipahami dan tepat waktu setiap bulannya, meminimalisir pengeluaran rumah sakit, keamanan dan pengawasannya cukup aman dan terkontrol, membuat pekerjaan lebih efisien, dan sudah memberikan hasil yang lebih baik terhadap rumah sakit.

**Kata Kunci :** *Sistem Informasi, Pengadaan Bahan Makanan, Analisis PIECES*

### ABSTRACT

*RSUD Ir Soekarno Sukoharjo is a government-owned type B hospital located in Sukoharjo district, so this hospital requires a lot of food ingredients to meet patient needs, therefore an accurate and precise food supply system is needed. Procurement of food ingredients is carried out by a team of nutritionists at the nutrition installation. The food procurement system at the nutrition installation of Ir Soekarno Sukoharjo Hospital in 2019 underwent a change from a manual system to using the KHS system (Krakatau Hospital System). With this change, several obstacles were experienced. For example, in monthly reporting, there is no recapitulation in the application, so you have to recap yourself using excel. This type of research is qualitative research. The informants of this study were 5 people. The sampling technique used purposive sampling. The research instrument used interviews. Method of data analysis using PIECES analysis. The results of this study indicate that the existence of an information system for managing food procurement data has better performance, it is very helpful, the information is easy to understand and timely every month, minimizes hospital expenses, security and supervision is quite safe and controlled, makes work more efficient, and has provided better outcomes for hospitals.*

**Keyword :** *Information Systems, Food Procurement, PIECES Analysis.*

### PENDAHULUAN

Upaya kesehatan adalah kegiatan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*) yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Konsep kesatuan upaya kesehatan ini menjadi pedoman dan pegangan bagi seluruh fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit. (Satibi, 2016).

Menurut Peraturan Pemerintah No 47 tahun 2021 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang

menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Salah satu kewajiban rumah sakit yaitu membuat, melaksanakan dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien, sehingga kewajiban ini menuntut rumah sakit untuk terus melakukan upaya dalam memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Salah satu kegiatan yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu di rumah sakit adalah pelayanan gizi. Pelayanan gizi di rumah sakit dilaksanakan oleh instalasi gizi. Pelayanan gizi di rumah sakit melakukan empat kegiatan pokok yaitu asuhan gizi pasien rawat jalan, asuhan gizi pasien rawat inap, penyelenggaraan makanan, penelitian dan pengembangan gizi terapan. Pelayanan gizi merupakan pelayanan yang menjadi tolak ukur mutu pelayanan di rumah sakit karena makanan termasuk kebutuhan dasar manusia dan merupakan faktor pencegah serta membantu penyembuhan penyakit. Pelayanan gizi di rumah sakit dilakukan dengan tujuan untuk memberikan makanan yang bermutu, bergizi yang sesuai standar kesehatan pasien dan untuk mempercepat proses penyembuhan pasien. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu diterapkan manajemen pelayanan gizi di rumah sakit. Manajemen pelayanan gizi sangat dibutuhkan karena tanpa manajemen semua usaha akan sia-sia dan pencapaian tujuan akan lebih sulit. (Kemenkes, 2013).

Pengadaan bahan makanan merupakan salah satu dari fungsi manajemen logistik penyediaan makanan di institusi. Pengadaan bahan makanan, merupakan usaha/proses dalam penyediaan bahan makanan saja, ataupun sekaligus melaksanakannya dalam proses pembelian bahan makanan. Pengadaan bahan makanan itu sendiri berfungsi sebagai sistem, yang oleh kerja sistem ini akan menghasilkan bahan makanan yang berkualitas baik. Sistem dalam pengadaan bahan makanan ini diartikan sebagai program yang terpadu dan terintegrasi dengan sub-sistemnya adalah perencanaan kebutuhan bahan makanan, pemesanan bahan makanan, pembelian bahan makanan, penerimaan dan penyimpanan, peralatan dan perlengkapan, tenaga yang tepat waktu (Kemenkes, 2018).

Menurut Permenkes RI Nomor 82 Tahun 2013, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIM-RS adalah suatu sistem 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 akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan. Untuk menganalisis sistem informasi manajemen sudah berjalan dengan baik atau tidak dengan menggunakan analisis PIECES. Analisis PIECES menurut Wetherbe (2012), PIECES adalah untuk mengoreksi atau memperbaiki sistem informasi bagi pengambil keputusan dalam suatu organisasi. Menurut Fatta (2009), untuk menentukan suatu sistem baru itu layak atau tidak, maka diperlukan suatu analisis terhadap kriteria-kriteria yaitu kinerja (*Performance*), informasi (*Information*), ekonomi (*Economy*), kontrol (*Control*), efisiensi (*Efficiency*), dan pelayanan (*Services*) yang lebih dikenal sebagai analisis PIECES, dengan analisis ini kita bisa mendapatkan beberapa masalah dan akhirnya dapat memecahkan masalah utamanya.

RSUD Ir Soekarno Sukoharjo merupakan rumah sakit tipe B milik pemerintah yang berada di kabupaten Sukoharjo. Rumah sakit tersebut memiliki berbagai pelayanan kesehatan, salah satunya adalah pelayanan penunjang medis yang di dalamnya ada instalasi gizi. Salah satu kegiatan di instalasi gizi adalah pengadaan bahan makanan. Pengadaan bahan makanan dilakukan oleh tim ahli gizi di instalasi gizi. Sistem pengadaan bahan makanan ada yang dilakukan secara manual dan ada juga yang sudah menerapkan sistem dengan aplikasi. KHS (*Krakatau Hospital System*) adalah salah satu produk sistem informasi milik PT Krakatau Information Technology anak dari perusahaan PT Krakatau Steel yang bergerak dalam bidang teknologi informasi yang digunakan untuk membantu instansi rumah sakit dalam melakukan pengolahan data dan informasi agar lebih cepat, rapi dan efisien (<http://krakatau-it.co.id/aboutus>). Biasanya sistem pengadaan bahan makanan yang di terapkan di Rumah Sakit masih menggunakan dengan sistem manual dengan cara mengandalkan kartu stok manual, buku gudang atau worksheet pada excel

## METODE

Jenis dan rancangan penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan rancangan penelitian studi kasus. Instrument penelitian ini dengan wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Subjek dalam penelitian ini adalah Informan yang berjumlah 5 orang yang terdiri dari 1 Kasie Mutu Pelayanan Penunjang, 1 Kepala Instalasi Gizi, 1 Kepala Sub Instalasi Pengadaan Makanan, 2 Ahli Gizi pengadaan. Objek dari penelitian ini adalah sistem informasi pengadaan bahan makanan yaitu aplikasi KHS (*Krakatau Hospital System*). Pengambilan informan dalam penelitian kualitatif menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu cara penentuan informan yang ditetapkan secara sengaja atas dasar kriteria atau pertimbangan tertentu. Dalam penelitian ini, pemilihan informan didasarkan kriteria yaitu Petugas gizi yang bertugas dibagian gudang instalasi gizi, Petugas gizi yang membuat laporan pengadaan bahan makanan, Petugas gizi yang mengerti tentang penggunaan aplikasi KHS (*Krakatau Hospital System*) dan Petugas gizi yang bersedia diwawancara

## HASIL DAN PEMBAHASAN

PIECES digunakan sebagai dasar untuk memperoleh analisa yang lebih jelas dan spesifik mengenai sistem informasi pengadaan bahan makanan di Instalasi Gizi RSUD Ir Soekarno Sukoharjo.

### 1. Analisis Kinerja (*Performance*)

Analisis kinerja adalah suatu kemampuan sistem dalam menyelesaikan tugas dengan cepat sehingga sasaran dapat segera tercapai. Kinerja diukur dengan jumlah produksi (*throughput*), waktu tanggap (*response time*), keselarasan, kelaziman komunikasi, kelengkapan konsistensi, dan toleransi kesalahan (Fatta, 2009).

Pada aspek kinerja penggunaan sistem informasi pengadaan bahan makanan yang digunakan di RSUD Ir Soekarno Sukoharjo telah berjalan dengan cukup baik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa dengan adanya sistem informasi ini sangat membantu dalam pengadaan bahan makanan, karena alur pengadaan bahan makanan terintegrasi dalam satu sistem alurnya menjadi runtut mulai dari pemesanan, penerimaan barang sampai pengeluaran dan penggunaan bahan makanan terupdate di aplikasi KHS, perjalanan barang lebih mudah dilihat. Secara administrasinya lebih tertata, lebih tertib, lebih rapi, dan lebih terkontrol, stok bahan makanan terupdate di aplikasi KHS. Datanya transparan, jadi mudah untuk dipantau. Untuk pelaporan pertanggung jawaban dengan bagian keuangan lebih terorganisir. Jika membutuhkan data pengadaan bahan makanan tinggal akses ke aplikasi tersebut. Tetapi memang ada beberapa data yang dibutuhkan belum tersedia di aplikasi tersebut yaitu data laporan bulanan atau tahunan, yang saat ini sedang diproses oleh IT.

Awal menggunakan aplikasi KHS agak bingung, karena menunya sangat banyak jadi harus mempelajari dulu menu apa yang bisa digunakan sesuai dengan ID nya, tetapi setelah sering dan terbiasa praktek menggunakan ternyata aplikasi KHS ini mudah untuk digunakan. Menggunakan aplikasi KHS ini tinggal memasukkan data pada kolom-kolom yang tersedia. KHS adalah aplikasi *open source*, jadi aplikasi KHS ini bisa untuk dikembangkan. Membutuhkan kelihaihan dan banyak praktek untuk menggunakan aplikasi ini.

Data yang ada di KHS harus sesuai dengan stok fisik yang ada. Karena setiap proses yang dilakukan harus diupdate pada aplikasi KHS, semua data mengacu pada KHS dan datanya sudah divalidasi. Pada waktu *stok opname* biasanya dilakukan penyesuaian, karena ada beberapa barang yang satuannya berbeda. Dibutuhkan ketelitian dalam menginput data, karena data yang dihasilkan harus cocok dengan kenyataannya.

Bila terjadi kesalahan input data pada aplikasi KHS masih bisa dibatalkan jika belum divalidasi, di sana ada opsi retur, batal, tapi dengan syarat barangnya harus ada. Tetapi jika sudah divalidasi yang bisa membatalkan hanya orang dengan akses khusus yaitu kepala instalasi. Kemudian harus memberitahu IT dan harus memberi keterangan di dalam sistem

alasan membatalkan dan siapa yang membatalkan. Jika terjadi kesalahan input data pada aplikasi KHS selama belum diproses bagian keuangan tidak ada implikasi yang besar. Tetapi jika sudah diproses oleh bagian keuangan kemudian ditemukan ada kesalahan penulisan harga jika seperti itu bagian keuangan tidak mau menerima jadi harus dilakukan pembatalan dengan bantuan dari IT. Efeknya dari kesalahan tersebut membuat administrasi menjadi mundur.

Aplikasi KHS ini menggunakan LAN (*Local Area Network*) untuk pengoperasiannya. Koneksi yang digunakan sehari-hari cukup bagus dan lancar jarang ada gangguan, karena LAN tersebut hanya terhubung untuk semua komputer di rumah sakit. Jika digunakan bersamaan itu tidak masalah, tapi adakalanya kadang agak lemot misalnya jika sedang ada pemeliharaan atau jaringan sedang error. Kalau di pengadaan bahan makanan saat stok opname tergantung banyaknya bahan makanan yang diinput, jika bahan makanan yang diinput banyak kadang agak lama dalam memprosesnya tapi tidak selalu setiap bulan cuma kadang-kadang.

Menurut Permenkes No 82 Tahun 2013, sistem informasi dapat dimanfaatkan untuk kegiatan pelayanan data dan informasi dengan lebih produktif, transparan, tertib, cepat, mudah, akurat, terpadu, aman, dan efisien. Khususnya membantu dalam memperlancar dan mempermudah pembentukan kebijakan dan meningkatkan sistem pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang penyelenggaraan rumah sakit di Indonesia. Direkomendasikan menggunakan aplikasi dengan kode sumber terbuka (*open source*) yang disediakan oleh kementerian kesehatan atau penggunaan aplikasi yang dibuat oleh rumah sakit. Untuk mendukung pelayanan pada sistem informasi maka infrastruktur jaringan komunikasi yang disyaratkan adalah menggunakan LAN untuk setiap gedung atau lantai.

Sama halnya dikatakan oleh Marwati (2021) dan Handyaningrum (2014) bahwa dari segi kinerja dengan adanya sistem informasi yang digunakan dapat membantu dalam proses pencatatan dan pembuatan laporan, sehingga membantu dalam menyelesaikan pekerjaan.

Sejalan juga dengan penelitian Anggita (2016) bahwa dari segi kinerja dengan adanya sistem informasi yang digunakan sudah berjalan cukup baik untuk kemampuan input, proses dan penyimpanan data sudah sangat bagus kinerjanya. Internet yang digunakan sehari-hari kecepatannya stabil dan lancar. Sistem yang ada mudah dipahami serta mudah dioperasikan. Kelengkapan sistem untuk melakukan pekerjaan masih kurang belum bisa menampilkan laporan bulanan atau tahunan secara otomatis. Dan sistem informasi yang digunakan sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Kemenkes.

## 2. Analisis Informasi (Information)

Pada aspek informasi, dalam penggunaan sistem informasi ini dalam pengadaan bahan makanan di RSUD Ir Soekarno Sukoharjo dengan seiring berjalannya waktu sudah berjalan cukup optimal, informasi yang dihasilkan mudah untuk dipahami dengan terbiasanya menggunakan aplikasi ini sesuai dengan ID aksesnya masing-masing. Misalnya pada surat order ada keterangan siapa yang order, order dimana, barangnya apa saja, jumlahnya berapa, ketentuan ordernya apa dan lain sebagainya. Informasi yang dihasilkan aplikasi KHS dapat dipercaya serta diverifikasi kebenarannya karena sudah dilakukan validasi data dan ke link di keuangan. Penyimpanan informasi dalam sistem ini sudah cukup baik tidak ada data yang tersimpan ganda oleh sistem. Informasi merupakan hal penting karena dengan informasi tersebut pihak manajemen dan user dapat melakukan langkah selanjutnya. Apabila kemampuan sistem informasi baik, maka user akan mendapatkan informasi yang akurat, tepat waktu dan relevan sesuai dengan yang diharapkan (Fatta, 2009).

Pencatatan ganda mungkin terjadi seringnya karena human error bukan karena tidak tersimpan baik oleh sistem. Misalnya nomor *voucher* itu tidak bisa *double*, jadi setiap satu transaksi di hari itu tidak bisa ada 2 *voucher* hanya akan muncul 1 *voucher*. Biasanya kalau terjadi seperti itu akan muncul notifikasinya jadi tidak boleh ada kode *voucher* yang sama. Maksudnya menginput pembelian yang sama pada hari itu di PT apa. Bisa juga nomor faktur itu juga tidak bisa *double*, kalau terjadi *double* biasanya sudah terseleksi oleh sistem ada



notifikasinya. Kemudian biasanya pencatatan ganda itu karena *human error* bukan karena tidak tersimpan baik oleh sistem, misalnya di pasien, bon makanan pasien sudah ada yang *input* tapi *diinput* lagi.

Informasi yang dihasilkan oleh aplikasi KHS untuk saat ini memang sudah sesuai dengan apa yang dibutuhkan sudah mengakomodir yang dibutuhkan terutama untuk kegiatan yang penting misalnya, surat order, berita acara, stok gudang, pengeluaran perhari, dan lain sebagainya. Tetapi ada beberapa yang diinginkan oleh pengguna ada yang belum terpenuhi karena baru *on proses* diperbarui oleh IT misalnya untuk rekap *voucher* pengeluaran perbulan itu belum ada dan saat ini antisipasinya masih direkap satu-satu, kemudian diketik di *excel*.

Informasi yang dihasilkan oleh bagian gudang kurang bisa tepat waktu dipenggunaan harian karena tidak setiap petugas selalu *standby* di depan komputer setiap waktu, tergantung dengan banyaknya *jobdesk* ahli gizi yang dilakukan pada hari itu, misalnya jika tidak banyak *jobdesk* bisa tepat waktu, tapi jika *jobdesknya* banyak kadang direkap 2 atau 3 hari sekali baru diinput. Bisa juga karena petugas sedang libur jadi inputnya keesokan harinya. Ada juga misal permintaan makan saat petugas sudah pulang jadi diinput di KHS pada keesokan harinya atau biasanya direkap dulu menggunakan buku bantu atau *excel*. Tetapi pada saat akhir bulan semua data sudah harus terinput di KHS. Hal ini sejalan dengan penelitian Handayani (2014) bahwa dari segi informasi yang dihasilkan sudah berjalan secara optimal dan tepat waktu. Selain itu, informasi yang dihasilkan sudah dapat dipertanggung jawabkan kebenaran dan ketelitiannya. Mampu menghasilkan informasi sesuai kebutuhan sehari-hari, tampilannya dibuat sederhana dan mudah dipahami, tidak dibuat secara berlebihan (Anggita, 2016). Menurut Permenkes No 82 Tahun 2013 dalam menjalankan fungsi pembinaan upaya kesehatan, Kementerian Kesehatan membutuhkan informasi yang handal, tepat, cepat, dan terbaru (*up to date*) untuk mendukung proses pengambilan keputusan dan penetapan kebijakan secara tepat.

### 3. Analisis Ekonomi (Economy)

Pada aspek ekonomi, dengan adanya sistem informasi yang ada memberikan efek yang baik. Ini terlihat dengan adanya sistem ini sangat membantu dibanding dengan menggunakan manual, sekarang tidak banyak menggunakan formulir-formulir dan alat tulis. Permintaan bahan makanan dulu pakai kertas sekarang sudah lewat sistem, jadi tidak banyak arsip. Alat tulis yang digunakan seperti pulpen dan spidol juga berkurang karena tinggal *input* ke dalam sistem. Tetapi memang untuk pelaporan ke bagian keuangan tetap masih membutuhkan *print out* bukti-bukti seperti surat order, berita acara, nota, faktur dan lain sebagainya. Walaupun untuk pelaporan tetap masih harus menggunakan *print out* tapi dengan sistem informasi yang ada sangat membantu sekali dapat dikatakan meminimalisir pengeluaran rumah sakit. Pemanfaatan biaya yang digunakan dari pemanfaatan informasi. Peningkatan terhadap kebutuhan ekonomis mempengaruhi pengendalian biaya dan peningkatan manfaat terhadap sistem informasi (Fatta, 2009). Menurut Permenkes No 82 Tahun 2013 dengan adanya SIMRS harus mampu meningkatkan dan mendukung proses pelayanan kesehatan di rumah sakit yang meliputi budaya kerja, transparansi, koordinasi antar unit, pemahaman sistem dan pengurangan biaya administrasi dalam pelayanan organisasi.

Dari segi SDM yang tersedia dibagian pengadaan sudah sangat efektif, sudah bisa menggunakan semua sesuai dengan tugasnya. Kemudian sudah tidak perlu minta data pasien ke bangsal, karena sudah terekap oleh sistem. Hal ini sejalan dengan penelitian Handayani (2014), Anggita (2016) dan Marwati (2021) bahwa dari segi ekonomi memberikan dampak yang ekonomis, lebih baik daripada sistem manual dan dapat meminimalisir pengeluaran rumah sakit.

### 4. Analisis Pengendalian (Control)

Pada aspek pengendalian, berdasarkan sistem yang ada saat ini dapat dikatakan pengendalian yang dilakukan berjalan dengan baik. Hal ini dapat disimpulkan dari hasil

jawaban informan yang menjelaskan bahwa keamanan pada sistem informasi aplikasi KHS ini bisa dibilang sangat aman karena setiap user mempunyai ID dan password masing-masing. Selain itu setiap ID juga tidak bisa mengakses semua menu yang ada, menu yang bisa diakses hanya sesuai dengan *jobdesknya* masing-masing. Kemungkinan ada potensi data bisa diakses oleh orang lain jika mengetahui atau ada yang memberikan ID dan password yang akan digunakan untuk akses bagian tertentu dan mengajari bagaimana cara menggunakan menu-menunya, tetapi aplikasi KHS ini hanya bisa diakses di komputer rumah sakit. Tapi untuk saat ini belum pernah ada kejadian seperti itu.

Data yang ada juga tersimpan baik oleh sistem, selama ini jarang sekali terjadi offline atau mati listrik. Jika terjadi keadaan seperti itu data yang sudah tersimpan oleh sistem tetap aman, misalnya membuka data tahun 2019 itu datanya masih ada. Tapi kalau misalnya sedang melakukan input data belum sempat menyimpan kemudian tiba-tiba sistem offline maka harus menginput ulang data yang sedang diinput karena disana belum ada *recovery save*.

Bila terjadi sistem *error* misalnya saat ada *maintenance* dari IT, jika belum tahu kalau saat ini sedang ada *maintenance* sistem terus menggunakan sistem tersebut biasanya terjadi *not responding*, muter-muter terus (*loading*), atau sistemnya tiba-tiba berhenti. Untuk mengantisipasi agar tidak digunakan dari IT ada grup *whatsapp* yang isinya semua kepala bagian. Biasanya di grup tersebut diberi pemberitahuan bahwa akan dilakukan *maintenance* pada jam berapa sampai jam berapa jangan digunakan terlebih dahulu.

Kalau *human error* kadang-kadang pernah terjadi, misalnya karena kurangnya konsentrasi salah memasukkan angka, misalnya saat input angka seperti kemarin pernah terjadi saat saya mengamati ada kesalahan memasukkan harga pajak dan nonpajak terbalik, jadi harus dilakukan *crosscheck* dan input ulang jadi memang membutuhkan ketelitian saat menginput data. Atau bisa saja terjadi *double* input, sudah diinput tapi ada yang nginput lagi, jadi sebelum di validasi dilakukan *crosscheck* dahulu. Analisis ini digunakan untuk membandingkan sistem yang dianalisa berdasarkan pada segi integritas sistem, kemudahan akses dan keamanan data (Fatta, 2009).

Untuk pengawasan terhadap sistem informasi ini di instalasi gizi setiap hari dilakukan pengawasan oleh kepala instalasi gizi terkait penggunaan sistem ini, melihat data penggunaan bahan makanan, belanja apa habis berapa, melihat stok gudang. Kemudian setiap bulannya dilakukan pengawasan oleh bagian manajemen dan bagian keuangan.

Menurut Permenkes No 82 Tahun 2013 bahwa syarat keamanan dari suatu sistem adalah aplikasi harus memungkinkan masing-masing *user* dapat diidentifikasi secara unik, baik dari segi nama dan perannya. Hal tersebut membuktikan bahwa aplikasi KHS dari keamanannya memenuhi syarat tersebut dibuktikan dengan adanya ID dan *password* yang berbeda-beda untuk setiap *user*nya dan menunya pun yang dapat diakses berbeda-beda sesuai dengan tugasnya masing-masing.

Hal ini sejalan dengan penelitian Handyaningrum (2014) dan Marwati (2021) bahwa dari segi pengendalian sistem informasi ini setiap pengguna telah memiliki ID dan password masing-masing menu yang bisa diakses juga berbeda-beda sesuai dengan tugasnya. Dengan adanya sistem informasi pekerjaan yang dilakukan jadi mudah terkontrol oleh pihak rumah sakit.

Sejalan juga dengan penelitian Anggita (2016) bahwa ada kontrol keamanan dan pembatasan akses terhadap sistem informasi pada masing-masing unit. Sehingga setiap unit hanya bisa mengakses data sesuai dengan kewenangan kerja masing-masing unit. Segi-segi keamanan dalam hal ini berarti informasi data hanya bisa diakses oleh pihak yang memiliki wewenang. Kontrol keamanan dan pembatasan akses data sudah dilakukan dengan baik, dengan memberikan ID dan *password* masing-masing.

## 5. Analisis Efisiensi (Efficiency)

Pada aspek efisiensi, dengan adanya sistem informasi yang ada saat ini dapat dikatakan telah memberi dampak yang lebih baik. Hal ini dapat disimpulkan dari hasil jawaban informan menunjukkan dengan sistem informasi yang ada saat ini membuat pekerjaan lebih efisien, dengan seiring berjalannya waktu dapat menggunakan aplikasi KHS dengan baik. Pekerjaan jadi runtut prosesnya tinggal memakai sistem ini, mulai dari pengadaan bahan makanan sampai ke pelayanan ke pasien bisa dilihat dengan menggunakan sistem ini. Dengan jumlah pegawai yang ada khususnya di bagian pengadaan saat ini sudah berjalan maksimal, semua sudah bisa menggunakan. Sistem ini sangat membantu dari perencanaan, pengorderan, pengeluaran, dan sampai pelayanan. Tetapi bisa juga dikatakan belum maksimal, karena penggunaan aplikasi ini dipahami dengan seiring berjalannya waktu. Penggunaan efisiensi berhubungan dengan bagaimana sumber tersebut dapat digunakan secara optimal. Operasi pada suatu perusahaan dikatakan efisien atau tidak biasanya didasarkan pada tugas dan tanggung jawab dalam melaksanakan kegiatan (Fatta, 2009).

Menurut Permenkes No 82 Tahun 2013 pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan SIMRS harus mampu meningkatkan dan mendukung proses pelayanan kesehatan di rumah sakit yang meliputi kecepatan, akurasi, integrasi, peningkatan pelayanan, peningkatan efisiensi, kemudahan pelaporan dalam pelaksanaan operasional. Dengan adanya pengembangan SIMRS harus dilakukan advokasi dan sosialisasi, pendidikan dan pelatihan, bimbingan teknis serta pemantauan dan evaluasi.

Keefisienan penggunaan sistem ini sesuai dengan penelitian Handyaningrum (2014) bahwa dengan adanya sistem informasi membuat dampak efisiensi yang lebih baik, karena dengan adanya sistem informasi menjadikan pekerjaan lebih efisien. Sejalan juga dengan penelitian Anggita (2016) bahwa sistem informasi yang digunakan secara umum tidak sulit untuk dipelajari dan dioperasikan oleh pengguna. Kemudahan ini menyebabkan tidak ada waktu dan tidak ada biaya yang terbuang untuk mempelajari sistem, dengan demikian efisiensi terjadi karena tingkat kesulitan yang rendah. Dalam menggunakan sistem informasi dengan aplikasi KHS ini belum ada SOP nya, adanya SOP tentang kegiatannya bukan cara menggunakan aplikasinya. SOP tentang kegiatan di pengadaan misalnya, alur penerimaan bahan makanan itu bagaimana, penyimpanan bahan makanan itu prosedurnya bagaimana, dan perencanaan kebutuhan bahan makanan itu prosedurnya bagaimana.

## 6. Analisis Pelayanan (Service)

Menurut Permenkes No 82 Tahun 2013 pengaturan SIMRS bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan pelayanan rumah sakit. Pada aspek pelayanan ini, dengan adanya sistem informasi yang ada dapat dikatakan memberikan pelayanan yang lebih baik terhadap instalasi gizi. Dengan adanya sistem ini dapat melayani yang dibutuhkan oleh pengguna, terutama yang penting dulu untuk kegiatan sehari-hari, memberikan hasil yang lebih baik untuk rumah sakit, pengadaan bahan makanan di RSUD Ir Soekarno Sukoharjo lebih aman dari segi data dan sistem pembayarannya, lebih terkontrol, lebih rapi, dan lebih ringkas.

Sistem informasi ini selalu dilakukan update secara berkala, hampir sebulan sekali. Biasanya diinfokan lewat grup wa (*Whatsapp*), ada perwakilan dari IT memberitahu pada kepala instalasi gizi kemudian kepala instalasi memberitahu kepada rekan kerja yang lain jika akan dilakukan *maintenance*. *Update* yang dilakukan misalnya saat itu petugasnya menunjukkan dulu belum ada satuan 'bungkus' sekarang sudah ada, kemudian saat akan menyimpan atau memvalidasi ada notifikasi 'Ya' dan 'Tidak', dan kecepatan menyimpan yang lebih cepat dari sebelumnya.

Dalam menghasilkan informasi sistem informasi KHS ini sudah menghasilkan informasi yang akurat, konsisten dan dapat diandalkan. Setiap bulannya selalu dilakukan pelaporan dan

pengecekan data oleh bagian keuangan, jadi jika ada data yang tidak cocok langsung bisa dibenahi. Jadi sangat dibutuhkan ketelitian saat input data agar tidak terjadi kesalahan. Jika sudah dilakukan pengecekan dengan keuangan dan datanya cocok jadi data tersebut sudah tervalidasi dan bisa untuk digunakan. Harus ada komunikasi dan koordinasi yang baik antar pegawainya. Peningkatan pelayanan memperlihatkan kategori yang beragam. Proyek yang dipilih merupakan peningkatan pelayanan yang lebih baik bagi manajemen, *user* dan bagian lain yang merupakan simbol kualitas dari suatu sistem informasi (Fatta,2009). Sistem informasi pengadaan bahan makanan ini masih memiliki sedikit kendala yaitu ada menu tertentu yang membukanya agak lama, terlalu banyak klik dalam melakukan suatu proses, belum ada pelaporan rekap satu atau tiga bulan atau pertahun masih direkap dengan excel, ketika stok opname kadang lemot atau *not responding*, belum bisa melihat perjalanan bahan makanan dalam 1 bulan di 1 layar tetapi harus membuka klik satu per satu setiap tanggalnya, dan perhitungan order masih manual.

Sesuai dengan penelitian Handayani (2014) bahwa dengan adanya sistem informasi pengadaan bahan makanan memberikan pelayanan yang lebih baik terhadap instalasi gizi, dengan adanya sistem tersebut laporan pengadaan bahan makanan menjadi tercover dan cepat selesai. Ada juga beberapa kendala yang didapatkan seperti kadang lemot dan ada data yang diinginkan belum ada di sistem informasi tersebut. Hal ini juga dikatakan oleh Anggita (2016) bahwa sistem informasi yang digunakan sama-sama memiliki keluhan yaitu belum mampu menampilkan laporan bulanan.

## SIMPULAN

Sistem informasi pengadaan bahan makanan di RSUD Ir Soekarno Sukoharjo dari segi kinerja (*Performance*) menjadi media yang sangat efektif karena sangat membantu dalam pengelolaan data pengadaan bahan makanan dan lebih mudah membuat laporan pertanggung jawaban. Koneksi yang digunakan sistem ini cukup lancar, cuma pada saat tertentu saja agak lemot. Dan dibutuhkan ketelitian saat input data. Dari segi informasi (*Information*) sudah berjalan secara optimal. Informasi yang dihasilkan mudah untuk dipahami, dapat diverifikasi kebenarannya, sudah mengakomodir yang dibutuhkan oleh pengguna, tetapi ada beberapa yang belum tersedia dan masih proses perbaikan oleh IT. Informasi yang dihasilkan diusahakan tepat waktu setiap bulannya. Sedangkan dari ekonomi (*Economy*) dikatakan penggunaan sistem ini dapat meminimalisir pengeluaran rumah sakit. Dari segi SDM dibagian pengadaan sudah sangat efektif, semua sudah bisa menggunakan sesuai tugasnya masing-masing. Dari segi pengendalian (*Control*) bisa dikatakan cukup aman, karena setiap user mempunyai ID dan password masing-masing, dan setiap ID menu yang bisa diakses berbeda-beda sesuai dengan tugasnya masing-masing. Selain itu juga diawasi oleh bagian manajemen, bagian keuangan dan kepala instalasi gizi. Adapun dari segi efisiensi (*Efficiency*) dapat dikatakan dengan adanya sistem ini membuat pekerjaan lebih efisien. Jumlah pegawai yang berada di pengadaan untuk saat ini sudah berjalan maksimal dalam menggunakan sistem ini, cuma ada beberapa dari bagian luar pengadaan yang biasanya meminta tolong menginputkan data. Dalam menggunakan sistem informasi ini belum ada standar operasionalnya. Pernah dilakukan sosialisasi tetapi hanya perwakilan. Sedangkan dari segi pelayanan (*Service*) sudah memberi hasil yang lebih baik terhadap rumah sakit. Tetapi masih ada beberapa kekurangan dari sistem informasi ini diantaranya ada menu tertentu yang membukanya agak lama, terlalu banyak klik dalam melakukan suatu proses, belum ada pelaporan rekap satu atau tiga bulan atau pertahun masih direkap dengan excel, ketika stok opname kadang lemot atau *not responding*, belum bisa melihat perjalanan bahan makanan dalam 1 bulan di 1 layar tetapi harus membuka klik satu per satu setiap tanggalnya, dan perhitungan order masih manual.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Anggita, S. 2016. *Evaluasi Sistem Informasi Pendaftaran dengan Metode PIECES di Rumah Sakit TNIAD Dr. Soedjono Magelang*. [skripsi]. Surakarta : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Fatta, H. A. 2009. *Analisis dan Perancangan Sistem Informasi*. Yogyakarta: ANDI
- Handyaningrum, N. 2014. *Analisis Sistem Informasi Pengolahan Data Bahan Makanan Kering (BMK) di Gudang Instalasi Gizi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta*. [skripsi]. Surakarta : Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Kemenkes. 2013. *Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*. Jakarta: Dirjen Pelayanan Medik, Direktorat RS Khusus dan Swasta.
- Marwati. 2021. *Analisis Sistem Informasi Registrasi Pasien dengan Metode PIECES di Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Kabupaten Gowa*. [skripsi]. Makassar : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Moelong, L.J. 2015. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Rosdakarya
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan.
- PT. Krakatau Information Technology, 2020. *Solusi Bisnis*. (Online) Tersedia di : <http://krakatau-it.co.id/solution> (Diakses pada 3 Maret 2022)
- Ragil, W. 2010. *Pedoman Sosialisasi Prosedur Operasi Standar*. Jakarta : Mitra Wacana Media
- Satibi. 2016. *Manajemen Obat di Rumah Sakit*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Wetherbe, J. 2012. *System Analysis and Design : Traditional, Best Practices*

## URGENSI PRECONCEPTION CARE SEBAGAI PERSIAPAN KESEHATAN SEBELUM HAMIL: SISTEMATIK REVIEW

<sup>1</sup>Eka Vicky Yulivantina\*, <sup>2</sup>Gunarmi, <sup>3</sup>Siti Maimunah

<sup>1</sup>Program Studi Pendidikan Profesi Bidan STIKes Guna Bangsa Yogyakarta,  
[ekavicky.yulivantina@gunabangsa.ac.id](mailto:ekavicky.yulivantina@gunabangsa.ac.id) \*

<sup>2,3</sup>Program Studi Kebidanan Program Magister STIKes Guna Bangsa Yogyakarta  
[gunarmi.gb@gmail.com](mailto:gunarmi.gb@gmail.com), [sitimaimunah.gb@gmail.com](mailto:sitimaimunah.gb@gmail.com)

### ABSTRAK

Angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi dapat dicegah dengan persiapan kehamilan dari masa sebelum hamil. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui urgensi preconception care sebagai persiapan kesehatan sebelum hamil dalam tinjauan sistematik review. Penelitian ini menggunakan metode sistematik review pada 11 jurnal yang memenuhi kriteria inklusi eksklusi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa preconception care merupakan salah satu upaya untuk menyiapkan perilaku kesehatan, kesiapan fisik dan mental serta memberikan intervensi pada calon orang tua sebagai upaya persiapan kehamilan sehat. Kehamilan yang dipersiapkan dengan baik dari masa sebelum hamil akan menurunkan resiko komplikasi pada ibu dan anak.

**Kata Kunci :** *preconception care, persiapan kesehatan, masa sebelum hamil*

### ABSTRACT

*Maternal and infant morbidity and mortality can be prevented by preparing for pregnancy from the preconception period. The purpose of this study was to determine the urgency of preconception care as a pre-pregnancy health preparation in a systematic review. This study used a systematic review method on 11 journals that met the inclusion inclusion criteria. The results showed that preconception care is one of the efforts to prepare health behavior, physical and mental readiness and provide intervention to prospective parents as an effort to prepare for a healthy pregnancy. Pregnancy that is well prepared from the pre-pregnancy period will reduce the risk of complications for mother and child.*

**Keyword :** *preconception care, health preparation, pre-pregnancy period*

### PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator utama derajat kesehatan masyarakat. Angka Kematian Ibu di Indonesia merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi 35 per 1000 kelahiran hidup. (SDKI, 2012). Angka kematian ibu dan bayi disebabkan oleh komplikasi pada kehamilan dan persalinan sebagai akibat dari tidak ada perencanaan kehamilan yang baik. Kesehatan reproduksi menjadi titik awal perkembangan kesehatan ibu dan anak yang dapat dipersiapkan sejak dini, bahkan sebelum seorang perempuan hamil dan menjadi ibu. Kesehatan prakonsepsi merupakan bagian dari kesehatan secara keseluruhan antara perempuan dan laki-laki selama masa reproduksinya. Perawatan kesehatan prakonsepsi berguna untuk mengurangi resiko dan mempromosikan gaya hidup sehat untuk mempersiapkan kehamilan sehat. (WHO, 2013).

Perawatan kesehatan prakonsepsi merupakan perawatan yang mengacu pada intervensi biomedis, perilaku, dan preventif sosial yang dapat meningkatkan kemungkinan memiliki bayi yang sehat. Untuk dapat menciptakan kesehatan prakonsepsi dapat dilakukan melalui skrining prakonsepsi. Skrining prakonsepsi sangat berguna dan memiliki efek positif terhadap kesehatan ibu dan anak. Penerapan kegiatan promotif, intervensi kesehatan preventif dan kuratif sangat efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak sehingga membawa manfaat kesehatan untuk remaja, baik perempuan dan laki-laki selama masa reproduksinya baik sehat secara fisik, psikologis dan sosial, terlepas dari rencana mereka untuk menjadi orang tua (WHO, 2013).



Pemerintah telah melakukan upaya untuk melakukan skrining pra konsepsi pada wanita usia subur untuk mempersiapkan perempuan dalam menjalani kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat serta memperoleh bayi yang sehat melalui Peraturan Menteri Kesehatan No 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual. Skrining prakonsepsi yang dapat dilakukan pada calon pengantin minimal adalah pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan status gizi (Kemenkes,2014).

Peran bidan dalam skrining prakonsepsi tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369 Tahun 2007 Tentang Standar Profesi Bidan dalam kompetensi kedua bahwa bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua (kemenkes,2007).

Skrining prakonsepsi merupakan hal yang penting untuk dilakukan sebelum hamil. Tetapi masyarakat belum memandang skrining pra konsepsi sebagai hal yang penting sehingga angka keikutsertaan masyarakat dalam skrining prakonsepsi masih sedikit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia, tempat tinggal, profesi dan sikap berhubungan dengan keputusan melakukan skrining pra konsepsi (Wang, et al.2013).

Hasil penelitian Yulivantina, et al (2021) menunjukkan bahwa calon pengantin perempuan cenderung hanya mengakses layanan imunisasi TT saat hendak menikah karena tuntutan syarat menikah salah satunya adalah kartu imunisasi TT. Rendahnya kesadaran calon pengantin perempuan mengenai pentingnya skrining prakonsepsi menyebabkan rendahnya partisipasi calon pengantin pria dalam pelaksanaan skrining prakonsepsi. Calon pengantin yang memiliki pengetahuan mengenai skrining prakonsepsi akan melakukan skrining prakonsepsi bersama pasangannya, selain itu pendidikan dari calon pengantin berpengaruh pula terhadap partisipasi calon pengantin pria dalam mengakses layanan skrining prakonsepsi.

Hasil penelitian Yulivantina, et al (2021) menunjukkan bahwa pada pelayanan dasar di tingkat puskesmas pelayanan prakonsepsi pada calon pengantin masih bersifat rekomendasi dan tidak wajib dikarenakan pembayaran layanan prakonsepsi masih bersifat mandiri. Telah banyak penelitian yang mengungkapkan pentingnya pelayanan prakonsepsi sehingga perlu disusun sebuah review mengenai urgensi preconception care bagi persiapan kesehatan sebelum hamil.

## METODE

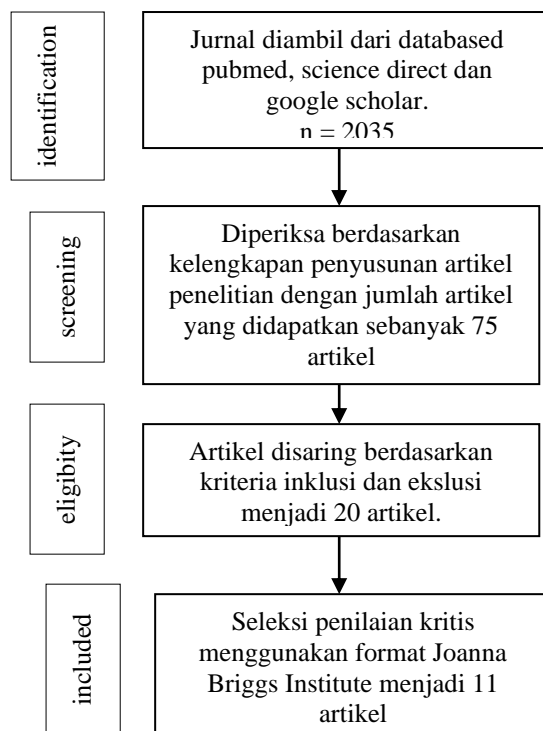
Jenis Penelitian ini adalah penelitian literature review. Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan data sekunder pada database pubmed, science direct dan google scholar. Kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading (MeSH)* dan terdiri dari sebagai berikut: Pencarian di Pubmed dengan kata kunci *preconception care AND pre pregnancy health preparation OR pregnancy* dan kata kunci pelayanan pranikah prakonsepsi dan persiapan kehamilan sehat pada google cendikia. Kriteria inklusi dan eksklusi pada pencarian artikel ini menggunakan Strategi yang digunakan untuk mencari artikel menggunakan *PICO framework*.

Tabel 1. Kriteria pencarian artikel menggunakan *PICO framework*

Kriteria	Inklusi	Ekslusi
<i>Population</i>	Artikel ilmiah yang mencantumkan pelayanan prakonsepsi dan intervensi pada pasangan usia subur di masa prakonsepsi	Artikel ilmiah yang tidak mencantumkan pelayanan prakonsepsi dan intervensi pada pasangan usia subur di masa prakonsepsi

<i>Intervention</i>	Intervensi yang dilakukan bebas (dengan perlakuan atau tidak)	Tidak berdampak pada upaya persiapan kehamilan sehat
<i>Comparison</i>	Boleh ada komparasi atau tidak komparasi	-
<i>Outcome</i>	Tidak dikekaskan preconception care sebagai upaya persiapan kehamilan sehat	Tidak dikekaskan preconception care sebagai upaya persiapan kehamilan sehat
Tahun Publikasi	Setelah tahun 2010 sampai tahun 2022	Penelitian sebelum tahun 2010
Bahasa	Bahasa Indonesia, Bahasa Inggris	Bahasa China, Bahasa Thailand

Berdasarkan hasil pencarian *literature* melalui publikasi di tiga database dan menggunakan kata kunci yang sudah disesuaikan dengan *MeSH*, peneliti mendapatkan dari hasil pencarian didapatkan total ada 2035 jurnal dengan rincian 1050 pada google scholar, 750 di *pubmed* dan 235 di *science direct*. Kemudian diperiksa berdasarkan kelengkapan penyusunan artikel penelitian dengan jumlah artikel yang didapatkan sebanyak 75 artikel. Artikel disaring berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi menjadi 20 artikel. Artikel dilakukan penilaian kritis dengan menggunakan panduan atau format dari *Joanna Briggs Institute* menjadi 11 artikel yang relevan. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam *Diagram Flow* di bawah ini:



Gambar 1. Diagram flow

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### HASIL

Sebanyak 11 jurnal terseleksi berdasarkan kata kunci pencarian, Adapun ekstraksi data berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Ekstraksi data

No	Peneliti	Judul	Hasil
1	Voorst, et al (2015).	Effectiveness of general preconception care accompanied by a	Hasil penelitian menunjukkan bahwa melalui konseling preconception care hasil utama yang didapatkan adalah

		recruitment approach: protocol of a community based cohort study (the Healthy Pregnancy For All study).	perubahan perilaku individu seperti mengonsumsi asam folat, menghindari merokok dan narkoba. Sedangkan melalui perekrutan dalam preconception care didapatkan hasil bahwa perekrutan efektif dalam mengkaji kondisi karakteristik pasien sehingga dalam hal ini mempermudah mengkaji faktor demografi dan predisposisi pasien dalam memanfaatkan pelayanan preconception care. Persamaan dengan penelitian ini meliputi topik yang dikaji yaitu pelayanan prakonsepsi. Perbedaan dengan penelitian ini terdapat pada metode yang digunakan, subjek dan tempat penelitian.
2	Berglund, Anna dan Linmark, Gunila (2016).	Preconception health and care (PHC)—a strategy for improved maternal and child health	Hasil penelitian menunjukkan bahwa preconception health and care bertujuan untuk mengembalikan status gizi dan kesehatan ibu. Preconception health and care harus disampaikan secara komprehensif oleh tenaga kesehatan yang berkompeten dalam hal kesehatan reproduksi dan seksual. Program ini harus diberikan tanpa biaya. Untuk mencapai kontinuitas yang baik, peneliti menyarankan agar pelayanan preconception health and care dilakukan oleh perawat dan bidan.
3.	Manakandan, S.K. and Sutan, R. (2017)	Expanding the Role of Pre-Marital HIV Screening: Way Forward for Zero New Infection	Skrining HIV sebelum menikah pranikah adalah salah satu program yang digalakkan di Malaysia untuk memerangi penyebaran HIV. Tujuan utama dari skrining HIV pra-nikah wajib adalah agar dapat dilakukan deteksi dini dan melakukan pengelolaan dengan tepat. Meskipun tujuannya menguntungkan, tetapi masih ada keterbatasan dalam program ini seperti kurangnya kerahasiaan, stigmatisasi dan pembatalan pernikahan ketika pasangan diketahui status HIV nya.
4.	Yulivantina, Eka Vicky, et.al (2021)	Interprofessional Collaboration In Premarital Services At Tegalrejo Community Health Public, Yogyakarta	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan interprofessional collaboration dalam pelayanan pranikah yang telah diterapkan di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta meliputi pelayanan kebidanan, pelayanan laboratorium, pelayanan dokter umum, pelayanan gizi, pelayanan psikologi dan

			<p>elayanan gigi. Interprofessional collaboration dalam pelayanan pranikah di puskesmas Tegalrejo di inisiasi akibat dari tingginya angka anemia pada kehamilan trimester 1 dan tingginya angka HIV di Kota Yogyakarta. Pelayanan ini masih harus di evaluasi kebermanfaatannya terhadap persiapan kehamilan pada calon pengantin di Kota Yogyakarta.</p>
5	Paratmanitya, et al (2021)	<p>Assessing preconception nutrition readiness among women of reproductive age in Bantul, Indonesia: findings from baseline data analysis of a cluster randomized trial</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan tidak ada satupun responden yang dapat memenuhi seluruh indikator kesiapan gizi prakonsepsi. Sebanyak 26% responden dapat memenuhi 2 indikator, dan median skor-nya adalah 3 (2.0-4.0). Kadar Hb, IMT, dan LILA merupakan 3 indikator terbanyak yang dapat dipenuhi, sementara asupan kalsium, zat besi, dan folat merupakan 3 indikator yang paling sedikit dapat dipenuhi oleh responden. Peningkatan kesadaran akan pentingnya mempersiapkan gizi prakonsepsi pada calon ibu merupakan hal yang sangat diperlukan. Program intervensi gizi kedepannya sebaiknya sudah dimulai sejak masa prakonsepsi, bukan hanya fokus pada kehamilan.</p>
6	Wang, et al (2013)	<p>Factor Influencing The Decision To Participate in Medical Premarital Examinations in Hubei Province, Mid China.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia, tempat tinggal, profesi dan sikap berhubungan dengan keputusan melakukan skrining prakonsepsi. Semakin tinggi usia pasangan, maka kesadaran untuk melakukan skrining semakin tinggi. Hal ini berkaitan dengan seiring bertambahnya usia, meningkat pula kesadaran dan tanggung jawab akan kesehatan, begitu pula perhatian tentang kelahiran cacat.</p>
7	Godongwana et al (2021)	<p>Knowledge and attitudes towards maternal immunization: perspectives from pregnant and non-pregnant mothers, their partners, mothers, healthcare providers, community and leaders in a selected urban setting in South Africa</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan sikap positif dan penerimaan yang tinggi dari imunisasi ibu di antara wanita hamil, wanita tidak hamil, tenaga kesehatan, tokoh agama dan tokoh masyarakat. Suami belum memiliki sikap yang baik terhadap program imunisasi dari masa prakonsepsi sampai kehamilan. Adanya pemahaman yang salah dari masyarakat menjadi salah satu kendala dalam pelaksanaan imunisasi yang menunjang</p>

			kehatan dari masa sebelum hamil hingga masa hamil.
8	Yulivantina, Eka Vicky, et al (2021)	Pelaksanaan Skrining Prakonsepsi Pada Calon Pengantin Perempuan	Pelaksanaan skrining prakonsepsi pada calon pengantin perempuan terdiri dari pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium wajib dan rekomendasi, pemberian imunisasi Tetanus Toxoid, suplementasi gizi, konsultasi kesehatan dan pelayanan psikologi.
9	Azizah, Atik Nur (2021)	Analisis Pelayanan Prakonsepsi Pada Calon Pengantin Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru Covid-19	Pelayanan prakonsepsi selama masa adaptasi kebiasaan baru di wilayah kerja Puskesmas Purwojati meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT), pemeriksaan dan suplementasi status gizi, dan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi kesehatan dengan menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19.
10	Balebu, Dwi Wahyu, et al (2019)	Hubungan Pemanfaatan Posyandu Prakonsepsi Dengan Status Gizi Wanita Prakonsepsi Di Desa Lokus Stunting Kabupaten Banggai	Hasil penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara pemanfaatan posyandu prakonsepsi dengan status anemia disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang anemia.
11	Dean, et al. 2014	Preconception care: nutritional risks and interventions.	Hasil penelitian menyatakan bahwa berat kehamilan sebelum hamil adalah factor signifikan dalam periode prakonsepsi, berat badan kurang berkontribusi terhadap risiko kelahiran prematur 32% lebih tinggi, dan obesitas berkontribusi menyebabkan pre eklamsi sebesar dua kali lipat, perempuan dengan diabetes gestasional beresiko menjalani persalinan sectio caesaria dan bayi dari ibu dengan diabetes gestasional beresiko mengalami cacat kongenital. Intervensi asam folat sebelum hamil mencegah terjadinya Neuro Tube Defect sebesar 69%. 40% perempuan mengalami anemia defisiensi besi dari masa sebelum hamil dan beresiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah.

Setelah dilakukan analisis, didapatkan jenis layanan prakonsepsi untuk mempersiapkan kehamilan sehat terdiri dari pemeriksaan fisik, intervensi nutrisi, perbaikan gaya hidup, penyakit menular, imunisasi, pemeriksaan penunjang dan layanan psikologi. Sikap dari pasangan usia subur menjadi salah satu penentu keberhasilan preconception care sebagai upaya persiapan kehamilan sehat.

## **PEMBAHASAN**

Pelayanan preconception care untuk menunjang kehamilan sehat terdiri dari pemeriksaan fisik, intervensi nutrisi, perbaikan gaya hidup, penyakit menular, imunisasi, pemeriksaan penunjang dan layanan psikologi. Pemeriksaan fisik pada masa prakonsepsi meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, penimbangan berat badan dan pengukuran lingkaran lengan atas untuk mengetahui status gizi calon pengantin. Pemeriksaan berat badan dan pengukuran status gizi sangat diperlukan karena berat badan dan status gizi mempengaruhi kehamilan bila tidak disiapkan dari masa prakonsepsi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Dean, et al (2014) bahwa berat badan ibu hamil sebelum hamil adalah faktor signifikan yang berkontribusi terhadap komplikasi dalam kehamilan dan persalinan. Perempuan yang *underweight* pada periode prakonsepsi berkontribusi 32% lebih tinggi terhadap risiko kelahiran prematur 32%, perempuan dengan obesitas beresiko dua kali lipat mengalami preeklampsia dan diabetes gestasional. Perempuan dengan obesitas dan obesitas lebih dari dua kali lipat risiko preeklampsia (Dean, et al.2014).

Intervensi nutrisi pada masa prakonsepsi menjadi hal penting untuk persiapan kehamilan sehat. Status gizi pada pasangan prakonsepsi agar dapat dilakukan rencana tindak lanjut asuhan pada Wanita usia subur yang memiliki masalah gizi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Prendergast dan Humphrey (2014) bahwa status gizi dan kesehatan ibu sebelum, selama dan setelah kehamilan mempengaruhi pertumbuhan awal anak dan perkembangannya sejak dalam kandungan. Kehamilan dengan kekurangan energi kronis menyebabkan kejadian stunting pada anak-anak sebesar 20%. Penyebab lain dari sisi ibu antara lain ibu yang memiliki perawakan pendek, jarak kelahiran yang terlalu dekat, dan kehamilan remaja (Prendergast dan Humphrey, 2014).

Pemeriksaan penunjang pada layanan prakonsepsi yang paling dasar adalah pemeriksaan urine dan pemeriksaan kadar hemoglobin. Pemeriksaan lain yang direkomendasikan oleh adalah pemeriksaan gigi, pemeriksaan kadar gula darah, kolesterol, asam urat serta pemeriksaan penyakit menular seperti hepatitis B dan infeksi menular seksual. Pengukuran kadar hemoglobin sangat penting untuk dilakukan karena kebanyakan perempuan tidak merencanakan kehamilan dengan baik sehingga bila dari masa prakonsepsi ibu sudah mengalami sub optimal nutrisi maka mereka risiko lebih tinggi untuk mengalami anemia defisiensi besi pada kehamilan. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Dainty, et al (2014) bahwa pentingnya skrining status anemia pada masa prakonsepsi adalah agar dapat diketahui kadar hemoglobin pada calon pengantin sehingga bila terjadi anemia defisiensi besi dapat dilakukan upaya pengobatan sebelum terjadi kehamilan (Dainty, et al.2014). Pemeriksaan penunjang yang tidak kalah penting untuk dilakukan adalah pemeriksaan kadar gula darah. Hal yang mendasari dianjurkannya pemeriksaan kadar gula darah adalah banyak ditemukannya pasangan usia subur terutama perempuan yang menderita diabetes mellitus. Pemeriksaan ini penting dilakukan bagi calon pengantin perempuan beresiko untuk mengetahui kadar gula darah pada calon pengantin sehingga bisa meminimalisir resiko komplikasi pada kehamilan. hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Wahabi, et al (2010) bahwa skrining diabetes mellitus pada masa prakonsepsi bermanfaat terhadap pengelolaan gula darah yang lebih baik sebelum terjadi kehamilan, pemberian suplementasi asam folat tiga bulan sebelum konsepsi, kondisi metabolik yang lebih baik selama kehamilan, menurunnya risiko abortasi, dan menurunnya angka kematian bayi sehingga secara tidak langsung mengurangi komplikasi pada kehamilan (Wahabi,et al.2010).

Adapun pemeriksaan infeksi menular yang direkomendasikan adalah pemeriksaan HIV/AIDS. Pemeriksaan status HIV pada masa prakonsepsi bertujuan untuk menurunkan angka penularan HIV/AIDS kepada pasangan maupun kepada janin yang dikandung oleh ibunya kelak. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Manakan dan Sutan (2017) bahwa skrining HIV pada pasangan sebelum menikah terbukti mengurangi penularan HIV/AIDS.



Pemberian imunisasi pada masa prakonsepsi merupakan salah satu upaya persiapan kehamilan sehat. Pemberian imunisasi tetanus toxoid pada Wanita usia subur di dilakukan dalam upaya pencegahan dan perlindungan terhadap penyakit tetanus. Pemberian imunisasi tetanus toxoid dilakukan untuk mencapai status T5 hasil pemberian imunisasi dasar dan lanjutan. Status T5 ditujukan agar wanita usia subur memiliki kekebalan penuh. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Lassi, et al (2014) bahwa imunisasi selama periode prakonsepsi dapat mencegah banyak penyakit yang mungkin memiliki konsekuensi serius atau bahkan terbukti fatal bagi ibu atau bayi yang baru lahir.

Pemberian suplementasi gizi pada masa prakonsepsi merupakan upaya untuk menghindari defisiensi pada calon ibu yang dapat menyebabkan komplikasi pada kehamilan. Suplementasi gizi yang direkomendasikan untuk mempersiapkan kehamilan sehat adalah berupa asam folat bagi pasangan prakonsepsi yang tidak menunda kehamilan dan pasangan prakonsepsi yang mengalami anemia. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Opon, et al (2017) bahwa ibu hamil biasanya tidak menyadari bahwa dirinya hamil pada awal kehamilan, sehingga suplementasi asam folat lebih baik diberikan dari sebelum hamil. Suplai asam folat yang tepat dari masa prakonsepsi, kehamilan, dan laktasi sangat menentukan perkembangan dan pertumbuhan janin yang tepat. Asam folat adalah zat yang paling penting dalam unsur-unsur sel-sel pembagi karena memainkan peran penting dalam sintesis DNA. Pada awal kehamilan, permintaan asam folat yang tidak disintesis dalam tubuh manusia meningkat. Asam folat yang dapat dipenuhi melalui pasokan makanan yang kaya asam folat hanya sekitar 150-250 µg (Opon, et al.2017).

Hal ini sejalan pula dengan penelitian dari Wen, et al (2016) bahwa kekurangan asam folat meningkatkan risiko terjadinya kecacatan saraf tabung (neuro tube defect), bibir sumbing dan down syndrome. Gangguan metabolisme folat dapat menyebabkan hyperhomocysteinaemia dan komplikasi yang lebih sering terjadi pada kehamilan, seperti keguguran berulang, pertumbuhan janin terhambat, dan pre eklampsia (Wen, et al.2016).

Urgensi preconception care yang wajib diakses untuk meningkatkan kehamilan sehat adalah pemeriksaan psikologi. Pemeriksaan psikologi memiliki peran penting dalam mempersiapkan mental calon pengantin menghadapi pernikahan, kehamilan, persalinan, nifas, dan keluarga berencana. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Lassi, et al (2014) bahwa masalah kesehatan mental ibu sering tidak terdiagnosis dan tidak mendapatkan perawatan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan keterkaitan antara kesehatan mental remaja yang buruk dan kehamilan yang buruk terhadap kesehatan janin. Perawatan prakonsepsi untuk kondisi kejiwaan seharusnya selalu dilakukan pada wanita usia subur. Untuk mengidentifikasi adanya gangguan jiwa. Sehingga dapat diberikan penanganan lebih lanjut sebelum terjadi kehamilan, misalnya konseling pada perempuan dengan gangguan depresi dan kecemasan dan pendampingan agar depresi dan kecemasan tidak berlanjut hingga pada kehamilan dan berdampak pada ibu dan janin seperti ingin mengakhiri kehamilan, bunuh diri dan lain-lain (Lassi, et al.2014).

## **SIMPULAN**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa preconception care merupakan salah satu upaya untuk menyiapkan perilaku kesehatan, kesiapan fisik dan mental serta memberikan intervensi pada calon orang tua sebagai upaya persiapan kehamilan sehat. Pelayanan preconception care untuk menunjang kehamilan sehat terdiri dari pemeriksaan fisik, intervensi nutrisi, perbaikan gaya hidup, penyakit menular, imunisasi, pemeriksaan penunjang dan layanan psikologi. Kehamilan yang dipersiapkan dengan baik dari masa sebelum hamil akan menurunkan resiko komplikasi pada ibu dan anak.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Azizah, Atik Nur (2021). Analisis Pelayanan Prakonsepsi Pada Calon Pengantin Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru Covid-19. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, Vol 12 No 2. Juli 2021 (74 - 82)

- Balebu, Dwi Wahyu, et al (2019). Hubungan Pemanfaatan Posyandu Prakonsepsi Dengan Status Gizi Wanita Prakonsepsi Di Desa Lokus Stunting Kabupaten Banggai. *Jurnal Kesmas Untika: Public Health Journal*, 10 (1): 12-19
- Bomba-Opoń, D., Hirnle, L., Kalinka, J., & Seremak-Mrozikiewicz, A. (2017). Folate supplementation during the preconception period, pregnancy and puerperium. Polish Society of Gynecologists and Obstetricians Guidelines. *Ginekologia Polska*, 88(11), 633–636. <https://doi.org/10.5603/GP.a2017.0113>
- Godongwana, et al (2021). Knowledge and attitudes towards maternal immunization: perspectives from pregnant and non-pregnant mothers, their partners, mothers, healthcare providers, community and leaders in a selected urban setting in South Africa.
- Dainty, J. R., Berry, R., Lynch, S. R., Harvey, L. J., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Estimation of dietary iron bioavailability from food iron intake and iron status. *PLoS ONE*, 9(10), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111824>
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Nutritional risks and interventions. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S3>
- Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta (2017). *Profil Kesehatan Kota Yogyakarta Tahun 2016*. Yogyakarta : Dinas Kesehatan.
- Kepmenkes. (2020). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/320/2020 TENTANG STANDAR PROFESI BIDAN*.
- Lassi, Z. S., Dean, S. V., Mallick, D., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Delivery strategies and packages for care. *Reproductive Health*, 11(3), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S7>
- Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Screening and management of chronic disease and promoting psychological health. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1–20. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S5>
- Manakandan, S. K., & Sutan, R. (2017). Expanding the Role of Pre-Marital HIV Screening: Way Forward for Zero New Infection. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 07(01), 71–79. <https://doi.org/10.4236/ojog.2017.7>
- Paratmanitya, et al (2020). Assessing preconception nutrition readiness among women of reproductive age in Bantul, Indonesia: findings from baseline data analysis of a cluster randomized trial. *Jurnal Gizi dan Dietik Indonesia* vol 8 no 2 tahun 2020.
- Voorst, et al (2016). Effectiveness of general preconception care accompanied by a recruitment approach: protocol of a community based cohort study (the Healthy Pregnancy For All study).
- Wang, et al (2013). Factor Influencing The Decision To Participate in Medical Premarital Examinations in Hubei Province, Mid China. [biomedcentral.ac.id](http://biomedcentral.ac.id)
- Yulivantina, Eka Vicky, et al.2021. Interprofessional Collaboration In Premarital Services At Tegalrejo Community Health Public, Yogyakarta. *Journal Of Health Stikes Guna Bangsa Yogyakarta* Vol 8 No 1
- Yulivantina, Eka Vicky, et al.2021. Pelaksanaan Skrining Prakonsepsi Pada Calon Pengantin Perempuan. *Jurnal Kesehatan Reproduksi UGM* Vol 8 No 1.

## WEBSITE-BASED EXPERT SYSTEM: DIABETES MELLITUS DIAGNOSIS BY FORWARD CHAINING METHOD

<sup>1</sup>Wahyu Wijaya Widiyanto\*, <sup>2</sup>Sri Wulandari, <sup>3</sup>Salsabila Ummu Zahroh

<sup>1</sup>Politeknik Indonusa Surakarta, [wahyuwijaya@poltekindonusa.ac.id](mailto:wahyuwijaya@poltekindonusa.ac.id)

<sup>2</sup>Politeknik Indonusa Surakarta, [sriwulandari@poltekindonusa.ac.id](mailto:sriwulandari@poltekindonusa.ac.id)

<sup>3</sup>Politeknik Indonusa Surakarta, [20salsabila.zahroh@poltekindonusa.ac.id](mailto:20salsabila.zahroh@poltekindonusa.ac.id)

### ABSTRAK

Diabetes Melitus merupakan salah satu penyakit berbahaya yang disebabkan kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai gejala penyakit yang ditimbulkan. Penelitian ini menyajikan rancang bangun aplikasi perangkat lunak sistem pakar yang dipergunakan menjadi perangkat diagnosis diabetes melitus berbasis website. Tujuan penelitian ini mendeteksi diabetes melitus berdasarkan gejala yg sedang dialami oleh seseorang berdasarkan tipe penyakit diabetes melitus serta persentase kemungkinan terjadinya penyakit tersebut. Metode yang digunakan pada perancangan software sistem pakar ini memakai metode forward chaining. Tahapan dalam pengembangan software sistem ahli ini memakai Expert System Development Life Cycle (ESDLC). Hasil perancangan software sistem pakar yg digunakan untuk diagnosis penyakit diabetes melitus sesuai gejala yang diimplementasikan menggunakan akurasi hasil uji pada ahli yaitu 83,33%.

**Kata Kunci :** *Diabetes Mellitus; Diagnosis; Forward chaining; Expert System*

### ABSTRACT

*Diabetes Mellitus is a dangerous disease caused by a lack of knowledge about the symptoms of the disease. This study presents an expert system software design that is used as a website-based diabetes mellitus diagnosis tool. The purpose of this study is to detect diabetes mellitus based on the symptoms that are being experienced by a person based on the type of diabetes mellitus and the percentage of the likelihood of the disease occurring. The method used in designing this expert system software uses the forward chaining method. The stages in developing this expert system software use the Expert System Development Life Cycle (ESDLC). The results of the expert system software design used for diagnosing diabetes mellitus according to symptoms are implemented using the accuracy of test results on experts, namely 83.33%.*

**Keyword :** *Diabetes Mellitus; Diagnosis; Forward chaining; Expert system*

### PENDAHULUAN

Diabetes mellitus merupakan penyakit yang masih mengancam kesehatan manusia di dunia. Diabetes mellitus merupakan penyakit metabolik yang dikarenakan adanya masalah pada pengeluaran Insulin. Insulin yang diproduksi oleh pankreas berada di bawah normal yang mengakibatkan ketidakseimbangan gula dalam darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula darah (Silalahi, 2019). Penyakit diabetes mellitus ditandai dengan adanya tingginya kadar gula darah dalam darah yang disebut hiperglikemia dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan karena kerusakan dalam produksi insulin dan kerja dari insulin tidak optimal (Lestari, Zulkarnain and Sijid, 2021), diabetes mellitus memiliki beberapa jenis dan tipe. Jenis dan tipe diabetes mellitus yang pertama yakni diabetes mellitus tipe 1. Pada diabetes mellitus tipe 1, sel beta pankreas mengalami kerusakan sehingga pankreas mengalami penurunan produktivitas insulin hingga tidak mampu untuk menghasilkan insulin. Jenis diabetes mellitus yang kedua yakni diabetes mellitus tipe 2. Pada diabetes mellitus tipe 2, pankreas masih dapat untuk memproduksi insulin namun insulin yang dihasilkan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan atau insulin mengalami resistensi yang menyebabkan insulin tidak dapat bekerja secara maksimal. Jenis diabetes ketiga yakni diabetes mellitus gestasional (DMG). Diabetes mellitus gestasional ini diakibatkan karena kombinasi kemampuan reaksi dan pengeluaran hormon insulin

yang tidak cukup dan biasanya terjadi pada kehamilan dan akan sembuh setelah melahirkan. Kemudian jenis dan tipe diabetes mellitus yang terakhir yaitu diabetes mellitus tipe lain. Diabetes mellitus tipe lain ini disebabkan karena kelainan genetik, penyakit pankreas, obat, infeksi, antibody, sindroma penyakit lain. Diabetes tipe lain dapat juga disebabkan defek genetik fungsi insulin, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, karena obat atau zat kimia (Cahyaningsih and Amal, 2019). Diabetes mellitus merupakan masalah yang serius dan menjadi salah satu penyakit penyebab kematian yang cukup besar di Indonesia. Selain itu banyak penelitian yang menyebutkan bahwa penderita diabetes mellitus akan terus meningkat pada tahun 2030. Tingginya penderita diabetes mellitus ini perlu dicegah mulai dari sekarang. Pencegahan yang dapat dilakukan yaitu dari pengaturan pola hidup sehat. Pola hidup sehat ini dapat dimulai dari masing-masing individu. Pola hidup sehat ini meliputi tentang pola makan teratur, olahraga teratur, makanan bergizi, tidak merokok, serta berada di lingkungan yang sehat.

Pola makan yang sehat yaitu pola makan yang benar jadwal, jumlah dan jenis makanan agar kadar gula darah dapat terkontrol. Pemilihan makan yang tepat seperti lebih banyak mengkonsumsi sayur dan buah dibanding karbohidrat, keteraturan jadwal makan dan jumlah yang telah ditentukan dapat membantu dalam upaya pencegahan maupun pengobatan seseorang yang mengalami diabetes mellitus. Upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan melakukan olahraga secara rutin. Olahraga rutin merupakan aktivitas fisik yang digolongkan menjadi 3 bagian. Bagian pertama merupakan aktivitas fisik yang berhubungan dengan pekerjaan, bagian kedua merupakan aktivitas fisik yang berada di luar pekerjaan atau aktivitas yang memiliki skala pekerjaan sedang, kemudian bagian ketiga yaitu merupakan aktivitas fisik yang berhubungan dengan perjalanan (Hariawan, Fathoni and Purnamawati, 2019). Aktivitas fisik yang dilaksanakan secara teratur 30 menit sehari yang dilakukan sebanyak 3-4 kali dalam seminggu dapat menurunkan resiko penyakit jantung dan vaskuler, menurunkan lemak jahat dalam tubuh dan tekanan darah, selain itu berguna untuk meningkatkan sensitivitas insulin sehingga meningkatkan kontrol glukosa. Menurut Widiyoga, Saichudin and Andiana (2020), aktifitas fisik yang dianjurkan yaitu yang sesuai dengan prinsip CRIFE yaitu Continuous, Rhythmical, Interval, Progressive, dan Endurance. *Continuous* (terus menerus) merupakan latihan yang berkesinambungan atau terus menerus tanpa berhenti dalam jangka waktu tertentu. *Rhythmical* (berirama) merupakan aktivitas fisik yang melibatkan otot bekerja secara kontraksi-relaksasi seperti berenang, jalan kaki, bersepeda dan berlari. *Interval* diartikan berselang adalah latihan yang dilaksanakan secara berselang-selang antara gerakan cepat dan gerakan lambat, sebagai contoh saat melaksanakan aktifitas jalan cepat diselingi dengan jalan biasa lalu melaksanakan lagi jalan cepat. *Progressive* (meningkat) adalah aktivitas fisik yang dilaksanakan secara bertahap yang dimulai dari ringan sampai sedang, sebagai contoh apabila seseorang memiliki kemampuan maksimal jalan 10 menit maka latihan berjalan selama 10 menit sampai dilaksanakan dengan sempurna atau mengalami kelelahan yang berarti, setelah itu latihan selanjutnya ditingkatkan menjadi 15 menit dan seterusnya. *Endurance* adalah latihan daya tahan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan jantung dan paru, sebagai contoh olahraga jalan cepat, jogging, bersepeda, dan berenang (Hariawan, Fathoni and Purnamawati, 2019).

Menurut Sari and Purnama (2019), diabetes mellitus adalah salah satu jenis penyakit degenerative yang mengalami peningkatan setiap tahun di negara-negara seluruh dunia. Peningkatan ini terjadi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor genetik, kelainan pada pankreas sehingga kerja insulin terhambat atau tidak ada lagi insulin yang dihasilkan, pola hidup yang tidak sehat termasuk pola makan, kurangnya aktivitas fisik, merokok, dan stress, kemudian juga dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan mengenai diabetes mellitus meliputi penyebab, gejala, upaya pencegahan, pengobatan, hingga setelah terkena diabetes. Gejala diabetes mellitus diantaranya poliuri, poliploidi, polifagi, dan penurunan berat badan. Poliuri atau sering buang air kecil umumnya terjadi pada malam hari, hal ini dikarenakan kadar gula darah melebihi batas normal pada ginjal yaitu (>180mg/dl) sehingga tubuh merespon untuk mengeluarkan kadar gula tersebut dalam bentuk urine. Guna menurunkan konsentrasi urine yang dikeluarkan, tubuh akan

menyerap air sebanyak mungkin ke dalam urine sehingga urine dalam jumlah besar dapat dikeluarkan dan sering buang air kecil. Kemudian gejala selanjutnya yakni poliploidi, ketika tubuh memiliki kadar gula darah yang tinggi dan respon tubuh dengan adanya poliuri, maka tubuh akan mengalami dehidrasi. Untuk mengatasi dehidrasi tersebut, tubuh merespon dengan poliploidi atau sering minum air sebanyak mungkin seperti air dingin, manis, segar dan air dalam jumlah banyak untuk menghilangkan dehidrasi. Gejala diabetes mellitus selanjutnya polifagi atau cepat merasa lapar. Pada penderita diabetes, pemasukan kadar gula darah ke dalam sel-sel tubuh berkurang dan energi yang terbentuk mengalami penurunan. Oleh karena itu, tubuh akan merespon dengan mengirimkan alarm pada otak untuk meningkatkan asupan makan karena adanya penurunan energi dalam tubuh. Gejala selanjutnya yaitu penurunan berat badan. Ketika tubuh tidak mampu mendapatkan energi yang cukup dari gula karena kekurangan insulin, tubuh akan bergegas mengolah lemak dan protein yang ada di dalam tubuh untuk diubah menjadi energi. Dalam sistem pembuangan urine, penderita DM yang tidak terkontrol bisa kehilangan sebanyak 500 gr glukosa dalam urine per 24 jam (setara dengan 2000 kalori perhari hilang dari tubuh) (Lestari, Zulkarnain and Sijid, 2021).

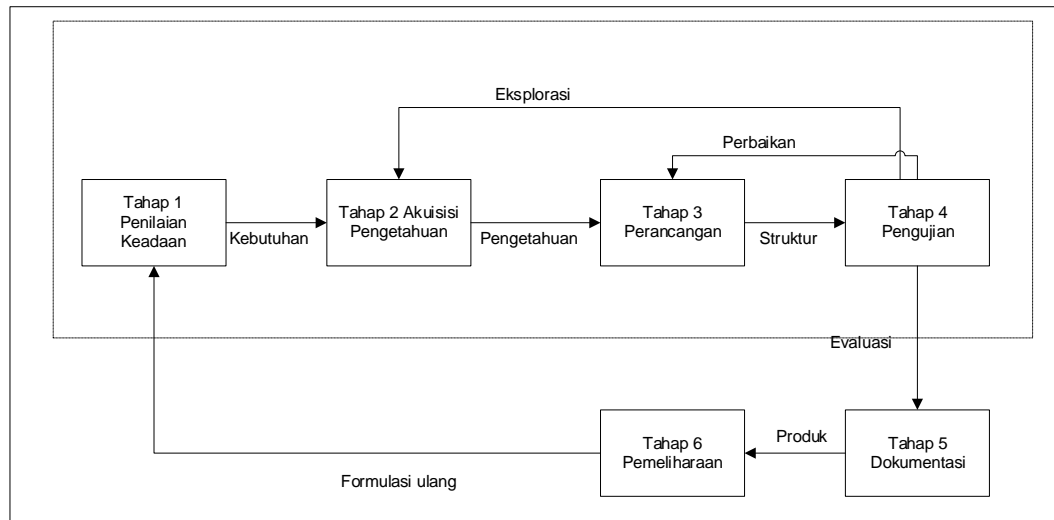
Berdasarkan penelitian dari Oktarina, Mawarti and Rizona (2018), diabetes mellitus termasuk ke dalam penyakit tidak menular (PTM) namun penyakit diabetes mellitus ini menduduki peringkat keempat sebagai penyebab utama kematian di dunia dari penyakit tidak menular. Penyakit diabetes mellitus cenderung lebih berkembang lebih lambat dalam kurun waktu yang cukup panjang. Adapun pengobatan yang dapat dilakukan untuk memperlambat penyakit diabetes seperti pemeriksaan gula darah sewaktu (GDS), pemeriksaan gula darah puasa (GDP), pemeriksaan gula darah 2 jam prandial (GD2PP), pemeriksaan hB<sub>1c</sub>, pemeriksaan toleransi glukosa oral (TTGO) berupa tes ksaan penyaring, pengaturan makan, olahraga, pemantauan status metabolik, terapi farmakologi, dan edukasi (Agustiningrum and Kusbaryanto, 2019). Upaya pengobatan dapat dilakukan dengan Diabetes Self Managemnt Education adalah elemen yang sangat penting dalam pengobatan pasien DM dan diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan pasien dengan memberikan pengetahuan kepada pasien tentang penerapan strategi perawatan diri secara mandiri untuk mengoptimalkan kontrol metabolik, mencegah komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien dengan diabetes mellitus. Diabetes Self Managemnt Education (DSME) dapat memfasilitasi pasien dalam hal pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Manajemen Diabetes Mellitus yang berhasil tergantung pada motivasi perawatan diri dan kesadaran diri untuk perawatan manajemen diri yang dirancang untuk mengendalikan gejala dan menghindari komplikasi (Wahyuningrum *et al.*, 2020)

Menurut (Majid, Muhasidah and Ruslan, 2019), penderita diabetes mellitus perlu memperhatikan pemilihan makan yang tepat seperti lebih banyak mengkonsumsi sayur dan buah dibanding karbohidrat, keteraturan jadwal makan dan jumlah yang telah ditentukan dan juga aktivitas fisik agar tidak terjadi komplikasi. Salah satu bentuk upaya pencegahan komplikasi diabetes adalah senam kaki dan masase kaki diabetes. Masase merupakan penerapan teknik manipulasi jaringan tubuh yang bertujuan untuk mengurangi stres, memberikan rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Pemberian masase kaki dapat membantu membantu melancarkan dan memperbaiki sirkulasi darah pada kaki sehingga dapat meningkatkan sensasi proteksi pada kaki. Berdasarkan deskripsi penelitian sebelumnya diatas, kemampuan yang tepat dalam menganalisis gejala diabetes melitus secara mandiri merupakan hal yang penting dalam melakukan pencegahan diabetes melitus secara dini.

## **METODE**

Metode penelitian ini mneggunakan *Forward Chaining* (P and Isyriyah, 2021), dimana metode ini merupakan strategi yang digunakan dalam sistem pakar untuk mendapatkan kesimpulan/keputusan yang dimulai dengan menelusuri fakta-fakta dan tempat. *Forward chaining* sendiri memiliki konsep kerja pencocokan fakta atau pernyataan dimulai dari bagian sebelah kiri

(IF dulu) (Aini Rahmah, Voutama and Singaperbangsa Karawang, 2021). Dengan kata lain, penalaran dimulai dari fakta terlebih dahulu untuk menguji kebenaran hipotesis, sedangkan pengembangan sistem pakar ini menggunakan metode yang secara khusus diterapkan dalam pengembangan sistem pakar yaitu *Expert System Development Life Cycle (ESDLC)* (Novaliyani *et al.*, 2021). Adapun tahapannya yaitu identifikasi masalah, pengembangan sistem (pembuatan konsep, formalisasi, implementasi, pengujian), transfer produksi, dan operasi (pemeliharaan sistem dan evaluasi sistem). Tahapan pengembangan sistem dapat dilihat pada Gambar 1



Gambar 1. Tahapan *Expert System Development Life Cycle (ESDLC)*

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan metode penelitian pada gambar 1, hasil dan pembahasana penelitian ini terdiri dari beberapa tahap, antara lain: Tahapan awal adalah penilaian yang berkaitan dengan identifikasi masalah yaitu menjelaskan permasalahan atau kebutuhan yang menjadi objek yang dinilai. Selain itu menetapkan tujuan pengembangan sistem pakar dan mengidentifikasi metode yang digunakan untuk penarikan kesimpulan pada sistem pakar. Pada tahap identifikasi masalah juga ditentukan metode yang digunakan untuk menentukan kesimpulan. Dalam hal ini kesimpulan diagnosis penyakit diabetes melitus dianalisis menggunakan metode forward chaining, dan untuk menentukan persentase kemungkinan penyakit ditentukan menggunakan persamaan probabilistik klasik. Data yang diperoleh yaitu tipe penyakit diabetes melitus dan gejala yang diterapkan sebagai aturan “if-then” untuk ditarik kesimpulan logis sebagai hasil diagnosis penyakit. Adapun data tipe penyakit diabetes melitus dan gejala ditampilkan pada Tabel 1. Tahapan berikutnya yaitu melakukan akuisisi pengetahuan, perancangan, pengujian, dokumentasi dan pemeliharaan. Tahap akuisisi pengetahuan dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi sub-masalah, fitur sistem, dan kelayakan sistem yang dilakukan dengan pakar. Tahap perancangan yaitu penerjemahan dari konsep aturan produksi ke dalam bahasa pemrograman. Apabila tahap pengembangan sistem sudah selesai maka dilanjutkan pada tahap pengujian yaitu verifikasi sistem pakar yang telah dikembangkan dan dengan menghitung akurasi sistem, tahap selanjutnya yaitu dokumentasi. Dokumentasi tersebut bertujuan untuk membuat cadangan sistem pakar apabila terjadi kerusakan atau pembaharuan. Hal ini meliputi membuat cadangan basis data dan keamanan data pengetahuan pakar. Tahapan yang terakhir yaitu pemeliharaan. Pemeliharaan yaitu dengan mengatasi kesalahan atau kerusakan pada sistem pakar. Selain itu apabila terdapat pembaharuan pengetahuan maka sistem dapat dilakukan perbaikan kembali secara berkala.



Tabel 1. Tanda Dan Gejala Penyakit Diabetes Melitus

Nama Penyakit	Tanda Dan Gejala
Diabetes Melitus Tipe 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sering haus</li> <li>2. Sering lapar</li> <li>3. Sering kencing lebih dari 8 kali sehari</li> <li>4. Penurunan berat badan</li> <li>5. Rasa lelah</li> <li>6. Mata kabur</li> <li>7. Kesemutan</li> <li>8. Gatal-gatal seluruh tubuh tanpa sebab</li> <li>9. Timbul bisul yang bernanah</li> <li>10. Impotensi (L)/ keputihan (P)</li> <li>11. Infeksi</li> <li>12. Keturunan keluarga diabetes melitus</li> <li>13. Usia antara 0-14 tahun</li> </ol>
Diabetes Melitus Tipe 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sering haus</li> <li>2. Sering lapar</li> <li>3. Sering kencing lebih dari 8 kali sehari</li> <li>4. Penurunan berat badan</li> <li>5. Keturunan keluarga diabetes melitus</li> <li>6. Mudah lelah</li> <li>7. Mata Kabur</li> <li>8. Kesemutan</li> <li>9. Gatal-gatal seluruh tubuh tanpa sebab</li> <li>10. Timbul bisul yang bernanah</li> <li>11. Impotensi (L)/ keputihan (P)</li> <li>12. Infeksi</li> </ol>

Kumpulan gejala-gejala yang ditunjukkan pada Tabel 1 dapat diidentifikasi sebagai pengetahuan pakar untuk menentukan diagnosis penyakit diabetes melitus. Hal tersebut dilakukan dengan diberikan kode untuk menentukan tabel keputusan yang terlihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Kode Gejala Diabetes Melitus

Kode Gejala	Gejala
G001	1. Sering haus
G002	2. Sering lapar
G003	3. Sering kencing lebih dari 8 kali sehari
G004	4. Penurunan berat badan
G005	5. Usia antara 0-14 tahun
G006	6. Mudah lelah
G007	7. Mata kabur
G008	8. Kesemutan
G009	9. Gatal-gatal seluruh tubuh tanpa sebab
G010	10. Timbul bisul yang bernanah
G011	11. Impotensi (L)/ keputihan (P)
G012	12. Infeksi

Setelah diberikan kode pada gejala penyakit maka dilanjutkan dengan membuat tabel keputusan untuk mendiagnosis penyakit diabetes melitus dan tabel aturan produksi. Tabel keputusan ditampilkan pada Tabel 3 dan tabel aturan produksi ditampilkan pada Tabel 4.

Tabel 3. Tabel Keputusan

Kode Gejala	Kode Penyakit	
	P01	P02
G001	*	*
G002	*	*
G003	*	*
G004	*	*
G005	*	
G006	√	√
G007	√	√
G008	√	√
G009	√	√
G010	√	√
G011	√	√
G012	√	√

Keterangan:

P01 : Diabetes Melitus Tipe 1

P02 : Diabetes Melitus Tipe 2

\* : Gejala yang harus dipilih

√ : Gejala yang tidak harus dipilih

Tabel 4. Aturan Produksi

Penyakit	Aturan Produksi
Q1	IF G001 AND G002 AND G003 AND G004 AND G005 AND G006 AND G007 AND G008 AND G009 AND G010 AND G011 AND G012
Q2	THEN P01 IF G001 AND G002 AND G003 AND G004 AND G013 AND G006 AND G007 AND G008 AND G009 AND G010 AND G011 AND G012 THEN P02

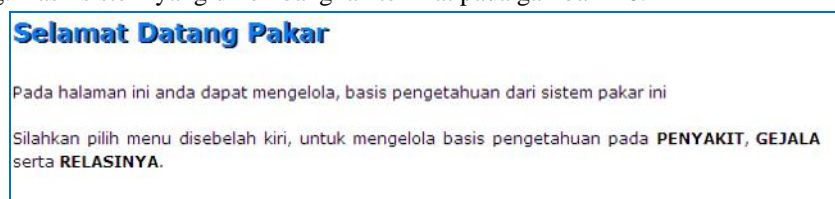
Untuk menentukan persentase kemungkinan penyakit diabetes melitus ditentukan pada persamaan 1. Persamaan 1 menunjukkan bahwa P(G) adalah persentase peluang gangguan yang didapatkan dari pembagian jumlah gejala yang dipilih pengguna dan jumlah keseluruhan gejala terjadinya penyakit.

$$P(G) = \frac{n}{N} \times 100\% \dots\dots\dots (1)$$

Sistem pakar akan diuji akurasinya dengan menggunakan persamaan 2 [17].

$$\text{Nilai akurasi} = \frac{\text{jumlah data akurat}}{\text{jumlah seluruh data}} \times 100\% \dots\dots\dots (2)$$

Hasil pengembangan sistem pakar ini dihasilkan sebuah aplikasi berbasis website yang digunakan untuk diagnosis penyakit diabetes melitus sesuai dengan gejala yang terjadi pada seseorang. Hasil sistem yang dikembangkan terlihat pada gambar 1-6.



Gambar 1. Tampilan Awal Sistem

**Pengolahan Bobot Gejala**

Tipe Penyakit DM  
 DIABETES MELITUS TIPE 1 (IDDM)

Daftar Gejala	Bobot (%)
[G001] PUSING DAN MUAL	: 15
[G002] SERING BERKEMIH (POLIURIA)	: 15
[G006] MERASA HAUS, BANYAK MINUM (POLIDIPSIA)	: 15
[G007] MERASA LAPAR, BANYAK MAKAN (POLIFAGIA)	: 15
[G008] MERASA LEMAH DAN GAMPANG LELAH	: 15
[G009] SERING BATUK PILEK YANG BERULANG	: 15
[G010] SERING KESEMUTAN PADA MALAM HARI	: 10

Total Jumlah Bobot Harus 100%

Gambar 2. Tampilan Menu Setting Pengolahan Bobot Gejala

**Pengolahan Data Gejala**

Cari Data Nama Gejala :  Cari

Terdapat 12 record gejala

Id	Nama Gejala	Proses
G001	PUSING DAN MUAL	Ubah ✖
G002	SERING BERKEMIH (POLIURIA)	Ubah ✖
G003	PENGLIHATAN MENJADI KABUR	Ubah ✖
G004	BERAT BADAN TURUN CEPAT	Ubah ✖
G005	AIR SENI DIKERUBUTI SEMUT	Ubah ✖
G006	MERASA HAUS, BANYAK MINUM (POLIDIPSIA)	Ubah ✖
G007	MERASA LAPAR, BANYAK MAKAN (POLIFAGIA)	Ubah ✖
G008	MERASA LEMAH DAN GAMPANG LELAH	Ubah ✖

Gambar 3. Tampilan Pengolahan Data Gejala

**Pengolahan Data Relasi**

Tipe Penyakit DM  
 DIABETES MELITUS TIPE 1 (IDDM)

Daftar Gejala

- [G001] PUSING DAN MUAL
- [G002] SERING BERKEMIH (POLIURIA)
- [G003] PENGLIHATAN MENJADI KABUR
- [G004] BERAT BADAN TURUN CEPAT
- [G005] AIR SENI DIKERUBUTI SEMUT
- [G006] MERASA HAUS, BANYAK MINUM (POLIDIPSIA)
- [G007] MERASA LAPAR, BANYAK MAKAN (POLIFAGIA)
- [G008] MERASA LEMAH DAN GAMPANG LELAH
- [G009] SERING BATUK PILEK YANG BERULANG

Gambar 4. Tampilan Pengolahan Data Relasi

**Jawablah pertanyaan di bawah ini :**

Apakah Anda mengalami **PUSING DAN MUAL** ?

Ya (Benar)  Tidak (Salah)

Jawab

Gambar 5. Tampilan Test Pakar Pasien

Data Hasil Diagnosa

Nama	Hasil Diagnosa
Aburizal Bakri	DIABETES MELITUS TIPE 2 (NIDDM) (80%)

Gambar 6. Hasil Diagnosa Sistem

Tabel 5. Hasil Pengujian Aturan Produksi Sistem

Responden	Hasil Sistem	Hasil Pakar	Ket
Test 1	DM Tipe 1 Peluang 69,23 %	DM Tipe 1 Peluang 69,23 %	Akurat
Test 2	DM Tipe 2 Peluang 61,54 %	DM Tipe 2 Peluang 61,54 %	Akurat
Test 3	DM Tipe 2 Peluang 78,63%	DM Tipe 2 Peluang 69,23%	Tidak akurat
Test 4	DM Tipe 1 Peluang 84,62%	DM Tipe 1 Peluang 84,62%	Akurat
Test 5	DM Tipe 1 Peluang 69,23%	DM Tipe 1 Peluang 69,23%	Akurat
Test 6	DM Tipe 2 Peluang 84,62%	DM Tipe 2 Peluang 84,62%	Akurat

Untuk menguji akurasi sistem maka digunakan persamaan 2, dimana:

$$\text{Nilai akurasi} = \frac{\text{jumlah data akurat}}{\text{jumlah seluruh data}} \times 100\%$$

$$\text{Nilai akurasi} = \frac{5}{6} \times 100\%$$

$$\text{Nilai akurasi} = 83,33 \%$$

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil pengujian, akurasi sistem pakar tersebut yaitu 83,33%. Hasil pengujian menunjukkan bahwa sistem termasuk baik dalam Menyusun aturan produksi dari logika pakar. Diagnosis pada sistem ini dilakukan hanya untuk pendeteksian awal pada pengguna, tidak dijadikan sebagai acuan utama untuk mendiagnosis pengguna termasuk pada penyakit diabetes melitus. Diagnosis lanjut harus dilakukan yaitu pengujian cek darah pada laboratorium untuk memastikan hasil yang lebih mendetail.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustiningrum, R. and Kusbaryanto, K. (2019) 'Efektifitas Diabetes Self Management Education Terhadap Self Care Penderita Diabetes Mellitus: A Literature Review', *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 6(2), p. 558. doi: 10.35842/jkry.v6i2.309.
- Aini Rahmah, S., Voutama, A. and Singaperbangsa Karawang, U. (2021) 'Sistem Pakar Diagnosis Obesitas Pada Orang Dewasa Menggunakan Metode Backward Chaining Obesity Diagnosis Expert System in Adults Using Backward Chaining Method', *Journal of Information Technology and Computer Science (INTECOMS)*, 4(2), pp. 169–177. Available at: [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id).
- Cahyaningsih, A. L. and Amal, S. (2019) 'Evaluasi Terapi Insulin Pada Penderita Diabetes Mellitus Gestasional Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Periode Oktober 2014-Oktober 2017', *Pharmaceutical Journal of Islamic Pharmacy*, 3(2), pp. 1–9. doi: 10.21111/pharmasipha.v3i2.3401.
- Hariawan, H., Fathoni, A. and Purnamawati, D. (2019) 'Hubungan Gaya Hidup (Pola Makan dan Aktivitas Fisik) Dengan Kejadian Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB', *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 1(1), p. 1. doi: 10.32807/jkt.v1i1.16.
- Lestari, L., Zulkarnain, Z. and Sijid, S. A. (2021) 'Diabetes Melitus: Review etiologi, patofisiologi, gejala, penyebab, cara pemeriksaan, cara pengobatan dan cara pencegahan', *Prosiding Seminar Nasional Biologi*, 7(1), pp. 237–241. Available at: <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb/article/view/24229>.
- Majid, N., Muhasidah, M. and Ruslan, H. (2019) 'Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Pola Makan Dengan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang Kota Makassar', *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 8(2), p. 23. doi: 10.32382/jmk.v8i2.453.

- Novaliyani, A. R. et al. (2021) 'Bimbingan dan Konseling Mahasiswa yang Berbasis Sistem Pakar dengan Menggunakan Metode Faktor Kepastian', *Journal of Engineering, Technology, and Applied Science*, 3(2), pp. 21–34. doi: 10.36079/lamintang.jetas-0302.234.
- Oktarina, Y., Mawarti, I. and Rizona, F. (2018) 'Pemberdayaan Kader Kesehatan Melalui Pelatihan Senam Kaki Dan Masase Kaki Diabetes Sebagai Upaya Pencegahan Komplikasi Kaki Diabetes Di Puskesmas Simpang Iv Sipin Kota Jambi', *Medic*, 1(1), pp. 32–38.
- P, D. A. and Isyriyah, L. (2021) 'Rancang Model Expert System pada Diagnosa Penyakit Diabetes Melitus dengan Metode Forward Chaining', *Jurnal Teknologi dan Manajemen Informatika*, 7(1), pp. 51–61. doi: 10.26905/jtmi.v7i1.5930.
- Sari, N. and Purnama, K. A. (2019) 'Aktivitas Fisik dan Hubungannya dengan Kejadian Diabetes Melitus Article history : form 17 October 2019 Universitas Muslim Indonesia Accepted 20 October 2019 Address : Available Email : Phone : PENDAHULUAN darah yang disebut hiperglikemia dengan gangguan', *Window of Health : Jurnal Kesehatan*, 2(4), pp. 368–381.
- Silalahi, L. (2019) 'Hubungan Pengetahuan dan Tindakan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2', *Jurnal PROMKES*, 7(2), p. 223. doi: 10.20473/jpk.v7.i2.2019.223-232.
- Wahyuningrum, R. et al. (2020) 'Masalah-Masalah terkait Pengobatan Diabetes Melitus Tipe 2: Sebuah Studi Kualitatif', *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 9(1), p. 26. doi: 10.15416/ijcp.2020.9.1.26.
- Widiyoga, C. R., Saichudin and Andiana, O. (2020) 'Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Penyakit Diabetes Melitus pada Penderita terhadap Pengaturan Pola Makan dan Physical Activity', *Sport Science Health*, 2(2), pp. 152–161.

## VIRGIN COCONUT OIL (VCO) TERHADAP TIPE DIAPER RASH PADA BAYI USIA 6-9 BULAN

<sup>1</sup>Anik Sri Purwanti\*, <sup>2</sup>Reny Retnaningsih

<sup>1</sup> Prodi Pendidikan Profesi Bidan, Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang, [aniksri@itsk-soepraoen.ac.id](mailto:aniksri@itsk-soepraoen.ac.id)

<sup>2</sup> Prodi D-III Kebidanan, Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang, [renyretna@itsk-soepraoen.ac.id](mailto:renyretna@itsk-soepraoen.ac.id)

### ABSTRAK

*Diaper rash* atau ruam popok (penyakit kulit popok) adalah ruam merah terang disebabkan oleh iritasi kulit terkena urin dan kotoran yang berlangsung lama dan *diaper rash* sering disebabkan oleh bakteri. Salah satu tindakan alami untuk mengatasi masalah *diaper rash* ini adalah dengan memberikan perawatan kulit menggunakan *virgin coconut oil* (VCO). Tujuan dari peneliti adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian *virgin coconut oil* (VCO) terhadap tipe *diaper rash* pada bayi usia 6-9 bulan di PMB Sri Andayani A.Md.Keb. Penelitian ini menggunakan pendekatan *pretest-posttest*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua bayi yang mengalami *diaper rash* usia 6-9 bulan sejumlah 12 responden. Sampel yang diambil sejumlah 12 orang menggunakan *Total Sampling*. Instrument penelitian ini menggunakan lembar observasi. Hasil penelitian menunjukkan setelah pemberian *virgin coconut oil* (VCO) terhadap tipe *diaper rash* pada bayi usia 6-9 bulan menghasilkan  $p$  value  $< \alpha$  ( $0.002 < 0,05$ ). Uji statistic menggunakan uji Wilcoxon Kesimpulan yang dapat diperoleh yaitu ada pengaruh pemberian *virgin coconut oil* terhadap *diaper rash* pada bayi usia 6-9 bulan. Saran untuk ibu yaitu diharapkan ibu yang mempunyai masalah *diaper rash* pada bayinya untuk dapat menggunakan *virgin coconut oil* dalam mengurangi masalah *diaper rash* karena VCO lebih aman dari pada menggunakan obat-obatan berbahan kimia.

**Kata Kunci:** *Virgin Coconut Oil, Diaper Rash, Bayi usia 6-9 Bulan*

### ABSTRACT

*Diaper rash or diaper skin disease is a bright red rash caused by long-standing skin irritation from urine and dirt and diaper rash is often caused by bacteria. One natural action to overcome this diaper rash problem is to provide skin care using virgin coconut oil (VCO). The aim of the researchers was to determine the effect of giving virgin coconut oil (VCO) to the type of diaper rash in infants aged 6-9 months at PMB Sri Andayani A.Md.Keb. This study uses a pretest-posttest approach. The population in this study were all infants with diaper rash aged 6-9 months with a total of 12 respondents. Samples taken as many as 12 people using total sampling. This research instrument uses observation sheets. The results showed that after giving virgin coconut oil (VCO) to the type of diaper rash in infants aged 6-9 months produced  $p$  value  $< \alpha$  ( $0.002 < 0.05$ ). Statistical tests using the Wilcoxon test The conclusion that can be obtained is the effect of giving virgin coconut oil to diaper rash in infants aged 6-9 months. Suggestions for mothers are expected to be mothers who have diaper rash problems in their babies to be able to use virgin coconut oil to reduce diaper rash problems because VCO is safer than using chemical drugs.*

**Keywords:** *Virgin Coconut Oil, Diaper Rash, Infants 6-9 Months*

### PENDAHULUAN

Masalah kulit yang sering dijumpai pada bayi usia 6-9 bulan adalah bercak mongol, *oraltrush*, *seborrhoe* dan *diaper rash*. *Diaper rash* merupakan penyakit kulit berupa ruam merah terang disebabkan oleh iritasi merah terang oleh karena kulit terpapar urin atau kotoran yang berlangsung lama di bagian mana saja di bawah popok anak. Ruam popok bisa juga disebabkan oleh infeksi jamur *candida*, biasanya menyebabkan ruam merah terang pada lipatan kulit dan bercak kecil merah. Ruam popok sering disebabkan oleh bakteri (Muslihatun, 2010).

Prevalensi ruam popok berbeda-beda setiap Negara di dunia. Menurut Hori MD menyebutkan bahwa 10-20 % *Diaper dermatitis* dijumpai pada praktik spesialis anak di Amerika (Ramba, 2014). Sedangkan prevalensi pada bayi berkisar antara 7-35% dengan angka terbanyak pada usia 9-12 bulan. Penelitian di Inggris menemukan 25 % dari 12.000 bayi berusia empat



minggu mengalami ruam popok (Steven, 2008). Insiden ruam popok di Indonesia mencapai 7-35 % yang menimpa bayi laki-laki dan perempuan Setidaknya 50% bayi yang menggunakan popok mengalami hal ini. Mulai terjadi di usia beberapa minggu hingga 18 bulan dan terbanyak terjadi di usia bayi 6-9 bulan (Rahmat, 2011).

*Diaper Rash* bisa disebabkan karena kulit bayi terpapar cukup lama dengan urin atau kotoran yang mengandung bahan ammonia, bahan kimia, sabun atau detergen yang ada dalam diaper. Diaper yang terbuat dari bahan plastic atau karet dapat menyebabkan iritasi pada kulit bayi. Diare, infeksi jamur, susu formula memungkinkan bayi mengalami ruam popok lebih besar ketimbang ASI, ini karena komposisi bahan kimia yang ada di urin atau kotorannya berbeda serta bayi yang mempunyai riwayat alergi. Disamping itu, factor lingkungan seperti iklim tropis membuat kelembaban senantiasa tinggi. Akibatnya memperbesar resiko iritasi pada bayi (Budiono, 2010).

upaya pencegahan ruam popok ini tidak terjadi maka perawatan perianal/perawatan pada daerah yang tertutup popok penting dilakukan. Mengganti popok usai mengompol, mengusahkan kulit agar tetap kering, menggunakan sabun khusus, melonggarkan popok, membiarkan daerah alat kelamin terkena udara bebas (Darsana, 2009). Dengan penelitian yang menyatakan bahwa pemberian bedak secara perianal mengakibatkan infeksi pada bayi, bias memicu ruam popok (Cahyati, 2015). Penyembuhan ruam popok bias menggunakan metode farmakologi dan non farmakologi. Pada non farmakologi bisa menggunakan VCO yang biasa di sebut minyak kelapa murni. VCO (*virgin coconut oil*) adalah minyak kelapa murni yang dibuat dari bahan baku kelapa segar, diproses dengan pemanasan terkendali atau tanpa pemanasan sama sekali, tanpa bahan kimia dan RDB (*refined, bleached dan deodorized*). Telah lama dikenal dan digunakan oleh nenek moyang kita, baik untuk keperluan memasak maupun untuk tujuan pengobatan (Masdiana, 2011).

Hasil penelitian Cahyati, (2015) salah satu bahan olahan alami yang dapat dipertimbangkan sebagai terapi topical alternatif yang dapat digunakan untuk perawatan kulit bayi yang mengalami ruam popok dan sebagai pencegahan kulit pada bayi yang mengalami ruam popok yaitu VCO.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada 15 Oktober sampai 25 November 2019 di PMB Sri Andayani – Pakisaji, Kab. Malang, dari kunjungan bayi yang berusia 6-9 bulan sebanyak 35 tapi terdapat 12 yang mengalami *diaper rash*.

## MATERIAL DAN METODE

### 1. Responden

Pada penelitian ini sampelnya adalah semua bayi usia 6-9 bulan yang mengalami *diaper rash* di PMB Sri Andayani – Pakisaji, Kab Malang pada bulan 12 Februari 2018 s/d 15 Maret 2019 yang berjumlah 12 responden.

### 2. Pemberian VCO

Pemberian VCO dengan cara dioleskan pada bayi yang mengalami *diaper rash*, diberikan secara teratur 2x sehari setiap pagi dan sore hari setelah mandi kemudian di evaluasi pada hari ke 5

### 3. Pengukuran Tipe Diaper Rash

Untuk mengetahui hasil dari pemberian VCO terhadap Diaper Rash dengan melihat Tipe akhir *diaper rash* dilihat pada hari ke 5 pasca pemberian.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Data Umum Responden

Tabel 1. Klasifikasi responden berdasarkan data umum

Karakteristik	Indikator	n	%
Usia Responden	6-7 Bulan	10	83
	8-9 Bulan	2	17
Jenis Kelamin	Laki-Laki	8	67%
	Perempuan	4	33%
Parietas	Anak ke 1	9	75%
	Anak ke >2	3	25%
Jenis Popok	<i>Disposable</i>	4	33
	<i>Reuse</i>	8	67
Durasi Penggunaan popok	2-3 jam	1	8
	4-5 jam	2	17
	5-6 jam	5	42
	7-8 jam	4	33
Penanggulangan diaper rash sebelum VCO	Bedak	8	67
	Lotion	2	17
	Baby Oil	2	17

Berdasarkan table 1 diatas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden penelitian berusia 6-7 bulan, mayoritas berjenis kelamin laki-laki, Sebagian besar merupakan anak pertama serta menggunakan popok dengan durasi >3 jam.

## 2. Data Khusus

### a. Tipe Diaper Rash Sebelum Pemberian VCO

**Tabel 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Bayi yang mengalami Diaper Rash Sebelum diberikan VCO di PMB Sri Andayani – Pakisaji, Kab Malang**

No	Skor/Keterangan	n	%
1	Tipe <i>Slight</i>	0	0%
2	Tipe <i>Mild</i>	2	17%
3	Tipe <i>Moderate</i>	10	83%
	Total	12	100%

Berdasarkan tabel 4.6 di atas dapat diketahui bahwa hampir keseluruhannya (83%) responden yang mengalami *diaper rash* tipe *moderate* dan sebagian kecil (17%) responden yang mengalami *diaper rash* tipe *mild* dan tidak satupun (0%) responden yang mengalami *diaper rash* tipe *slight*. Peneliti mengidentifikasi dengan cara observasi *diaper rash* pada bayi usia 6-9 bulan di PMB Ana – Pakisaji, Kab Malang pada bulan february-maret 2018 didapatkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum diberikan *virgin coconut oil* (VCO) hampir seluruhnya (83%) responden dengan *diaper rash* tipe *moderate*. Hal ini sesuai dengan pendapat Balentine yang mengatakan bahwa *Diaper rash* dapat terjadi pada periode neonatal segera setelah bayi mulai memakai popok. Sebagian besar kejadian *diaper rash* pada usia neonatal adalah *diaper rash* sedang atau tipe *moderate*. Puncak insiden pada mereka yang berusia 6-12 bulan, kemudian menurun seiring

bertambahnya usia. *Diaper rash* biasanya tidak terjadi pada usia 2 tahun karena telah mendapatkan toilet training (Balentine, 2010).

Menurut Muslihatun (2010) *Diaper rash* atau ruam popok (penyakit kulit popok) adalah ruam merah terang disebabkan oleh iritasi kulit terkena urin dan kotoran yang berlangsung lama di bagian mana saja di bawah popok anak. Biasanya, daerah pada kulit yang terkena popok adalah yang paling sering terkena. Secara global *diaper rash* disebabkan oleh infeksi jamur *candida*, biasanya menyebabkan ruam merah terang pada lipatan kulit dan bercak merah kecil dan *diaper rash* sering disebabkan oleh bakteri.

Menurut peneliti dari hasil penelitian yang didapatkan sebelum diberikan minyak kelapa murni (*virgin coconut oil*) terdapat masalah *diaper rash* yang sebagian besar merupakan tipe *moderate*, dari masalah yang ada maka peneliti menyimpulkan bahwa penyebab terjadinya *diaper rash* adalah pemakaian bedak, dan penggunaan popok *disposable* yang terbuat dari bahan plastik.

b. **Tipe *Diaper Rash* Setelah Pemberian VCO**

**Tabel 3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Bayi yang mengalami *Diaper Rash* setelah diberikan VCO di PMB Ana – Pakisaji, Kab Malang**

No	Skor/Keterangan	n	%
1	Tipe <i>Slight</i>	2	17%
2	Tipe <i>Mild</i>	8	67%
3	Tipe <i>Moderate</i>	2	17%
Total		12	100%

Berdasarkan tabel 4.7 di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden (67%) dengan kategori tipe *mild* dan sebagian kecil responden (17%) dengan tipe *slight* dan *moderate*. *Virgin Coconut Oil* (VCO) yang merupakan minyak kelapa murni dihasilkan dari kelapa segar lalu dibuat tanpa mengalami pemanasan serta tanpa bahan kimia. Mengandung sekitar 50% asam laurat dan 7% asam kapriat yang keduanya merupakan *Medium Chain Fatty Acid* (asam lemak rantai sedang/MCVA). MCT (*Medium Chain Triglycerides*) khususnya asam laurat memiliki kemampuan sebagai anti virus, anti fungi, anti protozoa, dan anti bakteri. Secara umum VCO berfungsi sebagai pencegah maupun obat berbagai macam penyakit yang disebabkan virus, fungi, protozoa, bakteri, faktor degeneratif dan radikal bebas. VCO tidak menggunakan pemanasan yang terlalu tinggi sehingga mempertahankan Vit.E dan enzim-enzim yang terkandung dalam daging buah kelapa (Alamsyah.A.N, 2010).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Cahyati, dkk (2015) yang berjudul “*Pengaruh Virgin Coconut Oil* terhadap ruam popok pada bayi” pemberian virgin coconut oil dapat dijadikan sebagai alternative dalam mengurangi masalah *diaper rash* selain memiliki kandungan asam laurat yang tinggi, virgin coconut oil juga memiliki kemampuan sebagai anti bakteri. Menurut peneliti setelah diberikan perawatan *virgin coconut oil* (VCO) selama 5 hari. Frekuensi pemberian VCO diberikan oleh peneliti sebanyak 2x sehari selama 5 hari. Dengan adanya hasil penelitian ini diharapkan ibu yang mempunyai masalah *diaper rash* pada bayinya untuk dapat menggunakan *virgin coconut oil* dalam mengurangi masalah *diaper rash* karena VCO lebih aman dari pada menggunakan obat-obatan berbahan kimia.

c. **Tipe *Diaper Rash* Sebelum dan Setelah Pemberian VCO**

**Tabel 4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Bayi yang mengalami *Diaper Rash* sebelum dan setelah diberikan VCO di PMB Ana – Pakisaji, Kab Malang**

No	Skor/ Keterangan	Sebelum		Setelah	
		n	(%)	n	(%)

1	Tipe <i>Slight</i>	0	0%	2	17%
2	Tipe <i>Mild</i>	2	17%	8	67%
3	Tipe <i>Moderate</i>	10	83%	2	17%
4	Total	12	100%	12	100%
			%		

Berdasarkan tabel 4 di atas dapat diketahui sebelum diberikan perawatan menggunakan VCO menunjukkan sebagian besar (83%) responden dengan tipe *moderate*, dan sebagian kecil (17%) responden dengan tipe *mild*, kemudian tidak satupun (0%) responden dengan tipe *slight*. Sedangkan setelah diberikan perawatan VCO menunjukkan sebagian besar (67%) responden dengan tipe *mild*, dan sebagian kecil (17%) responden dengan tipe *mild* dan tipe *moderate*. Hasil uji analisa data menggunakan uji *Wilcoxon* dengan komputerisasi SPSS versi 22 menunjukkan hasil 0,002 dimana  $\alpha$  (0,05) yang berarti  $p$  value kurang dari nilai  $\alpha$  yang menunjukkan  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yakni ada pengaruh pemberian *virgin coconut oil* (VCO) terhadap tipe *diaper rash* pada bayi usia 6-9 bulan di PMB Sri Andayani – Pakisaji, Kab Malang.

*Virgin coconut oil* (VCO) telah diteliti bermanfaat bagi kesehatan kulit. Kandungan asam lemak rantai sedang (MCT) yang terkandung dalam VCO bersifat anti bakteri karena dapat menghambat pertumbuhan berbagai jasad renik berupa bakteri, ragi, jamur dan virus. Sifat-sifat anti bakteri dari VCO berasal dari komposisi MCT yang dikandungnya karena ketika diubah menjadi asam lemak bebas seperti yang terkandung dalam sebum, MCT akan menunjukkan sifat-sifat sebagai anti bakteri. Hal inilah yang menyebabkan VCO efektif dan aman digunakan pada kulit dengan cara meningkatkan hidrasi kulit dan mempercepat penyembuhan pada kulit terutama *diaper rash* (Cahyati dkk, 2015).

Hal itu dibuktikan dengan sebanyak 12 responden yang diberikan *virgin coconut oil* hampir semua responden mengalami percepatan perubahan tipe *diaper rash* karena peran *virgin coconut oil* sebagai antibakteri alami yang sanggup mengalahkan bakteri mematikan, aktivas air yang sedikit dapat menyerap air dari bakteri pada *diaper rash* sehingga mampu menghambat pertumbuhan bakteri hingga bakteri sulit tumbuh, *virgin coconut oil* juga sebagai antiseptik karena sifatnya sebagai anti *bacterial*. Dan *virgin coconut oil* menstimulasi dan mempercepat pertumbuhan jaringan granulasi dan epitalisasi jaringan yang bersih, kandungan *virgin coconut oil* antara lain asam *laurat*, asam *kapriat*, dan elemen-elemen lain sebagai peran pendukung untuk mempercepat penyembuhan luka. Menurut peneliti setelah dilakukan pemberian *virgin coconut oil* selama 5 hari berturut-turut responden mengalami perubahan tipe *diaper rash*. Hasil tersebut menunjukkan adanya pengaruh pemberian *virgin coconut oil* (VCO) terhadap tipe *diaper rash* pada bayi usia 6-9 bulan.

## SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa ada ada pengaruh pemberian *virgin coconut oil* terhadap tipe *diaper rash* pada bayi usia 6-9 bulan di PMB Ana – Pakisaji, Kab Malang

## DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah, A.N. 2010. *Virgin Coconut Oil Minyak Penakluk Aneka Penyakit*. Jakarta: Argomedia pustaka.
- Balentine, J Wolfram. 2010. Diaper Rush. <http://emedicine.medscape.com> diakses 25 sep 2017 pukul 14.15 WIB.
- Cellymoetya dan Budiono. 2010. Pengaruh Pemberian VCO (Virgin Coconut Oil) Terhadap Penyembuhan Ruam Popok. Skripsi.
- Cahyati dan Kusumaningrum. 2015. Pengaruh *virgin coconut oil* terhadap ruam popok pada bayi: pre eksperimental. Jurnal keperawatan sriwijaya. Volume 2-Nomor 1, ISSN No 23555459.

- Darsana. 2009. Pengaruh Perawatan Perianal Menggunakan Baby Oil Terhadap Pencegahan Diaper Dermatitis Pada Neonatus Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Skripsi.
- Ika. 2008. Masalah dan Tipe Diaper Rash. <http://sheradiofm.com>. Diakses tanggal 29 sep 2017 pukul 16.15 WIB.
- Jelita dkk. 2014. Pengaruh pemberian minyak zaitun terhadap derajat ruam popok pada anak diare pengguna diapers usia 0-36 bulan. *Jurnal ilmu keperawatan dan kebidanan*. Volume 3- Nomor 2, ISSN No 10011820.
- Hidayat, A.A. 2009. *Statistika Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Manulang, Y.F. 2010. Pengetahuan Dan Tindakan Ibu Dalam Perawatan Perianal Terhadap Pencegahan Ruam Popok Pada Neonatus Di Klinik Bersalin. Sally medan. Skripsi.
- Muslihatun, W.N. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Notoadmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rahmat. 2011. Pengaruh Pemberian Virgin Coconut Oil Terhadap Penyembuhan Ruam Popok. Skripsi. <http://224dok.com/document/29273-pengaruh-vco-terhadap-penyembuhan-ruam-popok.html> diakses tanggal 20 okt 2017 pukul 20.07 WIB.
- Steven. 2008. Pengaruh Pemberian Virgin Coconut Oil Terhadap Penyembuhan Ruam Popok. Skripsi. <http://224dok.com/document/29273-pengaruh-vco-terhadap-penyembuhan-ruam-popok.html> diakses tanggal 20 okt 2017 pukul 20.07 WIB.
- Sudarti. 2009. *Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sugiyono. 2016. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suririnah. 2009. *Buku Pintar Merawat Bayi 0-12 Bulan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

## PENGARUH METODE ZILGREI TERHADAP LAMA KALA 1 FASE AKTIF PADA IBU BERSALIN

<sup>1</sup>Tut Rayani Aksohni Wijayanti \*, <sup>2</sup>Rani Safitri

<sup>1</sup>Prodi Sarjana Terapan Kebidanan, Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen, [tutrayani@gmail.com](mailto:tutrayani@gmail.com)

<sup>2</sup>Prodi Sarjana Terapan Kebidanan, Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RS dr. Soepraoen, [raniandriatno@gmail.com](mailto:raniandriatno@gmail.com)

### ABSTRAK

Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus hingga pembukaan lengkap. Terdapat beberapa hambatan yang sering ditemukan pada Kala 1 misalnya kontraksi yang tidak adekuat. Hal ini dapat diatasi dengan terapi non farmakologis yaitu metode *Zilgrei*. Metode *Zilgrei* merupakan metode yang dapat mendorong janin pada posisi yang ideal dan membuat tahap-tahap pembukaan persalinan menjadi lancar. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian metode *Zilgrei* terhadap lama kala 1 fase aktif pada ibu bersalin. Penelitian ini menggunakan desain *pre-eksperimen* dengan pendekatan *one-shot case study*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sejumlah 16 sampel dengan teknik pengambilan *Purposive Sampling*. Instrumen penelitian ini menggunakan lembar observasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruhnya sampel mengalami kala 1 fase aktif cepat ( $\leq 6$  jam) sejumlah 13 sampel (81,3%) dan sebagian kecil mengalami kala 1 fase aktif normal (6 jam) sejumlah 3 sampel (18,7%). Berdasarkan hasil analisis uji *One Sample T-Test* diperoleh nilai signifikan p-value ( $0,000 < 0,05$ ). Kesimpulan yang dapat diperoleh yaitu ada pengaruh metode *Zilgrei* terhadap lama kala 1 fase aktif pada ibu bersalin. Metode *Zilgrei* ini dapat diaplikasikan pada persalinan sehingga dapat mempercepat lama Kala 1.

**Kata Kunci :** Kala 1 Fase Aktif, Metode *Zilgrei*, Ibu Bersalin

### ABSTRACT

*The first stage of labor starts from the onset of uterine contractions until complete dilatation. There are several obstacles that are often found in Stage 1, such as inadequate contractions. This can be overcome by non-pharmacological therapy, namely the Zilgrei method. The Zilgrei method is a method that can push the fetus in an ideal position and make the opening stages of labor smooth. The purpose of this study was to determine the effect of giving the Zilgrei method on the duration of the active phase of the 1st stage in women giving birth. This study uses a pre-experimental design with a one-shot case study approach. The sample used in this study was 16 samples with purposive sampling technique. The research instrument used an observation sheet. The results showed that almost all samples experienced stage 1 of the fast active phase ( $\leq 6$  hours) as many as 13 samples (81.3%) and a small portion experienced stage 1 of the normal active phase (6 hours) as many as 3 samples (18.7%). Based on the analysis results of the One Sample T-Test, a significant p-value ( $0.000 < 0.05$ ) was obtained. The conclusion that can be obtained is that there is an effect of the Zilgrei method on the duration of the active phase of the 1st stage in maternity mothers. The Zilgrei method can be applied to labor so that it can speed up the length of Stage 1.*

**Keyword :** Stage 1 Active Phase, *Zilgrei* Method, Maternity Mother

### PENDAHULUAN

Persalinan merupakan pengeluaran hasil konsepsi yang cukup bulan serta dapat hidup diluar kandungan yang melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan. Proses persalinan normal ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu Power (his dan tenaga mengejan) dimana power disini merupakan kekuatan yang berasal dari ibu untuk mendorong janin keluar dari jalan lahir, passage (Jalan lahir) dimana yang berperan penting adalah ukuran dari panggul ibu, passanger (janin, plasenta dan selaput ketuban) yang berperan disini adalah faktor janin, yang



letak janin, presentasi, dan posisi janin, psikis meliputi perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu, faktor penolong faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah kemampuan dan ketrampilan penolong persalinan. Selama fase kala I ibu bersalin mengalami nyeri, gelisah, cemas, dan tidak dapat beristirahat dengan tenang. Kondisi ini akan mengakibatkan detak jantung meningkat, tekanan darah dan temperatur juga meningkat. Pada fase ini juga terjadi penurunan curah jantung ke utero plasenta yang dapat mempengaruhi fisiologi darah ibu ke janin. Pada persalinan dengan kala I lama persalinan dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan (takikardi, bradikardi). Selain itu kontraksi uterus yang kurang baik dapat menghambat sirkulasi darah dari uterus ke plasenta.

Profil Kesehatan (2015), kematian ibu disebabkan oleh perdarahan (32%), eclampsia (14%), partus lama (12%), infeksi (11%), abortus (14%), penyakit jantung (5%), dan penyakit lainnya (12%). Penyebab terjadinya persalinan lama di bagi menjadi dua faktor yaitu faktor penyebab dan faktor resiko, faktor penyebab: his, mal presentasi dan mal posisi, janin besar, panggul sempit, kelainan serviks dan vagina, disproporsi fetovelvik, dan ketuban pecah dini, dan faktor resiko: analgesik dan anastesi berlebihan, paritas, usia, wanita dependen, respons stres, pembatasan mobilitas, dan puasa ketat (Oxorn, 2010). Akibat jika terjadi lama kala I yaitu keadaan yang dapat mengancam jiwa ibu ataupun janin sebagai akibat langsung dari kehamilan atau persalinan seperti perdarahan, infeksi, preeklampsia/eklampsia, partus lama/macet, abortus, dan ruptura uteri yang membutuhkan manajemen obstetri. Data dan fakta dilapangan kala I yang baik sering ditemukan hambatan atau kendala. Kendala tersebut antara lain karena ibu merasa kelelahan saat meneran pada kala I. Hal ini akan membuat perpanjangan waktu kala I dan II. Proses tidak adekuatnya kala I dan II akan memberikan dampak pada Apgar Score Bayi Baru Lahir. Kondisi ini terjadi akibat tidak adekuatnya aliran darah ke uterus dan kontraktilitas uterus dikenal penentu lamanya persalinan Untuk mengatasi lama kala I pada dapat dilakukan dengan terapi farmakologis misalnya dengan pemberian infus, lidokain, methergine, oksitosin.

Untuk mengatasi lama kala I dapat dilakukan dengan terapi non farmakologi seperti homeopathy, pijat aromaterapi dalam persalinan (*effluerage dan counterpressure*), hipnosis, visualisasi persalinan, teknik auditori dan imej visual persalinan, relaksasi, posisi melahirkan, terapi bola-bola, persalinan di dalam air, gerakan dan pernapasan zilgrei, hypnobirthing, akupuntur, alif dan zikir. Salah satunya yaitu metode zilgrei, yaitu gerakan dan latihan pernapasan yang dipersiapkan sejak kala I tepatnya pada fase aktif diharapkan kerja otot-otot panggul yang saling berkaitan menjadi selaras sehingga mulut rahim tidak kaku, dan adanya potensi otot-otot rahim untuk mendorong janin menuju jalan lahir, latihan tarikan dan hembusan napas membantu ibu mengumpulkan tenaga untuk mendorong janin ke posisi ideal untuk melahirkan normal. Zilgrei terkenal di Jerman dan merupakan metode yang digunakan oleh dokter maupun bidan. Metode ini telah dirasakan manfaatnya oleh ribuan ibu bersalin di Jerman. Berkat melaksanakan metode ini, mereka hanya membutuhkan waktu persalinan yang singkat serta merasakannya sebagai proses yang ringan dan indah (Danuatmaja, 2008).

Berdasarkan penelitian Endang Nurrochmi, Nurasih, dan Riqki Amaliani Romadon pada ibu bersalin di RSUD Indramayu periode April-Mei 2013 yang berjudul "Pengaruh Kombinasi Metode Zilgrei Dan Endorphin Massage Pada Ibu Inpartu Terhadap Lamanya Kala I Fase Aktif" terdapat 31 responden yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Jumlah responden yang diberi intervensi kombinasi metode zilgrei dan endorphin massage hampir sama dengan jumlah responden yang hanya diberi metode zilgrei yakni 15 responden untuk yang diberi intervensi kombinasi metode zilgrei dan endorphin massage atau sejumlah 48.4% serta 16 responden untuk yang hanya diberi metode zilgrei atau 51.6%.

## **METODE**

Metode dalam penelitian ini adalah pre-eksperimen dengan menggunakan desain one-shot case study. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik Purposive

Sampling dengan kriteria inklusi antara lain ibu bersalin dengan usia kehamilan 37-40 minggu, ibu inpartu primigravida, pembukaan serviks 4-5 cm, kontraksi yang adekuat minimal 2 kali dalam 10 menit dengan jumlah sampel sebanyak 32 orang. Metode zilgrei diberikan sebelum persalinan dan dievaluasi pada saat persalinan kala I fase aktif dengan melakukan periksa dalam 4 jam kemudian atau bila ada indikasi seperti ketuban sudah pecah. Saat periksa dalam kita evaluasi pembukaan serviks apakah 1 jam 1 cm atau lebih lambat. Setelah itu mengidentifikasi percepatan lama kala I fase aktif dalam persalinan, dimasukkan sesuai dengan kategori  $\leq 6$  jam cepat, dan  $> 6$  jam lambat pada pembukaan 10 cm. dalam penelitian ini menggunakan instrument berupa lembar observasi dan lembar partograph yang kemudian dilakukan Analisa data menggunakan uji statistic One Sample T-Test.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada hasil penelitian ini mengenai pemberian Metode Zilgrei terhadap Lama Kala 1 Fase Aktif Pada Ibu Bersalin, tersaji dalam analisa deskriptif dan asosiatif. Tersaji dalam tabel melalui perhitungan distribusi frekuensi dan prosentasenya. Berikut tabel 1 distribusi mengenai usia dan pendamping persalinan

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Usia dan Pendamping Persalinan

Karakteristik	Frekuensi	%
<b>Usia</b>		
19-23 tahun	18	56
24-28 tahun	14	44
29-33 tahun	0	0
<b>Pendamping Persalinan</b>		
Suami	32	100
Keluarga	0	0
Tenaga Kesehatan	0	0

Berdasarkan tabel diatas dapat menunjukkan bahwa setengah responden berusia 19-23 tahun (56%) dan hampir setengahnya responden berusia 24-28 tahun (44%). Pada pendamping persalinan seluruhnya dengan pendamping suami (100%).

Sedangkan pada hasil pemberian Metode Zilgrei terhadap Lama Kala 1 Fase Aktif Pada Ibu Bersalin ini disajikan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Usia dan Pendamping Persalinan

No.	Lama Kala I	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Normal	6	19
2.	Cepat	26	81
3.	Lambat	0	0
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami kala 1 fase aktif lebih cepat  $\leq 6$  jam dengan prosentase (81%) dan sebagian kecil responden mengalami kala 1 fase aktif normal 6 jam dengan prosentase (19%).

Kala 1 didefinisikan sebagai permulaan persalinan yang sebenarnya. Dibuktikan dengan perubahan serviks yang cepat dan diakhiri dengan dilatasi serviks yang komplit (10 cm), hal ini dikenal juga sebagai tahap dilatasi serviks. Lamanya kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan untuk multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Purwati & Sulistiyah, 2017).

Kala 1 fase aktif berlangsung mulai dari kemajuan aktif sampai dilatasi lengkap terjadi. Secara umum dimulai dari pembukaan 4 cm (akhir dari fase laten) sampai 10 cm atau dilatasi akhir kala 1 berlangsung selama 6 jam. Kemajuan yang cukup baik pada persalinan kala 1 ditandai dengan Kontraksi teratur yang progresif, pembukaan serviks paling sedikit 1 cm per jam (Purwati & Sulistiyah, 2017).

Banyak faktor yang mempengaruhi lamanya persalinan antara lain, penumpang (*passenger*), jalan lahir (*passage*), power (kekuatan), posisi ibu (*positioning*), respon psikologi (*psychology response*) dan penolong persalinan. Faktor power merupakan kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi, kekuatan primer (kontraksi involunter) dimana kontraksi ini berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi, kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun (Yanti & Asrinah, 2010).

Dalam persalinan usia 38 minggu keatas pemberian metode zilgrei merupakan salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan adanya kontraksi (his). Dalam hal ini untuk memperbaiki his pada ibu bersalin bisa dengan metode zilgrei. Metode Zilgrei merupakan metode yang dapat mendorong janin pada posisi yang ideal dan membuat tahap-tahap pembukaan menjadi lancar. Gerakan dan posisi Zilgrei seperti posisi miring kiri, berjongkok, merangkak, dan duduk dapat memberikan keuntungan masing-masing dalam mempercepat proses persalinan. Posisi miring kiri pada metode Zilgrei dapat meredakan rasa sakit menjelang persalinan selain itu posisi merangkak dapat mendorong janin ke posisi yang ideal. Aprillia (2012) menyebutkan bahwa posisi miring kiri membantu untuk mengurangi tekanan dari organ-organ internal ke tali pusat yang memungkinkan pengurangan jumlah suplai oksigen yang mengalir ke bayi. Posisi ini juga membantu untuk menjaga denyut jantung janin tetap stabil selama kontraksi. Posisi merangkak membantu mengurangi back pain (nyeri punggung) dan area pelvis menjadi lebih luas yang dapat membantu rotasi janin dan meningkatkan kenyamanan ibu.

Hasil analisis dengan uji One-Sample T-Test dengan diperoleh nilai signifikan 0,000 p-value 0,05. karena nilai p value  $(0,000) < (0,05)$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberian metode zilgrei terhadap percepatan lama kala 1 fase aktif pada ibu bersalin. Menurut (Oxorn, 2010) Pemberian metode zilgrei mempunyai pengaruh yang bermakna salah satunya memperbaiki his pada ibu bersalin, karena dalam persalinan his sangat dibutuhkan untuk kemajuan persalinan sehingga proses persalinan berjalan dengan lancar tanpa ada komplikasi yang terjadi pada ibu maupun bayinya. Dalam hal ini upaya untuk memperbaiki his pada ibu bersalin bisa dengan metode zilgrei.

Oleh karena itu dengan diberikan metode zilgrei diharapkan nantinya ibu dapat lebih cepat dalam proses lama kala I fase aktif. Karena jika ibu tidak mempunyai kekuatan dalam mengejan maka akan berpengaruh besar terhadap kala II pada saat proses pengeluaran janin.

Dalam hal ini untuk memperbaiki his pada ibu bersalin bisa dengan melakukan metode Zilgrei. Metode Zilgrei merupakan metode yang dapat mendorong janin pada posisi yang ideal dan membuat tahap-tahap pembukaan menjadi lancar. Gerakan dan posisi Zilgrei seperti posisi miring kiri, berjongkok, merangkak, dan duduk dapat memberikan keuntungan masing-masing dalam mempercepat proses persalinan. Posisi miring kiri pada metode Zilgrei dapat meredakan rasa sakit menjelang persalinan selain itu posisi merangkak dapat mendorong janin ke posisi yang ideal. Aprillia (2012) menyebutkan bahwa posisi miring kiri membantu untuk mengurangi tekanan dari organ-organ internal ke tali pusat yang memungkinkan pengurangan jumlah suplai oksigen yang mengalir ke bayi. Posisi ini juga membantu untuk menjaga denyut jantung janin tetap stabil selama kontraksi. Posisi merangkak membantu mengurangi back pain (nyeri punggung) dan area pelvis menjadi lebih luas yang dapat membantu rotasi janin dan meningkatkan kenyamanan ibu.

## **SIMPULAN**

Pemberian metode zilgrei pada ibu bersalin dapat mempercepat lama Kala 1 Fase Aktif. Metode Zilgrei ini mendorong janin pada posisi yang ideal dan membuat tahap-tahap pembukaan menjadi lancar. Penelitian berikutnya dapat menggunakan responden yang lebih banyak dengan durasi penelitian lebih lama sehingga dapat menghasilkan penelitian yang lebih akurat dan dapat digeneralisasikan dengan lebih baik.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Ardhiyanti Y, Susanti. 2016. Faktor Ibu Yang Berhubungan Dengan Kejadian Persalinan Lama Di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Jurnal Komunitas*, Vol.3. No.2. Mei.
- Astari Y, Sandela D, Elvira G. 2018. Gambaran Kematian Ibu Di Kabupaten Majalengka Tahun 2015 (Study Kualitatis). *Midwifery Journal Kebidanan*, Vol.3. No.1 Januari, Hal:69-75, ISSN:2503-4340 e-ISSN:2614-3364.
- Danuatmaja, B. 2008. *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Jakarta: Puspa Swara.
- Endang, N. dan Riqki, R. 2014. Pengaruh Kombinasi Metode Zilgrei dan Endorphin Massage pada Ibu Inpartu Primigravida terhadap Lamanya Kala 1 Fase Aktif di RSUD Indramayu. *Malang: Poltekkes Malang* 23-30.
- Estuning, Dwi Rahayu dan Sumy Dwi Antono, 2012. Pengaruh Metode Zilgrei pada Ibu Inpartu terhadap Pembukaan Servik Kala I Fase Aktif di RSUD Pare Kabupaten Kediri. *Forum Ilmiah Kesehatan* (3) : 200-205.
- Hayati F, Herman R B, Agus M. 2017. Perbedaan Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Di Puskesmas Dengan Dibidan Praktik Mandiri Dan Hubungannya Dengan Lama Persalinan. *Jurnal Kesehatan Andalas*. Vol.6. No.3.
- Ika Kartika Sri Sugiarto. 2019. Pengaruh Metode Zilgrei Dan Endorphine Massage Pada Ibu Inpartu Primigravida Terhadap Lamanya Kala I Fase Aktif Di Rs Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2019.
- Indrawan, Agung I Wayan. 2012. Hubungan Antara Stres Dengan Lama Fase Aktif Kala I Persalinan Pada Ibu di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
- Suprpti. 2006. Pengaruh Metode Zilgrei Terhadap Durasi Persalinan Kala II pada Ibu Inpartu di Bidan Praktek Swasta (BPS) Sukemi. *Poltekkes Malang, Malang*.

## PENGARUH MODEL *SHARE DECISION-MAKING* PADA AKSEPTOR LAMA AKDR TERHADAP ANGKA DROP OUT KONTRASEPSI

<sup>1</sup>Rani Safitri\*, <sup>2</sup>Zainal Alim

<sup>1,2</sup> Jurusan Kebidanan, Institut Teknologi Sains dan Kesehatan, raniandriatno@gmail.com

### ABSTRAK

Model pengambilan keputusan dalam kesehatan dapat mempengaruhi keputusan yang diberikan oleh pasien dalam pemilihan metode kontrasepsi, salah satunya adalah dengan menggunakan Model *shared decision-making* (SDM). Model *shared decision-making* (SDM) adalah salah satu model yang dapat digunakan oleh penyedia pelayanan kesehatan dalam membantu pasien membuat keputusan Kesehatan. Desain penelitian *Pre-eksperimental design* menggunakan bentuk *One Group Pretest – Posttest*. Sampling dalam penelitian ini *Purposive sampling*. Total responden 60 orang, terbagi dalam 2 kelompok, yaitu kelompok perlakuan 30 responden dan kelompok kontrol 30 responden. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan pada kelompok perlakuan bahwa setelah diberikan metode SDM 27 responden tingkat pengetahuan baik (77,14%), sebagian kecil dari 2 responden tingkat pengetahuan cukup moderat (17,5%) dan persentase kecil dari 1 responden tingkat pengetahuan kurang (5,36%). Sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh hampir seluruhnya dengan tingkat pengetahuan cukup 34 responden (97%) dan persentase kecil 1 responden dengan tingkat pengetahuan kurang (3%). Analisis data dengan uji Wilcoxon diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,006 ( $p < 0,05$ ) yang artinya ada pengaruh pemberian metode SDM terhadap angka *Drop out* kontrasepsi AKDR. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan suatu inovasi sebagai metode yang baru dalam pengambilan keputusan ber KB.

**Kata Kunci:** *Share Decision-Making, Akseptor Lama AKDR, Angka Drop Out*

### ABSTRACT

*Decision-making models in health can influence the decisions given by patients in the selection of contraceptive methods, one of which is using the shared decision-making (HR) model. The shared decision-making model is one model that can be used by health care providers in helping patients make health decisions. Research design Pre-experimental design using the form of One Group Pretest - Posttest. Sampling in this research is purposive sampling. The total respondents were 60 people, divided into 2 groups, namely the treatment group 30 respondents and the control group 30 respondents. Based on the results of the study, it was shown in the treatment group that after being given the HR method, 27 respondents had good knowledge level (77.14%), a small part of 2 respondents had moderate level of knowledge (17.5%) and a small percentage of 1 respondent had less knowledge (5,36%). While in the control group, almost all of them with sufficient knowledge level were 34 respondents (97%) and a small percentage of 1 respondent with less knowledge (3%). Data analysis using the Wilcoxon test obtained a significance value of 0.006 ( $p < 0.05$ ), which means that there is an effect of giving the HR method on the IUD contraceptive drop out rate. The results of this study are expected to be used as an innovation as a new method in making family planning decisions.*

**Keyword:** *Share Decision-Making, Old IUD Acceptors, Drop Out Rates*

### PENDAHULUAN

Pemakaian kontrasepsi sering kali kurang dapat dipertahankan keberlanjutannya (terjadi penghentian pemakaian) disebabkan adanya ketidakadeguan konseling KB oleh tenaga kesehatan, kurangnya informasi, keterbatasan pilihan akan metode KB yang ditawarkan, kegagalan metode KB, masalah kesehatan, keterbatasan dana dan akses untuk mendapatkan metode KB yang tepat, hambatan pasangan/ suami, keluarga dan komunitas, serta rendahnya persepsi ibu terhadap risiko kehamilan. Kesuksesan pelaksanaan program KB akan lebih baik lagi jika perempuan usia reproduksi mampu melakukan pengambilan keputusan yang tepat terkait pengontrolan reproduksinya. Pada umumnya proses pengambilan keputusan kontrasepsi didasari oleh adanya upaya

menemukan yang paling cocok atau tepat bagi dirinya. Dasar pemilihan kontrasepsi adalah pengetahuan, pengalaman, dan evaluasi terhadap apa yang paling sesuai dengan konteks situasi kehidupan mereka saat ini (Noone, 2004). Proses pengambilan keputusan kontrasepsi juga dipengaruhi oleh tujuan personal, nilai-nilai keluarga, sistem dukungan, dan keefektifan pengontrolan kehamilan (Chung Park, 2007).

Berdasarkan Angka Pemakaian Kontrasepsi (CPR) Semua Cara Pada Pasangan Usia Subur Usia 15-49 Tahun Yang Pernah Kawin (40% Bawah) pada tahun 2019 mencapai 62,54% (BPS, 2019). Namun Saat ini Indonesia sedang menghadapi pandemi Covid-19 yang kemudian berdampak pada seluruh aspek kehidupan termasuk penyelenggaraan pelayanan KB. Berdasarkan data statistik rutin BKKBN, capaian peserta KB baru mengalami penurunan secara signifikan dari 422.315 pada bulan Maret 2020 menjadi 371.292 dan 388.390 pada bulan April dan Mei 2020. Di samping itu terdapat beberapa tantangan dalam pelayanan KB pada masa pandemi ini diantaranya keterbatasan akses terhadap pelayanan di fasilitas kesehatan, kebutuhan alat pelindung diri (APD) yang memadai dan memenuhi standar bagi petugas pelayanan KB, serta penerapan pelayanan KB di era new normal dengan memperhatikan protokol kesehatan. Adanya pandemi Covid-19 kemudian juga berdampak pada peningkatan kehamilan tidak diinginkan (KTD) di beberapa wilayah sebagai akibat dari penurunan kesertaan KB dan peningkatan angka putus pakai kontrasepsi (BKKBN, 2020).

Di Indonesia, pengambilan keputusan dalam pemilihan kontrasepsi pada perempuan usia reproduksi dipengaruhi faktor sosial, ekonomi, budaya dan program pemerintah. Studi kualitatif oleh Irwanto, et al. (1998) di area rural dan urban Sumatra Selatan dan Lampung menunjukkan bahwa masalah ekonomi sangat mempengaruhi partisipasi untuk mengatur reproduksinya (Juliastuty & Afiyanti, 2008).

Model pengambilan keputusan dalam kesehatan dapat mempengaruhi keputusan yang diberikan oleh pasien dalam pemilihan metode kontrasepsi, salah satunya adalah dengan menggunakan Model shared decision-making (SDM). Model shared decision-making (SDM) adalah salah satu model yang dapat digunakan oleh penyedia pelayanan kesehatan dalam membantu pasien membuat keputusan kesehatan (Legare *et al.*, 2011).

## **METODE**

Jenis penelitian yang digunakan adalah *Pre-eksperimental design*, dengan pendekatan menggunakan bentuk *One Group Pretest - Posttest* yang di observasi sebanyak dua kali yaitu sebelum dan sesudah eksperimen untuk mengetahui pengaruh Model Share Decision-Making pada akseptor lama AKDR terhadap angka Drop Out Kontrasepsi. Teknik Sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **HASIL**

Uji statistika yang digunakan untuk menganalisa pengaruh model *shared decision-making* terhadap pengambilan keputusan metode kontrasepsi adalah dengan menggunakan uji *Paired T Test* dengan bantuan program SPSS versi 23.0. Uji *Paired T Test* untuk mengetahui pengaruh antara pengambilan keputusan metode kontrasepsi antara sebelum dan sesudah dilakukan *shared decision-making* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Berdasarkan olah data uji *Paired T Test* dapat dilihat dari tabel 3.6

**Tabel. 3.6 Hasil Uji Annalisa Data *Paired T Test***



Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Pretest_Kontrol - Pretest_Intervensi	.120	.332	.066	-.017	.257	1.809	24	.083
Pair 2 Posttest_Kontrol- Posttest_Intervensi	-1.880	.332	.066	-2.017	-1.743	-28.342	24	.000

Dari hasil analisis Uji *Paired T Test* dapat disimpulkan bahwa pada tingkat sig.(2-tailed) diketahui sebesar  $0,000 < 0,05$ , maka dapat disimpulkan  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, yang berarti bahwa terdapat pengaruh model *shared decision-making* terhadap pengambilan keputusan metode kontrasepsi di Klinik KB dr Endang Retnoningrum Kota Malang antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

### PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pengukuran antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi terjadi kenaikan pada pengambilan keputusan dengan menggunakan model *Shared Decision-Making*. Ada perbedaan pengambilan keputusan dalam memilih alat kontrasepsi sebelum dan sesudah intervensi yaitu berupa peningkatan hasil post test yang signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa penelitian ini mendukung hipotesis penelitian yaitu terdapat pengaruh pemberian model *Shared Decision-Making* terhadap pengambilan keputusan metode kontrasepsi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Dari penjelasan yang telah diuraikan dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan pengambilan keputusan menggunakan model *Shared Decision-Making* dalam memilih alat kontrasepsi sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi. Keadaan ini menggambarkan bahwa penyuluhan kesehatan merupakan suatu kegiatan yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku responden meliputi perubahan niat untuk mengambil keputusan dalam memilih alat kontrasepsi. Dengan diberikannya intervensi maka responden mendapat pembelajaran yang menghasilkan suatu perubahan dari yang semula belum diketahui menjadi diketahui, yang dahulu belum dimengerti sekarang dimengerti, dari hasil pembelajaran tersebut maka akan timbul niat sehingga terjadilah perubahan perilaku dan diharapkan terjadilah pengambilan keputusan untuk menjadi akseptor KB.

### SIMPULAN

Setelah dilakukan pengolahan data dengan metode statistik beserta analisisnya, maka penelitian ini menghasilkan kesimpulan Terdapat pengaruh yang signifikan pengambilan keputusan metode kontrasepsi terhadap pemberian model *Shared Decision-Making* pada akseptor KB.

### DAFTAR PUSTAKA

- Arum, D., & Sujyatini. (2009). *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. NuhaMedika.  
 BKKBN. (2020). *Jaga Kesehatan Reproduksi:" Pahami Dan Rencanakan Dengan Nyaman"* *Kontrasepsimu*.  
<https://www.bkkbn.go.id/detailpost/jaga-kesehatan-reproduksi-pahami-dan-reencanakan-dengan-nyaman-kontrasepsimu>

- BPS. (2019). *Angka Pemakaian Kontrasepsi (CPR) Semua Cara Pada Pasangan Usia Subur Usia 15-49 Tahun Yang Pernah Kawin (40% Bawah), Menurut Provinsi (Persen)*, 2017-2019.
- Chung Park, M. . (2007). *Contraceptive Decision-Making In Military Woman*. 10 No 2, 159–189.
- Friedman, M. M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. EGC.
- Glasier, A., & Gebbie, A. (2006). *Keluarga Berencana & Kesehatan Reproduksi*.
- Handayani, S. (2010). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Pustaka Rihama.
- Herarti. (2004). *Family Planning Decision-Making: Case Studies In West Java. Indonesia*.
- Hidayat, A, A. (2013). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Salemba Medika.
- Imbarwati. (2009). *Beberapa Faktor yang Berkaitan degan Penggunaan KB IUD pada Peserta KB non IUD di Kecamatan Pedurungan Kota Semarang*. Universitas Diponegoro.
- Kadarsah, S. (2002). *Sistem Pendukung Keputusan Suatu Wacana Struktural Idealisasi Dan Implementasi Konsep Pengambilan Keputusan*.
- Kemendes RI. (2013). *Rencana Aksi Nasional Pelayanan Keluarga Berencana Tahun 2014-2015*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Legare, F., Stacey, D., Gagnon, S., Dunn, S., Pluye, P., & Frosch, D. (2011). Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *Journal of Evaluation for Clinical Practice*.
- Listyawardani. (2017). *Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi*. <http://joernal.bkkbnswoop.pdf.com>.
- Noone, J. (2004). Finding The Best Fit: a Grounded Theory Of Contraceptive Decision Making In Woman. *Nursing Forum*, 39 No 4, 12–13.
- Pandiangan, R. S. (2018). No TitleFaktor – Faktor yang Mempengaruhi Akseptor KB Dalam Penggunaan Alat Kontrasepsi IUD di Wilayah Kerja Puskesmas Siempat Rube Kabupaten Pakpak Bharat Tahun 2017. *Skripsi*.
- Sugiyono. (2018b). Metodologi Penelitian. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Suryana, et al, Sugiyono, Sekaran, U., Lee, S., Stearns, T., & Geoffrey, G. M. (2013). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. In *International Journal of Management*.

## EFEKTIVITAS MOBILE JKN BAGI MASYARAKAT: LITERATURE REVIEW

<sup>1</sup>Oktavy Budi Kusumawardhani\*, <sup>2</sup>Antasya Octaviana, <sup>3</sup>Yunita Martha Supitra

<sup>1</sup>Universitas Kusuma Husada Surakarta, oktavybudi@ukh.ac.id

<sup>2</sup>Universitas Kusuma Husada Surakarta, tasyajetu@gmail.com

<sup>3</sup>Universitas Kusuma Husada Surakarta, yunitamartha@gmail.com

### ABSTRAK

Digitalisasi sistem pelayanan BPJS Kesehatan semakin maju dengan terbit Aplikasi Mobile JKN. Aplikasi Mobile JKN merupakan inovasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dalam meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam bidang kesehatan terutama pasien rumah sakit yang mudah dan praktis. Pelayanan BPJS di rumah sakit sudah menggunakan layanan daring terintegrasi dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tindak Lanjut (FKRTL). Masyarakat merasa puas dalam penggunaan Aplikasi Mobile JKN untuk melakukan pendaftaran online, pengecekan layanan kamar rawat inap, pelayanan rumah sakit dan penggantian informasi yang mudah, tidak harus ke kantor cabang terdekat. Pelayanan dan informasi yang diberikan melalui aplikasi sudah efektif dilihat dari waktu yang diperlukan dalam memberikan pelayanan, kecermatan pemberian layanan serta tidak diskriminatif dalam memberikan pelayanan karena sudah tersistem di aplikasi. Tetapi ada juga masyarakat yang masih enggan menggunakan Aplikasi Mobile JKN dan memilih untuk datang ke kantor cabang terutama pada masyarakat yang dari daerah sulit serta masyarakat yang kurang pengetahuan perkembangan teknologi yang dapat digunakan dengan satu genggam gawai. Studi yang dilakukan menggunakan literature review PICO pada media Google Scholar. Studi yang dilakukan untuk melihat efektivitas mobile JKN bagi masyarakat.

**Kata Kunci : literature review, mobile jkn, bpjs kesehatan**

### ABSTRACT

*The digitization of the BPJS Kesehatan service system is advancing with the issuance of the JKN Mobile Application. The JKN Mobile Application is an innovation carried out by BPJS Kesehatan in improving services to the community in the health sector, especially hospital patients, which is easy and practical. BPJS services in hospitals already use online services integrated with follow-up referral health facilities (FKRTL). The public is satisfied in using the JKN Mobile Application to register online, check inpatient room services, hospital services and easy information replacement, not necessarily to the nearest branch office. The services and information provided through the application have been effectively seen from the time required in providing services, the accuracy of service delivery and are not discriminatory in providing services because they have been systemized in the application. But there are also people who are still reluctant to use the JKN Mobile Application and choose to ...*

**Keyword : literature review, mobile jkn, bpjs kesehatan**

### PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan Kesehatan dan memiliki target bahwa seluruh penduduk Indonesia harus menjadi peserta BPJS Kesehatan. Untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan sekarang sudah bisa menggunakan aplikasi Mobile JKN. Hal ini dilakukan oleh BPJS Kesehatan karena perkembangan teknologi informasi yang semakin maju dan pesat maka melakukan inovasi digital yaitu Aplikasi Mobile JKN. Aplikasi Mobile JKN hadir untuk mempermudah masyarakat dalam kebutuhan peserta dan calon peserta JKN-KIS. Dasar Mobile JKN yaitu sebagai kegiatan administrative yang biasa dilakukan di kantor cabang atau fasilitas Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2017).

Aplikasi Mobile JKN dapat diakses melalui smartphone. Inovasi terbaru dari BPJS Kesehatan ini agar mempermudah dalam pendaftaran online, serta memudahkan dalam akses informasi terkait data kepesertaan, melihat tagihan iuran peserta, mendapatkan layanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Rujukan Tingkat Lanjutan (FKTL) dan

masyarakat mudah dalam menyampaikan saran maupun keluhan. Pasien yang melakukan pemeriksaan jika tidak membawa kartu BPJS Kesehatan dapat menggunakan aplikasi Mobile JKN dan diperlihatkan langsung kepada petugas. Pada aplikasi Mobile JKN yang terdaftar di masing-masing akun per kartu keluarga bukan individu (Wulanadary & Ikhsan, 2019).

Saat ini, jumlah peserta program JKN-KIS per 1 Januari 2019 tercatat sebanyak 215.784.340 jiwa. Jumlah tersebut mengalami kenaikan sebesar 3,8% dari tahun 2018, yaitu sebanyak 207.834.315 jiwa per 31 Desember 2018. Peserta JKN-KIS memiliki enam golongan jenis kepesertaan, yaitu Penerima Bantuan Iuran-APBN (PBI-APBN) sebanyak 96.643.963 jiwa, Penerima Bantuan Iuran- APBD (PBI-APBD) sebanyak 33.149.203 jiwa, Pekerja Penerima Upah-Pegawai Negeri (PPU-PN) sebanyak 17.206.407, Pekerja Penerima Upah-Badan Usaha (PPU-BU) sebanyak 32.697.826, Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)-Pekerja Mandiri sebanyak 30.948.016, dan Bukan Pekerja sebanyak 5.138.925 (BPJS Kesehatan, 2017).

BPJS Kesehatan menargetkan pada 1 Januari 2020 kepesertaan bersifat wajib bagi rakyat Indonesia untuk membuat BPJS. Seluruh penduduk Indonesia yang berjumlah 257,5 juta jiwa menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC). UHC melindungi kesehatan seluruh masyarakat Indonesia. Oleh karena itu BPJS Kesehatan menggunakan Mobile JKN untuk membuka pendaftaran dan dapat dilakukan dimana saja. Peserta yang akan mendaftar BPJS Kesehatan tidak perlu antri atau datang ke BPJS Kesehatan terdekat (BPJS Kesehatan, 2017)..

Menurut Wulanadary & Ikhsan (2019) tentang Inovasi BPJS Kesehatan dalam pemberian layanan kepada masyarakat Aplikasi Mobile JKN menyatakan bahwa pelayanan dan informasi yang diberikan pelayanan dan informasi yang diberikan melalui aplikasi yang sudah efektif jika dilihat dari waktu yang diperlukan dalam memberikan pelayanan, kecermatan dalam pemberian layanan dan gaya pemberian layanan yang tidak diskriminatif karena sudah tersistem dengan Aplikasi Mobile JKN. Menurut Komala (2012) tentang Analisis Kualitas Layanan Mobile JKN Terhadap Kepuasan Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial mengatakan bahwa variabel *Efficiency* berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan. Variabel *fulfillment* berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan. Variabel *Privacy* berpengaruh positif, namun tidak signifikan terhadap kepuasan peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan. Variabel *Responsiveness* berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan. Variabel *Contact* berpengaruh positif, namun tidak signifikan terhadap kepuasan peserta JKN-KIS BPJS Kesehatan. Ini membuat variabel *reliability*, *efficiency*, *fulfillment*, *privacy*, *responsiveness*, dan *contact* berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan peserta.

Menurut Sirajudin (2020) dengan penelitian Kepercayaan Public (*Public Trust*) terhadap *E-Government*: Studi Kasus Penggunaan E-Mobile BPJS Kesehatan di Kota Makassar menemukan hasil bahwa tingkat kepercayaan public terhadap BPJS Kesehatan selaku provider jaminan Kesehatan nasional yaitu pemerintahserta aplikasi Mobile JKN cukup tinggi pada dimensi *trust of the internet* dan *trust of the government*. Aplikasi Mobile JKN memberikan manfaat dan kepuasan pada masyarakat. Pada tingkat kepercayaan atas kerahasiaan data pribadi persentasenya cukup rendah. Menurut Putri & Rindengan (2017) tentang pemenuhan yang diinginkan masyarakat tentang informasi mengenai fasilitas BPJS Kesehatan dengan cepat, efektif dan akurat didapatkan hasil bahwa informasi berbasis mobile atau android di Kota Belitung telah mencapai keberhasilan dengan adanya sistem informasi pemetaan fasilitas BPJS Kesehatan di Kota Belitung. Masyarakat mendapatkan informasi dalam pencarian lokasi terdekat dari fasilitas Kesehatan yang melayani BPJS Kesehatan dan informasi tentang fasilitas Kesehatan yang dituju secara cepat dan efisien. Proses pembuatan aplikasi dimodifikasi dengan bahasa program Javascript, HTML, CSS, PHP, dan lainnya. Tools pembuatan menggunakan Ionic Cordova, Sublime Text dan Ms. Visio. Mobile JKN ini berbasis pada metodologi *Rapid Application Development* (RAD) dan aplikasi ini dapat berjalan dengan baik pada perangkat android.

## **METODE**

Jenis penelitian ini adalah literature review. Literature review merupakan analisis berupa kritik (membangun maupun menjatuhkan) dari penelitian yang sedang dilakukan terhadap topik khusus atau pertanyaan terhadap suatu bagian dari keilmuan. Literature review berisikan tentang uraian teori sebuah hasil penelitian, temuan dan juga bahan dalam kegiatan penelitian. Kegiatan ini mulai dari membaca sejumlah literature, memahami, mengkritik, dan memberikan ulasan terhadap literature tersebut. Metode yang digunakan menggunakan *systematic mapping study*. Systematic mapping study merupakan metode penulisan studi literature yang sistematis dengan menggunakan tahapan-tahapan yang telah ditetapkan sebelumnya. Melalui metode ini, pemilihan jenis literature tidak secara subjektif atau tidak sesuai keinginan dan pengetahuan pribadi.

Studi literatur yang dilakukan pada penelitian ini terbatas pada efektivitas Mobile JKN bagi masyarakat. Literature yang digunakan dalam penelitian ini adalah jurnal yang berasal dari Google Scholar yang menggunakan kata kunci -Efektivitas Mobile JKN-, -Mobile JKN-, dan -Mobile JKN bagi masyarakat-. Jurnal yang digunakan memiliki desain studi kualitatif serta desain studi kuantitatif yang dipublikasikan rentang tahun 2016-2022. Jurnal yang dikumpulkan kemudian disaring dengan melihat keseluruhan isi teks. Dari hasil penyaringan ditetapkan 6 jurnal nasional.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Menurut Wulandari & Ikhsan (2009) menyatakan populasi yang digunakan yaitu suatu organisasi pelayanan Kesehatan. Intervensi yang diberikan yaitu Pemberian layanan kepada masyarakat dengan aplikasi Mobile JKN. Pelayanan dan informasi yang diberikan melalui aplikasi sudah efektif jika dilihat dari waktu yang diperlukan dalam memberikan pelayanan kecermatan dalam pemberian layanan dan gaya pemberian layanan yang tidak diskriminatif karena sudah tersistem dengan aplikasi mobile JKN. Pelayanan yang diberikan melalui aplikasi mobile JKN sudah dikatakan efektif karena sudah memenuhi semua faktor pengukuran keefektifan pelayanan dan informasi yang didapatkan. Karena banyak masyarakat merasa puas dengan pelayanan yang diberikan melalui aplikasi tersebut dimana masyarakat dapat merasakan kemudahan seperti pendaftaran peserta baru pengguna BPJS, bisa mengubah data peserta maupun keluarga, dapat melihat informasi terkait JKN-KIS.

Surya & Kur'aini (2022) mengatakan bahwa populasi yang diambil dalam penelitian sebanyak 1.432 jiwa dan diambil secara purposive sampling yaitu 100 orang. Intervensi yang digunakan yaitu intensitas penggunaan Aplikasi Digital Telemedicine. Hasil yang ditemukan menunjukkan terdapat pengaruh antara variabel Perceived Usefulness terhadap Intention to use mobile Telemedicine di Klinik Universitas Kusuma Husada Surakarta. Telemedicine telah digunakan dan dimanfaatkan sebagai salah satu solusi pelayanan kesehatan utamanya di masa pandemic Covid-19. Diharapkan penelitian selanjutnya bisa fokus terdapat pemanfaatan telemedicine dalam pelayanan medik yang lebih spesifik dan kepuasan pengguna aplikasi telemedicine baik tenaga medis maupun pasien.

Oryza (2019) dengan populasi penelitian yaitu pegawai negeri sipil dengan intervensi yaitu terpenuhi hak pelayanan BPJS Kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pelaksanaan Perlindungan hukum terhadap Pegawai Negeri Sipil peserta BPJS Kesehatan belum sepenuhnya terpenuhi terbukti dengan adanya keluhan dari peserta BPJS Kesehatan, Faktor yang membuat tidak terpenuhinya hak pelayanan adalah kurangnya keterbukaan informasi dari tenaga medis mengenai fasilitas yang sesuai dengan hak peserta lalu kurangnya sarana untuk menampung seluruh pasien, hal ini dikarenakan kurangnya anggaran dana dari pemerintah daerah untuk menambah sarana di rumah sakit. Perlindungan hukum bagi Pegawai Negeri Sipil sebagai peserta BPJS Kesehatan belum sepenuhnya terpenuhi. Hal ini dapat dilihat dari keluhan-keluhan peserta BPJS Kesehatan yang merasa tidak terpenuhinya hak pelayanan di rumah sakit, serta kurangnya informasi mengenai pelayanan kesehatan dari pihak rumah sakit untuk peserta BPJS Kesehatan.

Prasetyo & Safuan (2022) menggunakan populasi pegawai kantor cabang BPJS Kesehatan Kabupaten Bogor. Intervensi yang digunakan yaitu Aplikasi Mobile JKN. Hasil penelitian menunjukkan faktor-faktor yang menyebabkan rendahnya penggunaan aplikasi mobile JKN yaitu disebabkan oleh peserta yang enggan menggunakan aplikasi tersebut, peserta lebih memilih datang langsung ke Kantor Layanan, peserta berasal dari daerah sulit, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang perkembangan teknologi yang dapat di gunakan dengan satu genggam yakni gawai. Adapun simpulan dari penelitian ini adalah sebagai berikut Faktor-faktor yang menyebabkan penggunaan layanan aplikasi mobile JKN di kantor cabang disebabkan karena peserta enggan untuk menggunakan aplikasi tersebut karena merasa tidak paham apabila menggunakan nya, peserta yang berasal dari daerah yang sulit sinyal sehingga tidk bisa mengakses Aplikasi Mobile JKN dan peserta mengaku jika aplikasi mobile JKN hanya untuk mengecek menu kepesertaan dan tagihan iuran sehingga untuk mendapatkan layanan yang lainnya peserta lebih memilih datang langsung ke kantor cabang.

Darmawangsa & Sanica (2021) Populasi yang diamati adalah 3 orang sampel dengan menggunakan purposive sampling dengan pertimbangan tertentu dimana sampel yang dipilih adalah orang yang memiliki otoritas pada bidang yang dilakukan penelitian (BPJS). Intervensi dengan Aplikasi Health Facilities Information System (HFIS) yang uji coba fase 1 rujukan online oleh BPJS Kesehatan yang telah dimulai sejak tanggal 15 Agustus 2017 dan kini telah mulai memasuki fase 2 sejak tanggal 1 hingga 15 September 2018. Banyak hal positif yang diperoleh dari uji coba selama fase 1, uji coba fase 2, telah dilakukan berbagai penyempurnaan antara lain pertama kemudahan FKRTL dalam melakukan edit data kompetensi dan sarana yang ada di aplikasi Health Facilities Information System (HFIS). Lalu kedua dilakukan perbaikan data mapping FKRTL (Rumah Sakit dan Klinik Utama). Efektivitas pelayanan dan informasi yang diberikan kepada masyarakat melalui aplikasi Mobile JKN sudah cukup efektif, hal ini banyak diungkapkan oleh masyarakat yang belum memahami dalam menggunakan aplikasi tersebut dan masih saja ada kendala pada wawancara dengan pasien yang berkunjung ke IPTD Puskesmas I Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Utara masih banyak juga kelemahan dari Aplikasi Mobile JKN ini diantaranya ada yang tidak bisa menggunakan gadget ataupun tidak punya gadget, kendala tergantung umur atau usia dari peserta JKN-KIS karena semakin berumur cenderung untuk malas menggunakan gadget apalagi tidak mau menggunakan gadget. Selain itu masih belum banyak yang mengetahui aplikasi Mobile JKN. Hasil analisis menunjukkan bahwa banyak masyarakat merasa puas dengan pelayanan yang diberikan melalui aplikasi tersebut dimana masyarakat dapat merasakan kemudahan seperti pendaftaran peserta baru pengguna BPJS, bisa mengubah data peserta msupun keluarga, dapat melihat informasi terkait JKN-KIS. Masyarakat maupun peserta juga dapat merasakan kecepatan dan ketepatan dalam mendapatkan layanan dan informasi yang diberikan melalui aplikasi mobile JKN ini. Tetapi, disisi lain ada faktor kendala dari penerapan aplikasi mobile JKN ini yaitu masih ada beberapa orang dikarenakan faktor usia yang sudah lanjut dan mereka cenderung malas untuk menggunakan aplikasi Mobile JKN.

Herlinawati, dkk (2021) menggunakan populasi seluruh peserta BPJS di Kabupaten Cirebon tahun 2021 yang telah mendownload aplikasi Mobile JKN. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa 73% responden dari 100 responden merasa puas terhadap pendaftaran online BPJS Kesehatan pada aplikasi Mobile JKN dimasa pandemic Covid-19. Responden Sebagian besar merasa puas karena semakin gencarnya sosialisasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan terhadap penggunaan aplikasi Mobile JKN. Sebanyak 27% responden yang merasa tidak puas menyatakan bahwa lebih mudah datang langsung ke kantor BPJS Kesehatan untuk melakukan pendaftaran secara online. Responden yang merasa tidak puas ini disebabkan karena masih gugup teknologi, kurang memahami penggunaan aplikasi, masih banyaknya NIK yang belum online dengan Disdukcapil, peserta diharuskan dating ke Disdukcapil untuk mengupdate NIK tersebut dan baru bisa didaftarkan online lewat aplikasi Mobile JKN. Penyebab lain adanya signal dari internet, sehingga peserta beranggapan kendala tersebut terletak pada aplikasi nya maupun kepada



keterlambatan admin dalam melayani peserta. Ada yang berpendapat bahwa kurangnya sosialisasi dari pemerintah maupun BPJS Kesehatan tentang penggunaan aplikasi Mobile JKN sedangkan masyarakat Kabupaten Cirebon sebagian besar masih awam dalam penggunaan aplikasi berbasis handphone atau internet.

Aplikasi Mobile JKN salah satu bentuk dari telemedicine yang efektif dalam membantu masyarakat mendapatkan layanan dari BPJS Kesehatan dan penggunaan aplikasi BPJS Kesehatan menerima adanya aplikasi Mobile JKN. Masyarakat merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh Aplikasi Mobile JKN yang dalam penggunaannya mudah. Masyarakat dapat langsung melakukan pendaftaran peserta baru jika belum menjadi peserta BPJS Kesehatan, peserta dapat mengubah data peserta keluarga serta mendapat informasi terkait JKN-KIS. Peserta juga merasakan kecepatan dan ketepatan dalam mendapatkan layanan serta informasi yang diberikan melalui Aplikasi Mobile JKN. Apalagi dalam masa pandemic Covid-19 peserta BPJS Kesehatan terbantu dan puas dalam pelayanan Aplikasi Mobile JKN. Penjelasan tentang Aplikasi Mobile JKN juga semakin gencar yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada pengguna aplikasi.

Tetapi terdapat pula masyarakat yang merasa Aplikasi Mobile JKN ini tidak cukup membuat puas. Peserta lebih memilih datang langsung ke kantor BPJS Kesehatan. Kurangnya keterbukaan informasi dari tenaga medis mengenai fasilitas yang sesuai dengan hak peserta lalu kurangnya sarana untuk menampung seluruh pasien, hal ini dikarenakan kurangnya anggaran dana dari pemerintah daerah untuk menambah sarana di rumah sakit serta kurangnya informasi mengenai pelayanan kesehatan dari pihak rumah sakit untuk peserta BPJS Kesehatan. Masyarakat yang merasa kurang puas ini disebabkan karena masih gugup akan teknologi, kurang memahami penggunaan aplikasi karena berasal dari daerah sulit dan kurang pengetahuan masyarakat tentang perkembangan teknologi yang dapat digunakan dengan satu genggam yakni gawai. Semakin bertambahnya usia yang sudah lanjut membuat masyarakat untuk malas menggunakan Aplikasi Mobile JKN dan memilih untuk datang langsung. Sinyal internet yang tidak stabil atau kurang menyebabkan masyarakat berfikir bahwa kendala tersebut terletak pada aplikasi atau admin dalam melayani peserta.

## **SIMPULAN**

Aplikasi Mobile JKN ini efektif digunakan untuk masyarakat dalam melakukan aktivitas yang berhubungan dengan Kesehatan. Masyarakat merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh Aplikasi Mobile JKN yang dalam penggunaannya mudah. Masyarakat dapat langsung melakukan pendaftaran peserta baru jika belum menjadi peserta BPJS Kesehatan, peserta dapat mengubah data peserta keluarga serta mendapat informasi terkait JKN-KIS. Peserta juga merasakan kecepatan dan ketepatan dalam mendapatkan layanan serta informasi yang diberikan melalui Aplikasi Mobile JKN serta BPJS yang semakin gencar dalam memberikan informasi terkait dengan aplikasi. Walaupun masih ada beberapa peserta dan masyarakat yang masih belum maksimal dalam menggunakan Aplikasi Mobile JKN. Hal ini disebabkan lokasi daerah di Indonesia bermacam-macam dan masih sulit terjangkau yang membuat masyarakat masih gugup akan teknologi dan perkembangan teknologi saat ini.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Darmawangsa & Sanica, 2021, 'Penggunaan Digitalisasi Program BPJS Untuk Meningkatkan Mutu Pelayanan Dalam Menghadapi Era Revolusi Industri 4.0', *Bali Health Journal*, Vol. 5 No. 2
- Herlinawati, dkk, 2021, 'Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pendaftaran Online Pada Aplikasi Mobile JKN', *Health Care: Jurnal Kesehatan*, Vol. 10 No. 1, Juni 2021 pp. 78-84
- Kusumawardhani, O.B. and Ripha, R.W., 2020. Systematic Review: Kendali Mutu Dan Biaya Program Rujuk Balik (PRB) BPJS Kesehatan. *Proceeding of The URECOL*, pp.149-164.
- Oryza & Yunus, 2019, 'Pelaksanaan Perlindungan Hukum Bagi Pegawai Negeri Sipil Yang Tidak Terpenuhi Hak Pelayanan BPJS Kesehatan Di Kota Banda Aceh', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa*, Vol. 3 No.3 Agustus 2019 pp. 564-572

- Prasetyo & Safuan, 2022, 'Efektivitas Penggunaan Aplikasi Mobile JKN Dalam Mengurangi Antrian', *Jurnal Ilmiah Indonesia*, Vol.7 No. 2 Februari 2022
- Surya & Kur'aini, 2022, 'Bisnis Kesehatan Berbasis Digital: *Perceived Usefulness* Terhadap Intensi Penggunaan Aplikasi Digital *Telemedicine*', *Jurnal Ilmiah Manusia dan Kesehatan*, Vol. 5 No. 2 Mei 2022
- Wulandari, dkk, 2019, 'Inovasi BPJS Kesehatan Dalam Pemberian Layanan Kepada Masyarakat: Aplikasi Mobile JKN', *Jurnal Public Policy*, Vol. 5, No. 2 Oktober 2019

## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT PADA ANAK JALANAN

<sup>1</sup>Eltanina Ulfameytalia Dewi\*, <sup>2</sup>Anita Devi Iriyani, <sup>3</sup>Aan Devianto, <sup>4</sup>Desto Arisandi

<sup>1</sup>STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, eltanina.dewi@gmail.com

<sup>2</sup>STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, anitanoafia@gmail.com

<sup>3</sup>STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, aandev59@yahoo.com

<sup>4</sup>STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, destoarisandi.gby@gmail.com

### ABSTRAK

Kebersihan diri merupakan faktor penunjang tercapainya derajat kesehatan. Anak jalanan merupakan salah satu kelompok agregat yang layak mendapatkan perhatian berkaitan dengan kebersihan diri. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat pada anak jalanan seringkali diabaikan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku hidup bersih dan sehat pada anak jalanan menggunakan literatur review. Adapun artikel yang digunakan dalam penelitian ada sebanyak 10 artikel, didapatkan melalui mesin pencari Pubmed menggunakan kata kunci perilaku hidup bersih dan sehat, anak jalanan dan usia sekolah. Pencarian dibatasi pada tahun 2015 – 2020 yang dapat diakses full text dan telah dilakukan scholarly peer reviewed serta sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Artikel yang didapatkan selanjutnya dilakukan proses identifikasi ekstraksi data, penilaian kualitas dan analisis artikel. Hasil menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi yaitu perilaku, sosial ekonomi, sarana dan prasarana, geografis dan kurangnya upaya promotif dari instansi terkait. Adapun faktor yang paling mempengaruhi adalah perilaku dan sosial ekonomi. Perilaku acuh atau mengabaikan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat, menyebabkan anak jalanan rentan terhadap berbagai penyakit.

**Kata Kunci :** *anak jalanan, perilaku hidup bersih dan sehat, remaja*

### ABSTRACT

*Personal hygiene is a factor that supports the achievement of health status. Street children are one of the aggregate groups that deserve attention regarding personal hygiene. The application of clean and healthy living behavior to street children is often neglected. The purpose of this study was to identify the factors that influence clean and healthy living behavior in street children using a literature review. The articles used in the study were 10 articles, obtained through the Pubmed search engine, using the keywords clean and healthy living behavior, street children and school age. The search is limited to 2015 – 2020 which can be accessed in full text, has been scholarly peer reviewed and according to the inclusion and exclusion criteria. The articles obtained were then carried out with the identification process of data extraction, quality assessment and article analysis. The results show that the influencing factors are behavior, socio-economics, facilities and infrastructure, geography and the lack of promotive efforts from the relevant agencies. The most influencing factors are behavior and socio-economics. Indifference or neglect of the application of clean and healthy living behavior causes street children to be vulnerable to various diseases.*

**Keyword :** *street children, clean and healthy living behavior, teenagers*

### PENDAHULUAN

Menurut Kemensos RI (Kementerian Sosial Republik Indonesia) anak jalanan merupakan salah satu PMKS (Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial) yang menjadi permasalahan sosial yang umumnya terjadi di daerah perkotaan (Kemensos RI, 2017). Anak jalanan merupakan anak yang dipaksa keberadaannya oleh suatu keadaan (faktor ekonomi, keharmonisan, keluarga, kriminalitas, dan sebagainya) yang dia sendiri tidak menghendaknya, sehingga membuat dirinya harus mempertahankan eksistensinya sebagai layaknya manusia dewasa untuk terus hidup dengan bekerja apa saja, dimana saja, dan kapan saja mereka bisa (Yakob, 2000 dalam Astri, 2014).

Fenomena anak jalanan merupakan masalah sosial yang sangatlah kompleks. *United Nations Children's Emergency Fund* (UNICEF) memperkirakan terdapat kurang lebih 150 juta anak jalanan di dunia, jumlah ini akan semakin bertambah dari tahun ke tahun, dan 50 juta diantara jumlah anak jalanan di dunia berada di benua Asia (UNICEF, 2010). Data Kemensos RI menunjukkan jumlah anak jalanan di seluruh Indonesia pada 2010 sebanyak 159.230 anak, pada 2011 turun menjadi 67.607 anak, pada 2015 menjadi 33.400 anak yang tersebar di 21 provinsi. Hingga tahun 2018 jumlah anak jalanan yang ada sebanyak 12.000 anak (Kemensos, 2018).

Penelitian yang dilakukan Wiliyanarti (2019) tentang pengukuran untuk menuju PHBS pada anak jalanan mendapatkan hasil sebesar 6,7% PHBS baik 33,3% PHBS cukup, dan 60% rendah. Anak jalanan yang menjadi binaan rumah singgah masih menunjukkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang kurang, seperti penelitian yang dilakukan Isnaeni (2008) menunjukkan PHBS anak jalanan di salah satu rumah singgah yang belum optimal hanya sebesar 50,5%. Penelitian sejenis lainnya yang dilakukan Vitriani (2019) menunjukkan hanya sebesar 54,3% anak jalanan di rumah singgah menunjukkan PHBS yang baik.

Penelitian Buramare (2017) menyebutkan bahwa anak jalanan tidak menganggap penting menggunakan air bersih, makan makanan yang bersih dan sehat serta bergizi. Penelitian tersebut juga menyebutkan bahwa kebersihan diri sering diabaikan seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah buang air kecil dan besar, memakai alas kaki dan sebagainya. Penelitian yang dilakukan Azriful (2014) mendapatkan hasil bahwa makan sekali sehari sudah cukup, kebiasaan cuci tangan, kebiasaan memakai alas kaki, dan kebiasaan menjaga kebersihan kuku dalam kategori tidak baik.

Pemerintah telah berupaya untuk mengatasi permasalahan sosial yang berkaitan dengan anak jalanan dengan melibatkan masyarakat. Salah satu wujud upaya tersebut adalah munculnya program rumah singgah (Departemen Sosial RI, 2020). Beberapa fungsi dari rumah singgah yaitu sebagai tempat perlindungan dari berbagai bentuk kekerasan yang menimpa anak jalanan, rehabilitasi (mengembalikan dan menanamkan fungsi sosial anak) dan sebagai akses terhadap pelayanan, yaitu persinggahan sementara anak jalanan dan akses kepada mereka terhadap berbagai pelayanan sosial seperti pendidikan, dan kesehatan (Suyatna, 2011).

Kesehatan pada usia sekolah juga merupakan bagian dari target pembangunan berkelanjutan yang terkait dengan kesehatan. WHO (*World Health Organization*) telah mengembangkan suatu survei berbasis sekolah untuk memberikan gambaran perilaku berisiko dan perilaku protektif di kalangan remaja usia sekolah (6-18 tahun). Institusi pendidikan seperti kampus, sekolah, pesantren, merupakan sasaran primer yang harus memperhatikan praktik perilaku yang dapat menciptakan Perilaku Hidup bersih dan Sehat (PHBS) (Maryunani, 2013).

Rumah singgah merupakan salah satu strategi alternatif penanganan anak jalanan yang bertujuan untuk pemberdayaan anak jalanan pada aspek pendidikan, kesehatan, ekonomi, kesenian dan agama (Putra, 2015). Penelitian Isnaeni (2008) menyebutkan bahwa penerapan perilaku hidup bersih dan sehat pada anak jalanan yang menjadi binaan rumah singgah dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu pola asuh orang tua, kelompok, karakteristik naka jalanan, dan pembinaan oleh rumah singgah. Melalui rumah singgah dapat dilakukan pemberian pendidikan kepada anak jalanan dengan salah satu materi yang diberikan adalah perilaku hidup bersih dan sehat (Christina, 2018).

PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) sendiri sangat penting karena digunakan sebagai acuan bagi semua pemangku kepentingan dalam rangka pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat di tatanan rumah tangga, tatanan institusi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum, dan tatanan fasilitas pelayanan kesehatan. PHBS di bawah koordinasi Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan sangat diperlukan di masa remaja sebagai bekal ke depannya (Kemenkes RI, 2011). Hal tersebut diupayakan untuk mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya, dimana menurut UU no 36 tahun 2009 adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

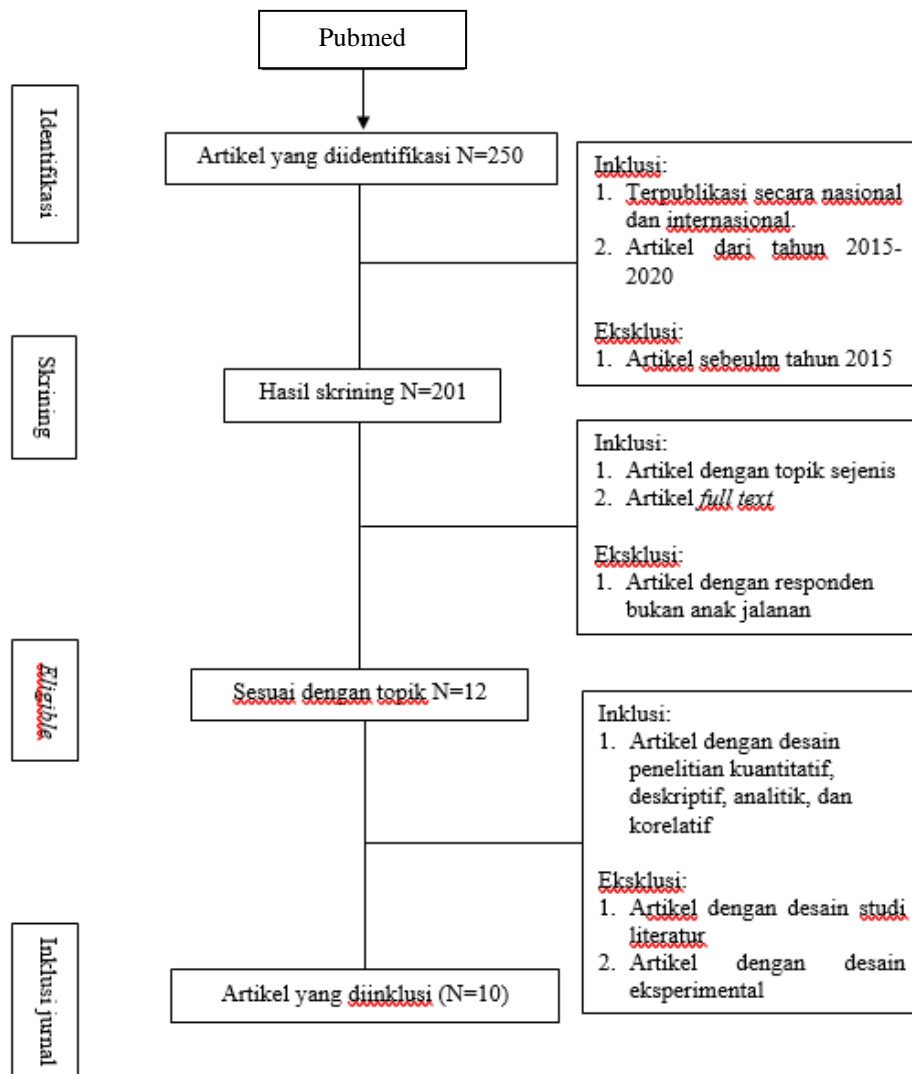
Berdasarkan latar belakang bahwa masih tingginya jumlah anak jalanan dan rumah singgah menjadi fasilitas yang dapat mendukung anak jalanan usia sekolah dalam menghadapi salah satu masalah mereka terkait PHBS dengan cara pemberian pendidikan PHBS, maka penulis pada kesempatan ini tertarik untuk melakukan studi literatur tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan faktor yang memengaruhinya pada anak jalanan usia sekolah. Tujuan dari penelitian ini untuk mengidentifikasi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan faktor yang mempengaruhinya pada anak jalanan berdasarkan telaah kritis artikel.

#### **METODE**

Penelitian ini menggunakan metode studi literatur dengan menggunakan mesin pencari *Pubmed*. Penelusuran artikel dibatasi pada tahun 2015 – 2021, hal ini dilakukan artikel yang dianalisis adalah hasil penelitian yang terbaru dan relevan. Kata kunci yang digunakan yaitu perilaku hidup bersih dan sehat, anak jalanan dan usia sekolah. Pencarian dibatasi pada artikel yang menggunakan desain kuantitatif. Proses penelusuran artikel melewati identifikasi, skrinning, eligible dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Tabel 1. Kata Kunci Pencarian

Perilaku hidup bersih dan sehat		Anak jalanan
<i>OR</i>	<i>AND</i>	<i>OR</i>
Faktor-faktor PHBS		Anak usia sekolah



Gambar 1. Diagram alur pencarian hasil literatur

Adapun dalam menentukan kriteria inklusi dan eksklusi, peneliti menggunakan strategi PICO untuk memudahkan pencarian informasi klinis dalam praktik ilmu kesehatan berbasis bukti ilmiah. Uraian penggunaan metode PICO yakni sebagai berikut:

1. *Populasi/problem* yang dianalisis sesuai dengan tema yang sudah ditentukan yaitu anak jalanan usia sekolah atau remaja dengan rentang usia 6 – 18 tahun
2. *Intervention* adalah suatu tindakan penatalaksanaan terhadap kasus perorangan atau masyarakat serta pemaparan tentang penatalaksanaan studi sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam studi literatur. Namun pada studi literatur ini, dipilih artikel yang tidak memiliki intervensi dalam penelitiannya.
3. *Comparison* adalah intervensi atau penatalaksanaan lain yang digunakan sebagai pembanding. Kelompok pembanding dapat berupa kelompok kontrol maupun kelompok yang menerima intervensi atau perlakuan berbeda. Studi literatur ini tidak menggunakan artikel yang memiliki intervensi lain dalam penelitiannya.



4. *Outcome* adalah hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu yang sesuai dengan tema yang sudah ditentukan. Hasil akhir dari studi literatur ini yaitu mengetahui faktor yang mempengaruhi PHBS pada anak jalanan usia sekolah.

Tabel 2. Format PICO

<b>Kriteria</b>	<b>Inklusi</b>	<b>Ekklusi</b>
<i>Population</i>	Anak jalanan usia sekolah 6-18 tahun	Anak sekolah secara umum dan usia <6 tahun dan >18 tahun
<i>Intervention</i>	Tidak ada	Tidak ada
<i>Comparison</i>	Tidak ada	Tidak ada
<i>Outcomes</i>	Mengetahui faktor yang mempengaruhi PHBS pada anak jalanan usia sekolah	Tidak ada
<i>Design</i> penelitian dan tipe publikasi	Kuantitatif, korelatif, deskriptif, <i>cross sectional</i>	Eksperimental, studi literatur, <i>systematic review</i>
Tahun publikasi	2016-2021	Dibawah 2016
Bahasa	Indonesia, inggris	Bahasa lain selain bahasa indonesia dan inggris

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Hasil pencarian artikel dan kemudian dilakukan ekstraksi artikel dapat dilihat penjelasan berikut ini pada tabel 3.

Tabel 3. Hasil Ekstraksi Artikel

Citasi	Judul	Desain	Populasi/ sampel	Variabel	Teknik sampling	Alat ukur	Analisa data	Hasil	Level evidence
Jusfaega (2016)	Perilaku Personal Hygiene Terhadap Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2016	Kualitatif observasional	13 anak jalanan (10-13 tahun)	Variabel tunggal: personal hygiene	Purposive sampling	Wawancara terstruktur	Deskriptif	Anak jalanan belum sepenuhnya memahami mengenai pentingnya personal hygiene(60%), hal ini berdasarkan sikap acuh tak acuh anak jalanan dalam menjaga personal hygiene	IV
Rahman (2016)	Dietary Practices, Health Status And Hygiene Observance Of Slum Kids: A Pilot Study In An Asian Developing Country	Analitik dengan pendekatan cross-sectional study	110 anak jalanan (10-14 tahun)	Variabel tunggal: dietary practices , health status and hygiene	Simple random sampling	Kuesioner PHBS data BB, data TB, dan BMI	Distribusi frekuensi dan persentase	37,26% anak-anak mengalami kurang nutrisi, 63,63% anak mampu makan tiga kali sehari dan 4,54% dua kali sehari. 79,1% anak-anak mencuci tangan sebelum makan, 73,63% menggosok gigi sehari sekali, 68,18% mandi setiap hari dan 67,27% bisa menggunakan air bersih untuk memasak dan minum	IV
Widowati (2016)	Gambaran Praktik Hidup Bersih Dan Sehat Pada Anak Jalanan Usia Sekolah di Rumah Singgah Kota Semarang	Deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional	80 anak jalanan (usia 7-15 tahun)	Variabel tunggal PHBS dengan sub variabel mencuci tangan dengan sabun dan konsumsi jajan dan makanan sehat	Total sampling	Kuesioner praktik mencuci tangan dengan sabun dan konsumsi jajan dan makanan sehat	Distribusi frekuensi dan persentase	Penerapan praktik mencuci tangan menggunakan sabun sebanyak 51,2% dan praktik konsumsi jajan dan makanan sehat sebanyak 56,2%	IV

Citasi	Judul	Desain	Populasi/ sampel	Variabel	Teknik sampling	Alat ukur	Analisa data	Hasil	Level evidence
Buramare (2017)	Pengetahuan Anak-Anak Jalanan (Usia Sekolah) Berhubungan Dengan Pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)	Korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	25 anak jalanan (usia 6-12 tahun)	Variabel bebas: pengetahuan Variabel terikat: pelaksanaan PHBS	<i>Total sampling</i>	Kuesioner PHBS dan lembar observasi	<i>Spearman rank</i>	Ada hubungan antara pengetahuan anak-anak jalanan (usia sekolah) dengan pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat ( $p=0,021$ )	III
Vitriani (2019)	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Anak Jalanan di Yayasan Rumah Impian Yogyakarta	Analitik observasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	46 anak jalanan (usia 6-18 tahun)	Variabel bebas: pengetahuan, sikap, dan nilai Variabel terikat: PHBS	<i>Accidental sampling</i>	Kuesioner pengetahuan, sikap, nilai, dan PHBS	<i>Chi square</i>	Tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku hidup bersih dan sehat pada anak jalanan dengan nilai ( $p=0,17$ dan $0,132$ ). Ada hubungan antara nilai dengan perilaku hidup bersih dan sehat pada anak jalanan dengan nilai $p=0,009$	III
Mansoorah (2020)	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Anak Jalanan di Tambun Selatan Kota Bekasi	Analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	80 anak jalanan (usia 7-12 tahun)	Variabel bebas: jenis kelamin, usia, dan status pendidikan Variabel terikat: PHBS	<i>Purposive sampling</i>	Kuesioner PHBS dan wawancara	<i>Chi square, Fisher's Exact, Goodman dan Kruskal Tau, dan Kendall's Tau-b.</i>	Terdapat hubungan antara jenis kelamin dan PHBS (nilai $p=0,04$ ), terdapat hubungan yang status pendidikan dan PHBS (nilai $p=0,049$ ). Mayoritas anak jalanan tergolong tidak ber-PHBS, namun perempuan lebih ber-PHBS dibanding dengan laki-laki dan status pendidikan	III
Song (2020)	Gambaran Perilaku Cara Menjaga Kesehatan dan	Deskriptif observasional dengan	47 orang anak jalanan	Variabel tunggal: perilaku	<i>Purposive non random</i>	Kuesioner mengenai perilaku	Distribusi frekuensi dan	Hanya 10 (21,28%) orang yang memiliki tindakan yang baik dalam menjaga kesehatan dan kebersihan rambut, kulit,	IV

Citasi	Judul	Desain	Populasi/ sampel	Variabel	Teknik sampling	Alat ukur	Analisa data	Hasil	Level evidence
	Kebersihan Kulit, Rambut, Kuku di Komunitas Sahabat Anak Grogol, Jakarta Barat periode Februari 2020	pendekatan <i>cross sectional</i>	(usia 10-19 tahun)	cara menjaga kesehatan dan kebersihan kulit, rambut, kuku	<i>sampling</i>	menjaga kesehatan dan kebersihan kulit, rambut, kuku	persentase	dan kuku	
Jayadipraja, et.al (2018)	Family clean and healthy living behavior and its determinant factors in the village	Observasional analytics Cross sectional	75 sampel	Pengetahuan, penerapan dan sikap PHBS	Simple random sampling	Kuesioner	Deskriptif korelatif	There were 16% of respondents had good knowledge, 48% of good attitude, and 45.3% of good actions in PHBS. Chi square test results obtained a significant correlation between knowledge, attitude and action in PHBS with $p = 0.00 (<0.05)$	IV
Sari (2019)	Correlation of Sanitation House Conditions, Drinking water acces and healthy clean behavioe with diarrhoea	Observasional analytics Cross sectional		Kebersihan sanitasi rumah tangga, air minum dan PHBS	Purposive sampling	Kuesioner	Korelasi pearson	This study shows a very weak correlation between the conditions of home sanitation (0.07), drinking water access (0.02), and clean and healthy living behaviour (0.03) and the incidence of diarrhoea	IV
Suryani, et.al (2020)	The clean and healthy life behavior among elementary school student	Cross sectional	58 sampel	Penerapan PHBS	Total sampling	Kuesioner	Chi Square	Penerapan perilaku PHBS dipengaruhi oleh pengetahuan dan perilaku	IV

Analisis kualitas artikel dalam studi dengan desain *cross-sectional study* (n=3) dan *qualitative study* (n=4) menggunakan *Cat Manager* dengan total 6 pertanyaan untuk desain *cross-sectional study* dan 3 pertanyaan untuk *qualitative study* yang dapat dilihat pada lampiran studi literatur ini. Pilihan jawaban dari seluruh pertanyaan pada *Cat Manager* berupa *yes*, *no*, dan *unclear*. Pertanyaan di atas menyesuaikan dengan artikel yang telah ditemukan, jika artikel yang ditemukan memiliki kualitas seperti yang ditetapkan oleh peneliti maka rata-rata jawaban dari seluruh pertanyaan adalah *yes*. Dalam *skrining* terakhir, 7 artikel mencapai skor lebih dari 50% dan siap untuk dilakukan sintesis data serta digunakan dalam studi literatur.

Responden dalam seluruh literatur merupakan anak jalanan usia sekolah dengan rentang usia 6-19 tahun. Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki (59%). Rata-rata anak jalanan masih bersekolah baik di bangku SD (55%), SMP (27%), maupun SMA (18%). Anak jalanan ada yang mendapatkan fasilitas rumah singgah (39%), komunitas sosial (47%), dan tidak sama sekali (14%).

Anak jalanan belum sepenuhnya memahami mengenai pentingnya *personal hygiene*, meskipun sudah pernah ada pemberian beberapa informasi namun pelaksanaan *personal hygiene* dalam kehidupan sehari-hari belum diterapkan sepenuhnya, hal tersebut ditunjukkan dengan sikap acuh tak acuh anak jalanan dalam menjaga *personal hygiene* (Jusfaega, 2016). Hal tersebut dapat dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan Rahman (2016) mendapatkan hasil 37,26% anak jalanan mengalami kekurangan nutrisi, 63,63% anak mampu makan tiga kali sehari dan 4,54% dua kali sehari, 79,1% anak mencuci tangan sebelum makan, 73,63% anak menggosok gigi sehari sekali, 68,18% anak mandi setiap hari dan 67,27% menggunakan air bersih untuk memasak dan minum.

Penelitian sejenis lainnya yang dilakukan Widowati (2016) menunjukkan anak jalanan dalam praktik mencuci tangan menggunakan sabun sebanyak 51,2% dan praktik konsumsi jajan dan makanan sehat sebanyak 56,2%. Sementara penelitian Song (2020) menunjukkan hanya 21,28% anak jalanan yang memiliki tindakan baik dalam menjaga kesehatan dan kebersihan rambut, kulit, dan kuku. Kurangnya praktik PHBS pada anak jalanan usia sekolah ternyata dipengaruhi oleh pengetahuan dan nilai. Pengetahuan baik tentang pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat dapat meningkatkan penerapan PHBS pada anak jalanan (Barumere, 2017 dan Vitriani 2019).

Anak jalanan usia sekolah adalah anak usia 6-18 tahun yang hidup dijalanan dan memiliki kebiasaan serta kehidupan yang berbeda dari anak-anak pada umumnya (Kemensos RI, 2017). Anak jalanan memiliki kehidupan yang keras sehingga membuat mereka harus mempertahankan eksistensinya untuk terus hidup dengan bekerja serabutan. Moerad *et al* tahun 2019 menjelaskan bahwa bagi anak jalanan penggunaan air bersih, makan makanan sehat, bergizi serta mencuci tangan sebelum dan sesudah buang air kecil atau besar, memakai alas kaki, menjaga kebersihan kuku bukan merupakan hal penting.

Hal tersebut tentunya dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor perilaku, sosial ekonomi, sarana prasarana, geografi, dan faktor kurangnya upaya promotif dari instansi terkait (Moerad *et al*, 2019). Hasil penelitian yang disampaikan oleh Rahman (2016) menyebutkan terdapat 37,26% anak mengalami kurang nutrisi, 63,63% anak mampu makan tiga kali sehari, 9,1% anak mencuci tangan sebelum makan, 73,63% menggosok gigi sehari sekali, 68,18% mandi setiap hari dan 67,27% bisa menggunakan air bersih untuk memasak dan minum. Pada penelitian ini, secara umum hasilnya terbilang baik namun kenyataannya terdapat 90,99% anak-anak yang masih tergolong acuh dan tidak ingin mencuci tangan sebelum makan sehingga sangat rentan terpapar patogen penyakit. Pernyataan ini didukung penelitian Pratiwi tahun 2017 yaitu cuci tangan merupakan aktivitas atau cara yang paling efektif untuk mengontrol penyebaran mikroorganisme patogen penyebab penyakit.

Penelitian Jusfaega (2016) menyebutkan bahwa sebanyak 70% anak jalanan belum sepenuhnya memahami *personal hygiene* karena sikap acuh yang mereka miliki. Hasil penelitian ini

didukung oleh Hamzah & Hardiansah melalui penelitian pada tahun 2020 yakni anak jalanan rentan menderita masalah kesehatan seperti diare, demam berdarah, kolera dan cacangan ketika *personal hygiene* mulai terabaikan. Sikap acuh dan mengabaikan hal-hal penting seperti *personal hygiene* merupakan faktor perilaku yang membutuhkan pendampingan dari orang sekitar. Hal ini merupakan kebiasaan yang terus berulang karena tidak ada yang mengingatkan anak jalanan tentang dampak buruk ketika mengabaikan PHBS (Moerad *et al*, 2019).

Widowati (2016) melalui penelitiannya menjelaskan bahwa penerapan praktik mencuci tangan banyak dilakukan oleh anak-anak menggunakan sabun sebanyak 51,2% dan sejumlah 56,2% anak-anak mengonsumsi jajan dan makanan sehat. Perilaku anak-anak tersebut merupakan aktivitas yang timbul karena adanya stimulasi dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung (Moerad *et al*, 2019). Penelitian sebelumnya sejalan dengan Rohma & Syahrul tahun 2017 yang menyatakan kebiasaan cuci tangan dapat memberikan dampak positif seperti terhindar dari diare. Hal ini ditentukan faktor perilaku setiap anak yang pada dasarnya disampaikan oleh orang sekitar.

Song (2020) melalui penelitiannya menyebutkan hanya sejumlah 21,28% anak jalanan memiliki tindakan baik dalam menjaga kesehatan serta kebersihan rambut, kulit, dan kuku. Artinya terdapat 78,72% anak jalanan yang tidak memperhatikan hal tersebut. Penerapan PHBS sudah seharusnya menjadi kebiasaan sehari-hari, meski terkesan sederhana pada kenyataannya masih banyak orang khususnya anak jalanan yang kurang memperhatikan pentingnya PHBS bagi kesehatan diri sendiri, keluarga, dan lingkungan sekitar (Adrian, 2020). Oleh karena itu, masalah kesehatan yang muncul pada anak jalanan sering kali berkaitan dengan faktor perilaku seperti kebersihan perorangan, lingkungan dan perilaku mencuci tangan menggunakan sabun yang benar untuk menjaga kebersihan diri (Boary, 2019). Pernyataan sebelumnya didukung penelitian Husna tahun 2016 yaitu praktik *personal hygiene* seperti mencuci tangan salah satunya dipengaruhi oleh faktor perilaku agar perilaku kesehatan dalam diri seseorang tersebut dapat meningkat dan terhindar dari berbagai penyakit.

Penelitian Buramare (2017) memaparkan ada hubungan antara pengetahuan anak-anak jalanan (usia sekolah) dan PHBS dengan nilai  $p=0,021$ . Hasil yang sama disampaikan oleh Vitriani pada tahun 2019 melalui penelitian yang telah dilakukan berupa terdapat hubungan signifikan dengan nilai  $p=0,009$  pada perilaku PHBS anak jalanan usia sekolah. Hal tersebut dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi setiap anak jalanan yang berbeda-beda. Faktor sosial ekonomi merupakan posisi seseorang dalam masyarakat yang berkaitan dengan orang lain dalam arti lingkungan pergaulan, prestasi, dan hak-hak serta kewajiban dalam berhubungan dengan sumber daya (Sinaga *et al*, 2017)

Hasil penelitian Mansoorah (2020) menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, status pendidikan dan PHBS pada anak jalanan dengan nilai  $p=0,049$ . Hingga kini masih banyak anak jalanan belum bisa melaksanakan anjuran untuk berperilaku hidup bersih dan sehat karena faktor sosial ekonomi yang kurang memadai, bila PHBS tidak dilakukan dengan baik maka akan menimbulkan dampak yang tidak diinginkan berupa munculnya berbagai penyakit serta status kesehatan yang tidak baik (Simbolon, 2019). Penjelasan tersebut sejalan dengan penelitian Buramare & Yudiarnawati (2017) yakni anak jalanan menjadi salah satu masalah sosial yang dihadapi oleh masyarakat, biasanya tinggal di lingkungan yang kurang baik, lingkungan yang tercemar, kurang bersih, dan rendahnya pengetahuan tentang PHBS sehingga sangat rentan terserang berbagai penyakit.

Keterbatasan dalam studi literatur ini yakni topik artikel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi jumlahnya masih sedikit sehingga perlunya penelitian lebih lanjut.

## SIMPULAN

Ditinjau dari seluruh artikel, keseluruhan anak jalanan belum melakukan PHBS dengan benar sehingga perilaku acuh atau mengabaikan penerapan PHBS akan menyebabkan anak jalanan



rentan terhadap berbagai penyakit. Penerapan PHBS dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor perilaku, sosial ekonomi, sarana prasarana, geografi, dan faktor kurangnya upaya promotif dari instansi terkait. Rata-rata faktor yang mempengaruhi PHBS pada anak jalanan usia sekolah adalah faktor perilaku dan sosial ekonomi.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Astri, H. 2014. *Kehidupan Anak Jalanan di Indonesia: Faktor Penyebab, Tatanan Hidup dan Kerentanan Berperilaku Menyimpang*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <https://jurnal.dpr.go.id>.
- Adrian, K. (2020). Pentingnya Menerapkan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dalam Kehidupan Sehari-Hari. <https://www.alodokter.com/pentingnya-menerapkan-phbs-perilaku-hidup-bersih-dan-sehat-dalam-kehidupan-sehari-hari>. Diakses pada tanggal 14 Agustus 2021
- Azriful. 2014. Gambaran Kejadian Kecacangan dan Higiene Perorangan pada Anak Jalanan di Kecamatan Mariso Kota Makassar Tahun 2014. *Public Health Science Journal*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/Al-Sihah/article/view/1973>.
- Buramare, M & Yudiernawati, A. 2017. Pengetahuan Anak-Anak Jalanan (Usia Sekolah) Berhubungan Dengan Pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS). DOI: <https://doi.org/10.33366/nn.v2i2.466>
- BKSN. 2000. *Anak Jalanan di Indonesia: Permasalahan dan Penanganannya*. Jakarta: Badan Kesejahteraan Sosial Nasional.
- Boary, A. 2019. Hubungan Perilaku Mencuci Tangan dengan Sabun Terhadap Kejadian Diare. <https://eprints.unmerbaya.ac.id/id/eprint/44/>. Diakses pada tanggal 14 Agustus 2021
- Christina, I 2018. Hipnoterapi Untuk Peningkatan Perilaku Personal Hygiene Anak Jalanan di PPAP Seroja Kodya Surakarta. *Jurnal Psikologi*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <http://eprints.mercubuana-yogya.ac.id/4118>.
- Buramare, Y.M. 2017. Pengetahuan Anak-Anak Jalanan (Usia Sekolah) Berhubungan Dengan Pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS). *Jurnal Nursing News*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/view/466>.
- Departemen Sosial RI. 1999. *Pedoman Penyelenggaraan Pembinaan Anak Jalanan Melalui Rumah Singgah*. Jakarta: Departemen Sosial RI.
- Dharma, K.K. 2013. *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. (Cetakan kedua). Jakarta: Trans Info Media.
- Hamzah, B & Hardiansah, M, I. 2020. [Peningkatan Kesadaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Anak Jalanan di Desa Muntoi Timur](https://ejournal.unma.ac.id/index.php/bernas/pada-Anak-Jalanan-di-Desa-Muntoi-Timur). <https://ejournal.unma.ac.id/index.php/bernas/>
- Husna, A, R. 2019. Peningkatan Hygiene Personal pada Anak Jalanan dengan Media Komik di Uptd Kampung Anak Negeri Liponsos Kecamatan Medoan Ayu Rungkut Surabaya. <http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/TIJHS/article/view/134/82>. Diakses pada tanggal 15 Agustus 2021
- Isnaeni, Y. 2008. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Berdasarkan Faktor Pencetus, Penguat, Pemungkin pada Anak Jalanan Binaan Rumah Singgah. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2020. Dari <http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/219/431>.
- Jayadipraja, et.al. 2018. Family clean and healthy living behavior and its determinant factors in the village of Labunia, Regency of Muna, Southeast Sulawesi Province of Indonesia. Diakses melalui <http://stikbar.org/ycabpublisher/index.php/PHI/article/view/157>
- Jusfaega. 2016. Perilaku Personal Hygiene Terhadap Anak Jalanan di Kota Makassar Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. Diakses pada tanggal 19 Januari 2021. Dari <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/higiene/article/view/1824>.
- Kemendes RI. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2269/Menkes/Per/XI/2011 Tentang Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*. Diakses pada tanggal 18 Januari 2021. Dari <http://kemenkes.go.id>.
- Kemensos RI. 2017. *Jenis PMKS dan definisi*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <https://yandatin.kemosos.go.id>

- Kemensos RI. 2018. *Anak Jalanan Masih Terabaikan*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <https://kompas.id/baca/utama/2019/11/25/anak-jalanan-masih-terabaikan>.
- Maryunani, A. 2013. *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Mansoorah, A. 2020. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Anak Jalanan di Tambun Selatan Kota Bekasi. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains (JKS)*. Diakses pada tanggal 25 Januari 2021. Dari <http://ejournal.unisba.ac.id/index.php/jiks>.
- Moerad et al. 2019. Penerapan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Anak Usia Dini. <https://obsesi.or.id/index.php/obsesi/article/download/555/pdf>. Diakses pada tanggal 11 Agustus 2021
- Pratiwi, I, P. 2017. Pengetahuan dan Perilaku Cuci Tangan Pada Anak Sekolah Dasar di Kota Malang. <https://eprints.umm.ac.id/67323/>. Diakses pada tanggal 12 Agustus 2021
- Rahmadani. 2013. Latar Belakang Penyebab Anak-Anak Bekerja di Jalanan. *Jurnal Psikologi*. Diakses pada tanggal 18 Januari 2021. Dari <https://jurnal.umrah.ac.id/wp-content/uploads/2013/08/JURNAL-RAHMADANI-SOS-2013.pdf>.
- Rahman, A. 2016. Dietary Practices, Health Status And Hygiene Observance Of Slum Kids: A Pilot Study In An Asian Developing Country. *Journal of Biostatistics*. Diakses pada tanggal 19 Januari 2021. Dari <http://dx.doi.org/10.17654/BO013020195>.
- Rohma, N & Syahrul, F. 2017. Hubungan Kebiasaan Cuci Tangan dan Penggunaan Jamban Sehat dengan Kejadian Diare. [https://www.researchgate.net/profile/Nikmatur-Rohmah-3/publication/324251739\\_Relationship\\_Between\\_Hand-washing\\_Habit\\_and\\_Toilet\\_Use\\_with\\_Diarrhea\\_Incidence\\_in\\_Children\\_Under\\_Five\\_Years/links/5d888867a6fdcc8fd610c683/Relationship-Between-Hand-washing-Habit-and-Toilet-Use-with-Diarrhea-Incidence-in-Children-Under-Five-Years.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nikmatur-Rohmah-3/publication/324251739_Relationship_Between_Hand-washing_Habit_and_Toilet_Use_with_Diarrhea_Incidence_in_Children_Under_Five_Years/links/5d888867a6fdcc8fd610c683/Relationship-Between-Hand-washing-Habit-and-Toilet-Use-with-Diarrhea-Incidence-in-Children-Under-Five-Years.pdf). Diakses pada tanggal 12 Agustus 2021
- Sari, Dewi Lusiana. (2019). Correlation of sanitation house conditions, drinking water access, and healthy clean behaviour with diarrhoea. Diakses melalui <https://ojs2.ejournal.unair.ac.id/JBE/article/view/13249>
- Sinaga et al. 2017. [Kajian Faktor-Faktor Sosial Ekonomi Masyarakat Terhadap Ketahanan Pangan Rumah Tangga di Medan](https://media.neliti.com/media/publications/15067-ID-kajian-faktor-faktor-sosial-ekonomi-masyarakat-terhadap-ketahanan-pangan-rumah-t.pdf). <https://media.neliti.com/media/publications/15067-ID-kajian-faktor-faktor-sosial-ekonomi-masyarakat-terhadap-ketahanan-pangan-rumah-t.pdf>. Diakses pada tanggal 13 Agustus 2021
- Simbolon, P. 2019. Hubungan Karakteristik dengan PHBS. DOI: [10.31227/osf.io/z4ts6](https://doi.org/10.31227/osf.io/z4ts6)
- Song, C. 2020. Gambaran Perilaku Cara Menjaga Kesehatan dan Kebersihan Kulit, Rambut, Kuku di Komunitas Sahabat Anak Grogol, Jakarta Barat periode Februari 2020. *Jurnal Kedokteran*. Diakses pada tanggal 25 Januari 2021. Dari <http://repository.untar.ac.id/view/subjects/kid=5Ffk.type.html>.
- Suryani, Dyah., et al. (2020) The clean and healthy life behavior among elementary school students in East Kuripan. Diakses melalui <http://ejournal.fkm.unsri.ac.id/index.php/jikm/article/view/449>
- Suyatna, H. 2011. Revitalisasi Model Penanganan Anak Jalanan di Rumah Singgah. *Jurnal Ilmu Sosial dan Politik*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <https://journal.ugm.ac.id/jsp/article/view/10924>.
- UNICEF. 2010. *Mitigating socio-economic inequalities to accelerate poverty reduction: Investing in Vulnerable Children*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <https://www.unicef.org>.
- Vitriani, E. 2019. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada Anak Jalanan di Yayasan Rumah Impian Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Berkala*. Diakses pada tanggal 17 Januari 2021. Dari <https://ppjp.ulm.ac.id/journal/index.php/berkala-kesehatan/article/view/6987/0>.
- Widowati, C.A. 2016. Gambaran Praktik Hidup Bersih dan Sehat pada Anak Jalanan Usia Sekolah di Rumah Singgah Kota Semarang. *Skripsi Strata Satu*. Universitas Diponegoro. Diakses 25 Januari 2021. Dari <http://eprints.undip.ac.id/49598/>.

## HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISA : LITERATURE REVIEW

<sup>1</sup>Nessy Anggun Primasari\*, <sup>2</sup>Safitri Dara

<sup>1</sup>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Guna Bangsa Yogyakarta, [nessyanggunprimasari@gmail.com](mailto:nessyanggunprimasari@gmail.com)

<sup>2</sup>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Guna Bangsa Yogyakarta

### ABSTRAK

Latar belakang: Penyakit Gagal ginjal kronik (CKD) merupakan suatu kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel, dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azitemia. Prevalensi penyakit gagal ginjal kronik di dunia dan di Indonesia cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya, Data dari Riskesdas tahun 2013-2018, prevalensi penyakit ginjal kronik (permil) berdasarkan diagnosis dokter Indonesia sebesar 3,8%. Prevalensi di DI Yogyakarta sebesar 6,1%. Tujuan: untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Metode: penelitian ini dilakukan penelitian dengan *literature review*, menggunakan 15 jurnal yang di cari mulai pada tanggal 23 Maret sampai dengan 18 April 2022. Hasil: setelah dilakukan penelitian dengan *literature review* didapatkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa yang dapat dilihat dari empat komponen yaitu dukungan informasional, dukungan penilaian atau penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan emosional dan faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah faktor perkembangan (usia), faktor jenis kelamin, faktor pendidikan, faktor emosi, faktor spiritual, faktor praktik keluarga, faktor social ekonomi dan faktor latar belakang budaya. Kesimpulan: ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

**Kata Kunci :** *dukungan keluarga, kualitas hidup, gagal ginjal kronik, hemodialisa*

### ABSTRACT

*Background: Chronic kidney disease (CKD) is a progressive and irreversible decline in kidney function, where there is a failure of the body's ability to maintain metabolic, fluid and electrolyte balance which results in uremia or azithemia. The prevalence of chronic kidney disease in the world and in Indonesia tends to increase every year, Data from Riskesdas in 2013-2018, the prevalence of chronic kidney disease (permil) based on the diagnosis of Indonesian doctors is 3.8%. The prevalence in DI Yogyakarta is 6.1%. Objective: To determine the relationship between family support and quality of life of patients with chronic kidney failure undergoing hemodialysis Methods: this study was conducted with a literature review study, using 15 journals that were searched from March 23 to April 18 2022. Results: after doing research with literature review it was found that there is a relationship family support with quality of life of chronic kidney failure patients undergoing hemodialysis can be seen from four components, namely informational support, assessment or appreciation support, instrumental support and emotional support and the factors that influence family support are developmental factors (age), gender factors, educational factors, emotional factors, spiritual factors, family practice factors, socio-economic factors and cultural background factors. Conclusion: there is a relationship between family support and quality of life of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis.*

**Keyword :** *family support, quality of life, chronic renal failure patients, hemodialysis*

### PENDAHULUAN

Penyakit Gagal ginjal kronik (*chronic kidney disease* (CKD) merupakan suatu kemunduran fungsi ginjal yang progresif dan ireversibel, dimana terjadi kegagalan kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit yang mengakibatkan uremia atau azitemia. (Inayati et al., 2021). CKD merupakan penyakit sistemik dan merupakan jalur akhir yang umum dari berbagai penyakit traktus urinarius dan ginjal (Suharyanto, Madjid, dalam Rustandi et al., 2018).

Prevalensi penyakit gagal ginjal kronik di dunia dan di Indonesia cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya. Menurut US Renal Data System (Sistem Data Ginjal US), pada akhir 2017 total 527.572 orang dirawat dengan ESRD, dan yang hemodialisis sebanyak 424.369 orang, artinya 80% harus menjalani cuci darah. Berdasarkan data yang diambil dari Kemenkes RI (2016), pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis regular jumlahnya semakin meningkat yaitu berjumlah sekitar empat kali lipat dalam 5 tahun terakhir (Manalu, 2020).

Data dari Riskesdas tahun 2013-2018, prevalensi penyakit ginjal kronik (permil) berdasarkan diagnosis dokter Indonesia sebesar 3,8%. Untuk prevalensi tertinggi berada di Kalimantan Utara sebesar 6,4%, dan diikuti oleh Maluku Utara 6,3%, Sulawesi Utara, Gorontalo, Sulawesi Tengah dan Nusa Tenggara Barat masing-masing 6,2%, sedangkan untuk Aceh, Jawa Barat, Maluku, DKI Jakarta, Bali, DIY Yogyakarta, dan Jawa Tengah masing-masing 6,1% (Muhammad Yakob, Fatma Siti Fatimah, 2018).

Salah satu terapi yang tepat bagi penderita gagal ginjal kronik adalah hemodialisis, yang dapat mencegah kematian tetapi tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan fungsi ginjal secara keseluruhan. Pasien harus menjalani terapi dialisis sepanjang hidupnya (biasanya 1-3 kali seminggu) atau sampai mendapat ginjal baru melalui operasi pencangkokan ginjal (Sriwahyuni, dalam Kusniawati, 2018). Hemodialisis (HD) merupakan prosedur medis untuk pasien yang telah kehilangan fungsi ginjal baik sementara maupun permanen karena Penyakit Ginjal Kronik (PGK). Hemodialisis merupakan suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat dan zat-zat lain melalui membran semi permeable sebagai pemisah darah dan cairan dialisis pada ginjal buatan di mana terjadi proses difusi, osmosis dan ultrafiltrasi (Rizky Sulymbona et al., 2020). Ketergantungan yang dialami pasien terhadap terapi hemodialisis selama masa hidupnya mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan penderita atau pasien (Brunner & Suddarth, dalam Manalu, 2020).

Pasien yang menjalani hemodialisis juga rentan terhadap masalah emosional seperti stress yang berkaitan dengan pembatasan diet dan cairan, keterbatasan fisik, penyakit terkait, dan efek samping obat, serta ketergantungan terhadap dialisis akan berdampak terhadap penurunan kualitas hidup pasien (Son, Y.J., et al, dalam Witri Setiawati Nabila, 2019). Kualitas hidup penderita gagal ginjal kronik dalam konteks asuhan keperawatan di dapatkan bahwa kualitas hidup secara fisik akan menurun setelah mengalami gagal ginjal dan harus menjalani hemodialisis (Fajar Adhie Sulisty, 2018). Kualitas hidup merupakan pandangan seseorang terhadap posisi individu dalam konteks budaya, nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan hidup dan harapan. Kualitas hidup pasien PGK yang melakukan terapi hemodialisis masih merupakan masalah yang menarik perhatian para profesional kesehatan (Rizky Sulymbona et al., 2020).

Dukungan keluarga sangat penting dalam manajemen pengobatan gagal ginjal kronik, dimana anggota keluarga terlibat dalam banyak aspek kegiatan perawatan kesehatan yang diperlukan pasien GGK. Dukungan keluarga memberikan dampak positif pada kesehatan psikologis, kesejahteraan fisik dan kualitas hidup (Novitasari Liya, 2018).

Dengan ini perlu dilakukan *literature review* terkait tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dengan harapan dapat memberikan pandangan kepada keluarga dalam memberikan dukungan yang tepat yang akan diberikan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

Pendahuluan memuat narasi latar belakang masalah yang dihubungkan dengan penyelesaian masalah yang sudah ada dan yang menjadi fokus kajiannya. Narasi mencakup tinjauan pustaka yang dijadikan landasan konsep berpikir penyusunan kerangka penyelesaian masalah pilihan cara pemecahannya. Alur pemaparannya dapat dibuat sesuai dengan alur logika berpikir yang dilakukan dan umumnya menggunakan logika deduktif. Narasi pendahuluan disusun untuk menegaskan alur pikir, tujuan, arah, manfaat, dan urgensi kegiatan yang dilakukan. Paparan informasi dari sumber Pustaka dalam logika yang disampaikan menunjukkan “*state of the art*” atau

capaian mutakhir dari objek kajiannya. Uraian pendahuluan dapat ditutup dengan menyampaikan maksud, tujuan serta lingkup kajian yang dilakukan, serta, bila perlu, harapan terhadap kelanjutan hasil-hasil kajian yang dicapai.

## METODE

Strategi pencarian mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa studi pustaka dalam pencarian artikel menggunakan PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) checklist untuk menentukan penyeleksian studi yang telah ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literature review*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu.

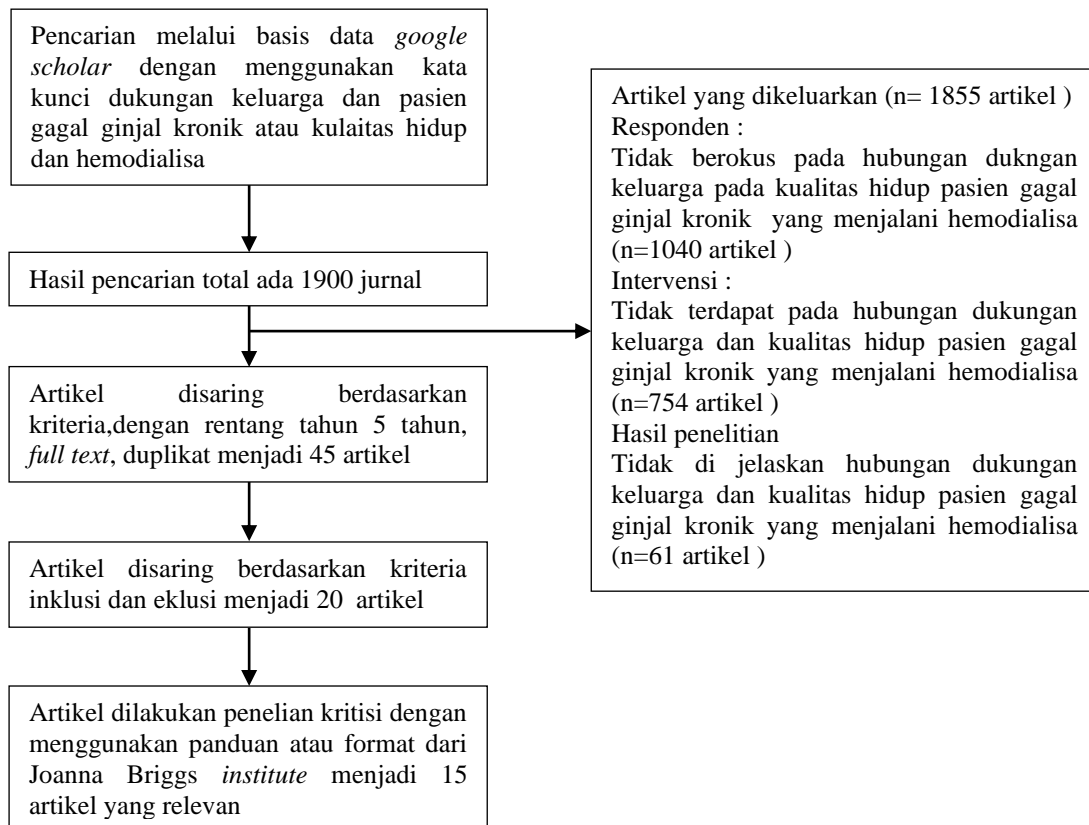
Pencarian artikel penelitian hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dimulai pada tanggal 23 Maret sampai dengan 18 April 2022. Pencarian artikel penelitian dengan menggunakan pencarian melalui basis data, google scholar. Kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MeSH) dan terdiri dari sebagai berikut: Pencarian di *google scholar* kata kunci dukungan keluarga dan pasien gagal ginjal kronik atau kualitas hidup dan hemodialisa, kriteria inklusi dan eksklusi pada pencarian artikel ini menggunakan Strategi yang digunakan untuk mencari artikel menggunakan PICOS *framework*.

Tabel 1. Tabel PICOS *framework* penentuan kriteria inklusi dan eksklusi

Kriteria	Inklusi	Eklusi
<b>Population</b>	Atikel ilmiah yang mencantumkan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Artikel ilmiah yang mencantumkan dukunngan keluarga pada kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik	Atikel ilmiah yang tidak mencantumkan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa Artikel ilmiah yang tidak mencantumkan dukunngan keluarga pada kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik
<b>Intervention</b>	Intervensi yang dilakukan bebas (dengan dukungan keluarga atau tidak dengan dukungan keluarga)	Tidak terdapat pangaruh hubungan dukungan keluarga dan kulaitas hidup pasien gagal ginjal kronik
<b>Comparison</b>	Boleh ada komporasi atau tidak komporasi	-
<b>Outcome</b>	Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa	Tidak di jelaskan hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa
<b>Desain dan Tipe Publikasi</b>	Cross sectional,deskriptif korelasi,	Quasi-exprimental studies
<b>Tahun Publikasi</b>	Setelah tahun 2018 sampai tahun 2022	Penelitian sebeum tahun 2018
<b>Bahasa</b>	Bahasa Indonesia ,Bahasa Inggris	Bahasa China,Bahasa Thailand

Berdasarkan hasil pencarian *literature* melalui publikasi di *google scholar* menggunakan kata kunci yang sudah disesuaikan dengan MeSH, peneliti mendapatkan dari hasil pencarian didapatkan total ada 1270 jurnal di *google scholar*, penelitian dari beberapa jurnal di basis data pencarian. Kemudian diperiksa berdasarkan kelengkapan penyusunan artikel penelitian dengan jumlah artikel yang didapatkan sebanyak 45 artikel. Artikel disaring berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi menjadi 20 artikel. Artikel dilakukan penilaian kritis dengan menggunakan panduan atau format dari Joanna Briggs Institute menjadi 15 artikel yang relavan. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam *diagram flow* di bawah ini:





Gambar 1. Diagram *flow* hasil seleksi artikel

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Didapatkan 15 artikel yang memenuhi kriteria inklusi dengan desain penelitian cross sectional, deskriptif korelasi, berdasarkan topik *literature review* hubungan dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa . Desaian penelitian adalah 2 jurnal dengan deskriptif korelasi dan 13 jurnal cross sectional. Kualitas studi tertinggi adalah Manalu (2020) yang dilakukan penelitian di indonesia: Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi dengan populasi seluruh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan sampel berjumlah responden 127 orang. Keempat belas jurnal yang lain dilakukan penelitian di Indonesia dengan populasi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dengan sampel paling rendah adalah 30 responden.

Setelah dilakukan analisis di dapatkan beberapa jenis dukungan keluarga pada kualitas hidup pasien GJK, untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dapat dilihat berdasarkan keempat komponen yaitu, dukungan informasional, dukungan penilaian atau penghargaan, dukungan instrumental, dukungan emosional (Sekar et al., 2018) . Dukungan informatif atau informasional pada dukungan keluarga bertindak sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasihat, saran dan diskusi tentang bagaimana cara memecahkan dan mengatasi masalah (Simatupang, 2021).

Dukungan informatif atau informasi pertama bagi pasien dalam menghadapi berbagai persoalan yang dialaminya sehingga pasien merasa tidak menanggung beban sendiri, tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati, dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya dukungan informatif dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik (Inayati et al., 2021).

Dukungan penilaian atau penghargaan dalam dukungan keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas (Simatupang, 2021). Dukungan penghargaan dan dukungan harga diri juga didapatkan oleh pasien-pasien sehingga mereka merasa sangat terbantu dan sangat bahagia dengan dukungan keluarga yang didapatkan sehingga mempengaruhi kualitas hidupnya (Manalu, 2020). Dukungan ini diberikan untuk pemulihan, motivasi, dan semangat untuk meningkatkan kualitas hidup. Dukungan yang di berikan dalam jangka waktu yang relative panjang dapat membuat pasien merasa nyaman dan kualitas hidupnya menunjukkan suatu peningkatan di bandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan dukungan keluarga (Sekar et al., 2018).

Dukungan instrumental pada dukungan keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan instrumental merupakan dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan memberikan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari (Simatupang, 2021), sedangkan menurut Manalu (2020) dukungan keluarga yang didapat oleh pasien gagal ginjal kronik masuk dalam kategori baik untuk kualitas hidupnya, diantaranya dukungan instrumental dimana pasien masih didukung dalam biaya pengobatannya, makanannya, dan hal lainnya.

Dukungan emosional pada dukungan keluarga berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional serta meningkatkan moral keluarga. Dukungan keluarga melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta atau bantuan emosional (Simatupang, 2021). Kehangatan dan keramahan yang diberikan keluarga merupakan bentuk dukungan emosional kepada pasien GGK dalam kaitannya mengontrol asupan cairan dan makanan, serta mengelola hemodialisa sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Peningkatan kesadaran diri untuk menerima kondisinya dapat terbentuk dari adanya dukungan keluarga, sehingga pasien bersama keluarga mampu mengelola GGK dengan baik. (Novitasari Liya, 2018).

Semakin tinggi dukungan keluarga maka akan semakin meningkatkan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisa. Oleh karena itu, pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa sangat diperlukan adanya tindakan suportif dari keluarga (Inayati et al., 2021). Sedangkan menurut Pratiwi dalam Manalu (2020) menyatakan bahwa terdapat faktor yang dapat mempengaruhi dukungan diantaranya adalah umur atau usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan. Sedangkan menurut Fadlilah, (2019) Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga antara lain, tahap perkembangan (usia), pendidikan atau tingkat pengetahuan, faktor emosi, faktor spritual, faktor praktik keluarga, faktor sosiologi ekonomi, dan latar belakang budaya.

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga salah satunya tahap perkembangan (usia). Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Notoatmodjo, dalam Fadlilah, 2019) Menurut Brunner & Suddarth dalam Kusniawati (2018) pada usia 40-70 tahun, laju filtrasi glomerulus akan menurun secara progresif hingga 50% dari normal, terjadi penurunan kemampuan tubulus ginjal untuk mereabsorpsi dan pemekatan urin, penurunan kemampuan pengosongan kandung kemih dengan sempurna sehingga meningkatkan risiko infeksi dan obstruksi, dan penurunan intake cairan yang merupakan faktor risiko terjadinya kerusakan ginjal. Faktor tersebut dikenal sebagai faktor-faktor yang berperan dalam progresivitas penyakit ginjal kronik, dan salah satu faktor yang

berperan dalam progresivitas penyakit ginjal kronik adalah pasien yang berusia tua dan usia tua merupakan faktor yang tidak dapat dimodifikasi dari *Chronic Kidney Disease (CKD)*.

Faktor jenis kelamin pada penyakit dapat menyerang baik laki-laki maupun perempuan, tetapi beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan yang disebabkan perbedaan pekerjaan, kebiasaan hidup, genetika atau kondisi fisiologis, jenis kelamin laki-laki termasuk kedalam lima faktor resiko terjadinya CKD yang tidak dapat dimodifikasi. Jumlah pasien CKD laki-laki yang lebih banyak dari wanita kemungkinan dapat disebabkan oleh beberapa faktor Pembesaran prostat pada laki-laki dapat menyebabkan terjadinya obstruksi dan infeksi yang dapat berkembang menjadi gagal ginjal. Selain itu, pembentukan batu renal lebih banyak diderita oleh laki-laki karena saluran kemih pada laki-laki lebih panjang sehingga pengendapan zat pembentuk batu lebih banyak dari pada wanita. Laki-laki juga lebih banyak mempunyai kebiasaan yang dapat mempengaruhi kesehatan seperti merokok, minum kopi, alkohol, dan minuman suplemen yang dapat memicu terjadinya penyakit sistemik yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal dan berdampak terhadap kualitas hidup. (Kusniawati, 2018).

Pendidikan juga merupakan faktor kualitas hidup, senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl dalam Muhammad Yakob & Fatma Siti Fatimah (2018) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Semakin tinggi pendidikan seseorang kesadaran untuk mencari pengobatan dan perawatan akan masalah kesehatan yang dialaminya juga semakin meningkat. Seperti yang dijelaskan oleh Yuliah dalam kusniawati (2018) bahwa pasien GJK yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih luas yang memungkinkan pasien dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat untuk mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, serta dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membuat keputusan.

Faktor status perkawinan, Individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda atau duda akibat pasangan meninggal. (Simatupang, 2021). Sedangkan menurut penelitian Septiwi dalam kusniawati (2018) ketegangan peran berupa perubahan peran sehat sakit akibat kegagalan fungsi ginjal, perubahan bentuk dan penampilan fisik akibat stress dapat diminimalkan dengan adanya dukungan dari pasangan. Hal ini meningkatkan rasa percaya diri, rasa optimis, dan motivasi yang dapat meningkatkan kualitas hidup.

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan keluarga dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kualitas hidupnya (Simatupang, 2021). Faktor dukungan spiritual sangatlah dibutuhkan dalam meningkatkan kesehatan mental, semangat hidup, serta kualitas hidup, ada hubungan keterkaitan antara dukungan spiritual dengan kualitas hidup pasien GJK yang menjalani hemodialisa, spiritualitas merupakan salah satu kebutuhan fundamental yang dibutuhkan individu agar mampu memberikan motivasi terhadap perubahan dan untuk mendapatkan kekuatan ketika menghadapi stress emosional, penyakit fisik atau kematian (Fadlilah, 2019),

Faktor sosial ekonomi keluarga berpengaruh terhadap dukungan keluarga. Individu yang status sosial ekonominya berkecukupan akan mampu menyediakan segala fasilitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Sebaliknya, individu yang status sosial ekonominya rendah akan mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya (Sunaryo dalam Rustandi et al., 2018) Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin

karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi ke rumah sakit (Notoatmodjo dalam Rustandi et al., 2018) faktor penghasilan atau status ekonomi pasien memiliki hubungan dengan kualitas hidup.

Faktor Praktik di Keluarga Berupa cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. (Simatupang, 2021) dan faktor Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi Firmansyah, dalam simatupang (2021), Berdasarkan hasil penelitian Nurchayati dalam Harapan et al., (2019), kualitas hidup seseorang terhadap posisinya dalam kehidupan di pengaruhi oleh faktor kebudayaan atau latar belakang budaya, norma dan nilai yang terdapat dalam kebudayaan seseorang tersebut, untuk meningkatkan kualitas hidup seseorang.

## **SIMPULAN**

Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di pengaruhi oleh empat komponen yaitu: dukungan informational yang di berikan oleh keluarga dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik, dukungan penilaian atau penghargaan yang didapatkan oleh pasien dari keluarga menunjukkan suatu peningkatan kualitas hidup dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan dukungan,dukungan instrumental dapat kategori baik untuk kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dimana pasien di dukung biaya pengobatan dan lainnya,dukungan emosional yang diberikan keluarga berupa semangat,kehangatan dan bantuan emosional dapat meningkatkan kualitas hidup. Semakin tinggi dukungan keluarga maka akan semakin meningkat kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: faktor usia,faktor jenis kelamin, faktor pendidikan, faktor perkawinan, faktor emosional, faktor spiritual, faktor sosial ekonomi atau penghasilan, faktor praktik keluarga dan faktor latar belakang budaya dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Fadlilah, S. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa. *jurnal kesehatan*, 10, 284–290. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.26630/jk.v10i2.1454>
- Fajar Adhie Sulisty. (2018). the Relationship of Family Support With Quality of Life Among Patients With Chronic Kidney Disease in Running Hemodialization Therapy At Pmi Hospital Bogor. *Jurnal Ilmiah Wijaya*, 10(1), 15–19. <https://doi.org/10.46508/jiw.v10i1.3>
- Harapan, S., Ruthnita, E., Fanny, A., Silaban, N., & Novalinda, C. (2019). Dukungan Keluarga Dalam Upaya Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di Rsu Royal Prima Medan Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 5(2), 137–142. <https://doi.org/10.52943/jikeperawatan.v5i2.323>
- Inayati, A., Hasanah, U., & Maryuni, S. (2021). Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di Rsud Ahmad Yani Metro. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 5(2), 588. <https://doi.org/10.52822/jwk.v5i2.153>
- Kusniawati, K. (2018). Hubungan Kepatuhan Menjalani Hemodialisis Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang. *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 5(2), 206–233. <https://doi.org/10.36743/medikes.v5i2.61>
- Manalu, N. V. (2020). Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi di RS ADVENT Bandar Lampung. *Laboratorium Penelitian dan Pengembangan FARMAKA TROPIS Fakultas Farmasi Universitas Muallawarman, Samarinda, Kalimantan Timur*, April, 5–24.
- Muhammad Yakob , Fatma Siti Fatimah, L. E. (2018). Hubungan Tingkat Kecemasan Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang

- Menjalani Terapi Hemodialisa Di Rsud Panembahan Senopati Kabupaten Bantul Yogyakarta. 74(5), 1195–1200.
- Novitasari Liya, W. A. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Efikasi. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 7(Vol. 7, No. 2 Oktober, 2018), 156.
- Rizky Sulymbona, D., Setyawati, R., & Khasanah, F. (2020). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Motivasi Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSI Sultan Agung Semarang. *Puinovakesmas*, 1(1), 43–51. <https://doi.org/10.29238/puinova.v1i1.439>
- Rustandi, H., Tranado, H., & Pransasti, T. (2018). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Chronic Kidney Disease yang Menjalani Hemodialisa di Ruang Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 1(2), 32–46. <https://doi.org/10.31539/jks.v1i2.8>
- Sekar, D. S., Kurniawan, V. E., & Sutomo, H. (2018). KECEMASAN KELUARGA ( Improve The Quality Of Life Of Hemodialisa Patients With Decrease Anxiety And Improve Family Support ) STIKes Bahrul Ulum Jombang , Jawa Timur . data dari ruang Hemodialisa di RSUD Jombang . Pada tahun 2016 dari bulan Januari sampai N. *jurnal kesehatan STIKES bahrul ulum*, 3(1), 1–7. <https://doi.org/https://doi.org/10.51898/wb.v3i1.25>
- Simatupang, A. O. M. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *politeknik kesehatan jurusan keperawatan medan*. <http://ecampus.poltekkes-medan.ac.id/xmlui/handle/123456789/4534>
- Witri Setiawati Nabila, L. J. (2019). Upaya Keluarga Dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Hemodialisa. *Real in Nursing Journal*, 2(3), 137–143.

## UJI SPRAY LOTION SUNSCREEN BUAH TOMAT (*Lycopersicon esculentum Mill*)

<sup>1</sup>Ariyanti\*, <sup>2</sup>Eni Masruriati, <sup>3</sup>Noveta Yeni Lindawati, <sup>4</sup>Dwi Setyowati, <sup>5</sup>Filza Mazaya Nurulita  
<sup>1,2,3,4,5</sup> Program Studi Sarjana Farmasi STIKES Kendal, [ariyanti@stikeskendal.ac.id](mailto:ariyanti@stikeskendal.ac.id)

### ABSTRAK

Tomat (*Lycopersicon esculentum Mill*) mempunyai kandungan senyawa berupa karotenoid yang bernama senyawa likopen. Likopen merupakan salah satu zat pigmen kuning tua sampai merah tua yang termasuk dalam kelompok karotenoid yang bertanggungjawab terhadap warna merah pada buah tomat. Senyawa karotenoid dikenal sebagai senyawa yang mempunyai daya antioksidan tinggi sehingga senyawa ini bisa melawan radikal bebas akibat polusi serta radiasi sinar ultraviolet (UV). Pemanfaatan ekstrak buah tomat dibuat sebagai sunscreen yang dibuat dalam bentuk sediaan spray lotion yang diaplikasikan dengan cara disemprot. Penelitian ini menggunakan metode rancangan eksperimental murni yang bertujuan untuk menghasilkan sediaan spray lotion sunscreen ekstrak buah tomat yang berkualitas. Sediaan spray lotion sunscreen ekstrak buah tomat diformulasikan dalam tiga tingkat konsentrasi (5%, 10% dan 15%). Uji sediaan diamati secara sifat fisik berupa organoleptis, homogenitas, pH, viskositas, daya sebar spray, serta ukuran partikel. Hasil penelitian menunjukkan adanya SPF dengan konsentrasi 5 % sebesar 0,202, konsentrasi 10 % 0,178, dan konsentrasi 15 % sebesar 0,014.

**Kata kunci :** Buah tomat, radikal bebas, spray lotion

### ABSTRACT

Tomatoes (*Lycopersicon esculentum Mill*) contain compounds in the form of carotenoids called lycopene compounds. Lycopene is a dark yellow to dark red pigment that belongs to the carotenoid group which is responsible for the red color of tomatoes. Carotenoid compounds are known as compounds that have high antioxidant power so that these compounds can fight free radicals caused by pollution and ultraviolet (UV) radiation. Utilization of tomato fruit extract is made as a sunscreen which is made in the form of a spray lotion which is applied by spraying. This study used a purely experimental design method with the aim of producing high-quality spray lotion sunscreen preparations of tomato fruit extract. Tomato extract sunscreen spray lotion is formulated in three concentration levels (5%, 10% and 15%). The test preparations were observed physically in the form of organoleptic, homogeneity, pH, viscosity, spray dispersion, and particle size. The results showed that the SPF with a concentration of 5% was 0.202, a concentration of 10% was 0.178, and a concentration of 15% was 0.014.

**Kata kunci :** Buah tomat, radikal bebas, spray lotion

### PENDAHULUAN

Indonesia adalah negara musim tropis dengan limpahan sinar matahari sepanjang tahun. Ada 3 tiga jenis sinar ultraviolet dimana masing-masing mempunyai ciri serta tingkat keparahan efek radiasi yang berbeda. Tetapi sinar UV yang tertapar masuk ke bumi yaitu sinar UV A, UV B serta UV C dapat memberi dampak buruk bagi kulit jika terpapar langsung misalnya memberi efek kemerahan pada kulit, kulit terasa terbakar, bisa memicu pertumbuhan sel kanker, radiasi sinar UV A yang menembus dermis bisa merusak sel kulit, kulit kehilangan elastisitas, bahkan bisa menyebabkan kanker kulit. Kulit memiliki sistem perlindungan alami yang dinamakan lapisan melanin yaitu semakin cokelat warna dari kulit maka semakin tebal lapisan dari melanin yang bisa memberi perlindungan banyak bagi kulit. Begitupun sebaliknya dengan orang berkulit putih yang mempunyai melanin lebih sedikit sehingga perlu proteksi tambahan yang lebih besar (Isfardiyana et al., 2014).

Diperlukan pencegahan dari luar supaya kulit tidak terpapar langsung oleh sinar ultraviolet seperti produk tabir surya atau dikenal sebagai sunscreen. Tabir surya adalah produk sediaan kosmetik yang berguna untuk mengurangi efek buruk bahaya dari paparan langsung sinar UV pada kulit. Potensi penyerapan dari tabir surya kurang dari 80% sinar UV pada panjang gelombang lebih dari 290 – 330 nm untuk UV B sedangkan UV A panjang gelombang lebih UV B (Pratama



et al., 2020). Yang juga dapat memicu radikal bebas sehingga dapat bereaksi dan berikatan dengan DNA maka bisa meningkatkan resiko kanker kulit. Alternatif yang bisa dapat dilakukan dalam mencegah radikal bebas serta paparan sinar ultraviolet yaitu menyediakan sediaan produk dari bahan alam yang mempunyai manfaat tidak kalah dari produk kosmetik modern seperti di pasaran (Tamara et al., n.d.).

Buah tomat mempunyai aktivitas antioksidan yang cukup tinggi. Buah tomat kaya sumber vitamin seperti vitamin A dan C, likopen, B-karoten, lutein, flavonoid, asam fenolat, kalium dan yang lainnya, warna merah dari buah tomat diakibatkan pigmen merah dari senyawa karotenoid (Dewi, 2018). Kandungan senyawa berupa likopen, flavonoid serta vitamin C yang bisa menghambat terjadinya oksidasi yang bisa mengakibatkan penyakit kronis. Vitamin C juga mempunyai peranan penting untuk tubuh yang berfungsi untuk antioksidan alami juga antikanker (Lega Dwi Asta Sari et al., 2021). Senyawa likopen mampu mengendalikan radikal bebas mencapai 100 kali lebih efisien dibanding Vitamin E dan jauh lebih efektif dibanding dengan *gluthation*.

Senyawa likopen buah tomat yaitu sebagai antioksidan yang mempunyai manfaat dapat mencegah radikal bebas yang merusak sel serta radiasi dari sinar ultraviolet yang bahaya jika terpapar langsung pada kulit (Syahara & Vera, 2020). Dimana paparan sinar UV secara berlebihan bisa menginduksi terjadinya ROS (*Reactive Oxygen Species*) dalam kulit yang menimbulkan efek penuaan dini apabila kadar ROS melebihi pertahanan kemampuan antioksidan pada sel kulit. Kemampuan menahan sinar UV dari sunscreen dinilai dengan SPF (*Sun Protecting Factor*) (Widyastuti et al., 2016). Maka dibuat sediaan tabir surya berupa spray lotion sunscreen dari ekstrak buah tomat yang mudah dalam penggunaan dan terbuat dari bahan alami sehingga minim efek samping, oleh karena itu produk sediaan sunscreen ekstrak buah tomat diharap bisa menjawab kebutuhan masyarakat terkait tabir surya alami yang ringan, mudah pengaplikasian, serta nyaman ketika digunakan.

## **METODE**

Pada penelitian ini menggunakan metode eksperimental, dengan desain eksperimen murni, dan variabel bebasnya adalah konsentrasi ekstrak tomat dalam formulasi spray lotion sunscreen. Ada dua jenis kontrol dalam penelitian ini, kontrol negatif berupa basis lotion sunscreen spray dan kontrol positif berupa produk lotion sunscreen spray (Nivea®) yang beredar di pasaran. Formulasi kontrol dan semua formula diuji untuk SPF dan sifat fisik dengan menggambar sampel acak dari setiap replikasi (Hajrah et al., 2017).

## **Alat dan Bahan**

Alat yang digunakan dalam penelitian ini antara lain pisau, talenan, neraca analitik, blender, mangkuk, labu erlenmeyer, kertas filter, pengocok, corong buchner, labu hisap, rotary evaporator, labu penguapan, vakum, oven, kulkas, tabung reaksi, penjepit, pipet tetes, labu ukur 10 ml, labu ukur 5 ml, sendok, oven, nampan, corong pemisah, penangas air, pengaduk tangan, cangkir porselen, gelas kimia, gelas arloji, batang pengaduk, spatula dan botol semprot, gelas ukur, corong, spektrofotometer uv-vis, kuvet, kertas saring, viskometer, mikroskop, ph meter, lensa objektif.

Bahan yang digunakan dalam penelitian ini antara lain etanol 70%, HCl 2N, pereaksi Dragendorff, pereaksi Mayer, kloroform, serbuk magnesium, FeCl<sub>3</sub> 10%, karbon aktif, pereaksi Liebermann-Buchard, NaOH 2M, setil alkohol, propilparaben, Gliserin, TEA, span 80, tween 80, nipagin, dimethicone, acrylate copolymer, butylated hydroxytoluene (BHT), aquades, Ethanol pro analysis, produk sunscreen (Nivea®) dan kertas saring Whatman No.1 (Izumi et al., 2021).

## **Persiapan Buah Tomat**

Buah tomat dibeli dari Kebun Buah tomat, Kendal. Buah tomat harus segar, tidak busuk, warnanya seragam, dengan berat 500-650 gram per buah.

### **Penentuan Buah Tomat**

Penentuan buah tomat dilakukan di Laboratorium kampus STIKES Kendal.

### **Pembuatan simplisia**

Siapkan buah tomat dan lakukan sortir basah. Buah tomat tersebut kemudian diiris tipis-tipis dan dioleskan di atas loyang, kemudian dipanggang dalam oven 60°C selama 36 jam atau sampai kulit buah tomat kering. Setelah kering, haluskan monad dengan pollinator atau blender, kemudian saring dengan ayakan 60 mesh.

### **Pembuatan ekstrak**

Serbuk yang diperoleh dari saringan naif diekstraksi dengan metode dipping menggunakan pelarut etanol 70% dengan perbandingan ekstrak terhadap etanol 1:10 (Predescu et al., 2016). Campurkan serbuk Simplisia dengan etanol 70% dalam labu takar yang ditutup dengan aluminium foil lalu rendam selama 24 jam dengan bantuan shaker (170 rpm, suhu kamar). Hasil impregnasi kemudian disaring menggunakan kertas saring dengan bantuan corong Buchner dan vakum, dan residu diimpregnasi kembali dengan etanol 70%. Hasil kumulatif filtrat dimasukkan ke dalam rotary evaporator pada suhu 50°C sampai diperoleh ekstrak kental, kemudian di oven pada suhu 50°C sampai diperoleh berat ekstrak yang konstan, menunjukkan dua penimbangan berturut-turut tidak melebihi 0,50 mg per gram zat yang digunakan.

### **Penentuan kadar air simplisia dan ekstrak**

Kadar air simplisia dan ekstrak diuji secara gravimetri. Timbang hati-hati 10 g sampel dalam wadah tertimbang. Sampel dikeringkan pada suhu 105°C selama 5 jam dan ditimbang. Lanjutkan pengeringan dan penimbangan setiap 1 jam sampai perbedaan antara 2 penimbangan berturut-turut tidak melebihi 0,25% (Thakre, 2017). Hasil kadar air dalam satuan persen dihitung dengan:

$$\% \text{ Kadar air} = \frac{(\text{massa awal} - \text{massa akhir})}{\text{massa awal}} \times 100 \%$$

### **Uji Fitokimia**

#### Uji Ekstrak Alkaloid

Larutkan total tiga tabung yang berisi ekstrak dengan 2N. Tabung reaksi pertama dikosongkan, tabung reaksi kedua ditetesi 3 tetes pereaksi Dragendorf (endapan jingga positif), dan tabung reaksi ketiga ditambahkan tetes demi tetes dengan 3 tetes pereaksi Mayer (endapan putih positif) endapan kuning).

#### Uji Steroid, Terpenoid Dan Saponin

Ambil 0,5 g ekstrak dalam tabung reaksi, tambahkan masing-masing kloroform dan 5-10 mL air, kocok dan diamkan beberapa saat hingga terbentuk dua lapisan air dan kloroform. Pindahkan sebagian lapisan air ke tabung lain dan kocok kuat-kuat. Jika terdapat buih yang stabil selama 15 menit, berarti ekstrak mengandung saponin. Lapisan kloroform disaring dengan Nolite, filtrat yang terbentuk dikeringkan pada drip tray, dan ditambahkan pereaksi Liebermann-Buchard. Jika terbentuk warna merah, ekstrak mengandung terpenoid, dan jika terbentuk warna hijau, ekstrak mengandung steroid.

#### Uji Flavonoid

Sejumlah kecil serbuk magnesium dan beberapa tetes HCl ditambahkan ke dalam ekstrak hingga 0,5 g. Dalam pengujian ini, flavon, flavonol, turunan 2,3-dihidro yang sesuai, dan xanton menghasilkan warna oranye, merah muda, merah hingga ungu.

Uji polifenol dan tanin

Sebanyak 0,5 g ekstrak yang mengandung larutan FeCl 10% ditambahkan. Jika terjadi warna biru tua, biru kehitaman, atau hitam, ekstrak mengandung senyawa polifenol dan tanin.

**Pembuatan Spray Sunscreen**

Fase minyak (setil alkohol, propilparaben, dimetikon, Span 80) dan fase air (1/3 bagian air suling, nipagin, gliserin, Tween 80) dipanaskan secara terpisah hingga 70° C dalam waterbath. Kopolimer akrilat dikembangkan dengan mencampurkan 30 mg air suling dengan TEA dan menambahkan kopolimer akrilat untuk homogenisasi. Setelah fase minyak mencair, tambahkan BHT dan aduk hingga merata. Campur fase air dan kopolimer akrilat yang dihasilkan, tambahkan perlahan fase minyak ke dalam mixer dengan kecepatan nomor 2 selama 1 menit, lalu aduk perlahan sisa air suling dalam mixer selama 2 menit (Ngoc et al., 2019). Setelah suhu lotion mencapai kesetimbangan dengan lingkungan, tambahkan ekstrak, homogenkan campuran dan tuangkan ke dalam botol semprot. Setiap formula dibuat tiga kali. Susunan formulanya dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel I.** Formula Spray Lotion Sunscreen (100g)

Bahan	Basis (g)	F5% (g)	F10% (g)	F15% (g)
Ekstrak	0	5	10	15
Dimetikon	3	3	3	3
Setil alkohol	1	1	1	1
Propil paraben	0,2	0,2	0,2	0,2
Span 80	0,69	0,69	0,69	0,69
BHT	0,1	0,1	0,1	0,1
Gliserin	4	4	4	4
Nipagin	0,3	0,3	0,3	0,3
Tween 80	0,31	0,31	0,31	0,31
TEA	0,5	0,5	0,5	0,5
Acrylates	1,76	1,76	1,76	1,76
Aquades	88,14	83,14	73,14	63,14

**Pengukuran Nilai SPF Sunscreen**

Larutan sampel disiapkan dengan menimbang 0,5 g sampel, mengencerkannya dengan 25 ml etanol pra-analitik (20 mg / ml atau 20.000 ppm), dan mersonikasi sampel selama 5 detik. Disaring dengan kertas saring selama beberapa menit. Hasil filtrat diukur nilai absorbansinya pada rentang panjang gelombang 290-320 nm pada interval 5 nm menggunakan spektrofotometer UV-vis yang dihubungkan dengan aplikasi UVProbe 2.42. Hasil absorbansi dari tiga iterasi dirata-ratakan dan digunakan untuk menghitung SPF (Hassan et al., 2013). Hasil absorbansi yang dihasilkan dimasukkan ke dalam persamaan Mansur:

320

$$SPF = CF + (\sum EE(\lambda) \times I(\lambda) \times Abs(\lambda))$$

290

$EE(\lambda)$  adalah spektrum efek eritema,  $I(\lambda)$  adalah spektrum intensitas radiasi matahari,  $Abs(\lambda)$  adalah nilai absorptansi sampel uji, nilai  $EE \times I$  diketahui, dan  $CF$  adalah koefisien koreksi. Nilainya tetap pada 10. Karakteristik fisik dan uji stabilitas.

#### **Pengujian Sifat Fisik dan Stabilitas**

Uji sifat fisik yang dilakukan adalah uji organoleptis, uji homogenitas, uji pH, uji viskositas, uji pola sebaran semprot lotion, uji ukuran partikel, dan uji stabilitas pada suhu kamar selama 21 hari (Thakre, 2017).

Uji organoleptis dilakukan dengan mengamati bentuk, warna dan bau dari sediaan yang dihasilkan. Pengamatan dilakukan sebelum dan sesudah uji stabilitas sediaan yang bertujuan agar sediaan berbentuk emulsi cair, berwarna putih kemerahan dan tidak mengeluarkan bau busuk.

Uji homogenitas menggunakan preparat kaca, yang kemudian disebar di atas preparat dan diamati, dan preparat homogen menunjukkan ukuran partikel yang seragam secara visual. Uji homogenitas dilakukan pada setiap resep.

Uji pH dilakukan dengan menggunakan pH meter. Uji pH dilakukan pada tiga replika masing-masing produk farmasi yang diuji pada awal dan akhir uji stabilitas sediaan selama penyimpanan. Target pH yang diharapkan sesuai dengan pH kulit. Ini sekitar 4,57.0.

Viskositas diukur menggunakan cup and bob viscometer. Uji viskositas dilakukan pada tiga replika masing-masing formulasi dan dilakukan sebelum dan sesudah uji stabilitas. Pengendalian pola semprotan dengan menyemprotkan formulasi dari jarak 3 cm, 5 cm, 10 cm, dan 15 cm pada mika foil yang telah ditimbang sebelumnya dan mengamati pola semprotan, diameter, dan berat per semprotan.

Kajian ukuran partikel droplet sediaan dilakukan dengan cara menyemprotkan sediaan dalam 5 ml akuades sebanyak 0,5 g, menghomogenkannya, kemudian menempatkan setetes larutan pada kaca objek. Pengukuran ukuran partikel menggunakan mikroskop yang dilengkapi dengan kamera dan dihubungkan dengan aplikasi Optilab untuk akuisisi citra dan ImageJ untuk mengukur ukuran partikel.

Pengukuran dilakukan pada perbesaran lensa 40x dan skala dikalibrasi menggunakan slide 0,01 mm. Pengamatan dilakukan pada 300 partikel, dikelompokkan dan data ditampilkan sebagai persentase ukuran partikel. Suhu formula dengan nilai SPF tertinggi telah diuji stabilitas formula yang disimpan pada suhu ruang sekitar 27°C selama 21 hari dan memiliki sifat fisik seperti uji sensoris (bentuk, warna, bau), viskositas dan pH. diukur. Hari ke 0, 7, 14, dan 21. Perubahan kadar SPF diamati pada awal dan akhir pengobatan, dengan harapan tidak terjadi perubahan yang signifikan.

#### **Hasil analisis**

Hasil data SPF untuk keempat persamaan yang diperoleh dianalisis distribusinya menggunakan Shapiro Wilk dengan tingkat kepercayaan 95% bila data yang dihasilkan menunjukkan distribusi normal, atau signifikansi.

Untuk  $> 0,05$  dilakukan analisis keseragaman dan one-way ANOVA, dilanjutkan dengan analisis post-Scheffé jika terdapat perbedaan. Jika data tidak terdistribusi normal, analisis nonparametrik berupa kelas calvaris yang dilanjutkan dengan analisis Mann-Whitney selanjutnya akan mendeteksi perbedaan tersebut. Hasil data viskositas farmasi, pH, dan stabilitas SPF pada hari ke 0 dan 21 dianalisis distribusinya dengan Shapiro-Wilk. Jika data yang diperoleh berdistribusi normal, analisis dilanjutkan ke uji-t sampel berpasangan (Anbukkarasi et al., 2014). Tujuannya adalah untuk mengetahui pentingnya perbedaan sifat formulasi lotion tabir surya

setelah dilakukan uji stabilitas penyimpanan. Jika data tidak terdistribusi normal, lanjutkan uji nonparametrik dalam format Wilcoxon.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Hasil Identifikasi Tanaman Buah Tomat**

Buah tomat yang diperoleh di Kendal diperkebunan para petani diidentifikasi untuk memastikan identitas tanaman yang benar. Keputusan itu diambil di kampus STIKES Kendal. Hasil penetapan menunjukkan bahwa buah yang digunakan dalam penelitian ini adalah buah tomat.

### **Pembuatan Simplisia**

Sebanyak 20 kg Buah Tomat dibasahi dan disortir untuk memisahkan tomat bersih dan masih kotor. Kulit buah diiris tipis menyamping untuk menghindari berkembangnya kalus pada wajah. Ini adalah kondisi di mana hanya kulit luar yang kering dan bagian dalam tidak. Kemudian sebarkan di atas kertas roti dan beri ventilasi sampai saat itu. Kering itu kering dan tidak lengket. Dari proses ini, berat basah irisan buah tomat adalah 3 kg. Irisan buah tersebut kemudian dikeringkan dengan menggunakan oven pada suhu 60°C selama 36 jam atau sampai kering. Pengeringan buah tomat dalam oven dan pada suhu 60°C menghasilkan aktivitas flavonoid total, total fenol dan antioksidan yang lebih tinggi dibandingkan dengan perlakuan matahari, naungan, microwave, dan pengeringan beku. Buah Tomat yang kering ditandai dengan tekstur yang keras, rapuh, dan berwarna coklat dan merah bata dengan berat kering 0,169 kg. Buah tomat kering digiling kering, digiling dengan kain lap dan diayak dengan ayakan 60 mesh. Mengurangi ukuran bubuk meningkatkan area kontak antara bubuk dan pelarut ini akan memfasilitasi degradasi dinding sel dan difusi pelarut ke dalam matriks jaringan untuk penghilangan senyawa aktif yang lebih efisien dalam pelarut. Serbuk yang diperoleh tanpa pengayakan dihaluskan kembali dengan blender dan diayak kembali hingga diperoleh jumlah serbuk yang maksimal. Massa serbuk buah tomat yang diperoleh adalah 0,85 kg.

### **Produksi Ekstraksi**

Proses ekstraksi buah tomat menggunakan metode dingin yaitu perendaman air dimana prosesnya mengacu pada proses produksi ekstrak tumbuhan berbasis farmasi Kamus Bahasa Indonesia (2017) dimodifikasi. Maserasi adalah proses ekstraksi sederhana dengan pelarut pada suhu kamar. Metode ini dipilih karena sederhana, mudah, murah, dan sesuai untuk meminimalkan degradasi senyawa termostabil seperti senyawa fenolik berupa flavonoid atau tanin.

Maserasi biasanya melibatkan beberapa langkah, meliputi :

1. Pengurangan ukuran partikel tanaman untuk meningkatkan luas permukaan dicapai dalam penelitian ini menggunakan penyerbuk, penggilingan dan saringan 60 mesh.
2. Pilih dan tambahkan pelarut yang benar dalam wadah tertutup. Pemilihan pelarut didasarkan pada prinsip "selarut mungkin", dalam penelitian ini digunakan pelarut berupa etanol. Etanol bersifat polar ditandai dengan adanya gugus hidroksil sehingga dapat berikatan dengan gugus hidrogen dari gugus hidroksil senyawa fenolik seperti flavonoid dan tanin. Selain itu, etanol juga tidak beracun dan dapat menghambat aktivitas enzim sehingga dapat digunakan untuk meminimalkan risiko hidrolisis dan oksidasi. Aktivitas total fenolik, flavonoid total dan antioksidan ekstrak meningkat dengan meningkatnya konsentrasi etanol dan mencapai nilai optimum pada konsentrasi 70%. Maserasi dibantu dengan proses brewing dengan shaker. bertujuan untuk meningkatkan difusi dan menghilangkan larutan pekat pada permukaan sampel dan membawa pelarut segar ke dalam kontak dengan sampel dan memaksimalkan ekstraksi.
3. Setelah penyaringan selesai, filtrat dan residu dipisahkan dengan penyaringan menggunakan kertas saring, corong Buchner dan aspirator, filtrat yang dihasilkan

berwarna merah tua dan residu berwarna orange. Filtrat yang disaring disimpan dalam wadah tertutup rapat dan terlindung dari cahaya. Sisanya dianalisis kembali untuk menghilangkan sebanyak mungkin senyawa aktif dari sampel. Filtrat gabungan dipisahkan menggunakan rotary evaporator dengan tekanan 175 mbar dan suhu penangas 50°C sampai diperoleh ekstrak pekat. Ekstrak kemudian ditempatkan dalam oven pada suhu 50°C sampai diperoleh berat konstan. Hasil massa tetap akhir dari ekstrak adalah 15,35 gram atau efisiensi 25,12%.

Hasil akhir ekstrak yang diekstraksi berwarna orange, kental dan memiliki pH = 7.

#### Penetapan Kadar Air Simplisia dan Ekstrak

Standar penentuan kadar air simplisia dan ekstrak simplisia penting untuk meminimalkan risiko pertumbuhan mikroba termasuk jamur sebagai sumber kontaminasi. Penentuan kadar air dalam serbuk dan ekstrak simplisia secara gravimetri berdasarkan selisih massa bahan baku sebelum dan sesudah pemanasan. Prinsip pengukuran kadar air dengan metode ini adalah penguapan senyawa dari air menggunakan panas. Penetapan kadar air dilakukan dengan menimbang sampel sebanyak 10 gram, kemudian dipanaskan dalam oven pada suhu 105°C selama 5 jam dan ditimbang, kemudian dijemur dengan selang waktu 1 jam sampai selisih antara 2 penimbangan berturut-turut tidak melebihi 0,25%. Persentase kadar air diperoleh dengan rumus sebagai berikut:

$$\% \text{ Kadar air} = \frac{(\text{massa awal} - \text{massa akhir})}{\text{massa awal}} \times 100 \%$$

Hasil penentuan kadar air pada serbuk simplisia adalah 10,45% pada ekstrak 25,12%. Kadar air ekstrak berada pada kisaran kadar air ekstrak kental menurut Voight (1994) dari 5-30%.

#### Uji Fitokimia Ekstrak

Dalam penelitian ini dilakukan penentuan kualitatif kandungan fitokimia ekstrak. Berdasarkan hasil penapisan fitokimia, ekstrak secara kualitatif ditentukan mengandung alkaloid, steroid, saponin, flavonoid dan fenol/polifenol/tanin. Hal ini sesuai dengan hasil skrining fitokimia dan Fourier transform infrared (FTIR) bahwa ekstrak mengandung antioksidan berupa vitamin C, flavonoid, tanin, alkaloid, steroid dan saponin.

**Tabel II.** Hasil Uji Fitokimia Ekstrak

Identifikasi Senyawa	Pereaksi	Hasil	Kesimpulan
Alkaloid	Pereaksi dragendorff	Endapan jingga	Positif (+)
	Pereaksi Mayer	Endapan putihkekuningan	
Steroid	Pereaksi LiebermannBurchard	Hijau	Positif (+)
Terpenoid	Pereaksi LiebermannBurchard	Hijau	Negatif (-)



Saponin	Air (penggojokan kuat)	Busa	Positif (+)
Flavonoid	Serbuk magnesium dan HCl	Merah	Positif (+)
Fenol / polifenol / tanin	FeCl <sub>3</sub> 10%	Coklat kehitaman	Positif (+)

### Pembuatan Sunscreen Spray

Tahapan minyak yang digunakan untuk membuat spray lotion ini antara lain setil alkohol sebagai pengeras kulit, propil paraben sebagai pengawet, dimetikon sebagai anti air, span 80 sebagai pengawet, pengemulsi dan BHT sebagai antioksidan. Fase air terdiri dari nipagin sebagai pengawet, tween 80 sebagai pengemulsi, gliserin sebagai emolien, kaca sebagai pembawa fase air, trietanolamin (TEA) sebagai agen alkilasi, dan kopolimer akrilat sebagai agen reologi aditif. Penelitian ini menyajikan empat formulasi lotion semprot, yaitu base, F5%, F10% F15%.

Fase minyak dipanaskan dalam penangas air hingga 70°C untuk melelehkan setil alkohol sehingga dapat dihomogenkan dengan komponen fase minyak lainnya. Penambahan BHT sebagai suplemen antioksidan dilakukan setelah fase minyak benar-benar meleleh untuk mengurangi paparan sisa panas agar tidak menurunkan aktivitas antioksidan BHT. Penggunaan kopolimer akrilat berfungsi sebagai aditif reologi dalam formulasi semprotan sunscreen untuk meningkatkan stabilitas produk. Fase air yang dihasilkan dan pembentukan kopolimer akrilat yang dihasilkan dicampur secara menyeluruh kemudian fase minyak ditambahkan secara perlahan sambil dihomogenkan sampai terbentuk emulsi yang homogen. Ketika komposisi telah mencapai suhu lingkungan, ekstrak ditambahkan, dihomogenkan dan ditempatkan dalam botol semprot yang dilapisi dengan aluminium foil.

### Pengamatan Sifat Fisik Dan Stabilitas Semprotan Tabir Surya

Pengamatan sensorik dilakukan untuk mengamati bentuk, bau dan warna produk menggunakan panca indera. Kualitas fisik yang diharapkan dari sediaan semprotan tabir surya adalah tidak mengalami perubahan bentuk, warna dan bau sejak dibuat, disimpan, hingga digunakan. Hasil pengamatan sensorik keempat preparat disajikan pada tabel di bawah ini :

**Tabel III.** Pengamatan Organoleptis Sediaan

Formulasi	Bentuk	Warna	Bau
Basis	Emulsi setengah padat	Putih	Bau basis dominan span
F5%	Emulsi setengah padat	Merah bata (+)	Bau khas buah tomat
F10 %	Emulsi cair	Merah bata (++)	Bau khas buah tomat

F15 %	Emulsi cair	Merah bata (+++)	Bau khas buah tomat
----------	-------------	---------------------	---------------------

Hasil pemeriksaan sensoris setelah penyimpanan selama 21 hari menunjukkan perubahan warna menjadi coklat, tetapi tidak ada perubahan yang signifikan pada penampakan dan bau pada komposisi. Hal ini dapat terjadi karena kerusakan komposisi oleh paparan udara, cahaya atau pH selama penyimpanan dan pengujian. Ion flavilium yang dimiliki oleh flavonoid memiliki warna merah yang berubah dari bentuk terhidrasi menjadi bentuk basa karbinol sehingga menyebabkan perubahan warna. BHT merupakan eksipien yang berfungsi sebagai antioksidan tambahan dalam formulasi ini, penggunaannya kurang tepat untuk melindungi ekstrak dari oksidasi karena lebih dominan perannya dalam fase minyak. Penggunaan antioksidan larut air lebih efektif dalam melindungi senyawa polar yang terekstraksi.

Pengamatan keseragaman dilakukan secara kasat mata dengan mengamati keseragaman distribusi partikel-partikel komposisi yang tersebar di atas permukaan datar berbentuk slide. Komposisi dinyatakan homogen jika tidak terdapat partikel yang besar pada saat komposisi tersebut dilapiskan pada slide. Hasil pengujian keempat formulasi secara visual seragam, ditandai dengan distribusi partikel yang merata, tidak ada gumpalan atau partikel kasar.

Uji pH dilakukan untuk menentukan keasaman sediaan, untuk memastikan kesesuaiannya dengan standar untuk digunakan pada kulit. Sediaan topikal harus berada dalam kisaran pH kulit normal 4,5-7,0. Jika sediaan terlalu basa dapat menyebabkan kulit mengelupas, sedangkan jika terlalu asam dapat menyebabkan iritasi. Pengukuran pH pada keempat formulasi menunjukkan nilai 4,5-7,0 sehingga dapat disimpulkan bahwa sediaan memiliki nilai pH yang baik. Konsentrasi ekstrak berbanding terbalik dengan nilai pH yang terbentuk, semakin tinggi konsentrasi ekstrak maka nilai pH semakin rendah. Hal ini terjadi karena ekstrak memiliki pH asam ( $\pm 5$ ), sehingga jika jumlahnya ditambah akan menurunkan pH basa awal yang relatif netral ( $\pm 7$ ).

**Tabel IV.** Nilai pH Sediaan

<b>Formula</b>	<b>pH</b>
Nivea	6,700 $\pm$ 0,000
Basis	6,900 $\pm$ 0,100
F5%	5,300 $\pm$ 0,100
F10%	3,850 $\pm$ 0,061
F15%	4,567 $\pm$ 0,057

Konfirmasi ada tidaknya perbedaan yang signifikan pada pH masing-masing kelompok preparat dilakukan dengan analisis Kruskal Wallis, memberikan nilai p dan It 0,05 menunjukkan bahwa nilai pH masing-masing formulasi berbeda nyata. Perbedaan masing-masing kelompok sampel diamati dari uji post hoc MannWhitney, sehingga menghasilkan perbedaan perbandingan masing-masing kelompok pada kedua kelompok (p dan  $<0,05$ ) antara preparat Nivea®, basa, F5%, F10% dan F15% .

Pengujian sifat fisik, termasuk pH, diselesaikan dalam waktu 21 hari pada suhu kamar. Pengujian ini dimaksudkan untuk memastikan bahwa sediaan memiliki nilai pH yang memenuhi

kriteria yang ditentukan dan juga stabil selama penyimpanan. Tabel berikut menunjukkan nilai viskositas komposisi untuk empat siklus pengujian:

**Tabel V.** Stabilitas pH Sediaan pada 21 Hari Penyimpanan

For mula	pH sediaan				Sig*
	Hari ke-0	Hari ke-7	Hari ke-14	Hari ke-21	
Nive a®	6,700 ± 0,000	6,567 ± 0,058	6,533 ± 0,058	6,367 ± 0,058	0,102
Basis	6,900 ± 0,100	7,100 ± 0,100	7,023 ± 0,115	7,033 ± 0,115	0,157
F5%	5,300 ± 0,100	5,400 ± 0,100	5,467 ± 0,115	5,250 ± 0,000	0,180
F10%	3,850 ± 0,061	4,833 ± 0,061	4,733 ± 0,058	4,767 ± 0,105	0,180
F15%	4,567 ± 0,057	4,567 ± 0,058	4,500 ± 0,000	4,467 ± 0,058	0,083

Catatan : \*ditunjukkan dari perbandingan hasil pada hari ke-0 dengan hari ke-21

Hasil uji stabilitas pH menunjukkan tidak ada perubahan yang signifikan ( $p > 0,05$ ) pada hari ke 0 dan 21 dari semua formulasi. Hal ini menunjukkan bahwa pH stabil selama 21 hari penyimpanan.

Spray sunscreen diformulasikan dengan viskositas rendah untuk menyederhanakan aplikasi semprotan. Bentuk sediaan spray sunscreen diproduksi sebagai emulsi semi padat menjadi cair, bila konsentrasi ekstrak meningkat maka konsistensi sediaan menjadi lebih cair atau dengan kata lain menjadi lebih cair. Kopolimer akrilat adalah polimer akrilik berbentuk emulsi cair, yang berperan penting dalam meningkatkan viskositas komposisi. Larutan kopolimer akrilat bersifat asam dalam air sehingga penambahan basa pada nilai pH 7 dapat membentuk garam yang menyerap air di sekitarnya, memuai, dan membentuk gel. Dipercaya bahwa penurunan viskositas inokulum dengan meningkatnya konsentrasi ekstrak disebabkan oleh penurunan pH karena penambahan ekstrak asam.

**Tabel VI.** Viskositas Sediaan dalam penyimpanan

Form ula	Viskositas sediaan (dPa.s)				Sig *
	Hari ke-0	Hari ke-7	Hari ke-14	Hari ke-21	
Nive a®	1,161 ± 0,117	0,815 ± 0,057	0,725 ± 0,091	0,976 ± 0,120	0,253
Basis	1,289 ± 0,123	0,835 ± 0,183	0,476 ± 0,124	0,616 ± 0,160	0,112
F5%	0,598 ± 0,326	0,161 ± 0,076	0,377 ± 0,132	0,377 ± 0,043	0,404
F10%	0,323 ± 0,195	0,369 ± 0,177	0,243 ± 0,031	0,289 ± 0,075	0,977
F15%	0,116 ± 0,054	0,411 ± 0,191	0,199 ± 0,092	0,212 ± 0,015	0,086

Berdasar dari analisa *paired samples t-test* nilai viskositas pada hari ke-0 serta hari ke-21 diperoleh nilai  $p > 0,05$  yang menunjukkan tidak terdapat perubahan viskositas secara signifikan disebabkan penyimpanan selama waktu 21 hari di suhu ruang.

#### Penentuan Nilai SPF Sebagai Parameter Tabir Surya

Nilai SPF adalah salah satu parameter yang bisa menentukan efektivitas sediaan sunscreen. Nilai SPF ditentukan dengan metode spektrofotometri UV-Vis pada Panjang gelombang 290-320 nm, intervalnya 5 nm. Syarat sediaan sunscreen yang baik menurut FDA yaitu  $>15$ . Hasil pengukuran nilai SPF sediaan spray lotion bisa dilihat pada table berikut.

**Tabel VII.** Stabilitas SPF Sediaan

Form ula	Waktu		Sig
	Hari ke-0	Hari ke-21	
Ni vea	39,816 ± 0,127	39,608 ± 0,199	0, 185
Ba sis	3,562 ±1,601	3,087 ± 1,516	0, 170
F5 %	11,613 ± 3,135	9,434 ± 1,155	0, 202
F1 0%	25,745 ± 2,936	23,027 ± 0,566	0, 178
F1 5%	38,060 ± 1,369	28,633 ± 3,313	0, 014

Hasil pengujian stabilitas SPF selama waktu 21 hari memperlihatkan tidak ada perubahan secara signifikan pada Nivea, basis, F5% dan F10%. Maka dapat disimpulkan nilai SPF pada formula F5% dan F10% stabil pada penyimpanan dalam waktu 21 hari di suhu ruang.

#### SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan spray lotion sunscreen ekstrak buah tomat menghasilkan sediaan homogen, berbau khas buah tomat, dengan viskositas tidak ada perubahan yang signifikan dan nilai pH yang sesuai standar pH aman untuk diaplikasikan pada kulit yaitu 4,5 – 5,4. Konsentrasi ekstrak buah tomat dalam formula spray lotion sunscreen menghasilkan nilai SPF terbaik yaitu dengan konsentrasi sebesar 10%. Stabilitas F5% dan F10% pada penyimpanan selama 21 hari di suhu ruang relatif stabil karena tidak terdapat perubahan dari nilai pH, viskositas serta pengujian SPF, sedangkan sediaan F15% tidak stabil karena adanya perubahan pada nilai SPF.

#### DAFTAR PUSTAKA

Anbukkarasi, M., Dhamotharan, R., & Janarthanam, B. (2014). World Journal of Pharmaceutical ReseaRch SEED EXTRACTS. *World Journal of Pharmaceutical Research*, 3(3), 5041–5048. <https://doi.org/10.20959/wjpr202110-21242>

- Dewi, E. S. (2018). Isolasi Likopen Dari Buah Tomat (*Lycopersicum Esculentum*) Dengan Pelarut Heksana. *Jurnal Agrotek UMMat*, 5(2), 123. <https://doi.org/10.31764/agrotek.v5i2.707>
- Hajrah, Meylina, L., Sulistiarini, R., Puspitasari, L., & Prichatin Kusumo, A. (2017). Optimasi Formula Nanoemulgel Ekstrak Daun Pidada Merah (*Sonneratia Caseolaris* L) Dengan Variasi Gelling Agent. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 1(7), 333–337. <https://doi.org/10.25026/jsk.v2i2.52>
- Hassan, I., Dorjay, K., Sami, A., & Anwar, P. (2013). Sunscreens and Antioxidants as Photo-protective Measures: An update. *Our Dermatology Online*, 4(3), 369–374. <https://doi.org/10.7241/ourd.20133.92>
- Isfardiyana, S. H., Safitri, S. R., Hukum, J. I., Hukum, F., Indonesia, U. I., Farmasi, J., & Indonesia, U. I. (2014). Pentingnya melindungi kulit dari sinar ultraviolet dan cara melindungi kulit dengan sunblock buatan sendiri. 3(2), 126–133.
- Izumi, T., Yamamoto, K., Suzuki, N., Yamashita, S., Iio, S., Noguchi, H., Kakinuma, T., Baba, A., Takeda, S., Yamada, W., & Shimoda, H. (2021). Tomato Seed Extract Containing Lycoperoside H Improves Skin Elasticity in Japanese Female Subjects: A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Trial. *Journal of Cosmetics, Dermatological Sciences and Applications*, 11(03), 217–236. <https://doi.org/10.4236/jcdsa.2021.113019>
- Lega Dwi Asta Sari, Riska Surya Ningrum, Aisyah Hadi Ramadani, E. K. (2021). Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia Vol. 8 No. 1 April 2021 74. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 8(1), 74–82.
- Ngoc, L. T. N., Tran, V. Van, Moon, J. Y., Chae, M., Park, D., & Lee, Y. C. (2019). Recent Trends of Sunscreen Cosmetic. *Cosmetics*, 6(64), 1–15.
- Pratama, M. R., Akbar, K., Putri, F., Hanik, M., & Shabrina, A. (2020). FORMULASI SPRAY GEL EKSTRAK ETANOL BIJI KEDELAI (*Glycine max*) SEBAGAI SEDIAAN KOSMETIK TABIR SURYA. 17(2), 44–50.
- Syahara, S., & Vera, Y. (2020). Penyuluhan pemanfaatan buah tomat sebagai produk kosmetik antioksidan alami di desa manunggang julu. 8(1), 21–22.
- Tamara, A., Harjanti, R., & Nilawati, A. (n.d.). Evaluasi Aktivitas Tabir Surya Krim Ekstrak Etanol Buah Tomat (*Solanum lycopersicum* L.) Secara in Vitro dan in Vivo Evaluation of in Vitro and in Vivo Sunscreen Activity of Cream Containing Tomato (*Solanum lycopersicum* L.) *Ethanol Extract Fakultas Far.* 688–695.
- Thakre, A. D. (2017). Formulation and development of de pigment serum incorporating fruits extract. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 2(12), 330–382.
- Widyastuti, W., Kusuma, A. E., Nurlaili, N., & Sukmawati, F. (2016). Antioxidant and Sunscreen Activities of Ethanol Extract of Strawberry Leaves (*Fragaria x ananassa* A.N. Duchesne). *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 3(1), 19–24. <http://jsfkonline.org/index.php/jsfk/article/view/92>

## HUBUNGAN BUDAYA JAWA DAN PERSEPSI IBU DENGAN PERILAKU PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING ASI DINI

<sup>1</sup>Ilham Agung Bahtiar, <sup>2</sup>Yuni Puji Widiastuti, <sup>3</sup>Siti Musyarofah\*, <sup>4</sup>Rina Anggraeni  
<sup>1,2,3,4</sup> Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal, sitimusyarofah24@gmail.com

### ABSTRAK

**Pendahuluan :** Cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi di Indonesia menurun dalam beberapa tahun terakhir. Hal ini dipengaruhi oleh sikap dan persepsi ibu terhadap budaya pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini. **Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 62 orang ibu yang memiliki bayi usia 0-6 bulan di Desa Bandegan, teknik sampel menggunakan teknik Total Sampling. Alat penelitian menggunakan kuesioner. **Hasil :** Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara Budaya Jawa dengan perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dengan nilai P value 0,44 atau  $\alpha > 0,05$ , dan tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi ibu dengan perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan dengan nilai P value 0,543 atau  $\alpha > 0,05$ .

**Kata Kunci :** Budaya Jawa, MP-ASI, Perilaku, Persepsi

### ABSTRACT

**Introduction:** The scope of exclusive breastfeeding for infants in Indonesia has been decreasing in the last few years. This is influenced by the behaviour and perception of mother towards the culture of early weaning food feeding. **Method:** This research was a correlational descriptive research using cross sectional approach with Total Sampling method. Samples in this research were 62 mothers who had 0-6 months old babies in Bandengan village. Questionnaires were used as the instrument research. **Result:** The research result showed insignificant correlation between the Javanese culture and the breastfeeding behaviour with the P value of 0.44 or  $\alpha > 0.05$ . There was also insignificant correlation between mothers' perception and the weaning food feeding behaviour for 0-6 months-old infants with the P value of 0.543 or  $\alpha > 0.05$ .

**Keywords :** Javanese culture, weaning food, behaviour, perception

### PENDAHULUAN

Cakupan pemberian ASI eksklusif pada bayi di Indonesia menurun dalam beberapa tahun terakhir. Hal ini dipengaruhi oleh sikap dan persepsi ibu terhadap budaya pemberian makanan pendamping ASI (MP-AS) dini.

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010, Indonesia menduduki peringkat ke 30 dari 33 negara di Asia dalam pemberian ASI eksklusif, artinya angka cakupan pemberian ASI eksklusif di Indonesia tergolong sangat rendah. Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2015 menyatakan cakupan pemberian ASI Eksklusif pada bayi di Indonesia terjadi penurunan pada tahun 2013 dari 54,3% menjadi 52,3% pada tahun 2014. Menurut data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2017 presentase pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan sebesar 54,4%, sedikit meningkat dibandingkan tahun sebelumnya yaitu sebesar 54,2%. Akan tetapi pada tahun 2014 dan 2015 presentase berada di tingkat 60%, artinya terdapat penurunan angka pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan khususnya di Provinsi Jawa Tengah. Presentase pemberian ASI eksklusif tertinggi adalah kota Magelang yaitu 87,2% dan presentase terendah ada pada Kabupaten Temanggung sebesar 8,4%, Kabupaten Kendal berada pada peringkat 25 dengan presentase 46% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Hasil data studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kendal, cakupan ASI eksklusif tertinggi berada di Puskesmas Ringinarum sebesar 65,54% dan cakupan ASI eksklusif terendah berada di Puskesmas Kendal II sebesar 20,9% (Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal, 2019). Hal ini menunjukkan bahwa angka cakupan ASI eksklusif di Kabupaten Kendal masih jauh dari target



yang diharapkan. Artinya, pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan di Kabupaten Kendal masih tinggi.

Beberapa budaya pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dimasyarakatkan disebabkan karena kebiasaan turun temurun dari budaya orang tua khususnya Budaya Jawa dan leluhur seperti; Upacara Adat *Tahnik* dan *Brokohan*, pelaksanaan aqiqah, Upacara Babaran, pemberian air tajin, memberikan bubur pisang, bubur nasi, makanan yang dilumat, madu dan makanan olahan instan pada bayi yang telah mencapai usia tiga bulan (Phuspita, 2010). Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ibrahim, Rattu & Pangemanan (2014) yang menunjukkan bahwa pengaruh Budaya Jawa terhadap perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) usia 0-6 bulan didominasi oleh kategori kuat sebanyak 40 orang (70%).

Faktor lain yang mempengaruhi ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan adalah faktor persepsi (Saputri, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Sriwahyuniati & Anjarwati pada tahun 2009 menjelaskan bahwa persepsi ibu menyusui tentang ASI eksklusif di Desa Mulo Kecamatan Wonosari Gunung Kidul dikategorikan tidak baik dan sebagian besar responden memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) kepada bayinya sebelum berusia 6 bulan yaitu sebanyak 17 (56%) dari 30 responden. Sebagian besar ibu menyatakan tertarik dengan iklan – iklan susu formula yang sekarang sedang gencar dilakukan oleh produsen susu. Iklan susu formula yang sering ditampilkan di televisi membuat ibu percaya jika susu formula baik untuk kesehatan bayi dan lebih praktis jika ibu memiliki kegiatan yang tidak memungkinkan untuk memberikan ASI secara langsung kepada bayinya (Ginting, Sekawarna & Sukandar, 2013).

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Nugraheni, Prabamurti & Riyanti pada tahun 2018 menyatakan bahwa ibu memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi sebelum usia 6 bulan disebabkan karena kasihan jika hanya diberi ASI, khawatir jika anaknya kelaparan, adanya nilai kepercayaan yang mengatakan —bayi keluar mau makan!, dan dukungan dari suami untuk memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI), menurut ibu hanya memberikan ASI tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bagi bayinya. Pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini juga didukung oleh kepatuhan orang tua terhadap budaya yang ada dimasyarakat.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional, dengan desain cross sectional. Subjek penelitian adalah ibu yang memiliki anak yang berusia 0-6 bulan di Desa Bandengan, Kecamatan Kendal, Kabupaten Kendal dengan populasi seluruh ibu menyusui yang memiliki bayi usia 0-6 bulan sebanyak 62 ibu. Arikunto (2010) menyatakan apabila sampel kurang dari 100 maka sampel diambil dari keseluruhan populasi yang ada sehingga didapatkan sampel sebanyak 62 ibu. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik total sampling. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner untuk mengukur variabel usia, pendidikan, pekerjaan, Budaya Jawa, persepsi ibu, dan perilaku ibu kemudian dianalisis menggunakan Uji *Chi-Square*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Analisis Univariat
  - a. Karakteristik Responden
    - 1) Usia

**Tabel 1 Distribusi frekuensi berdasarkan usia pada responden di Desa Bandengan**

Variable	Median	Standar	Min	Max
<u>Deviasi</u>				
Usia	30,00	3,558	24	38

Tabel 1 menunjukkan bahwa usia responden terendah yaitu sebesar 24 tahun sebanyak 1 (1,6%) responden, dan tertinggi sebesar 38 tahun sebanyak 2 (3,2%) responden.

- 2) Pendidikan

**Tabel 2 Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan di Desa Bandengan**

<b>Pendidikan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase</b>
SD/Tidak Sekolah	22	35,5
SMP	25	40,3
SMA/SMK	11	17,7
Sederajat		
Perguruan Tinggi	4	6,5
	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas responden berpendidikan SMP/ sederajat sebesar 25 (40,3%), dan hanya sebesar 4 (6,5%) responden yang berpendidikan perguruan tinggi.

### 3) Pekerjaan

**Tabel 3. Distribusi frekuensi berdasar kan pekerjaan di Desa Bandengan**

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase</b>
PNS	0	0
Petani	0	0
Nelayan	0	0
Buruh	4	6,5
Wiraswasta	35	56,5
Lainnya	23	37,1
	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Tabel di atas menunjukkan bahwa mayoritas pekerjaan responden wiraswasta sebanyak 35 (56,5%) responden.

### 4) Budaya Jawa

**Tabel 4. Distribusi frekuensi berdasarkan Budaya Jawa di Desa Bandengan**

<b>Budaya Jawa</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase</b>
Mengikuti budaya jawa		0
Tidak mengikuti budaya jawa	0	0
	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Tabel 4 menunjukkan bahwa rata-rata responden mengikuti Budaya Jawa setempat sebanyak 34 (54,8%) dan responden yang tidak mengikuti Budaya Jawa setempat sebanyak 28 (45,2%).

### 5) Persepsi

**Tabel 5. Distribusi frekuensi berdasarkan Persepsi di Desa Bandengan**

<b>Persepsi Ibu</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Prosentase</b>
Persepsi Negatif	28	45,2
Persepsi Positif	34	54,8
	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi negatif sebanyak 28 (45,2%) dan responden yang memiliki persepsi positif sebanyak 34 (54,8%).

6) Perilaku

**Tabel 6. Distribusi frekuensi berdasarkan Perilaku di Desa Bandengan**

Perilaku	Frekuensi	Prosentase
Perilaku Negatif	24	38,7
Perilaku Positif	38	61,3
	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa perilaku positif lebih besar persentasenya di banding dengan perilaku negatif.

2. Analisis Bivariat

2.1. Hubungan budaya Jawa dengan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi 0-6 bulan

**Tabel 7. Hubungan budaya Jawa dengan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi 0-6 bulan**

Budaya Jawa	Perilaku Positif		Perilaku Negatif		Total		P value
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%	
Tidak mengikuti Budaya Jawa	21	17,2	7	10,8	28	45	0,44
Mengikuti Budaya Jawa	17	12,8	17	13,2	34	55	
Total	38	38	24	24	62	100	

Hasil analisis *chi-square* diperoleh nilai p sebesar 0,44, maka  $H_0$  ditolak. Artinya tidak ada hubungan budaya Jawa dengan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi 0-6 bulan

2.2. Hubungan persepsi ibu dengan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi 0-6 bulan

Persepsi	Perilaku Positif		Perilaku Negatif		Total		P value
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%	
Persepsi Negatif	16	26	12	19	28	45	0,543
Persepsi Positif	22	35	12	19	34	55	
Total	38	61	24	39	62	100	

Hasil analisis *chi-square* diperoleh nilai p sebesar 0,543, maka  $H_0$  ditolak. Artinya tidak ada hubungan persepsi dengan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi 0-6 bulan

## PEMBAHASAN

### 1. Analisis Univariat

#### a. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia responden di Desa Bandengan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal dalam rentang usia 24-38 tahun. *World Health Organization* (WHO) tahun 2010 mengategorikan usia 26-35 tahun adalah kategori dewasa awal. Pada rentang usia ini kestabilan emosi dan cara berpikir seorang individu cenderung lebih tidak stabil dibanding dengan usia dewasa akhir. Hal ini sejalan dengan penelitian Saputri (2013) yang mengatakan bahwa usia dapat mempengaruhi cara berpikir.

Pada umumnya usia dewasa akan memiliki emosi yang lebih stabil dibandingkan dengan usia yang lebih muda. Sama halnya dengan usia ibu, pada ibu hamil yang usianya terlalu muda akan menyebabkan kondisi fisiologis dan psikologisnya belum siap untuk menjadi ibu.

#### b. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata pendidikan terakhir yang ditempuh responden yaitu SMP sederajat, pendidikan terakhir terendah yang ditempuh responden yaitu SD/Tidak sekolah, dan pendidikan terakhir yang ditempuh responden tertinggi yaitu perguruan tinggi. Hidayat (2013) mengemukakan bahwa pendidikan akan memberikan kesempatan kepada orang untuk membuka jalan pikiran dalam menemukan ide – ide. Secara umum pendidikan akan meningkatkan kepribadian, pengetahuan, dan sikap serta keterampilan dalam menciptakan kepribadian yang mandiri dan berfungsi untuk mengembangkan mutu hidup dan kemampuan manusia.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ibrahim, Rattu, & Pangemanan (2014) menyatakan presentase tertinggi dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini yaitu responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah sebesar 79,5% dengan *odds ratio* (OR) dalam uji statistik sebesar 2.469 yang berarti bahwa responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah berpeluang memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini 2.469 kali lebih tinggi dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan yang tinggi.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan sangat mempengaruhi seseorang dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayinya. Tingkat pendidikan dalam penelitian ini mayoritas berpendidikan SMP/ sederajat, masa SMP dapat dikategorikan usia remaja awal dimana pada rentang usia ini seseorang dapat dengan mudah menerima informasi tanpa memikirkan hal yang benar atau salah, hal ini memungkinkan responden memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) sebelum bayinya menginjak usia 6 bulan

#### c. Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penelitian tertinggi responden yaitu wiraswasta sebanyak 35 (56,5%) responden, pekerjaan terendah responden sebagai buruh sebesar 4 (6,5%), dan tidak ada responden yang bekerja sebagai ibu rumah tangga (tidak bekerja). Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Ginting (2013) yang menjelaskan bahwa status pekerjaan akan mempengaruhi perilaku ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI), berdasarkan status pekerjaan hasil penelitian ini dari 71 orang ibu yang bekerja, 56 (78,9%) orang diantaranya telah memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini kepada bayinya dan hanya 15 (21,1%) orang yang tidak memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini kepada bayinya.

Peneliti berpendapat bahwa ketika seseorang memiliki status pekerjaan maka akan mempengaruhi waktu pemberian air susu ibu (ASI) kepada bayinya secara eksklusif, karena berdasarkan fakta di lapangan status pekerjaan sangat menyita waktu yang

dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti larangan membawa anak pada saat bekerja, serta jauhnya jarak rumah dengan tempat bekerja sehingga tidak memungkinkan untuk pulang dan memberikan air susu ibu (ASI) secara eksklusif.

**d. Budaya Jawa**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan di Desa Bandengan sebanyak 34 (54,8%), dan responden yang tidak mengikuti Budaya Jawa dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan di Desa Bandengan sebanyak 28 (45,2%). Hal ini menunjukkan adanya kepatuhan budaya yang dianut oleh sebagian besar responden terkait pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan di Desa Bandengan.

Suku Jawa merupakan salah satu suku bangsa yang terbesar di Indonesia dan memiliki ritual adat yang melekat sama dengan suku bangsa lain, salah satunya dalam memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) (Phuspita, 2010). Budaya/adat tersebut antara lain Upacara Babaran, Upacara Tahnik/Brokohan, aqiqah, pemberian air tajin, dan pemberian makanan seperti madu, pisang yang dilumatkan, dan air putih yang sudah melekat dan turun-temurun dilakukan masyarakat khususnya Suku Jawa.

Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suwarsih pada tahun 2016 yang menyatakan bahwa kepatuhan budaya mempengaruhi pemberian ASI (MP-ASI) kepada 116 ibu yang memiliki bayi usia 6-24 bulan. sebanyak 90,5% ibu memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia kurang dari 6 bulan dan sebanyak 82,8% ibu patuh terhadap budaya. Berdasarkan kepatuhan budaya yang dianut oleh sebanyak 34 (54,8%) responden pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa selain faktor usia, pendidikan, dan pekerjaan terdapat satu faktor yang mendukung seseorang memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) kepada bayinya sebelum berusia 6 bulan yaitu faktor budaya, dalam penelitian ini budaya yang dianut adalah Budaya Jawa

**e. Persepsi**

Hasil penelitian menunjukkan responden yang memiliki persepsi positif dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) di Desa Bandengan yaitu sebanyak 34 (54,8%) dan responden yang memiliki persepsi negatif dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan di Desa Bandengan yaitu sebanyak 28 (46,2%). Menurut Sudargo (2014) persepsi merupakan proses mengatur, menafsirkan, dan memilih yang dilakukan oleh individu, dua orang dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang sama belum tentu memiliki persepsi yang sama satu sama lain salah satunya dalam hal pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI). Hal ini dapat dikarenakan oleh faktor-faktor lain seperti pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, dan unsur lain yang ada pada diri individu. Hasil penelitian persepsi responden di Desa Bandengan sebanyak 34 (54,8%) responden dikategorikan baik, namun tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maemonah & Lahabi pada tahun 2016 tentang persepsi ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi yang menyatakan bahwa persepsi ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dikategorikan buruk, dengan hasil persepsi ibu makanan pendamping ASI (MP-ASI) diberikan pada bayi kurang dari 6 bulan karena anjuran orang tua, agar bayinya tidak rewel, dan karena pengalaman anak pertama. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian atau teori lain dapat disebabkan adanya Emingkinan bahwa responden memiliki keyakinan yang kental pada aspek budaya dilingkungan setempat sehingga responden lebih memilih untuk memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayinya sebelum berusia 6 bulan.

**f. Perilaku**

Hasil penelitian menunjukkan responden yang memiliki perilaku positif dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan adalah sebanyak 38 (61,3%) dan responden yang memiliki perilaku negatif dalam pemberian pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan adalah sebanyak 24 (38,7%). Perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti emosi, persepsi, motivasi, belajar dan intelegensi (Pieter & Lubis, 2010). Dalam penelitian ini perilaku responden dikategorikan sebagai kategori baik, namun sebagian besar responden masih tetap memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) kepada bayinya sebelum berusia 6 bulan karena mengikuti budaya/adat setempat yang dianut oleh sebagian besar responden.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juliandari dkk pada tahun 2017 tentang hubungan karakteristik ibu dan perilaku dalam pemberian MP-ASI dini dengan pertumbuhan bayi usia 0-6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Poncol Kota Semarang yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku ibu dalam pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) dini dengan pertumbuhan bayi usia 0-6 bulan

**2. Analisis Bivariat**

**a. Hubungan budaya Jawa dengan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi 0-6 bulan**

Berdasarkan hasil uji analisis statistik penelitian yang dilakukan di Desa Bandengan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal menggunakan uji *Chi-Square* didapatkan *P value* 0,44 atau nilai  $\alpha > 0,05$  dan ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang berarti antara Budaya Jawa dengan perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan di Desa Bandengan.

Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Hidayat pada tahun 2013 yang menyatakan bahwa tidak ditemukan hubungan antara faktor umur, pendidikan, paritas, pekerjaan, pengetahuan, budaya/ kepercayaan, sikap, tempat bersalin, tenaga yang melayani IMD, fasilitas rawat gabung, kebijakan tempat kerja, penolong persalinan, dukungan keluarga, dorongan kader dan tenaga kesehatan, dan pengaruh iklan susu (formula) dengan perilaku pemberian ASI eksklusif.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Usmiyati & Maulida pada tahun 2017 di Puskesmas Margadana Tegal yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara faktor umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, pengaruh keluarga, paritas, dan pengaruh budaya terhadap perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan

**b. Hubungan budaya Jawa dengan Perilaku Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi 0-6 bulan**

Berdasarkan hasil uji analisis statistik penelitian yang dilakukan di Desa Bandengan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal menggunakan uji *Chi-Square* didapatkan *P value* 0,543 atau  $\alpha > 0,05$  dan ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang berarti antara persepsi ibu dengan perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan di Desa Bandengan. Secara teori persepsi seseorang akan menghasilkan sesuatu penilaian terhadap sikap atau perilaku dalam kehidupan bermasyarakat (Sarwono dalam Listyana, 2015). Pada umumnya persepsi seseorang akan mempengaruhi sikap atau perilaku dan tradisi individu maupun kelompok yang mereka percayai.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sriwahyuniati & Anjarwati pada tahun 2009 Di Desa Mulo Wonosari Gunung Kidul yang menyatakan



bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi ibu menyusui tentang ASI eksklusif dengan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI)

#### SIMPULAN

- a. Usia responden di Desa Bandengan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal dalam rentang usia 24-38 tahun dengan median 30 tahun.
- b. Rata-rata pendidikan terakhir yang ditempuh responden di Desa Bandengan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal berada di tingkat SMA/SMK sederajat.
- c. Rata-rata pekerjaan responden di Desa Bandengan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal adalah wiraswasta.
- d. Tidak ada hubungan yang berarti antara Budaya Jawa dengan perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan dengan nilai *P value* 0,44 atau  $\alpha > 0,05$ .
- e. Tidak ada hubungan yang berarti antara persepsi ibu dengan perilaku pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi usia 0-6 bulan dengan nilai *P value* 0,543 atau  $\alpha > 0,05$ .

#### DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Dinkes Jateng. (2017). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017.
- Dinkes Kendal. (2019). Profil Kesehatan Kabupaten Kendal Tahun 2019.
- Ginting, Sekawarna, N. & Sukandar, H. (2013). Pengaruh Karakteristik, Faktor Internal dan Eksternal Ibu Terhadap Pemberian MP-ASI Dini Pada Bayi Usia <6 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Barusjahe. Sumatera Utara: Universitas Padjajaran, Bandung.
- Hidayat, M. S. (2013). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian ASI Eksklusif Pada Ibu Yang Melahirkan Luar Rumah Bersalin Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2013. Skripsi. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta.
- Hidayat. (2014). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika.
- Husdianah, dkk. 2014. Gizi, Pemantapan Gizi, Diet, dan Obesitas. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ibrahim, dkk. (2014). Hubungan antara Karakteristik Ibu dan Perilaku Ibu dengan Riwayat Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Dini di wilayah Puskesmas Atinggola Kecamatan Atinggola Kabupaten Gorontalo Utara. JIKMU, Vol. 5 (2).
- Juliandari, dkk. (2017). Hubungan Karakteristik Ibu dan Perilaku Dalam Pemberian MP-ASI Dini Dengan Pertumbuhan Bayi Usia 0-6 Bulan Studi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Poncol Kota Semarang Tahun 2017). Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vol. 6 (4).
- Kemendes RI. (2015). Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Direktorat Gizi Masyarakat. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Kumalasari, dkk. (2015). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini. JOM, Vol. 2 (1).
- Lailina, dkk. 2015. Prinsip Dasar Makanan Pendamping Air Susu Ibu (Mp-Asi) Untuk Bayi 6 – 24 Bulan. Malang: Universitas Brawijaya.
- Lestari, E. (2013). Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Ibu Dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Dini Di Desa Jungsemi Kabupaten Kendal. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal.

- Listyana, R. & Hartono, Y. (2015). Persepsi Dan Sikap Masyarakat Terhadap Penanganan Jawa Dalam Penentuan Waktu Pernikahan (Studi Kasus Desa Jonggrang Kecamatan Barat Kabupaten Magetan Tahun 2013). *Jurnal Agastya*. Vol. 5 (1).
- Luddin. (2010) *Dasar-dasar konseling*. Bandung: CV Perdana Mulya Sarana.
- Maemonah, S. (2016). Persepsi Ibu Dalam Pemberian Makanan Tambahan Pada Bayi. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. Vol. 4 (3).
- Molika, E. (2017). *Buku Pintar MPASI: Bayi 6 Bulan Sampai Dengan 1 Tahun*. Jakarta: Lembar Langit Indonesia.
- Nadesul, H. (2011). *Makanan Sehat Untuk Bayi*. Jakarta: Puspa Swara.
- Notoatmodjo (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo (2012). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugraheni, dkk. (2018). Pemberian MP- ASI Dini Sebagai Salah Satu Faktor Kegagalan ASI Eksklusif Pada Ibu Primipara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol. 1 (5) 806 - 811.
- Permenkes RI. (2012). *Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif*.
- Phuspita. (2010) *Sistem Kepercayaan Adat Kehamilan dan Kelahiran Di Dalam Masyarakat Jawa Dalam Teks Platenabum Yogyakarta*. Skripsi. Fakultas Ilmu Pengetahuan Budaya. Universitas Indonesia.
- Pieter, H. Z. & Lubis, N. L. (2010). *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana.
- Rahmadhanny (2011). *Faktor penyebab putusnya asi eksklusif pada ibu menyusui di puskesmas rumbai kecamatan rumbai pesisir*. Skripsi. Universitas Indonesia.
- Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2009). *Perilaku Organisasi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Roesli, U. (2011). *Mengenal ASI Eksklusif*. Niaga Swadaya.
- Saputri, C. K. (2013). *Alasan Ibu Memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Dini Dengan Pendekatan Teori Health Belief Model Di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Pesanggrahan Jakarta Selatan Tahun 2013*. Skripsi. Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah. Jakarta.

## IMPLEMENTASI GERMAS DI MASYARAKAT

<sup>1</sup>Yulia Susanti\*, <sup>2</sup>Cahyo Suraji, <sup>3</sup>Pujiati Setyaningsih

<sup>1</sup> Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal,  
[yulia\\_s.kepns@yahoo.co.id](mailto:yulia_s.kepns@yahoo.co.id)

<sup>2</sup> Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal,  
[cah115.aji@gmail.com](mailto:cah115.aji@gmail.com)

<sup>3</sup> Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Universitas Bhakti Kencana,  
[pujiatisetyaningsih@gmail.com](mailto:pujiatisetyaningsih@gmail.com)

### ABSTRAK

Salah satu program pemerintah untuk mengendalikan PTM yaitu program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). GERMAS merupakan program peningkatan status kesehatan berbasis masyarakat yang mengutamakan upaya preventif dan promotif tanpa menghilangkan upaya kuratif dan rehabilitatif dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam memasyarakatkan paradigma sehat. Pemerintah Jawa Tengah sendiri menetapkan indikator GERMAS di Jawa Tengah yaitu ABCDEF yang merupakan singkatan dari Aktivitas Fisik rutin 30 menit sehari, Banyak konsumsi sayur setiap hari, Cek Kesehatan, Diberikannya ASI eksklusif, Enyahlah secepatnya asap rokok dan fokus pada pencegahan stunting. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan tindakan masyarakat GERMAS. Responden dalam penelitian ini berjumlah 196 keluarga. Pengumpulan data dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pelaksanaan tindakan GERMAS kurang baik. Pelaksanaan GERMAS masyarakat pada indikator Cek Kesehatan masih minimal yaitu pemeriksaan berat badan, tinggi badan, tekanan darah, gula darah sewaktu.

**Kata kunci:** GERMAS, hidup sehat, cek kesehatan, ABCDEF

### ABSTRACT

One of the government programs to control ncds is the Healthy Living Community Movement (GERMAS) program. GERMAS is a community-based health status improvement program that prioritizes preventive and promotive efforts without eliminating curative and rehabilitative efforts by involving all components of the nation in socializing a healthy paradigm. The Central Java Government itself sets GERMAS indicators in Central Java, namely ABCDEF which stands for Routine Physical Activity 30 minutes a day, Lots of vegetable consumption every day, Health Checks, Exclusive breastfeeding, Enyahlah as soon as possible cigarette smoke and focus on stunting prevention. This study aims to determine the implementation of GERMAS community actions. Respondents in this study numbered 196 families. Data collection by interview using a structured questionnaire. The results showed that most of the implementation of GERMAS measures was not good. The implementation of community GERMAS on the Health Check indicators is still minimal, namely checking body weight, height, blood pressure, blood sugar during.

**Keywords:** GERMAS; healthy living; health checks; ABCDEF

### PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Promotif dan preventif merupakan upaya yang sangat efektif untuk mencegah meningkatnya kematian dan kesakitan

akibat penyakit baik menular maupun tidak menular, pencegahan penyakit akan sangat tergantung pada perilaku individu yang didukung oleh kualitas lingkungan, ketersediaan sarana dan prasarana serta dukungan regulasi untuk hidup sehat, diperlukan keterlibatan aktif seluruh komponen baik pemerintah pusat dan daerah, sektor non-pemerintah, dan masyarakat (Indriyawati, N., Jannah, M., & Saptiwi, B., 2019).

Pembangunan nasional melibatkan peran seluruh elemen bangsa. Masyarakat merupakan bagian penting yang tidak terpisahkan dalam mencapai tujuan pembangunan nasional. Salah satu pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah adalah bidang kesehatan. Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran dan kemampuan masyarakat dalam menjalani hidup sehat yang bermuara pada terciptanya derajat kesehatan masyarakat yang tinggi (Kemenkes, 2017). Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit akut atau kronis yang tidak dapat menular ke orang lain dan merupakan penyebab kematian terbanyak di Indonesia, hal tersebut menjadi masalah kesehatan penting dan dalam waktu bersamaan morbiditas dan mortalitas yang semakin meningkat menjadi beban ganda dalam pelayanan kesehatan, tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan bidang kesehatan di Indonesia (Riskedas, 2018). Data Riskedas 2018 menunjukkan prevalensi PTM di Indonesia mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskedas 2013. Prevalensi kanker naik dari (1,4%) menjadi (1,8%), stroke naik dari (7%) menjadi (10,9%) dan penyakit ginjal kronik naik dari (2%) menjadi (3,8%), diabetes melitus naik dari (6,9%) menjadi (8,5%); hipertensi naik dari (25,8%) menjadi (34,1%). Kenaikan prevalensi PTM berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktivitas fisik, serta konsumsi buah dan sayur (Riskedas, 2018). Data 10 besar penyakit di Kabupaten Kendal Tahun 2020, jenis penyakit menular tertinggi adalah Infeksi saluran pernafasan atas akut sebanyak 204.167 dan jenis penyakit tidak menular tertinggi adalah hipertensi sebanyak 37.648 (DinKes Kab Kendal, 2021).

Salah satu program pemerintah untuk mengendalikan PTM yaitu program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), gerakan nasional ini diprakarsai oleh Presiden RI Joko Widodo tahun 2016 mengutamakan upaya *preventif* dan *promotif* tanpa menghilangkan upaya *kuratif* dan *rehabilitatif* dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam memasyarakatkan paradigma sehat. Program GERMAS merupakan strategi yang terencana dan dijalankan dalam jangka panjang. Terdapat 7 indikator dalam gerakan GERMAS yaitu: melakukan aktivitas fisik, mengkonsumsi sayur dan buah, tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, memeriksa kesehatan, membersihkan lingkungan tempat tinggal dan menggunakan sarana jamban (Kemenkes, 2017). Hasil penelitian yang dilakukan Hastuti, NP. Susanti, Y. Iqomh, MKB. (2019), menunjukkan gerakan masyarakat hidup sehat di Kelurahan Karang Sari Kabupaten Kendal dalam kategori kurang baik. Hasil penelitian lain yang dilakukan Susanti, Y., Septiyana, R., & Praditta, S. E. (2021) menunjukkan bahwa ada perbedaan perilaku masyarakat dalam gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) Daerah Rural dan Urban. Gerakan masyarakat hidup sehat saat ini belum dilaksanakan secara maksimal. Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui gambaran implementasi GERMAS di masyarakat.

## **METODE**

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dalam bentuk studi deskriptif. Jumlah sampel 196 keluarga. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *simple random sampling* Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan jenis pertanyaan tertutup. Pilihan jawaban menggunakan skala *Guttman* yang terdiri dari 2 pilihan jawaban yaitu “Ya” atau “Tidak”. Pengisian kuesioner ini dengan cara di checklist pada jawaban yang menjadi pilihan responden.

Berdasarkan hasil dari uji validitas dengan menggunakan sampel sebanyak 20 responden didapatkan hasil yaitu 15 item pertanyaan dinyatakan valid dengan nilai  $r$  lebih besar dari 0,361 dengan taraf kesalahan 5% dengan nilai 0,384-0,760. Hasil uji reliabilitas didapatkan hasil 0,646, hasil tersebut lebih besar dari 0,5 atau mendekati angka satu sehingga dinyatakan reliabel. Pada penelitian ini dilakukan uji *internal consistency* yaitu mengujikan instrumen sekali saja. Jika hasil perhitungan mendekati nilai 1 maka dianggap reliabel. Untuk menentukan reliabilitas terhadap butir-butir pernyataan variabel dilakukan pengujian dengan *Cronbach's Alpha*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini meliputi karakteristik responden dan implementasi tindakan GERMAS masyarakat disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut ini.

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Status Perkawinan, Pendidikan, dan Pekerjaan Bulan Februari 2022 (N=196)

Variabel	Frekuensi (F)	Presentase (%)
<b>Usia</b>		
Dewasa awal	99	50,5
Dewasa akhir	74	37,8
Lansia awal	23	11,7
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	74	37,8
Perempuan	122	62,2
<b>Status perkawinan</b>		
Menikah	194	99
Janda	2	1,0
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	21	10,7
Sekolah dasar	63	32,1
SMP	55	28,1
SMA	56	28,6
<b>Perguruan Tinggi</b>	1	0,5
<b>Pekerjaan</b>		
PNS	1	0,4
Petani	22	11,2
Buruh	26	13,3
Nelayan	17	8,7
Wiraswasta	64	32,7
Lainnya (IRT)	66	33,7
Total	196	100

Tabel 1 diatas menunjukkan bahwa karakteristik responden sebagian besar pada kategori usia dewasa awal 26-35 tahun sebanyak 99 responden (50,5%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 122 responden (62,2%), status perkawinan menikah sebanyak 194 responden (99%), berpendidikan SD sebanyak 63 (32,1 %), bekerja sebagai pekerja lainnya sebanyak 64 (33,7%). Berdasarkan karakteristik usia responden penelitian sebagian besar responden masuk dalam kategori usia dewasa awal sebanyak 99 responden (50,5%) sesuai rentang usia 26 tahun – 35 tahun (Depkes, 2009). Masa dewasa awal dimulai pada umur 18 tahun sampai kira-kira 40 tahun. Saat perubahan-perubahan fisik dan psikologis yang menyertai berkurangnya kemampuan reproduktif. Masa dewasa awal merupakan periode penyesuaian diri terhadap pola-pola kehidupan yang baru

dan harapan-harapan sosial baru. Orang dewasa awal diharapkan memainkan peran baru, seperti suami/istri, orang tua, dan pencari nafkah, keinginan - keinginan baru, mengembangkan sikap-sikap baru dan nilai-nilai baru sesuai tugas baru (Hurlock, E. B., 1996). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hastuti, Susanti dan Iqomh (2019) hasil rata-rata usia responden 45 tahun dan penelitian Susanti, Y., Septiyana, R., & Praditta, S. E. (2021) rata-rata usia responden 42,9 tahun. Semakin tua maka semakin banyak pula pengalaman yang dimiliki, sehingga pengetahuannya makin bertambah. Banyaknya pengetahuan tersebut dapat membuat seseorang akan lebih siap dalam menghadapi sesuatu (Notoatmodjo, 2003). Dengan bertambahnya usia seseorang, biasanya diiringi juga dengan perubahan perilaku. Dengan usia yang semakin bertambah, seseorang biasanya akan sulit untuk menerima sebuah informasi. Terkadang mereka menjadi kurang aktif, mudah terkena penyakit, dan cenderung tidak peduli terhadap perilaku hidup bersih dan sehat (Wati, P. D. C. A., & Ridlo, I. A., 2020).

Karakteristik jenis kelamin dalam penelitian ini sebagian besar perempuan. Jenis kelamin adalah faktor predisposing atau faktor pemudah seseorang untuk berperilaku (Notoatmodjo, 2012). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa penerapan GERMAS antara laki-laki dan perempuan nilainya sangat baik (Utama, T. A., Himalaya, D., & Rahmawati, S., 2020). Pada umumnya seorang perempuan lebih rajin dibandingkan dengan seorang laki-laki dalam menjaga kebersihan. Di dalam budaya timur pada kehidupan sehari-hari, biasanya perempuan diwajibkan untuk menjaga kebersihan dirinya dan lingkungan. Sebagai contoh yaitu seorang perempuan biasanya sudah dibiasakan untuk menyapu dengan tujuan menjaga kebersihan lingkungan atau menjaga kebersihan diri dengan gosok gigi hingga rajin memotong kuku guna menjaga penampilan (Wati, P. D. C. A., & Ridlo, I. A., 2020).

Karakteristik status perkawinan sebagian besar masyarakat menikah sebanyak 194 responden (99%). Hasil penelitian ini menunjukkan lebih banyak responden yang statusnya menikah, status menikah ini menunjukkan bahwa seseorang memasuki masa dewasa awal merupakan suatu usia reproduktif, masa ini ditandai dengan membentuk rumah tangga. Pada masa ini khususnya wanita, sebelum usia 30 tahun, merupakan masa reproduktif, dimana seseorang wanita siap menerima tanggung jawab sebagai seorang ibu. setiap masa dalam kehidupan manusia, pasti mengalami perubahan, sehingga seseorang harus banyak melakukan kegiatan penyesuaian diri dengan kehidupan perkawinan, peran sebagai orang tua dan sebagai warga negara yang sudah dianggap dewasa secara hukum (Hurlock, E. B., 1996). Karakteristik pendidikan responden sebagian besar SD sebanyak 63 (32,1 %), hasil penelitian ini menunjukkan bahwa masyarakat memiliki tingkat pendidikan yang rendah yaitu tingkat pendidikan dasar dengan melihat hasil pendidikan SD dan SMP mempunyai sebanyak 60,2%, sedangkan pendidikan menengah (SMA) sebesar 28,6% dan yang tidak sekolah sebesar 10,7%. Tingkat pendidikan yang kurang menyebabkan rendahnya kesadaran seseorang akan pentingnya kebersihan. Apabila seseorang mempunyai pendidikan formal yang baik, maka kesadaran dalam menjaga kesehatan lingkungan termasuk pemahamannya mengenai penerapan prinsip-prinsip PHBS juga semakin baik. Pendidikan merupakan serangkaian proses dalam membentuk perilaku pada individu (Mubarak, 2007). Tingkat pendidikan yang rendah, akan menjadikan seseorang mengalami hambatan dalam menerima informasi baik seputar kesehatan ataupun lainnya (Wati, P. D. C. A., & Ridlo, I. A., 2020).

Karakteristik pekerjaan responden sebagian besar pekerjaan lainnya sebanyak 64 (33,7%). Penelitian ini yang dimaksud pekerjaan lainnya adalah ibu rumah tangga, sudah pensiun atau tidak berkerja. Hasil penelitian yang sama dengan penelitian Janwarin, L. M., & Souisa, G. V. (2019). Responden terbanyak ada pada kelompok tidak bekerja yang terdiri dari ibu rumah tangga, pelajar, mahasiswa, pensiunan, dan yang belum memiliki pekerjaan. Bagi ibu rumah tangga,



pelajar dan mahasiswa, meskipun dalam keluarga terdapat suami atau orang tua yang memiliki penghasilan, namun dengan banyaknya kebutuhan keluarga akan turut mempengaruhi keluarga dalam menentukan prioritas alokasi belanja, jumlah dan variasi makanan yang dikonsumsi setiap hari.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Pernyataan Tindakan Perilaku GERMAS Bulan Februari 2022 (N=196)

Pernyataan	Ya	Tidak
<b>Aktifitas Fisik</b>		
Melakukan aktifitas fisik 3-5 kali dalam seminggu	135 (68,9%)	61 (31,1%)
Latihan fisik diawali pemanasan, Latihan inti dan pendinginan	60 (30,6%)	136 (69,4%)
Melakukan aktifitas/latihan selama 30 menit	138 (70,4%)	58 (29,6%)
<b>Mengonsumsi buah dan sayur</b>		
Makan sayur minimal 3 kali sehari	93 (47,5%)	103 (52,5%)
Makan buah minimal 2 kali sehari	105 (53,6%)	91 (46,4%)
<b>Cek Kesehatan Berkala</b>		
Melakukan pengukuran berat badan secara rutin	68 (34,7%)	128 (65,3%)
Melakukan pengukuran tinggi badan secara rutin	69 (35,2%)	127 (64,8%)
Melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin	71 (36,2%)	125 (63,8%)
Melakukan pemeriksaan gula darah cepat	79 (40,3%)	117 (59,7%)
<b>Diberikan ASI Eksklusif</b>		
Memberikan ASI Eksklusif	170 (86,7%)	26 (13,3%)
<b>Enyahkan asap rokok dan napza</b>		
Tidak merokok dan tidak menghirup asap rokok	151 (77%)	45 (23%)
Tidak minum alkohol dan tidak menggunakan narkoba	155 (79,1%)	41 (20,9%)
<b>Pencegahan Stunting</b>		
Rutin menimbang balita diPosyandu	177 (90,3%)	19 (9,7%)
Rutin periksa kehamilan	189 (96,4%)	7 (3,6%)
Memperhatikan asupan gizi anak balita	189 (96,4%)	7 (3,6%)
<b>Tindakan GERMAS</b>		
Kurang baik	120 (61,2%)	
Baik	76 (38,8%)	
<b>Total</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

Tabel 2 di atas menunjukkan bahwa tindakan GERMAS pada indikator aktifitas fisik dari jawaban pernyataan tindakan sebagian besar melakukan aktifitas/ latihan selama 30 menit sebanyak 138 responden (70,4%), tindakan mengonsumsi buah dan sayur sebagian besar makan buah minimal 2 kali sehari sebanyak 105 responden (53,6%), tindakan cek kesehatan berkala sebagian besar tidak melakukan pengukuran berat badan secara rutin sebanyak 128 responden (65,3%), tindakan pemberian ASI Eksklusif sebanyak 170 responden (86,7%), tindakan enyahkan asap rokok dan napza sebagian besar tidak minum alkohol dan tidak menggunakan napza sebanyak 155 responden (79,1%) dan pencegahan stunting sebagian besar yaitu tindakan rutin periksa kehamilan dan memperhatikan gizi anak sebanyak 189 responden (96,4%), tindakan/perilaku GERMAS sebagian besar kurang baik sebanyak 120 responden (61,2 %).

### Tindakan GERMAS

Hasil penelitian ini responden yang melakukan aktifitas/latihan fisik 3-5 kali selama 30 menit dalam seminggu sebanyak 70,41%. Aktivitas fisik secara teratur memiliki efek yang menguntungkan terhadap kesehatan yaitu terhindar dari penyakit jantung, stroke, osteoporosis, kanker, tekanan darah tinggi, kencing manis, dan lain-lain, berat badan terkendali, otot lebih lentur dan tulang lebih kuat, bentuk tubuh menjadi ideal dan proporsional, lebih percaya diri, lebih bertenaga dan bugar, secara keseluruhan keadaan kesehatan menjadi lebih baik (Kemenkes RI 2017). Tindakan GERMAS yang masuk kriteria tidak baik pada penelitian ini meliputi responden yang melakukan aktifitas/latihan fisik tetapi tidak mengawali dengan pemanasan/latihan inti/pendinginan sebesar 30,6%, Kurangnya aktifitas fisik menjadi salah satu sumber timbulnya penyakit pada tubuh manusia, menurut data tahun 2016 setidaknya (26,1%) penyebab penyakit tidak menular karena kurangnya aktifitas fisik. Rendahnya aktifitas fisik menyebabkan kurangnya pembakaran kalori pada tubuh bahkan tidak lebih dari 1,5 kali pembakaran kalori saat istirahat, akibatnya sisa-sisa kalori yang tidak terbakar akan menumpuk menjadi lemak dalam jangka panjang akan menyebabkan obesitas atau kegemukan. Obesitas sangat berkaitan dengan penyebab penyakit jantung dan penyakit tidak menular lainnya. Meningkatkan aktifitas fisik setiap hari menjadi salah satu kegiatan GERMAS untuk menghindari dan mencegah timbulnya berbagai penyakit yang disebabkan karena obesitas atau penumpukan lemak dalam tubuh (Moeloe, 2017).

Hasil penelitian ini responden yang makan sayur minimal 3 kali sehari sebesar 47,5%, responden yang makan buah minimal 2 kali sehari sebesar 53,6%, konsumsi buah dan sayur menjadi salah satu kegiatan dalam mensukseskan GERMAS. Buah dan sayur kaya akan nutrisi seperti vitamin dan mineral yang sangat dibutuhkan oleh tubuh, sebuah studi mengungkapkan bahwa rutin mengkonsumsi buah dan sayur dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan tubuh 3 kali lebih besar dibanding yang hanya rutin mengkonsumsi daging (Kemenkes, 2017). Sekitar dua-pertiga dari jumlah anjuran konsumsi sayuran dan buah-buahan tersebut adalah porsi sayur. Konsumsi buah dan sayur dianjurkan sebanyak 2 porsi setiap hari, dalam satu kali makan mengandung 1/3 untuk makanan pokok, 1/3 untuk sayuran, dan 1/3 untuk lauk dan buah akan membantu mencegah penyakit tidak menular kronik seperti kanker usus (Kemenkes, 2016).

Responden yang melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan secara rutin sebesar 35,2%, responden yang melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin sebesar 36,2%, serta responden yang melakukan pemeriksaan gula darah cepat sebesar 40,3%. Pemeriksaan/skrining kesehatan secara rutin merupakan upaya *promotif* dan *preventif* yang diamanatkan untuk dilaksanakan oleh bupati/walikota sesuai Permendagri no 18 tahun 2016 dengan tujuan untuk: mendorong masyarakat mengenali faktor risiko PTM terkait perilaku dan melakukan upaya pengendalian segera ditingkat individu, keluarga dan masyarakat; mendorong penemuan faktor risiko fisiologis berpotensi PTM yaitu kelebihan berat badan dan obesitas, tensi darah tinggi, gula darah tinggi, 32 gangguan indera dan gangguan mental; mendorong percepatan rujukan kasus berpotensi ke FKTP dan sistem rujukan lanjut (Kemenkes, 2017). Hasil penelitian Utama, T. A., Himalaya, D., & Rahmawati, S. (2020) banyak responden yang tidak melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin antara lain pemeriksaan tekanan darah, gula darah, penimbangan berat badan, mengukur lingkar perut, pemeriksaan kolesterol. Beberapa faktor dapat mempengaruhi perilaku masyarakat dalam pemeriksaan kesehatan yaitu faktor internal merupakan faktor yang berasal dari dalam diri masyarakat itu sendiri. Faktor internal yang mempengaruhi minat pemeriksaan rutin berupa kurangnya perhatian warga terhadap masalah penyakit seperti hipertensi, DM, anggapan harga pemeriksaan yang mahal, dan sifat masyarakat yang cenderung malas untuk

mengantri pada pemeriksaan rutin yang dilakukan oleh petugas promkes. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar diri masyarakat, yang mempengaruhi antara lain padatnya pekerjaan dari masyarakat sehingga seringkali menyebabkan tidak dapat mengikuti pemeriksaan rutin karena kegiatan pemeriksaan rutin sering dilaksanakan ketika jam kerja berlangsung.

Responden yang memberikan ASI eksklusif pada saat mempunyai bayi sebanyak 86,7%, menyusui memberikan manfaat jangka pendek dan jangka panjang pada anak dan ibu. Asupan ASI eksklusif dapat membantu melindungi anak-anak dari berbagai penyakit akut maupun kronis. Pemberian ASI eksklusif diatur dalam peraturan pemerintah Republik Indonesia nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Pasal 6 yang berbunyi “Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya. ASI mempunyai segudang manfaat yang dapat dirasakan oleh ibu maupun bayi (Nurlaila, Utami, & W, 2018).

Responden yang tidak merokok serta tidak menghirup asap rokok sebanyak 77,0%. Rokok memberikan efek yang negatif bagi tubuh seseorang dan sebagai sistem utama yang terkena asap rokok secara langsung, sebagian besar efek kesehatan terpusat pada saluran paru, yakni dapat menyebabkan iritasi pada saluran pernapasan atas dan bawah, bronkospasme dan batuk, serta reaksi inflamasi melalui stres oksidatif. Selain pada saluran pernapasan, efek lain yang disebabkan oleh rokok yakni dapat menimbulkan penyakit jantung, kanker, menurunkan imun (sistem kekebalan tubuh), serta merusak sistem saraf dengan mengubah fungsi otak, mempengaruhi suasana hati, kemampuan belajar, memori, dan menyebabkan ketergantungan Saminan, S. (2016). Responden yang tidak minum alkohol dan tidak menggunakan narkoba sebanyak 79,1%. Dalam meminimalisir penyalahgunaan alkohol dan narkoba perlu adanya upaya yang serius dari pemerintah dengan cara penertiban, pencegahan dan dengan peraturan-peraturan. Selain itu juga perlu adanya upaya dari masyarakat sendiri untuk mencegah penyalahgunaan alkohol dan narkoba. Tindakan GERMAS berupa pencegahan ini bisa dimulai dari pihak keluarga. Orangtua bisa berperan sebagai pemberi informasi yang benar tentang narkoba pada anaknya, sebagai pengawas, sebagai pembimbing, mengenal teman anak-anak dan mengawasi pergaulan anaknya.

Responden yang memperhatikan pertumbuhan anak dengan rutin menimbang di Posyandu sebanyak 90,3%, proses pertumbuhan dan perkembangan setiap individu berbeda-beda, bisa cepat maupun lambat tergantung dari beberapa faktor diantaranya hereditas, budaya dalam lingkungan, sosial ekonomi, nutrisi dan lain-lain. Hasil penelitian Husaini, M. A., Jahari, H., & Abas, B. (2009) bahwa anak dengan status gizi buruk cenderung lebih banyak terhambat perkembangan motorik kasarnya (25%) dan 8 kali lebih besar kemungkinan terlambat perkembangan motorik kasarnya dibandingkan anak yang berstatus gizi normal. Responden yang melakukan pemeriksaan rutin ke bidan/dokter ketika hamil sebesar 96,4% pemeriksaan kehamilan ini bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada ibu hamil secara optimal, hingga mampu menghadapi masa persalinan, nifas, menghadapi persiapan pemberian ASI secara eksklusif, serta kembalinya kesehatan alat reproduksi dengan wajar. Pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal 4 (empat) kali selama masa kehamilan, yaitu 1 kali pemeriksaan pada trimester pertama, 1 kali pemeriksaan pada trimester kedua, dan 2 kali pemeriksaan pada trimester ketiga. Responden yang memperhatikan asupan gizi/makanan yang dikonsumsi anak sebesar 96,4%. Setiap orang dianjurkan konsumsi sayuran dan buah-buahan 300 – 400 gram perorang perhari bagi anak balita dan anak usia sekolah, dan 400-600 gram perorang perhari bagi remaja dan orang dewasa. Sekitar dua-pertiga dari jumlah anjuran konsumsi sayuran dan buah-buahan tersebut adalah porsi sayur.

## SIMPULAN

Karakteristik responden sebagian besar pada kategori usia dewasa awal 26-35 tahun sebanyak 99 responden (50,5%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 122 responden (62,2%), status perkawinan menikah sebanyak 194 responden (99%), berpendidikan SD sebanyak 63 (32,1 %), bekerja sebagai pekerja lainnya sebanyak 64 (33,7%). tindakan GERMAS pada indikator aktifitas fisik sebagian besar melakukan aktifitas/ latihan selama 30 menit sebanyak 138 responden (70,4%), tindakan mengkonsumsi buah dan sayur sebagian besar makan buah minimal 2 kali sehari sebanyak 105 responden (53,6%), tindakan cek kesehatan berkala sebagian besar tidak melakukan pengukuran berat badan secara rutin sebanyak 128 responden (65,3%), tindakan memberikan ASI Eksklusif sebanyak 170 responden (86,7%), tindakan enyahkan asap rokok dan napza sebagian besar tidak minum alkohol dan tidak menggunakan napza sebanyak 155 responden (79,1%) dan pencegahan stunting sebagian besar yaitu tindakan rutin periksa kehamilan dan memperhatikan gizi anak sebanyak 189 responden (96,4%), tindakan/perilaku GERMAS sebagian besar kurang baik sebanyak 120 responden (61,2 %).

## DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal 2021. '*Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kendal*', DKK Kendal, Kendal.
- Hastuti, NP, Susanti, Y, Iqomh, MKB. 2019. 'Gambaran Pelaksanaan Kegiatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)', *Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*. 019; 9 (2):141-148. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/469>. <https://doi.org/10.32583/pskm.9.2.2019.141-148>.
- Hurlock, E. B. 1996. 'Psikologi Perkembangan', Erlangga, Jakarta.
- Husaini, M. A., Jahari, H., & Abas, B. 2009. 'KMS Perkembangan Anak: Teknologi Sederhana yang Relevan dengan Program Peningkatan Kualitas SDM', *Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan*, 31, 16-29.
- Indriyawati, N., Jannah, M., & Saptiwi, B. 2019. 'Poltekkes Kemenkes Semarang Wujudkan Gaya Hidup Sehat Melalui Sosialisasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) Di Jawa Tengah', *LINK*, 15(1), 42-45.
- Janwarin, L. M., & Souisa, G. V. 2019. 'Pengetahuan dan Pelaksanaan Germas di Desa Negeri Lama Wilayah Kerja Puskesmas Passo' 2-TRIK: *Tunas-Tunas Riset Kesehatan*, 9(4), 387-393.
- Kemenkes. 2017. 'Buku Panduan Gerakan Masyarakat hidup sehat Warta Kesmas' Edisi 01 Tahun 2017, Kemenkes RI, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. 'Buku Panduan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat', Kemenkes RI, Jakarta.
- Mubarak. 2007. 'Promosi Kesehatan Sebuah Pengamatan Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan', *Graha Ilmu*, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2014. 'Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan', Rineka Jaya, Jakarta.
- Notoatmodjo. 2003. 'Pendidikan dan Perilaku Kesehatan', Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurlaila, N., Kep, M., Utami, N. W., Kep, M., & Cahyani, T. 2018. 'Buku Ajar Keperawatan Anak' Penerbit Leutika Prio.
- Saminan, S. 2016. 'Efek Perilaku Merokok Terhadap Saluran Pernapasan', *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 16(3), 191-194.
- Susanti, Y., Septiyana, R., & Praditta, S. E. 2021. 'Perbedaan Perilaku Masyarakat Dalam Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) Daerah Rural Dan Urban', *Jurnal Ilmu Keperawatan Komunitas*, 4(1), 25-36.
- Utama, T. A., Himalaya, D., & Rahmawati, S. 2020. 'Evaluasi Penerapan Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Di Kota Bengkulu', *Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 91-99.
- Wati, P. D. C. A., & Ridlo, I. A. 2020. 'Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Masyarakat di Kelurahan Rangkah Kota Surabaya', *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 8(1), 47-58.



## ANALISIS DESAIN FORMULIR REKAM MEDIS POLIKLINIK UMUM BERDASARKAN ASPEK ANATOMI DAN ASPEK ISI DI UPT PUSKESMAS PONDOK PUCUNG TANGERANG SELATAN

<sup>1</sup>Larasati Ponianti\*, <sup>2</sup>Nining Supriani

<sup>1</sup>Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, [lponianti@gmail.com](mailto:lponianti@gmail.com)

<sup>2</sup>UPT Puskesmas Pondok Pucung, Tangerang Selatan, [bd.prian@gmail.com](mailto:bd.prian@gmail.com)

### ABSTRAK

Desain formulir merupakan kegiatan untuk merancang formulir rekam medis yang disesuaikan dengan kebutuhan petugas kesehatan yang akan mengisi formulir tersebut. Kelengkapan aspek anatomi, dan isi formulir sangat berpengaruh dalam kelengkapan data rekam medis sesuai dengan kebutuhan. Penelitian ini dilatarbelakangi pada aspek anatomi yang tidak ada *introduction*, *instruction* dan pada aspek isi, pengisian formulir tidak diisi lengkap oleh petugas yang memberi layanan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui komponen desain formulir rekam medis yang ditinjau dari aspek anatomi dan aspek isi. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif yaitu dengan menjabarkan hasil penelitian. Populasi yang digunakan dengan subjek yaitu mewawancarai petugas pengisi formulir rekam medis dan sampel yang digunakan adalah objek yaitu formulir rekam medis.

**Kata Kunci :** *desain formulir, aspek anatomi dan aspek isi, rekam medis.*

### ABSTRACT

*Form design is an activity to design a medical record form that is tailored to the needs of health workers who will fill out the form. The completeness of anatomical aspects, and the content of the form are very influential in the completeness of medical record data according to needs. This research is motivated by anatomical aspects where there is no introduction, instruction and in the aspect of content, the filling of forms is not filled in completely by the officer who provides the service. The purpose of this study is to determine the design components of medical record forms in terms of anatomical aspects and content aspects. The method used in this study is a descriptive method, namely by describing the results of the study. The population used with the subject is to interview the officer filling out the medical record form and the sample used is the object i.e. the medical record form.*

**Keyword :** *form design, anatomical aspects and content aspects, medical records.*

### PENDAHULUAN

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Upaya Kesehatan Perseorangan yang selanjutnya disingkat UKP adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Menurut Permenkes 269 tahun 2008 tentang rekam medis, Rekam Medis merupakan yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Menurut Edna K. Huffman, Desain formulir merupakan kegiatan untuk merancang formulir rekam medis yang disesuaikan dengan kebutuhan petugas kesehatan yang akan mengisi formulir tersebut. Aspek desain formulir terdiri dari aspek anatomi, aspek fisik dan aspek isi. Aspek anatomi terdiri dari kepala (*heading*), perintah (*instruction*), badan (*body*) dan penutup (*close*). Aspek fisik terdiri dari warna yang datanya mudah dibaca, bahan kertas dan kualitas yang berkaitan dengan penyimpanan, ukuran yang digunakan adalah ukuran praktis yang disediakan dengan kebutuhan isi formulir dan bentuk formulir bisa berupa vertikal, horizontal dan



persegi panjang. Aspek isi berupa butir data item atau kelengkapan item, pengelompokan data dan pengurutan data. Kelengkapan aspek anatomi dan aspek isi formulir sangat berpengaruh dalam kelengkapan data rekam medis sesuai dengan kebutuhan.

Di dalam formulir rekam medis poliklinik umum untuk aspek anatomi tidak dicantumkan *instruction* pengisian dan pada aspek isi, pengisian formulir tidak diisi lengkap oleh petugas sehingga mengakibatkan ketidaklengkapan pada dokumen rekam medis dan terlambatnya pengembalian berkas ke ruang penyimpanan. Dari masalah yang telah dipaparkan inilah yang melatarbelakangi penulis untuk meneliti tentang analisis desain formulir rekam medis poliklinik umum berdasarkan aspek anatomi dan aspek isi di UPT Puskesmas Pondok Pucung Tangerang Selatan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana desain formulir rekam medis poliklinik umum di UPT Puskesmas Pondok Pucung Tangerang Selatan. Dimana tujuan khusus dari penelitian ini yaitu :

- a. Untuk mengetahui komponen yang ditinjau dari aspek anatomi dan aspek isi formulir rekam medis poliklinik umum UPT Puskesmas Pondok Pucung Tangerang Selatan.
- b. Untuk mengetahui hambatan atau kendala dalam pengisian formulir rekam medis poliklinik umum UPT Puskesmas Pondok Pucung Tangerang Selatan.
- c. Untuk meredesain ulang komponen formulir rekam medis poliklinik umum UPT Puskesmas Pondok Pucung Tangerang Selatan.

## METODE

### Desain Penelitian

Penelitian yang digunakan merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Menurut Notoatmodjo (2012), penelitian deskriptif adalah penelitian yang diarahkan untuk mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan di dalam suatu komunitas atau masyarakat.

### Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di UPT Puskesmas Pondok Pucung Tangerang Selatan pada bulan Juni 2022.

### Variabel

Variabel yang digunakan yaitu variabel rasio yang meliputi beberapa aspek antara lain :


1. Aspek anatomi, berupa : *heading*, *introduction*, *instruction*, dan *body*.
2. Aspek isi berupa butir data

### Definisi Operasional

1. Aspek anatomi
  - a. *Heading* (kepala)  
Biasanya mencakup judul formulir dan informasi tentang formulir.
  - b. *Introduction* (pendahuluan)  
Menjelaskan tujuan penggunaan formulir yang bersangkutan
  - c. *Instruction* (perintah)  
Keterangan agar dengan segera mengetahui berapa lembar salinan yang diperlukan, siapa yang harus menyerahkan /mengirimkan formulir, kepada siapa lembar salinan dikirimkan
  - d. *Body* (badan)  
Merupakan inti dari *margin* (batas pinggir), *spacing* (spasi), *rules* (garis), *type style* (jenis huruf), cara pencatatan.
2. Aspek isi  
Butir data item atau kelengkapan item, pengelompokan data dan pengurutan data.




- tidak adanya nurse station untuk mengukur TTV (tanda-tanda vital) pasien sehingga semua dilakukan di dalam poliklinik.
- b. Adanya pasien kegawat daruratan menyebabkan pending nya pengisian kelengkapan formulir rekam medis, ditambah dengan pasien yang sudah menunggu untuk dipanggil antriannya.
  - c. Dokter harus mengisi sistem informasi puskesmas (SIMPUS) saat pasien dilayani atau setelah selesai diberi pelayanan, kemudian dokter yang berjaga di poliklinik non infeksius memberikan resep obat kepada petugas apotik untuk diresepkan obatnya, setelah itu dokter memberikan obat kepada pasien.
  - d. Dokter poliklinik umum menjadi operator hotline untuk pasien yang konsultasi via whatsapp maupun via telepon.
3. Redesain ulang komponen formulir rekam medis



**PEMERINTAH KOTA TANGERANG SELATAN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT. PUSKESMAS PONDOK PUCUNG**

Jl. Santunan Jaya, RT 1/RW 3 Kel. Pondok Pucung Kec. Potodok, Aren Kota Tangerang Selatan  
 Tlp. 08119927976 Email : pkmpondokpucung@gmail.com



---

**LEMBAR PEMERIKSAAN KESEHATAN POLIKLINIK UMUM**

Isilah dengan lengkap dan jelas !

No RM :

NIK : ..... Alamat : .....

Nama : ..... No telp : .....

Tanggal Lahir : ..... ( Tahun) Alergi : .....

Jenis Kelamin : (L / P)

Tanggal	Anamnesis Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang	Diagnosis dan Penatalaksanaan	Tanda Tangan dan Nama Jelas
Jam : .....	S :  O : KU :            BB :            TB :  TD :            RR :  N :            T :  Pemeriksaan Fisik :	A :  Kode ICD-10 :  P :  Edukasi :  *ESO :	
Jam : .....	S :  O : KU :            BB :            TB :  TD :            RR :  N :            T :  Pemeriksaan Fisik :	A :  Kode ICD-10 :  P :  Edukasi :  *ESO :	

\* : Efek Samping Obat (Jika Ada)

Gambar 2 Redesain formulir rekam medis poliklinik umum

Dari gambar 2, ada penambahan bulir pada bagian aspek isi yaitu penambahan *heading* (kepala) dan *introduction* (pendahuluan) berupa judul formulir serta adanya *instruction* (perintah) untuk mengisi formulir rekam medis poliklinik umum secara lengkap dan jelas. Pada bagian *body* (tubuh), batas tepi atas 2,54 cm, tepi kiri 3 cm, tepi bawah 1 cm dan tepi kanan 1 cm. Jenis font yang digunakan yaitu times new roman ukuran 14 untuk nama organisasi dan instansi serta judul, 12 untuk identitas pasien. Pada aspek isi, identitas pasien ditambah kolom NIK dan no.telepon agar memudahkan untuk

pencarian dalam data SIMPUS. Kolom anamnesis pemeriksaan, item KU, TD, N, BB, RR, T dan TB serta pemeriksaan fisik ditulis agar memudahkan dokter dalam mengisi hasil TTV dan pemeriksaan fisik yang dilakukan, pada kolom diagnosis ada penambahan untuk terminologi dan kode diagnosa, edukasi dan efek samping obat (jika ada).

### **SIMPULAN**

Pada aspek anatomy, tidak adanya *heading* dan *introduction* berupa judul formulir, bagian *Instruction* (perintah) mengenai berapa jumlah formulir rekam medis maupun perintah untuk mengisi formulir rekam medis dengan lengkap dan jelas. Pada bagian *body* (badan), batas pinggir antara kiri dan kanan yaitu 1 cm, atas dan bawah 1,1cm, jarak spasi 1,5. *Rules* (garis) berupa garis titik horizontal yang terdapat di identitas pasien, jenis huruf yang digunakan arial dengan ukuran size 12 dan 14 bagian organisasi, 12 pada bagian identitas pasien dan pada aspek isi butir item seperti : KU, TD, N, BB, RR, T, dan TB tidak dicantumkan. Penyebab ketidaklengkapan pengisian formulir rekam medis yaitu poliklinik terbagi menjadi 2 antara lain poliklinik infeksius dan noninfeksius sedangkan kurangnya SDM petugas poliklinik, adanya pasien kegawatdaruratan sehingga terhambatnya pengisian formulir, petugas mengisi data di sistem informasi puskesmas (SIMPUS) saat atau setelah selesai memberi pelayanan kepada pasien dan dokter menjadi operator hotline untuk pasien yang konsultasi via whatsapp maupun via telepon.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Permenkes RI Nomor: 269/MENKES/PER/III/2008. Jakarta: Menteri Kesehatan.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Permenkes RI nomor 43 tahun 2019 tentang *Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Edna K. Huffman. (1994). *Health Information Management*, Edisi 10. Berwyn Illinois : Psycians Record Company.

## TINJAUAN PELAKSANAAN PENYUSUTAN REKAM MEDIS DI UPTD PUSKESMAS BANJAREJO KOTA MADIUN TAHUN 2022

<sup>1</sup>Rochmat Wijaya Anshory\*, <sup>2</sup>Dyah Anggun Acnestaningrum

<sup>1</sup>UPTD Puskesmas Banjarejo Kota Madiun, [rochmatwijaya@gmail.com](mailto:rochmatwijaya@gmail.com)

### ABSTRAK

**Latar belakang;** Penyusutan berkas rekam medis menjadi salah satu upaya yang dilakukan oleh pihak Rumah Sakit dengan tujuan mengurangi penumpukan berkas-berkas rekam medis di ruangan penyimpanan. Jumlah berkas rekam medis yang banyak membuat UPTD Puskesmas Banjarejo melakukan penyusutan berkas rekam medis. Penyusutan berkas rekam medis adalah suatu proses pemindahan berkas rekam medis. **Tujuan;** Untuk mengetahui tinjauan pelaksanaan penyusutan berkas rekam medis di UPTD Puskesmas Banjarejo. **Metode;** Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan analisa kualitatif. **Hasil;** UPTD Puskesmas Banjarejo sudah memiliki SOP dan kebijakan tersendiri untuk melaksanakan penyusutan berkas rekam medis. Jumlah berkas rekam medis yang masih aktif sebesar 710.063. Pemilahan berkas rekam medis dapat dilihat dari tahun terakhir kunjungannya. Kemudian pemindahan berkas rekam medis ke ruang penyimpanan lantai dua. **Kesimpulan;** UPTD Puskesmas Banjarejo sudah memiliki SOP dan kebijakan tersendiri untuk melaksanakan penyusutan berkas rekam medis. Permasalahan yang ada adalah kurangnya SDM dan terbatasnya sarana dan prasarana yakni ruang penyimpanan. **Kata Kunci: Tinjauan, Penyusutan, Rekam Medis.**

### ABSTRACT

**Background;** Depreciation of medical record files is one of the efforts carried out by the Hospital with the aim of reducing the accumulation of medical record files in the storage room. The number of medical record files that make UPTD Puskesmas Banjarejo shrink the medical record file. Depreciation of medical record files is a process of transferring medical record files. **Objectives;** To know the review of the implementation of depreciation of medical record files at UPTD Puskesmas Banjarejo. **Methods;** The method in this study was a descriptive method with qualitative analysis, which was a method that seeks to find and obtain in-depth information rather than the extent or amount of information. **Results;** UPTD Puskesmas Banjarejo had an SOP and policy to carry out depreciation of the medical record files. The number of active medical record files is 710,063. Sorting medical record files seen from the last year of visit. Then transfer the medical record file to the storage room on the second floor. **Conclusion;** UPTD Puskesmas Banjarejo had an SOP and policy to carry out depreciation of the medical record files. Existing problems were lack of human resources and limited facilities and infrastructure. **Keywords: Review, Depreciation, Medical Record.**

## **PENDAHULUAN**

Rumah sakit memiliki fungsi utama untuk memberikan perawatan pengobatan yang sempurna kepada pasien rawat inap, rawat jalan dan pasien gawat darurat. Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat (1). Rumah sakit juga merupakan suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat

Pengertian lain dari rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien rumah sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan pada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial(3). Dikemukakan juga bahwa rumah sakit ialah gedung tempat merawat orang sakit, gedung tempat menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai macam masalah kesehatan (4). Dijelaskan juga bahwa rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit dalam suatu tatanan rujukan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga penelitian (5). Rumah sakit juga merupakan sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian (6).

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, dibutuhkan berkas rekam medis yang berfungsi sebagai pendokumentasian kesehatan pasien yang harus dijaga oleh bagian rekam medis. Rekam medis ialah keterangan baik yang tertulis maupun yang terrekam tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan tentang pengobatan, baik rawat inap, rawat jalan, maupun pengobatan melalui pelayanan gawat darurat(7). Penjabaran lainnya mengenai rekam medis ialah informasi mengenai siapa, apa, mengapa, dimana, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatannya, agar lengkap maka rekam medis harus berisi informasi yang cukup dan secara jelas mengemukakan identitas pasien, mendukung diagnose, membenarkan pengobatan yang diterimanya serta mencatat hasil-hasil pemeriksaan secara tepat (8). Dikemukakan bahwa rekam medis merupakan siapa, apa, mengapa, dimana, harapan dan bagaimana pelayanan yang diperoleh seorang pasien selama dirawat dan diobati(9). Pengertian selanjutnya menjelaskan bahwa rekam medis ialah himpunan fakta-fakta yang berhubungan dengan sejarah atau riwayat kehidupan pasien, sakitnya, perawatannya atau pengobatannya (10).

Dalam pengertian yang lebih luas rekam medis adalah suatu himpunan data ilmiah dari banyak sumber, dikoordinasi pada satu dokumen dan yang disediakan untuk bermacam-macam kegunaan, personel dan impersonal, untuk melayani pasien dirawat, diobati, ilmu kedokteran dan masyarakat secara keseluruhan. Rekam medis juga melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit, maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Maka dari itu rekam medis menjadi sumber ingatan yang harus di dokumentasikan, serta sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit (11).

Tujuan rekam medis dapat dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu tujuan primer dan tujuan sekunder. Rekam medis ada dua jenis yaitu rekam medis aktif dan rekam medis. Rekam medis aktif



adalah rekam medis yang digunakan untuk pasien saat berkunjung berobat ke rumah sakit tersebut, sedangkan rekam medis adalah rekam medis yang telah mencapai waktu tertentu (lima tahun) tidak pernah digunakan lagi karena pasiennya tidak pernah berkunjung lagi ke rumah sakit tersebut. Banyak rekam medis di ruang penyimpanan dapat menyebabkan penumpukan yang sangat memberikan dampak buruk. Maka dari itu, perlu diadakannya penyusutan berkas rekam medis. Penyusutan berkas rekam medis menjadi salah satu upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dengan tujuan mengurangi penumpukan berkas rekam medis di ruang penyimpanan.

Penyusutan berkas rekam medis adalah suatu proses pemindahan berkas rekam medis dari aktif ke. dimana berkas tersebut mempunyai nilai guna dan tidak mempunyai nilai guna. Penyusutan berkas rekam medis menjadi hal yang perlu diperhatikan karena apabila penambahan berkas rekam medis yang terus menerus meningkat dan tidak diimbangi dengan penyusutan yang baik, maka akan menimbulkan penumpukan arsip dan mengganggu aktivitas kerja. Pengertian selanjutnya ialah penyusutan merupakan kegiatan pengurangan arsip rak penyimpanan dengan cara, pertama memindahkan arsip rekam medis dari rak aktif ke rak dengan cara memilah pada rak penyimpanan sesuai dengan tahun kunjungan.

Kedua, memikrofilmisasi berkas rekam medis sesuai ketentuan yang berlaku. Ketiga, memusnahkan berkas rekam medis yang telah dimikrofilm dengan cara tertentu sesuai ketentuan (12). Selanjutnya kegiatan penyusutan dapat dilakukan dengan cara pertama, memindahkan berkas dari Unit Pengolah ke Unit Kearsipan dalam lingkungan lembaga-lembaga Negara atau Badan-Badan Pemerintahan masing-masing. Kedua, memusnahkan berkas-berkas sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang berlaku. Ketiga, menyerahkan arsip statis oleh Unit Kearsipan kepada Arsip Nasional. Untuk melakukan penyusutan berkas rekam medis, dilakukan Jadwal Retensi Arsip atau yang biasa disingkat menjadi JAP. Jadwal Retensi Arsip adalah suatu daftar yang memuat kebijaksanaan seberapa jauh sekelompok arsip dapat disimpan atau dimusnahkan. Tujuan program penyusutan arsip akan tercapai jika setiap organisasi memiliki program dan rencana pengurangan arsip.

Program meliputi penetapan jangka penyimpanan arsip (retensi arsip) beserta penetapan simpan permanen dan musnah. Program tersebut perlu dituangkan pada apa yang dinamakan jadwal retensi arsip. Untuk pedoman penggunaan jadwal retensi arsip terhadap berkas rekam medis telah diatur dalam Surat Edaran Dirjen Pelayanan Medik Nomor HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit. UPTD Puskesmas Banjarejo juga sudah memiliki SOP mengenai penyusutan rekam medis. Itu semua diatur dalam SOP Instalasi Rekam Medis No. UK.01.09/IV.4.2/280/2015.

Pada dasarnya permasalahan yang terjadi sehingga diadakannya penyusutan berkas rekam medis di UPTD Puskesmas Banjarejo adalah terbatasnya ruang penyimpanan dan rak penyimpanan. Yang mana itu semakin menjadi tidak seimbang dengan bertambahnya berkas rekam medis baru. Selain permasalahan tersebut, permasalahan lainnya ialah kurangnya tenaga khusus untuk pemeliharaan dan pengelolaan berkas rekam medis. Penyusutan berkas rekam medis pertama kali dilaksanakan pada tahun 2013 dengan jumlah berkas rekam medis sebanyak 22.401. Selanjutnya pada tahun 2015, kembali dilaksanakan penyusutan berkas rekam medis dengan jumlahnya sebesar 11.425. Terakhir dilaksanakan pada tahun 2020 dengan jumlah berkas rekam medis sebesar 38.940.

Pada hakikatnya tujuan penelitian dibagi dua, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui tujuan pelaksanaan penyusutan berkas rekam medis di UPTD Puskesmas Banjarejo. Sedangkan tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui kebijakan pelaksanaan penyusutan berkas rekam medis. untuk mengetahui jumlah berkas rekam medis aktif, untuk mengetahui pelaksanaan pemilahan dan pemindahan rekam medis. untuk mengidentifikasi masalah penyusutan berkas rekam medis.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan analisa kualitatif, yaitu suatu metode yang berusaha mencari dan memperoleh informasi mendalam daripada luas atau banyaknya informasi. Metode penelitian kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Penelitian ini dilaksanakan di UPTD Puskesmas Banjarejo dengan waktu kurang lebih selama tiga bulan. Informan dalam penelitian ini berjumlah sembilan orang. Terdiri dari Kepala Instalasi Rekam Medis dan para petugas. Dalam memilih dan menentukan informan, peneliti mengacu pada teknik purposive dimana peneliti memilih informan yang dianggap tahu dan dapat dipercaya menjadi sumber data yang mantap dan mengetahui masalahnya secara mendalam. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan dengan dua cara, yakni yang pertama wawancara dan yang kedua observasi. Sedangkan untuk teknik validasi data, peneliti menggunakan desain triangulasi sumber, yaitu menggali informasi lebih lanjut melalui wawancara serta observasi (13).

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Kebijakan Penyusutan Berkas Rekam Medis di UPTD Puskesmas Banjarejo: Kebijakan merupakan serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjukkan hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijakan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu (14). Kebijakan juga dapat diartikan sebagai serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu (15).

Dari apa yang dipaparkan pada hasil wawancara, asumsi yang dapat dijelaskan ialah kebijakan dalam penyusutan berkas rekam medis di UPTD Puskesmas Banjarejo sudah tersedia. Kebijakan tersebut merujuk pada dua kebijakan yakni kebijakan PERMENKES No. 269/Menkes/Per/III/2008 tanggal 12 Maret 2008 bab IV ayat 3 dan 4, ada juga kebijakan mengenai pelaksanaan penyusutan berkas rekam medis. Yakni Surat Edaran Dirjen No. HK.00.6.1.5.01160 tentang Penyusutan Rekam Medis, Pemilahan, Penilaian dan Pemusnahan Berkas Rekam Medis (16).

Kebijakan yang tepat terkait penyusutan berkas rekam medis tersebut akan tercapai. Tanpa adanya kebijakan yang mendasari implementasi tersebut, maka penyusutan tersebut tidak akan berjalan dengan sesuai tujuan yang diharapkan. SOP Penyusutan Berkas Rekam Medis di UPTD Puskesmas Banjarejo: Pada dasarnya SOP atau yang biasa disebut dengan Standard Operating Procedure adalah suatu perangkat lunak pengatur, yang mengatur tahapan suatu proses kerja atau prosedur kerja tertentu (17). Pengertian lainnya adalah SOP merupakan suatu rangkaian instruksi tertulis yang mendokumentasikan kegiatan atau proses rutin yang terdapat pada suatu perusahaan (18). SOP juga dikatakan sebagai acuan atau pedoman untuk melakukan pekerjaan atau tugasnya sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kerja para karyawan sesuai indikator-indikator administrasi, teknik dan prosedural berdasarkan tata kerja pada unit kerja yang berkaitan.

Dari apa yang dipaparkan pada hasil wawancara, asumsi yang dapat dijelaskan ialah pada dasarnya, SOP mengenai penyusutan berkas rekam medis di UPTD Puskesmas Banjarejo sudah tersedia. SOP tersebut dapat dilihat di SOP Instalasi Rekam Medis No. UK.01.09/IV/4.2/280/2015 dan SOP Instalasi Rekam Medis No. UK.01.09/IV/4.2/263/2015.

Isi dari SOP Instalasi Rekam Medis No. UK.01.09/IV/4.2/280/2015 adalah berisi tentang pengertian (pengertian tentang penyusutan, pengertian berkas rekam medis dan jadwal retensi arsip atau yang biasa disingkat dengan JAR). Kemudian berisikan tujuan penyusutan, kebijakan-kebijakan yang terkait, prosedur penyusutan (berisi tentang penjelasan prosedur penyusutan dari petugas memilih, mengeluarkan berkas rekam medis, membawa ke ruang penyimpanan, menyusun berkas

rekam medis pada rak dengan menggunakan sistem terminal digit, dan menjelaskan jika pasien lama datan kembali namun berkas rekam medisnya sudah di kan, maka berkasnya dapat diambil kembali dan diletakkan di ruang rak aktif, dan yang terakhir adalah unit terkait (meliputi tata usaha, instalasi pelayanan dan panitia rekam medis).

Isi dari SOP Instalasi Rekam Medis No. UK.01.09/IV/4.2/263/2015 adalah berisi tentang pengertian (pengertian tentang penilaian nilai guna rekam medis, arsip rekam medis. panitia rekam medis, tim pemusnah berkas rekam medis dan tim penilai). Kemudian berisikan tentang tujuan penilaian, kebijakan yang terkait penilaian, prosedur mengenai penilaian dan unit terkait penilaian berkas rekam medis.

Dari apa yang dipaparkan pada hasil wawancara, asumsi yang dapat dijelaskan ialah berkas rekam medis yang masih aktif 710.063. Jumlah tersebut di dapat dari total semua berkas rekam medis yang dihitung di ruang penyimpanan berkas rekam medis aktif. Ruang penyimpanan di UPTD Puskesmas Banjarejo memiliki panjang 23.4m dan lebar 9,50m. Di ruangan tersebut terdapat 125 rak penyimpanan yang memiliki 7 kotak di setiap raknya. Jika dijumlahkan maka terdapat hasil 875 kotak.

Dari apa yang dipaparkan pada hasil wawancara, asumsi yang dapat dijelaskan ialah kurangnya sumber daya manusia dan terbatasnya sarana dan prasarana. Kurangnya sumber daya manusia dikarenakan adanya beberapa petugas yang sebentar lagi akan memasuki masa pensiun dan terkendalanya dengan pendidikan para petugas. Sedangkan terbatasnya sarana dan prasarana merujuk pada kurang luasnya ruang penyimpanan. Dimana sangat kurang untuk menyimpan berkas-berkas rekam medis.

## **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil dari riset berikut bisa disimpulkan bahwa:

1. UPTD Puskesmas Banjarejo sudah mempunyai kebijakan penyusutan rekam medis inaktif, namun belum lengkap seperti yang ada pada Surat Edaran Dirjen yaitu kebijakan pemilihan dan pemindahan, penilaian, dan pemusnahan.
2. UPTD Puskesmas Banjarejo sudah mempunyai SOP penyusutan rekam medis inaktif, yaitu SOP retensi medis, SOP pemisahan rekam medis inaktif, dan SOP pemusnahan rekam medis inaktif. Dan SOP di UPTD Puskesmas Banjarejo Kota Madiun sudah hampir sama dengan Edaran Dirjen. hanya beda di penamaan SOP nya saja. Seperti SOP pemisahan (penilaian), SOP retensi (pemilihan).
3. Pelaksanaan penilaian rekam medis inaktif belum sesuai dengan SOP yang telah ada, karena dalam SOP penilaian di katakan bahwa memisahkan berkas rekam medis yang mempunyai sifat khusus, yaitu berkas rekam medis yang tercipta dari kegiatan orthopedi dan prothese, penyakit jiwa, penyakit akibat ketergantungan obat dan kusta. Tetapi dalam pelaksanaannya di UPTD Puskesmas Banjarejo Kota Madiun tidak melakukan hal tersebut. Dan pelaksanaan penilaian rekam medis juga belum sesuai dengan Surat Dirjen. karena dalam pelaksanaan penilaian rekam medis inaktif, UPTD Puskesmas Banjarejo Kota Madiun hanya menilai hukum saja.
4. Pelaksanaan pemusnahan rekam medis inaktif rawat jalan di UPTD Puskesmas Banjarejo Kota Madiun belum sesuai dengan surat Dirjen Edran Dirjen. Karena dalam pelaksanaan pemusnahan rekam medis rawat jalan, semua lembaran rekam medis rawat jalan di musnahkan termasuk ringkasan klinis.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Andriani L. Pengertian Rumah Sakit Menurut Wikipedia. Sist Inf Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Dengan Menggunakan Progr Komput. 2009.

- Budihardjo IM. Panduan Praktis Menyusun SOP. RAS; 2014.
- George FH. Administrasi Negara Baru. Lemb Penelitian, Pendidikan, dan Penerangan Ekon dan Sos Jakarta. 1988.
- Handoko LM. Penyusunan Standar Operasional Prosedur Pada Operasional Toko Di Supermarket Ufo (United Fashion Outlet) Surabaya. *J Ilm Mhs Manaj.* 2013;1(2).
- Hayt E, Hayt J. Legal Aspects of Medical Records. Physicians' Record Co. 1964.
- Indonesia DKR. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. III. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medis; 2006. 56–69 p.
- Indonesia DKR. Surat Edaran Dirjen Yanmed No. Hk. 00.06. 1.501160 Tentang Petunjuk Teknik Pengadaan Formulir Rekam Medis dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 1995.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 582/MENKES/SK/VI/1977 Tentang Pola Tarif Rumah Sakit Pemerintah. 1997.
- Permenkes RI. No. 269/Menkes/Per/III/2008. Tentang Rekam Medis.
- Sabarguna BS. Pemasaran Pelayanan Rumah Sakit. Bandung: Sagung Seto; 2008.
- Sabarguna BS. Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit. Yogyakarta: Konsorium Rumah Sakit Islam Jateng;
- Sugiyono. Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif. 2007.
- Suwitri S. Konsep Dasar Kebijakan Publik. Semarang Univ Diponegoro; 2008.
- Tribowo C. Perizinan dan Akreditasi Rumah Sakit Sebuah Kajian Hukum Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2012.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009. Tentang Rumah Sakit.
- World Health Organization.
- Wursanto I. Kearsipan. Yogyakarta: Kanisius; 1991.

## ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP PASIEN COVID-19 RSUD SRAGEN

<sup>1</sup>Pebri Tri Waryanto\*, <sup>2</sup>Primagadistya Diah, <sup>3</sup>Rondi Antika, <sup>4</sup>Siti Nurkhasanah  
<sup>1,2,3,4</sup>Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa, [info@fikes.udb.ac.id](mailto:info@fikes.udb.ac.id)

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) harus melengkapi dokumen rekam medis karena menurut Departemen Kesehatan Tahun 2006 bahwa kelengkapan rekam medis akan sangat berpengaruh terhadap kegunaannya. Berdasarkan observasi dan dokumentasi dibagian rekam medis di RSUD SRAGEN terdapat beberapa kasus ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap covid-19. Terlihat dalam prakteknya, kurangnya pembubuhan nama dan tanda tangan, anamnesa, resume hasil diagnosa, ringkasan masuk dan keluar, dan data keluarga yang masih kurang lengkap. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pasien covid-19 berdasarkan empat komponen analisis kuantitatif yaitu review identifikasi, laporan penting, autentifikasi, dan pendokumentasian dokumen rekam medis.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap covid-19.

**Metode:** Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif, jadi hanya mendeskripsikan presentase kelengkapan dokumen rekam medis dari kasus covid-19.

**Hasil:** Presentase rata-rata dari kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap covid-19 dari review identifikasi 97%, review laporan penting 59%, review autentifikasi 37%, dan review pendokumentasian 36,5%.

**Kata Kunci:** analisis kelengkapan dokumen rekam medis, covid-19

### ABSTRACT

**Background:** Hospitals that provide services for Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) must complete medical record documents because according to the Ministry of Health in 2006 that the completeness of medical records will greatly affect their use. Based on observations and documentation in the medical records section at RSUD SRAGEN, there were several cases of incomplete filling of medical record documents for inpatients with COVID-19. Seen in practice, the lack of affixing names and signatures, history taking, resume of diagnosis results, summary of entry and exit, and incomplete family data. This study aims to analyze the completeness of inpatient medical record documents for COVID-19 patients based on four components of quantitative analysis, namely review identification, important reports, authentication, and documentation of medical record documents.

**Objective:** This study aims to determine the completeness of the medical record documents for inpatients with COVID-19.

**Methods:** The research method used is descriptive quantitative, so it only describes the percentage of completeness of medical record documents from COVID-19 cases.

**Results:** The average percentage of completeness of medical record documents for inpatients with COVID-19 from identification reviews is 97%, important reports reviews are 59%, authentication reviews are 37%, and documentation reviews are 36.5%.

**Keywords:** completeness analysis of medical record documents, covid-19

## PENDAHULUAN

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam memberikan pelayanan yang baik, rumah sakit mempunyai beberapa kewajiban salah satunya menyelenggarakan rekam medis sebagai suatu standar pelayanan bidang kesehatan yang berguna untuk peningkatan kualitas dalam memberikan pelayanan yang optimal terhadap seluruh pasien. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan yang telah diberikan. Rekam medis merupakan keharusan yang penting bagi data pasien untuk diagnosis dan terapi, namun dalam perkembangannya rekam medis dapat digunakan untuk kepentingan pendidikan dan penelitian serta untuk masalah hukum. Hal ini sebagai landasan hukum bagi semua pengelola rumah sakit untuk menyelenggarakan rekam medis rumah sakit.

Rekam medis sebagai salah satu penunjang pelayanan pasien terutama saat terjadi pandemi *covid-19*. Seperti yang kita ketahui di awal tahun 2020, dunia digemparkan dengan merebaknya virus baru yaitu *coronavirus* jenis baru (*SARS-CoV-2*) dan penyakitnya disebut *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Diketahui asal mula virus ini berasal dari Wuhan, Tiongkok. Ditemukan pada Desember tahun 2019. Sampai saat ini sudah dipastikan terdapat 65 negara yang telah terjangkit virus saat ini. Salah satu negara yang terkena *covid-19* yaitu negara Indonesia. *Covid-19* di Indonesia mengalami peningkatan, awal masuk kasus *covid-19* bulan Maret berjumlah dua orang yang bertempat tinggal di Depok, pada bulan April kasus pasien *covid-19* mencapai 10.118 orang, pada bulan Mei kasus pasien *covid-19* mencapai 25.773 orang dan pada pertengahan bulan Juni kasus pasien *covid-19* mencapai 34.316 orang (Kemenkes, 2020).

Rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan *Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* harus melengkapi dokumen rekam medis karena menurut Departemen Kesehatan Tahun 2006 bahwa kelengkapan rekam medis akan sangat berpengaruh terhadap kegunaannya. Berdasarkan observasi dan dokumentasi dibagian rekam medis di RSUD SRAGEN terdapat beberapa kasus ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19*. Terlihat dalam prakteknya, kurangnya pembubuhan nama dan tanda tangan, anamnesa, *resume* hasil diagnosa, ringkasan masuk dan keluar, dan data keluarga yang masih kurang lengkap. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* dengan menganalisis kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pasien *covid-19* berdasarkan empat komponen analisis kuantitatif yaitu *review* identifikasi, laporan penting, autentifikasi, dan pendokumentasian dokumen rekam medis yang benar.

## METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif, jadi hanya mendeskripsikan presentase kelengkapan dokumen rekam medis dari kasus *covid-19*. Penelitian ini dilaksanakan di bagian rekam medis RSUD SRAGEN. Dalam penelitian ini populasi penelitiannya adalah seluruh dokumen rekam medis rawat inap pasien *covid-19* pada triwulan IV yaitu Oktober s.d Desember tahun 2021 sebanyak 63 dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19*. Sampel dari penelitian ini menggunakan sampling jenuh, jadi sampel dari penelitian ini adalah seluruh populasi dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* yaitu 63 dokumen rekam medis pada triwulan IV tahun 2021.



Variabel dalam penelitian ini adalah kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19*. Pengumpulan data dengan menggunakan *checklist* observasi dan alat tulis. Metode pengolahan data dengan cara pengumpulan data, pengolahan data dan penyajian data. Setelah data diolah kemudian disajikan dalam bentuk tabulasi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. HASIL

Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2022 yang bertempat di RSUD SRAGEN. Penelitian ini menggunakan sampel dari seluruh populasi dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* pada triwulan IV yaitu bulan Oktober s.d Desember tahun 2021. Analisis dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* dilakukan secara kuantitatif dari empat komponen yang dinilai, yaitu review identifikasi, laporan penting, autentifikasi dan pendokumentasian yang tepat serta menganalisis dua formulir ringkasan masuk keluar dan formulir *resume* medis. Tabel presentasenya adalah sebagai berikut :

#### 1. Review Identifikasi

Tabel 1. Presentase Kelengkapan Pengisian Identifikasi Dokumen Rekam Medis

No	Komponen Rekam Medis	Lengkap (Frekuensi)	%	Tidak Lengkap (Frekuensi)	%
1	No. RM	63	100	0	0
2	Nama Pasien	63	100	0	0
3	Tanggal Lahir	63	100	0	0
4	Jenis Kelamin	63	100	0	0
5	Alamat	63	100	0	0
6	Agama	63	100	0	0
7	Pekerjaan	50	79	13	21
Rata-rata		62	97	2	3

Sumber : Hasil Observasi di RSUD SRAGEN

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pengisian dokumen rekam medis rawat inap pasien *covid-19* pada *review* identifikasi yang lengkap dengan rata-rata 62 dokumen rekam medis (97%), presentase kelengkapan tertinggi terdapat hampir disemua item komponen rekam medis 63 (100%), sedangkan hanya satu komponen rekam medis dengan presentase kelengkapan terendah pada item pekerjaan sebanyak 50 dokumen rekam medis (79%).

#### 2. Review Laporan Penting

Tabel 2. Presentase Kelengkapan Pengisian Laporan Penting Dokumen Rekam Medis

No	Komponen Rekam Medis	Lengkap (Frekuensi)	%	Tidak Lengkap (Frekuensi)	%
1	Diagnosa Utama	15	24	48	76
2	Diagnosa Tambahan	10	16	53	84
3	Terapi Tindakan	20	32	43	68
4	Terapi Medikamentosa	15	24	48	76
5	Obat yang Dibawa Pulang	10	16	53	84
6	Status Kepulangan	63	100	0	0

7	Kondisi Pulang	45	71	18	29
8	Perintah Waktu Pulang	45	71	18	29
9	Edukasi Penyuluhan Kesehatan Yang Sudah Diberikan	63	100	0	0
10	Tanggal Masuk	63	100	0	0
11	Tanggal Keluar	63	100	0	0
Rata-rata		37	59	26	41

Sumber : Hasil Observasi di RSUD SRAGEN

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pengisian dokumen rekam medis rawat inap pasien *covid-19* pada *review* laporan penting yang lengkap dengan rata-rata 37 dokumen rekam medis (59%), presentase kelengkapan tertinggi terdapat pada item tanggal masuk dan tanggal keluar 63 (100%), sedangkan presentase kelengkapan terendah pada item diagnosa tambahan dan obat yang dibawa pulang sebanyak 10 dokumen rekam medis (16%).

### 3. Review Autentifikasi

Tabel 3. Presentase Kelengkapan Pengisian Autentifikasi Dokumen Rekam Medis

No	Komponen Rekam Medis	Lengkap (Frekuensi)	%	Tidak Lengkap (Frekuensi)	%
1	TTD	35	56	28	44
2	Nama Terang Dokter	20	32	43	68
3	Stempel Rumah Dokter	15	24	48	76
Rata-rata		23	37	40	63

Sumber : Hasil Observasi di RSUD SRAGEN

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pengisian dokumen rekam medis rawat inap pasien *covid-19* pada *review* autentifikasi yang lengkap dengan rata-rata 23 dokumen rekam medis (37%), presentase kelengkapan tertinggi terdapat pada item TTD 35 (56%), sedangkan presentase kelengkapan terendah pada item stempel dokter sebanyak 15 dokumen rekam medis (24%).

### 4. Review Pendokumentasian

Tabel 4. Presentase Kelengkapan Pengisian Pendokumentasian Dokumen Rekam Medis

No	Komponen Rekam Medis	Lengkap (Frekuensi)	%	Tidak Lengkap (Frekuensi)	%
1	Penulisan Diagnosa	26	41	37	59
2	Terbaca	20	32	43	68
Rata-rata		23	36.5	40	63.5

Sumber : Hasil Observasi di RSUD SRAGEN

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pengisian dokumen rekam medis rawat inap pasien *covid-19* pada *review* pendokumentasian yang lengkap dengan rata-rata 23 dokumen rekam medis (36,5%), presentase kelengkapan tertinggi terdapat pada item penulisan diagnosa 26 (41%), sedangkan presentase kelengkapan terendah pada item terbaca sebanyak 20 dokumen rekam medis (32%).

## B. PEMBAHASAN

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis adalah 1x24 jam dengan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis 100 % sesuai dengan SOP kelengkapan pengisian dokumen rekam medis di RSUD SRAGEN. Pembahasan dari komponen analisis kuantitatif, adalah sebagai berikut :

### 1. *Review Identifikasi*

Berdasarkan hasil observasi di RSUD SRAGEN kelengkapan pada *review* identifikasi masih belum tercapai 100%, ini dapat diketahui dari presentase tertinggi pada item No. RM, Nama Pasien, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Alamat, dan Agama sebanyak 63 dokumen rekam medis (100%), sedangkan presentase terendah terdapat pada item Pekerjaan sebanyak 50 dokumen rekam medis (79%).

### 2. *Review Laporan Penting*

Berdasarkan hasil observasi di RSUD SRAGEN kelengkapan pada *review* laporan penting masih belum tercapai 100%, ini dapat diketahui dari presentase tertinggi pada item tanggal masuk dan tanggal keluar 63 (100%), sedangkan presentase kelengkapan terendah pada item diagnosa tambahan dan obat yang dibawa pulang sebanyak 10 dokumen rekam medis (16%).

### 3. *Review Autentifikasi*

Berdasarkan hasil observasi di RSUD SRAGEN kelengkapan pada *review* autentifikasi masih belum tercapai 100%, ini dapat diketahui dari presentase tertinggi pada item TTD 35 (56%), sedangkan presentase kelengkapan terendah pada item stempel dokter sebanyak 15 dokumen rekam medis (24%).

### 4. *Review Pendokumentasian*

Berdasarkan hasil observasi di RSUD SRAGEN kelengkapan pada *review* pendokumentasian masih belum tercapai 100%, ini dapat diketahui dari presentase tertinggi pada item TTD 35 (56%), sedangkan presentase kelengkapan terendah pada item stempel dokter sebanyak 15 dokumen rekam medis (24%).

## KESIMPULAN

Dari total keseluruhan 63 dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* RSUD SRAGEN yang telah di analisis kelengkapannya dengan berdasarkan empat komponen analisis kuantitatif yaitu *review* identifikasi, laporan penting, autentifikasi, dan pendokumentasian belum 100% lengkap dan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Presentase tertinggi kelengkapan pengisian komponen identifikasi pada dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* terdapat pada item No. RM, Nama Pasien, Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Alamat, dan Agama sebanyak 63 dokumen rekam medis (100%). Presentase terendah terdapat pada item Pekerjaan sebanyak 50 dokumen rekam medis (79%).
2. Presentase tertinggi kelengkapan pengisian komponen laporan penting pada dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* terdapat pada item tanggal masuk dan tanggal keluar 63 (100%). Presentase terendah terdapat pada item Pekerjaan sebanyak 50 dokumen rekam medis (79%).

3. Presentase tertinggi kelengkapan pengisian komponen autentifikasi pada dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* terdapat pada item TTD 35 (56%). Presentase kelengkapan terendah terdapat pada item stempel dokter sebanyak 15 dokumen rekam medis (24%).
4. Presentase tertinggi kelengkapan pengisian komponen pendokumentasian pada dokumen rekam medis pasien rawat inap *covid-19* terdapat pada item TTD 35 (56%). Presentase kelengkapan terendah pada item stempel dokter sebanyak 15 dokumen rekam medis (24%).

**DAFTAR PUSTAKA**

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. *Undang – Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Desease (COVID-19)*. Jakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *PERMENKES RI No. 69/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta
- Windi Astuti, Liring. 2018. *Tinjauan Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Kasus Dengue Fever di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul*. Yogyakarta

## EVALUASI SISTEM PENDAFTARAN ONLINE PASIEN RAWAT JALAN DI RSJD Dr. RM SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH

<sup>1</sup>Febriana Dwi Wahyuni\*, <sup>2</sup>Nelly Eka Khusnul Qotimah

<sup>1</sup>Program Studi Diploma III Rekam Medis Universitas Duta Bangsa Surakarta, [febriana112233@gmail.com](mailto:febriana112233@gmail.com)

<sup>2</sup>RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, [nellyqotimah@yahoo.co.id](mailto:nellyqotimah@yahoo.co.id)

### ABSTRAK

Sistem pendaftaran online merupakan salah satu upaya yang diterapkan di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit terutama di ruang pendaftaran. Sistem pendaftaran online saat ini bisa diakses dengan menggunakan aplikasi pendaftaran online RSJD Dr RM Soedjarwadi yang bisa diunduh dari playstore. Sistem ini sudah diterapkan di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah sejak tahun 2018 dan belum pernah dilakukan evaluasi. Dari permasalahan tersebut penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi terhadap sistem pendaftaran online yang sedang berjalan saat ini. Metode yang digunakan yaitu wawancara dan observasi. Dalam pelaksanaannya sistem ini masih mengalami beberapa kendala, baik itu kendala internal (dari sistem) maupun kendala eksternal (dari pasien).

**Kata kunci:** rumah sakit, sistem pendaftaran online, kendala

### ABSTRACT

*The online registration system is one of the efforts implemented at RSJD Dr RM Soedjarwadi, Central Java Province to improve the quality of hospital services, especially in the registration room. The current online registration system can be accessed using the RSJD Dr RM Soedjarwadi online registration application which can be downloaded from the Playstore. This system has been implemented at RSJD Dr RM Soedjarwadi, Central Java Province since 2018 and has never been evaluated. From these problems, this study aims to evaluate the online registration system that is currently running. The method used is interview and observation. In the implementation of this system, there are still several obstacles, both internal constraints (from the system) and external constraints (from patients).*

**Keywords:** hospital, online registration system, constraints

### PENDAHULUAN

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit menyatakan bahwa **“Rumah sakit merupakan sarana Kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan Kesehatan.”** Rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksud, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan.

Salah satu upaya untuk menghindari risiko penularan dan gangguan Kesehatan di masa pandemi saat ini yaitu dengan menghindari kerumunan. Untuk itu dibutuhkan sarana guna menghindari kerumunan pada saat pelayanan di rumah sakit. Seiring dengan perkembangan teknologi diharapkan mampu memecahkan masalah yang ada. Salah satunya yaitu lamanya proses pendaftaran sehingga terjadi penumpukan di ruang pendaftaran dan menyebabkan kerumunan. Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah berupaya meminimalisir masalah yang ada dengan menerapkan sistem pendaftaran online sebagai solusi atas masalah penumpukan pasien di ruang pendaftaran.

Pendaftaran online merupakan aplikasi multi user dengan teknologi berbasis web yang memungkinkan untuk digunakan oleh lebih dari satu orang pengguna pada saat yang bersamaan. Aplikasi ini sudah bisa dilihat langsung dari komputer dan smartphone yang *terconnect* ke internet dengan menggunakan aplikasi browser (Afdoli & Malau, 2019). Sistem pendaftaran online di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah saat ini hanya bisa digunakan oleh pasien lama atau pasien yang sudah mempunyai nomor rekam medis. Sistem pendaftaran ini dapat diakses melalui aplikasi yang bisa di unduh dari playstore atau melalui web <https://online.rsjd-sujarwadi.com>. Dengan tenggang waktu pendaftaran maksimal satu bulan dan minimal satu hari sebelum tanggal pemeriksaan. Dengan sistem pendaftaran online pasien dapat langsung memilih dokter yang akan dituju. Selain itu, juga pasien yang mendaftar online bisa secara langsung mendapatkan nomor antrian di klinik yang dituju.

Tujuan dari sistem pendaftaran online di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan, memudahkan pasien, meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, serta pelayanan di pendaftaran menjadi efektif dan efisien. (Solihah & Budi, 2013)

Akan tetapi pada pelaksanaannya sistem pendaftaran online yang ada di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah masih mengalami beberapa permasalahan yaitu :

1. Pasien sudah mendaftar online, tetapi tidak jadi periksa tanpa konfirmasi lebih lanjut.
2. Pasien sudah berhasil mendaftar online, tetapi tidak bisa mendapatkan pelayanan pemeriksaan selanjutnya
3. Pasien belum berhasil dalam menggunakan sistem Pendaftaran Online
4. Masih banyak pasien yang bertahan menggunakan sistem pendaftaran langsung.

Berdasarkan permasalahan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian perihal “Evaluasi Sistem Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah”.

## METODE

Jenis penelitian ini yaitu deskriptif dengan jenis pendekatan *cross sectional*. Teknik pengumpulan data dengan melalui beberapa teknik yaitu :

1. Wawancara  
Dalam proses wawancara dilakukan dengan cara tanya jawab langsung kepada narasumber untuk memperoleh keterangan yang nyata.
2. Observasi (pengamatan)  
Observasi (pengamatan) dilakukan dengan terjun langsung ke lapangan sesuai dengan kondisi yang nyata.
3. Dokumentasi  
Berupa catatan, kebijakan (SOP) pendaftaran online, foto serta gambar yang berkaitan langsung dengan pendaftaran online.

Metode ini digunakan untuk memperoleh informasi dari para pengguna pelayanan pendaftaran online untuk menemukan permasalahan dari sistem aplikasi pendaftaran online agar sistem ini dapat terlaksana dengan efektif.

Pengambilan informan dilakukan dengan Teknik *purposive sampling*. Informan yang dibutuhkan dalam mengumpulkan data yaitu:



Tabel 1. Informan yang digunakan

No	Kategori Informan	Jumlah
1	Kepala ruang rekam medis RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah	1 orang
2	Staf Instalasi Pengolah Data Elektronik (IPDE) RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah	1 orang
3	Staf Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID) RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah	1 orang
4	Staf pendaftaran rawat jalan	4 orang
<b>Total Informan</b>		<b>7 orang</b>

Informan diambil sesuai dengan kapasitasnya masing-masing, yaitu:

1. Kepala ruang rekam medis yang berkaitan langsung dengan kebijakan yang mengatur pendaftaran online.
2. Staf IPDE selaku petugas yang membuat dan mengembangkan sistem pendaftaran online.
3. Staf PPID selaku petugas yang memberikan informasi yang terkait dengan pendaftaran online sekaligus petugas yang menampung keluhan dari para pasien tentang hambatan-hambatan yang ada pada saat mengaplikasikan sistem pendaftaran online..
4. Petugas pendaftaran selaku petugas yang mengoperasikan sistem pendaftaran online.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

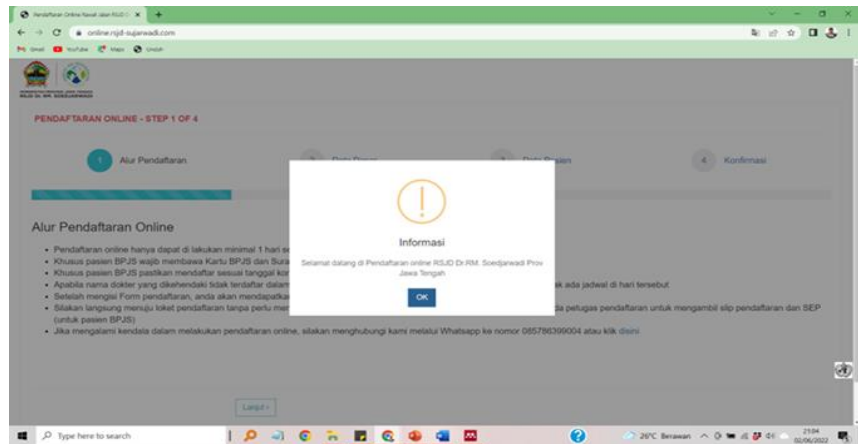
1. Gambaran proses dan alur prosedur sistem pendaftaran online di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah

Sistem pendaftaran online RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah sudah diterapkan sejak tahun 2018 dengan menggunakan aplikasi Whatsapp. Seiring dengan perkembangan teknologi maka oleh petugas IPDE dibuatkanlah aplikasi khusus yang dinamakan pendaftaran online RSJD Dr RM Soedjarwadi. Sistem ini sudah mengalami beberapa kali perbaikan dan pengembangan.

Sistem pendaftaran online di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah saat ini hanya bisa di akses oleh pasien pasien lama atau pasien yang sudah mempunyai nomor rekam medis. Baik itu untuk pasien BPJS maupun pasien berbayar. Sistem pendaftaran ini dapat diakses dengan menggunakan android atau *Handphone* melalui aplikasi yang bisa di unduh dari playstore atau melalui web <https://online.rsjd-sujarwadi.com>. Dengan tenggang waktu pendaftaran maksimal satu bulan dan minimal satu hari sebelum tanggal pemeriksaan. Dengan sistem pendaftaran online pasien dapat langsung memilih dokter yang akan dituju. Selain itu, juga pasien yang mendaftar online bisa secara langsung mendapatkan nomor antrian di klinik yang dituju.

Langkah-langkah atau urutan cara mendaftar online melalui sistem pendaftaran online di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah:

- a. Buka aplikasi pendaftaran online RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah atau bisa di buka melalui web <https://online.rsjd-sujarwadi.com>.



Gambar 1. Tampilan awal sistem pendaftaran online

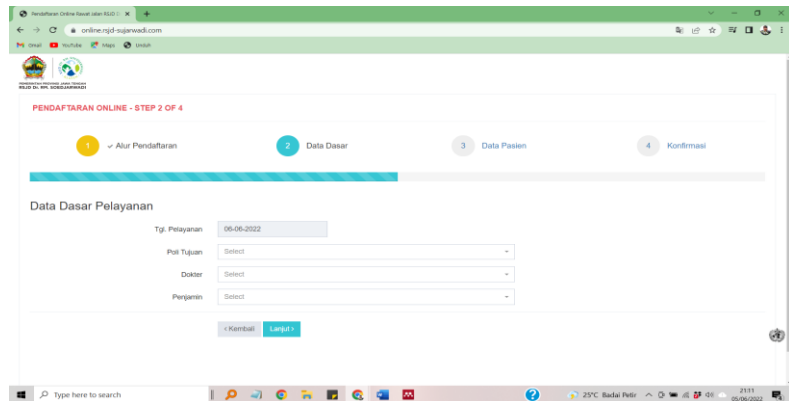
b. Ada empat step dalam mendaftar online di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, yaitu:

a) Harus sesuai alur yang sudah ditentukan, antara lain:

- Pendaftaran online hanya dapat dilakukan minimal 1 hari sebelum hari kunjungan
- Khusus pasien BPJS wajib membawa Kartu BPJS dan Surat Rujukan.
- Khusus pasien BPJS pastikan mendaftar sesuai tanggal kontrol atau mundur dari tanggal kontrol.
- Apabila nama dokter yang dikehendaki tidak terdaftar dalam list dokter, kemungkinan kuota untuk dokter tersebut habis atau tidak ada jadwal di hari tersebut
- Setelah mengisi Form pendaftaran, anda akan mendapatkan kode booking
- Silakan langsung menuju loket pendaftaran tanpa perlu mengambil antrian pendaftaran, kemudian infokan nomor booking kepada petugas pendaftaran untuk mengambil slip pendaftaran dan SEP (untuk pasien BPJS)
- Jika mengalami kendala dalam melakukan pendaftaran online, silakan menghubungi kami melalui Whatsapp ke nomor 085786399004 atau klik [disini](#)

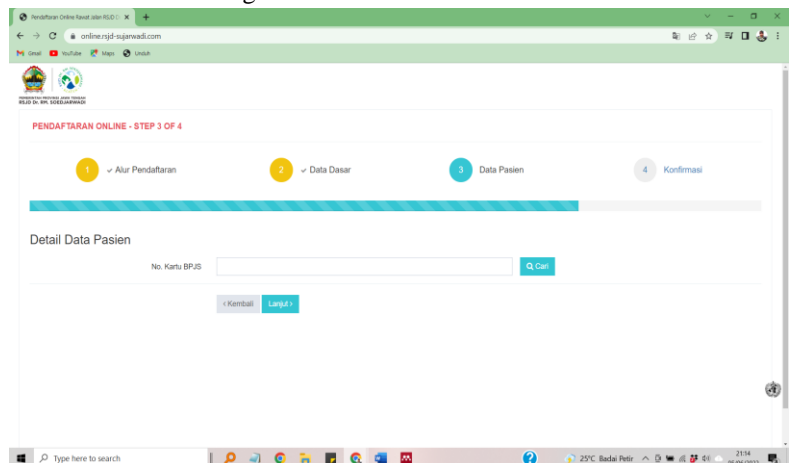
b) Mengisi data dasar, yang terdiri dari:

- Tanggal pemeriksaan
- Poli tujuan
- Dokter yang dipilih
- Penjamin/cara pembayaran



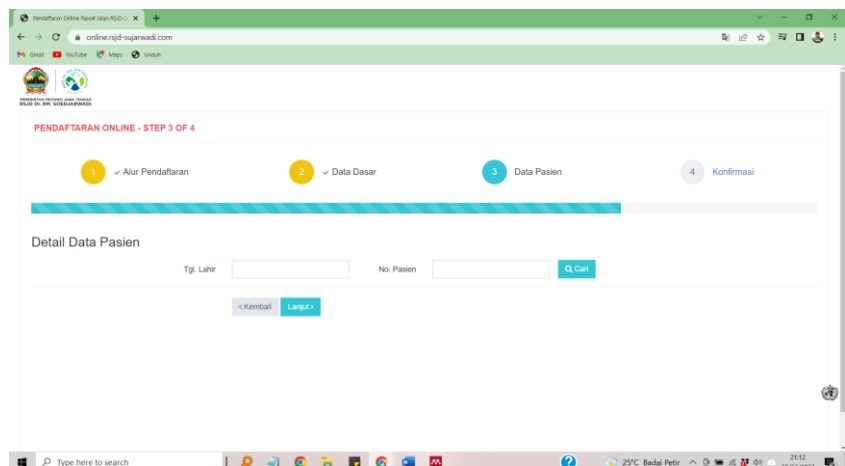
Gambar 2. Tampilan data dasar

- c) Mengisi data pasien, yang terdiri dari:
- ❖ Untuk pasien BPJS
    - Dengan memasukkan nomor BPJS



Gambar 3. Tampilan pencarian data pasien BPJS

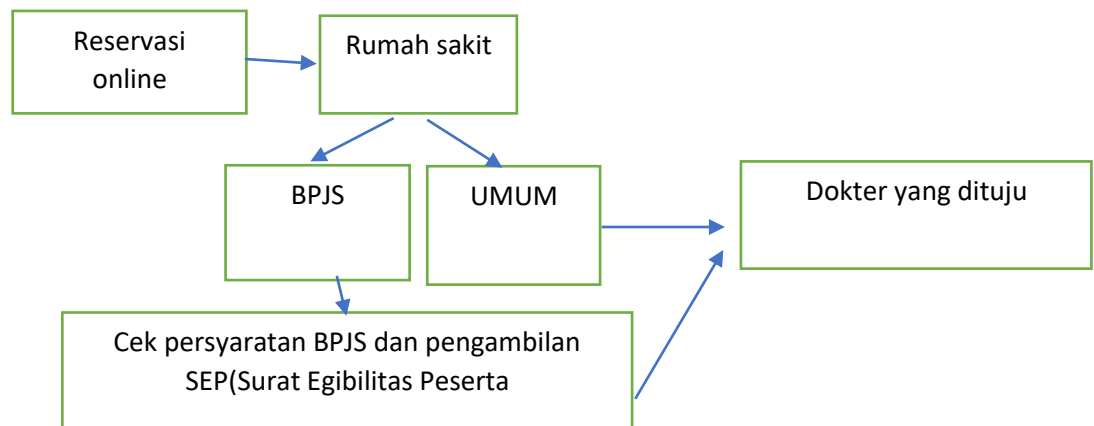
- ❖ Untuk pasien umum/berbayar
  - Dengan memasukkan nomor rekam medis dan tanggal lahir



Gambar 4. Tampilan pencarian data pasien umum/berbayar

- d) Konfirmasi data  
Meneliti kembali data yang sudah dimasukkan, apakah sudah sesuai atau belum. Jika dirasa sudah sesuai maka klik tombol simpan kemudian akan mendapat kode *booking* yang dipakai pada saat mengambil bukti pendaftaran.

Alur pendaftaran online di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah yaitu:



Gambar 5. Alur pendaftaran online

2. Kendala yang dihadapi pada sistem pendaftaran online di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah
- a. Kendala internal
    - 1) Sistem pendaftaran online belum terintegrasi dengan sistem BPJS  
Kendala ini menyebabkan sistem tidak dapat mendeteksi keaktifan dan ketidakaktifan kartu BPJS dan masa rujukan pasien. Sehingga pasien yang kartu BPJS maupun masa rujukannya tidak aktif akan tetap berhasil mendaftar online, tetapi belum bisa melanjutkan untuk pemeriksaan karena harus kembali untuk mengaktifkan kartu BPJS atau mencari rujukan terlebih dahulu. Hal ini menyebabkan pasien menjadi kecewa karena sudah terlanjur sampai di rumah sakit tetapi tidak dapat melanjutkan pemeriksaan.
    - 2) Belum adanya mesin anjungan  
Kendala ini menyebabkan petugas pendaftaran harus datang pagi-pagi untuk mendaftarkan pasien online terlebih dahulu. Karena keterbatasan waktu, sehingga petugas pendaftaran harus bekerja dengan terburu-buru.
  - b. Kendala eksternal
    - 1) Pasien/ keluarga pasien belum paham alur dan prosedur pendaftaran  
Kendala ini menyebabkan pasien bingung dengan proses atau bagaimana alur pendaftaran online. Kurangnya sosialisasi dari pihak rumah sakit dan kondisi pasien yang sulit untuk memahami (orangtua dan para pasien ODGJ) merupakan salah satu penyebab kendala ini.
    - 2) Sinyal yang tidak stabil  
Kendala ini menyebabkan sistem tidak dapat dioperasikan, karena untuk mengakses sistem ini dibutuhkan sinyal yang baik.
    - 3) Kurangnya adaptasi masyarakat dengan sistem baru  
Kendala ini menyebabkan masih banyaknya pasien yang masih bertahan dengan sistem pendaftaran langsung. Masih banyak pasien yang rela datang pagi untuk mendapatkan nomor antrian lebih awal.

- 4) Ketidakhadiran pasien yang sudah berhasil mendaftar online  
Ketidakhadiran pasien tanpa konfirmasi mengakibatkan bertambahnya beban kerja petugas pendaftaran karena harus menghapus riwayat pendaftaran serta mengakibatkan pemborosan kertas hasil cetak bukti pendaftaran.
3. Manfaat sistem pendaftaran online di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah
  - a. Manfaat bagi rumah sakit
    - 1) Meningkatkan mutu pelayanan di ruang pendaftaran karena bisa mempersingkat waktu tunggu di pendaftaran
    - 2) Mengurangi penumpukan pasien di ruang pendaftaran
    - 3) Mengurangi beban kerja petugas pendaftaran
  - b. Manfaat bagi pasien
    - 1) Memudahkan pasien dalam mendapatkan pelayanan di ruang pendaftaran, karena bisa mendaftar dari mana saja.
    - 2) Menghemat waktu, karena pasien tidak harus mengantri untuk mendaftar.
    - 3) Pasien bisa mendapatkan nomor antrian klinik lebih awal dibandingkan dengan pasien yang mendaftar langsung.

## SIMPULAN DAN SARAN

### 1. Simpulan

Sistem pendaftaran online yang diterapkan di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah bisa di akses melalui aplikasi pendaftaran online RSJD Dr RM Soedjarwadi yang dapat diunduh pada play store atau melalui web <https://online.rsjd-sujarwadi.com>. Maksimal pendaftaran satu hari sebelum pemeriksaan.

Kendala pada sistem pendaftaran online yang diterapkan di RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah:

- 1) Kendala internal
  - a) Sistem pendaftaran online belum terintegrasi dengan sistem BPJS
  - b) Belum adanya mesin Anjungan Pendaftaran Mandiri
- 2) Kendala eksternal
  - a) Pasien / keluarga pasien belum memahami alur dan prosedur sistem pendaftaran online
  - b) Sinyal yang tidak stabil
  - c) Kurangnya adaptasi masyarakat dengan sistem baru
  - d) Ketidakhadiran pasien yang sudah mendaftar online

### 2. Saran

- a. Kepada pihak IPDE rumah sakit selaku pembuat dan pengembang sistem pendaftaran online diharapkan melakukan pemantauan atau pemeliharaan sistem secara berkala dan supaya lebih mengembangkan sistem sehingga bisa terintegrasi dengan sistem BPJS
- b. Kepada pihak rumah sakit diharapkan untuk mengadakan mesin Anjungan Pendaftaran Mandiri agar pelayanan pendaftaran online lebih maksimal dan untuk mengurangi beban kerja petugas pendaftaran.
- c. Kepada pihak rumah sakit untuk melakukan sosialisasi kepada masyarakat lebih luas tentang sistem pendaftaran online RSJD Dr RM Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
- d. Kepada peneliti selanjutnya, apabila penelitian ingin dikembangkan maka diharapkan melakukan evaluasi dengan metode yang berbeda.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Afdoli, A. A. & Malau, H., 2019. EFEKTIVITAS PELAYANAN PENDAFTARAN ONLINE RAWAT JALAN DI RSUP M DJAMIL KOTA PADANG. *Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 1(1), pp. 1-24.
- Dinata, F. H., Nurmawati, I. & Muflihatin, 2020. Evaluasi Sistem Pendaftaran Online dengan Metode Technology Acceptance Model di Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 1(3), pp. 226-233.
- E., Mariana, 2018. Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr. Tjitrowardoyo Purworejo. Purworejo, PROSIDING: SEMINAR NASIONAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN.
- Solihah, A. A. & Budi, S. C., 2013. KEEFEKTIFAN SISTEM PENDAFTARAN ONLINE PASIEN RAWAT JALAN RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Volume 6, pp. 1-6.

## TINJAUAN MUTU PELAYANAN MEDIS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT ISLAM YAKSSI GEMOLONG

<sup>1</sup>Anisya Nur Aini\*, <sup>2</sup>Lusi Putri Laraswati

<sup>1</sup>Universitas Duta Bangsa Surakarta, nurainianisa634@gmail.com

<sup>2</sup>Rumah Sakit Umum Islam Yaksi Gemolong, lusikeyla@gmail.com

### ABSTRAK

Salah satu cara untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, kualitas, dan efisiensi pelayanan rawat inap di RSUD YAKSSI Gemolong Sragen bisa diketahui menggunakan indikator yang bersumber dari sensus rawat inap harian yaitu dengan menghitung tingkat efisiensi hunian tempat tidur dan menghitung Gross Death Rate (GDR), dan Net Death Rate (NDR). Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan metode pengumpulan data dengan observasi dan wawancara dengan pengumpulan data retrospektif. Populasi dan sampel yang diambil adalah rekapitulasi sensus harian rawat inap per tahun periode 2020-2021 Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di RSUD Yakssi Gemolong, Sragen, nilai BOR, LOS, TOI, dan BTO bisa dihitung sesuai dengan grafik Barber Johnson dan perhitungan GDR dan NDR. Tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur rawat inap di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen periode 2020-2021 belum masuk ke dalam area efisiensi sesuai standar yang ditetapkan Barber Johnson.

**Keyword :** *Tinjauan, Mutu Pelayanan, Pasien Rawat Inap*

### ABSTRACT

*One way to find out the level of utilization, quality, and efficiency of inpatient services at the YAKSSI Gemolong Islamic General Hospital, Sragen, can be seen with indicators sourced from the daily inpatient census, namely by calculating the efficiency level of bed occupancy and calculating the Gross Death Rate (GDR), and Net Death Rate (NDR). This research is a descriptive study with data collection methods by observation and interviews with retrospective data collection. The population and samples taken are daily inpatient census recapitulation per year for the period 2020-2021. Based on the research that has been done at the Yakssi Gemolong Islamic General Hospital, Sragen, BOR, LOS, TOI, and BTO values can be calculated according to the Barber Johnson chart and GDR and NDR calculations. The efficiency level of using inpatient beds at the Yakssi Gemolong Islamic General Hospital, Sragen for the period 2020-2021 has not yet entered the efficiency area according to the standards set by Barber Johnson.*

**Kata Kunci :** *reviews, service quality, inpatients*

### PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU RI No.36 th. 2009 pasal 1). Kesehatan sangat penting guna menunjang keberhasilan pembangunan nasional. Oleh karena itu untuk meningkatkan dan mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat perlu adanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen adalah Rumah Sakit swasta bertipe D. Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen ini beralamat wilayah Bogorejo, kelurahan Kragilan Kecamatan Gemolong Kabupaten Sragen Propinsi Jawa Tengah. Berdasarkan hasil observasi awal di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong diketahui bahwa pada tahun 2020 terdapat 6627 jumlah hari perawatan dan mengalami kenaikan pada tahun 2021 menjadi 9043 jumlah hari perawatan pasien rawat inap. Sedangkan jumlah tempat tidur tersedia di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen pada tahun 2020 terdapat 62 tempat tidur tersedia, dan terdapat jumlah tempat tidur tersedia 62 di tahun 2021. Untuk jumlah tempat tidur tersedia tidak mengalami perubahan. Kualitas pelayanan kesehatan disuatu rumah sakit dikatakan efisien apabila efisiensi penggunaan tempat tidur, GDR dan NDR telah sesuai dengan standar ideal yang



ditetapkan. Oleh karena itu, perlu diperhatikan permasalahan yang berhubungan dengan mutu dan kualitas rumah sakit khususnya dibagian pelayanan dan pelaporan untuk mengetahui perkembangan yang terjadi khususnya mengenai mutu pelayanan medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen yang akan mempengaruhi kualitas dari rumah sakit tersebut.

#### METODE

Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti merupakan penelitian kuantitatif yaitu mengolah data yang berbentuk angka yang diperoleh dari hasil rekapitulasi sensus harian rawat inap tahun 2020-2021. Metode penelitian yang digunakan merupakan metode penelitian survey deskriptif. Metode pengambilan data dalam penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah observasi dan wawancara.

Pendekatan dalam pengambilan data ini bersifat *retrospektif*, ialah penelitian yang berusaha melihat kebelakang (*backward looking*), artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Dalam penelitian ini peneliti mengumpulkan data yang sudah ada dengan melihat data-data pada rekapitulasi sensus harian rawat inap tahun 2020-2021.

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Variabel Perhitungan BOR,LOS,TOI, dan BTO Yang Digunakan Dalam Penelitian

##### 1) Tempat tidur tersedia (*Available Bed*)

Periode Tahun	Jumlah tempat tidur tersedia (A)
2020	62
2021	62

Jumlah tempat tidur siap pakai tahun 2020-2021 sebanyak 62 tempat tidur, tidak ada penambahan jumlah tempat tidur.

##### 2) Rata-rata tempat tidur terisi (*Occupancy Bed*)

Periode Tahun	Tempat Tidur Terisi (O)
2020	24.707
2021	28.046

Rata-rata tempat tidur terisi pada tahun 2020 sebanyak 24.707 tempat tidur dan pada tahun 2021 sebesar 28.046 tempat tidur.

##### 3) Jumlah Pasien Keluar Hidup Dan Mati

Periode Tahun	Pasien Keluar Hidup & Mati (D)
2020	3657
2021	4175

Pada tahun 2020 jumlah pasien keluar hidup dan mati sebanyak 3657 pasien dan pada tahun 2021 sebesar 4175 pasien.

##### 4) Jumlah Hari (*Time*)

Periode Tahun	Jumlah Hari Dalam 1 Tahun
2020	366
2021	365

Pada tahun 2020 terdapat jumlah hari 366 sedangkan pada tahun 2021 terdapat 365 hari.

##### 5) Jumlah Hari Perawatan

Periode Tahun	Hari Perawatan (HP)
2020	9043
2021	10237

Pada tahun 2020 terdapat jumlah hari perawatan sebesar 9043 dan tahun 2021 sebesar 10237 hari perawatan.

6) Jumlah Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong

Periode Tahun	Jumlah Pasien Rawat Inap
2020	3594
2021	4145

Pada tahun 2020 jumlah kunjungan pasien rawat inap tahun 2020 sebesar 3594 pasien, tahun 2021 mengalami kenaikan jumlah pasien rawat inap menjadi 4145 pasien.

7) Perhitungan Nilai Rerata BOR, LOS, TOI dan BTO

a. Perhitungan Nilai Rerata Tempat Tidur Terisi (O) Pada Tahun 2020

$$O = \frac{\sum HP}{t} = \frac{9037}{366} = 27.707$$

b. Nilai Rerata Tempat Tidur Terisi (O) Pada Tahun 2021

$$O = \frac{\sum HP}{t} = \frac{10237}{365} = 28.046$$

8) Perhitungan jumlah pasien keluar (D) di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen

a. Pasien Keluar Hidup + Pasien Keluar Mati Tahun 2020

$$D = 3580 + 77 = 3657$$

b. Pasien Keluar Hidup + Pasien Keluar Mati Tahun 2020

$$D = 4109 + 666 = 4175$$

9) Perhitungan Nilai BOR dengan menggunakan Rumus *Barber Johnson* di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen Periode 2020-2021

a. Nilai BOR Periode Tahun 2020

$$BOR = \frac{O}{A} \times 100\% = \frac{24707}{52} \times 100\% = 47,51\%$$

b. Nilai BOR Periode Tahun 2021

$$BOR = \frac{O}{A} \times 100\% = \frac{28046}{52} \times 100\% = 53,93\%$$

10) Perhitungan Nilai LOS dengan menggunakan Rumus *Barber Johnson* di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen Periode 2020-2021

- a. Nilai LOS Periode Tahun 2020

$$\begin{aligned} \text{LOS} &= \frac{O}{D} \times t \\ &= \frac{24707}{3657} \times 100\% \\ &= 2472 \text{ hari} \end{aligned}$$

- b. Nilai LOS Periode Tahun 2021

$$\begin{aligned} \text{LOS} &= \frac{O}{D} \times t \\ &= \frac{2804}{4175} \times 100\% \\ &= 2451 \text{ hari} \end{aligned}$$

- 11) Perhitungan Nilai TOI dengan menggunakan Rumus *Barber Johnson* di Rumah Sakit Umum Islam Yakksi Gemolong Sragen Periode 2020-2021

- a. Nilai TOI Periode Tahun 2020

$$\begin{aligned} \text{TOI} &= \frac{(A-O)}{D} \times t \\ &= \frac{(52-24707)}{3657} \times 366 \\ &= \frac{27293}{3657} \times 366 \\ &= 2,73 \text{ hari} \end{aligned}$$

- b. Nilai TOI Periode Tahun 2021

$$\begin{aligned} \text{TOI} &= \frac{(A-O)}{D} \times t \\ &= \frac{(52-2804)}{4157} \times 365 \\ &= \frac{2396}{4175} \times 365 \\ &= 2094 \text{ hari} \end{aligned}$$

- 12) Perhitungan Nilai BTO menggunakan Rumus *Barber Johnson* di Rumah Sakit Umum Islam Yakksi Gemolong Sragen Periode 2020-2021

- a. Nilai BTO Periode Tahun 2020

$$\begin{aligned} \text{BTO} &= \frac{D}{A} \\ &= \frac{3657}{52} = 70,32 \text{ pasien} \end{aligned}$$

- b. Nilai BTO Periode Tahun 2021

$$\begin{aligned} \text{BTO} &= \frac{D}{A} \\ &= \frac{4175}{52} = 80,28 \text{ Pasien} \end{aligned}$$

- 13) Hasil Perhitungan Gross Death Rate dan Net Death Rate di Rumah Sakit Umum Islam Yakksi Gemolong Tahun 2020-2021

Tahun	Pasien Hidup	Keluar	Pasien <48 jam	Pasien >48 jam	Total Jumlah	Jumlah Pasien
2020	3580		59	18	77	3657
2021	4107		41	25	66	4157
<b>Total</b>	<b>7687</b>		<b>100</b>	<b>43</b>	<b>143</b>	<b>7832</b>

Jumlah Pasien Keluar Hidup dan Mati Periode Tahun 2020-2021 di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen

a. Angka GDR

$$\text{GDR} = \frac{\sum \text{Pasien mati seluruhnya}}{\sum \text{Pasien keluar (H+M)}} \times 1000\%$$

Tahun	Perhitungan GDR	Angka GDR
2020	$\frac{77}{3657} \times 1000\%$	21,05%
2021	$\frac{66}{4175} \times 1000\%$	15,80%

b. Angka NDR

$$\text{NDR} = \frac{\sum \text{Pasien mati} > 48 \text{ jam}}{\sum \text{Pasien keluar (H+M)}} \times 1000\%$$

Tahun	Perhitungan GDR	Angka GDR
2020	$\frac{18}{3657} \times 1000\%$	4,92%
2021	$\frac{25}{4175} \times 1000\%$	5,98%

## SIMPULAN

1. Jumlah tempat tidur tersedia (A) tahun 2020-2021 ialah 62 tempat tidur. Jumlah rerat tempat tidur terpakai (O) tahun 2020 sebanyak 24707 dan tahun 2021 sebesar 28046. Jumlah Pasien keluar hidup dan mati (D) tahun 2020 sebesar 3657 dan tahun 2021 sebesar 4175. Jumlah hari periode tertentu (t) tahun 2020 sebesar 366 dan jumlah hari tahun 2021 sebesar 365. Jumlah Hari Perawatan (HP) pada tahun 2020 sebanyak 9043 dan tahun 2021 10237.
2. Nilai BOR tahun 2020 dan 2021 belum efisien, hal tersebut menunjukkan bahwa masih rendahnya pemanfaatan tempat tidur untuk perawatan pasien di Rumah Sakit karena penggunaan jumlah tempat tidur yang masih rendah. Nilai LOS tahun 2020-2021 belum efisien. Dan nilai BTO tahun 2020-2021 sudah efisien.
3. Angka GDR dan NDR pada periode tahun 2020-2021 di Rumah Sakit Umum Islam Yakssi Gemolong Sragen secara keseluruhan sudah baik karena tidak lebih dari standar ideal GDR dan NDR.

## DAFTAR PUSTAKA

- Citra Budi, S. 2011, *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*, Yogyakarta : Quantum Sinergis Medika.
- Depkes RI Revisi II. 2006, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit*, Jakarta
- Hatta, Gemala, R. 2010, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Universitas Indonesia
- Indriadi Sudra, R. 2010, *Statistik Rumah Sakit*, Yogyakarta : Graha Ilmu

## TINJAUAN KELENGKAPAN PENGISIAN FORMULIR REKAM MEDIS PASIEN POLI KLINIK UMUM RAWAT JALAN DI PUSKESMAS

<sup>1</sup>Rini Apriyani\*, <sup>2</sup>Wihasanah

<sup>1</sup>Program Studi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta,,  
riniapriyani2525@gmail.com

<sup>2</sup>Program Studi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang  
Wihasanah001@gmail.com

### ABSTRAK

Rekam medis merupakan suatu berkas yang memuat catatan dan dokumen terhadap identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang sudah diberikan dokter ataupun tenaga kesehatan terhadap pasien. Berkas rekam medis harus diisi dengan jelas dan lengkap karena ketidak lengkapan informasi yang terdapat dalam dokumen rekam medis dapat berdampak pada keselamatan pasien serta berpengaruh dengan kualitas mutu pelayanan suatu puskesmas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kelengkapan pengisian data formulir poliklinik umum rawat jalan yang dikelola oleh Puskesmas Toboali. Membuat jurnal ini menggunakan metode observasi terhadap obyek berkas rekam medis langsung. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 93 rekam medis yang diambil dengan metode systematic random sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan pada review identifikasi pasien mencapai 78% sehingga ketidak lengkapan mencapai 22% Pada review pelaporan penting kelengkapan mencapai 92% ketidak lengkapan mencapai 8% kelengkapan pada review pencatatan 96% serta ketidak lengkapan 4% sedangkan kelengkapan pada review autentifikasi mencapai 70% untuk ketidak lengkapannya sebesar 30%. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa pengisian formulir rekam medis dipuskesmas Toboali banyak belum mencapai nilai 100% dikarenakan kurangnya evaluasi terkait pengisian kelengkapan formulir rekam medis di puskesmas.

**Kata Kunci :** Kelengkapan, ketidak lengkapan

### ABSTRACT

*Medical record is a file that contains notes and documents on patient identity, examination, treatment, actions and other services that have been provided by doctors or health workers to patients. The medical record file must be filled out clearly and completely because the incomplete information contained in the medical record document can have an impact on patient safety and affect the quality of service quality of a puskesmas. The purpose of this study was to determine the completeness of data filling in the outpatient general polyclinic form managed by the Toboali Health Center. Making this journal uses the observation method of direct medical record file objects. The number of samples in this study were 93 medical records taken by systematic random sampling method. The results showed that the completeness of the patient identification review reached 78% so that the incompleteness reached 22% In the important reporting review, the completeness reached 92%, the incompleteness reached 8%, the completeness in the recording review was 96% and the incompleteness was 4% while the completeness in the authentication review reached 70%. 30% for incompleteness. Based on the research that has been done, it can be concluded that many of the medical record forms at the Toboali Health Center have not reached 100% due to the lack of evaluation related to filling out the completeness of the medical record forms at the Public health center.*

**Keywords:** *Completeness, incompleteness*

### PENDAHULUAN

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI 2008). Berkas rekam medis harus diisi dengan jelas dan lengkap karena ketidak lengkapan informasi yang terdapat dalam dokumen rekam medis dapat berdampak pada keselamatan pasien serta berpengaruh dengan kualitas mutu pelayanan suatu puskesmas. Kelengkapan rekam medis adalah kajian dan telaah rekam medis berkaitan dengan

pendokumentasian, pelayanan atau menilai kelengkapan rekam medis. Analisis kelengkapan suatu review area tertentu catatan medis untuk mengidentifikasi defisiensi spesifik. Area yang ditentukan biasanya tertulis didalam suatu prosedur yang dikembangkan bersama oleh manajer informasi kesehatan dan penyediaan layanan kesehatan sesuai dengan atauran staf medis dan kebijaksanaan administrasi dari fasilitas yang bersangkutan, dan standar dari badan-badan pemberi lisensi, akreditasi dan sertifikat (*huffman tahun 1999*). Kelengkapan pengisian rekam medis dapat dipengaruhi beberapa faktor, antara lain : 1. Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan, 2. Masa kerja, 3. Pengetahuan mengenai rekam medis (manfaat, kegunaan, pertanggung jawaban), 4. Keterampilan, 5. Motivasi, 6. Alat kerja, 7. Sarana kerja, 8. Waktu kerja, 9. Pedoman tertulis, 10. Kepatuhan terhadap pedoman. (*Wulandari 2012*). Adapun masalah yang sering timbul dalam pengisian rekam medis adalah kurangnya evaluasi terkait pelaksanaan pengisian rekam medis di suatu instansi kesehatan. Dengan masih banyaknya ditemukan kurang lengkapnya pengisian formulir rekam medis poli klinik umum rawat jalan. Dalam hal ini tujuan dari dibuatkan jurnal ini supaya dapat terlaksananya pengisian rekam medis poli klinik umum rawat jalan dengan lengkap dan baik.

Dari penelitian yang saya lakukan di puskesmas Toboali dari bulan Maret s/d Mei 2022 terdapat jumlah populasi 1221 rekam medis berdasarkan rumus Slovin dari perhitungan tersebut didapatkan sampel yang akan diteliti adalah 93 sampel dokumen rekam medis.

## METODE

Metode penelitian didapatkan dengan cara mengobservasi secara langsung terhadap obyek yang akan diteliti yakni akan mengambil sampel dokumen rekam medis rawat jalan untuk diamati kelengkapan pada setiap formulir data rekam medis dengan menggunakan table skoring kelengkapan rekam medis di puskesmas Toboali. Table skoring ini digunakan untuk memasukkan hasil observasi kelengkapan dokumen rekam medis pasien jika lengkap, terisi dan sesuai menjadi pilihan jawaban benar, maka diberi tanda skor 1 dan jika tidak lengkap, terisi namun tidak sesuai atau tidak terisi tidak diberi skor (dikosongin), melakukan studi pendahuluan, menghitung jumlah populasi dan sampel, melakukan pengambilan data, pengolahan data dan penyajian data. Sampel yang diteliti dilakukan pada bulan Maret s/d Mei 2022 di puskesmas Toboali.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian yang dilakukan di puskesmas Toboali dari bulan Maret s/d Mei 2022 terdapat jumlah populasi 1221 rekam medis. Dengan menggunakan rumus Slovin  $n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$

$$\begin{aligned}n &= \frac{N}{1 + N(e)^2} \\n &= \frac{1221}{1 + 1221 \times (0,1)^2} \\n &= \frac{1221}{1 + 12,21} \\n &= \frac{1221}{13,21} \\n &= 92,42\end{aligned}$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel  
N : Jumlah Total populasi  
E : Toleransi eror (1% =0,1)

Dari perhitungan rumus slovin diperoleh dari 1221 populasi di wilayah puskesmas toboali didapatkan sampel 93 rekam medis. Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 93 rekam medis di puskesmas toboali. Sampel tersebut akan di buatkan suatu bentuk data, supaya bisa di baca dan digunakan untuk mengetahui kelengkapan dan ketidak lengkapan suatu data Rekam Medis dengan menggunakan metode :

### 1. Review Identifikasi

Terdiri dari Nomor rekam medis, Nama pasien, Tanggal lahir, Jenis kelamin, Nama KK, Alamat, NIK, Riwayat Alergi, Nomor telepon dan Jenis jaminan kesehatan.

Tabel 1. Persentase kelengkapan dan ketidak lengkapan Review Identifikasi pasien pada rekam medis

No.	Item Identifikasi	Jml Sampel	Lengkap		Tidak Lengkap	
			N	%	N	%
1	Nomor RM	93	55	59%	38	41%
2	Nama Pasien	93	74	80%	19	20%
3	Tanggal lahir	93	76	82%	17	18%
4	Jenis Kelamin	93	74	80%	19	20%
5	Nama KK	93	90	97%	3	3%
6	Alamat	93	91	98%	2	2%
7	NIK	93	43	46%	50	54%
8	Riwayat Alergi	93	93	100%	0	0%
9	No. Telepon	93	36	39%	57	61%
10	Jenis Jaminan Kesehatan	93	93	100%	0	0%
Rata-rata			72,5	78%	20,5	22%

Sumber data : Puskesmas Toboali

2. *Review Pelaporan penting*

Terdiri dari Anamnesis, Pemeriksaan fisik, Pemeriksaan lab, Diagnosis dan Terapi.

Tabel 2. Persentase kelengkapan dan ketidak lengkapan Review Pelaporan penting pada rekam medis

No.	Item Identifikasi	Jml Sampel	Lengkap		Tidak Lengkap	
			N	%	N	%
1	Anamnesis	93	93	100%	0	0%
2	Pemeriksaan Fisik	93	78	84%	15	16%
3	Pemeriksaan lab	93	93	100%	0	0%
4	Diagnosis	93	70	75%	23	25%
5	Terapi	93	93	100%	0	0%
Rata-rata			85,4	92%	7,6	8%

Sumber data : Puskesmas Toboali

3. *Review Pencatatan*

Terdiri dari Coretan, Tape-ex dan Bagian kosong.

Tabel 3. Persentase kelengkapan dan ketidak lengkapan Review Pencatatan pada rekam medis

No.	Item Identifikasi	Jml Sampel	Lengkap		Tidak Lengkap	
			N	%	N	%
1	Coretan	93	86	92%	7	8%
2	Tape-ex	93	93	100%	0	0%
3	Bagian	93	89	96%	4	4%



	Kosong				
Rata-rata		89,33	96%	3,67	4%

Sumber data : Puskesmas Toboali

#### 4. Review Autentifikasi

Terdiri dari Tanggal & Jam, Tanda Tangan dan Nama terang.

Tabel 4. Persentase kelengkapan dan ketidak lengkapan Review Autentifikasi pada rekam medis

No.	Item Identifikasi	Jml Sampel	Lengkap		Tidak Lengkap	
			N	%	N	%
1	Tanggal & Jam	93	79	85%	14	15%
2	Tanda Tangan	93	70	75%	23	25%
3	Nama Terang	93	46	49%	47	51%
Rata-rata			65	70%	28	30%

Sumber data : Puskesmas Toboali

### SIMPULAN

Dari penelitian yang dilakukan pada penelitian 93 rekam medis yang diambil dengan metode systematic random sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan pada review identifikasi pasien mencapai 78% sehingga ketidak lengkapan mencapai 22% Pada review pelaporan penting kelengkapan mencapai 92% ketidak lengkapan mencapai 8% kelengkapan pada review pencatatan 96% serta ketidak lengkapan 4% sedangkan kelengkapan pada review autentifikasi mencapai 70% untuk ketidak lengkapannya sebesar 30%. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa pengisian formulir rekam medis di Puskesmas Toboali banyak belum mencapai nilai 100% dikarenakan kurangnya evaluasi terkait pengisian kelengkapan formulir rekam medis di Puskesmas

### DAFTAR PUSTAKA

- Human, 1999, *Health Information Management: 10th Physician Record*, Berwyn, Illinois.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 269, 2008 : Tentang Rekam Medis, Jakarta, Menteri Kesehatan RI
- Hatta, G.R 2008, 'Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. homes', *Jakarta* : Penerbit Universitas UI Press.
- Wulandari, Anggun Desi, 2012 "Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Universitas Diponegoro 2011, Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro 1-18
- Haeranidian 2015, *Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Berkas Rekam Medis*, Jakarta
- Wihasana, 2020, *Tinjauan Kelengkapan Pengisian Formulir Pasien Poli Umum di Puskesmas, Sigalu 2 Kab. Banjar Negara*

## ANALISA KELENGKAPAN FORMULIR INFORMED CONSENT PENYAKIT HERNIA PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT X

<sup>1</sup>Devita Yuliani\*, <sup>2</sup>Yuliasuti

<sup>1</sup>Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, ydevita75@gmail.com, <sup>2</sup>Unit Rekam Medis RS X, [yuliasuti2223@gmail.com](mailto:yuliasuti2223@gmail.com)

### ABSTRAK

Mengukur kelengkapan dokumen rekam medis perlu ditentukan analisis dokumen rekam medis dengan cara review identifikasi, review laporan yang penting, review autentikasi dan review pendokumentasian yang benar. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Berdasarkan hasil observasi awal ketidaklengkapan formulir tersebut terdapat pada pasien bedah terutama pada penyakit hernia. Berdasarkan hasil penelitian pada bulan Januari-Desember tahun 2021 di Rumah Sakit X didapat hasil bahwa dari sampel 49 berkas rekam medis yang di analisa terdapat 41 yang lengkap dengan persentase 83,7% sedangkan terdapat 8 formulir yang tidak lengkap dengan persentase senilai 16,7%. Untuk kelengkapan review identifikasi 100% lengkap, Review laporan yang penting untuk kategori tindakan 87,8% lengkap, kategori tanggal 89,8% lengkap, pada kategori jam kelengkapan 83,7%. Review autentikasi terdapat ketidaklengkapan pada tanda tangan yang lengkap 96%. Sedangkan nama terang dinyatakan lengkap 100%. Dan review pendokumentasian dinyatakan lengkap 100%.

**Kata Kunci :** Analisis Kuantitatif, Informed Consent

### ABSTRACT

Measure the completeness of medical record documents, it is necessary to determine the analysis of medical record documents by means of identification reviews, reviews of important reports, reviews of authentication and reviews of correct documentation. This type of research is descriptive research. Based on the results of preliminary observations, the incompleteness of the form is found in surgical patients, especially in hernias. Based on the results of research in January-December of the year 2021 in the Hospital X it was obtained that from a sample of 49 medical record files analyzed there were 41 complete with a percentage of 83.7% while there were 8 incomplete forms with a percentage of 16.7%. For completeness of the identification review is 100% complete, Review reports are important for the action category 87.8% complete, date category 89.8% complete, in the category hours completeness 83.7%. Authentication reviews have 96% complete signatures. While the bright name is declared 100% complete. And documenting reviews declared 100% complete.

**Kata Kunci :** Quantitative Analysis, Informed Consent

### PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan penyelenggaraan pelayanan yang baik dan bermutu salah satunya harus tersedianya data yang lengkap, dengan hal ini berkas atau catatan yang berisikan data-data pasien harus disimpan sebaik-baiknya dan apabila diperlukan bisa diambil kembali. Dalam praktik kedokteran hal tersebut dikenal dengan nama Rekam Medis (medical record). (Simanjuntak and Agatha Wismona, 2019)

Rekam medis adalah dokumen yang berisi tentang catatan dan dokumen identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam pengisian dokumen rekam medis yang lengkap diperlukan untuk mengukur kelengkapan dokumen rekam medis perlu ditentukan analisis dokumen rekam medis secara kualitatif dan kuantitatif. (PerMenKes-2008-269)

Analisis kuantitatif adalah analisis yang ditujukan pada formulir rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan formulir rekam medis, paramedis dan penunjang medis sesuai dengan prosedur. Adapun komponen Analisis kuantitatif yaitu review identifikasi,

review laporan penting, review autentikasi dan review pendokumentasian. (Febriyanti and Sugiarti, 2015)

Rekam medis yang dinyatakan lengkap dapat memenuhi indikator kelengkapan pengisian, keakuratan. Apabila rekam medis tidak lengkap setelah selesai perawatan batas waktu pelengkapan berkas rekam medis 2x24 jam dengan kategori IMR (*Incomplete Medical Record*) sedangkan dokumen rekam medis yang belum lengkap setelah melebihi masa pelengkapan dari masing-masing unit pelayanan dengan batas waktu lebih dari 14 hari maka berkas rekam medis dikategorikan DMR (*Delinquent Medical Record*). (Purwanti, 2020)

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis di RS X masih terdapat formulir yang belum lengkap pengisiannya yakni formulir *informed consent*. Formulir *Informed Consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau dokter gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. (Simanjuntak and Agatha Wismona, 2019)

RS X merupakan rumah sakit tipe D yang berada di wilayah pedesaan yang mempunyai visi untuk memberikan pelayanan kesehatan yang prima dan berkualitas. Kelengkapan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan dasar, sumber daya manusia yang ramah dan memberikan suasana nyaman kepada setiap pengunjung rumah sakit dan terlebih bagi pasien.

Berdasarkan hasil observasi awal ketidaklengkapan formulir tersebut terdapat pada pasien bedah terutama pada penyakit hernia yang belum optimal dalam pengisiannya. Dimana kasus pasien rawat inap bedah khususnya pada pasien hernia mengalami kenaikan signifikan pada tahun 2021. Dari data didapatkan ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis oleh Dokter dan Perawat. Adapun peran penting dokter dan perawat dalam pengisian dokumen rekam medis terutama pada pasien hernia sangatlah membantu petugas *Assembling* dan bagian pelaporan.

Ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis dapat mengakibatkan dampak bagi intern dan ekstern rumah sakit karena hasil pengolahan data dokumen rekam medis menjadi dasar pembuatan pelaporan. Kelengkapan isi dokumen rekam medis khususnya pada kasus pasien hernia harus diperhatikan karena dapat digunakan sebagai bahan dalam menjamin kelanjutan pelayanan medis yang berkualitas dan peningkatan mutu pelayanan RS X yang sesuai dengan standar pelayanan minimal mutu rekam medis.

Berdasarkan hasil penelitian pada bulan januari-desember tahun 2021 di Rumah Sakit X mengenai kelengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pada pasien hernia adalah sejumlah 49 dokumen. Dengan tujuan untuk mengetahui kelengkapan pengisian *informed consent* pasien rawat inap dan mengetahui persentase angka kelengkapan pengisian *informed consent* pasien rawat inap di Rumah Sakit X. Ketidaklengkapan tersebut mengakibatkan tertundanya pelaporan dan apabila ada pasien yang meminta dibuatkan surat keterangan medis menjadi tertunda karena harus meminta dokter yang merawat untuk melengkapi dokumen rekam medis rawat inap tersebut.

## METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif, Analisis yang digunakan pada penelitian ini Analisis kuantitatif dimana analisis tersebut mengamati dan menganalisa lembaran formulir dokumen rekam medis. Definisi Operasional pada penelitian ini adalah telaah *Review Identitas*, *Review Laporan*, *Review Autentifikasi*, dan *Review Dokumentasi* (sudra, 2018). Data yang digunakan adalah data sekunder dimana peneliti mengamati dan meneliti kelengkapan formulir *informed consent* pada dokumen rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit X. Pada penelitian ini populasinya adalah 55 dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosa hernia pada tahun 2021. Besar sampel dihitung dari rumus slovin sebesar 49 dokumen rekam medis rawat inap pasien hernia, teknik pengambilan sampel menggunakan metode acak. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi dan check list yaitu suatu daftar pengecekan yang berisi nama subjek dan beberapa identitas lainnya dari penelitian atau pengamatan. (Dzulhanto, 2018)

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian analisa kelengkapan pengisian formulir *informed consent* penyakit hernia pada pasien rawat inap didapat hasil bahwa dari sampel 49 berkas rekam medis yang di analisa terdapat 41 berkas rekam medis pasien yang pengisiannya lengkap, sedangkan terdapat 8 berkas rekam medis pasien yang pengisiannya tidak lengkap. Dari hasil tersebut penulis telah melakukan beberapa *review* diantaranya :

### 1. Analisis *review* identifikasi

Dalam dokumen rekam medis harus mencantumkan identitas pasien, minimal terdiri dari nama pasien dan nomer rekam medis. Apabila ada lembaran tanpa identitas harus di *review* untuk mengetahui pemilik dokumen rekam medis tersebut, maka harus dicantumkan identitas pasien pada masing-masing formulir .(sudra, 2018)

Tabel 1 *review* identifikasi

Komponen analisis <i>review</i> identifikasi	Jumlah		Jumlah total	Persentase %		Jumlah total
	Lengkap	tidak lengkap		Lengkap	tidak lengkap	
Nama pasien	49	0	49	100%	0%	100%
Nomor Rekam medis	49	0	49	100%	0%	100%
Tanggal lahir	49	0	49	100%	0%	100%
Alamat	49	0	49	100%	0%	100%

Dari tabel 1 menunjukkan persentase kelengkapan *review* identifikasi dinyatakan lengkap yakni 100% dan memenuhi standar yang diharapkan. Sesuai observasi peneliti penulisan identitas pasien menggunakan etiket atau bisa disebut juga dengan barcode yang sudah disediakan oleh petugas pendaftaran. Berdasarkan penelitian (Febrianti and Sugiarti, 2019) mengenai *review* identifikasi aspek kelengkapan pengisian formulir *informed consent* yang dinyatakan lengkap adalah 100%.

### 2. Analisis *review* laporan penting

Pencatatan yang dilaporkan (tercantum) dalam rekam medis sangat penting untuk diperhatikan bahwa setiap pencatatan pelaporan ini harus mencantumkan tanggal dan jamnya. (sudra, 2018)

Tabel 2 *review* laporan penting

Komponen analisis <i>review</i> laporan penting	Jumlah		Jumlah total	Persentase %		Jumlah total
	Lengkap	tidak lengkap		Lengkap	tidak lengkap	
Tindakan	43	6	49	87,8%	12,2%	100%
Tanggal	44	5	49	89,8%	10,2%	100%
Jam	41	8	49	83,7%	16,3%	100%

Dari tabel 2 menunjukkan persentase dari kategori tindakan 87,8% lengkap dan 12,2% tidak lengkap, sedangkan untuk ketidaklengkapan pada laporan penting terdapat pada kategori tanggal yakni 10,2% tingkat ketidaklengkapannya dan 89,8% lengkap. Pada kategori jam kelengkapan 83,7% dan 16,3% tingkat ketidaklengkapannya yakni paling tinggi diantara persentase *review* laporan penting lainnya.

Untuk analisa laporan penting masih ditemukan formulir yang tidak lengkap atau bandel dalam pengisiannya. Sebagaimana yang tercantum dalam peraturan yakni berkas rawat inap harus di isi lengkap 1x24 jam setelah pasien dinyatakan pulang. Agar petugas *Assembling* dan pelaporan tidak terjadi penundaan dalam pekerjaannya. Hal ini membutuhkan perhatian khusus dari dokter, dokter gigi dan perawat dalam hal pengisian formulir.

Berdasarkan penelitian (Swari *et al.*, 2019) mengenai *review* laporan penting pada formulir *informed consent* yang meliputi data penting dalam hal memantau perkembangan riwayat penyakit pasien. Oleh karena itu diharapkan kelengkapan dalam pengisiannya.

3. Analisis *review* autentifikasi

Kelengkapan autentifikasi dalam pengisian rekam medis yaitu Kejelasan penanggung jawab yang dicantumkan dengan nama terang (lengkap) dan tanda tangan. (sudra, 2018)

Tabel 3 *review* autentifikasi

Komponen analisis <i>review</i> autentifikasi	Jumlah		Jumlah total	Persentase %		Jumlah total
	Lengkap	tidak lengkap		Lengkap	tidak lengkap	
Nama terang	49	0	49	100%	0%	100%
Tanda tangan	41	8	49	83,7%	16,3%	100%

Berdasarkan tabel 3 diatas mengenai kelengkapan *review* autentifikasi terdapat ketidaklengkapan pada tanda tangan 4% dan tanda tangan yang lengkap 96%. Sedangkan nama terang dinyatakan lengkap 100%. Dari observasi peneliti untuk nama dokter tidak ditulis tangan melainkan di cap lengkap dengan gelarnya. Untuk tanda tangan dokter juga masih ada yang belum lengkap dikarenakan dokter lupa atau sudah pulang. Hal tersebut yang menjadi pemicu ketidaklengkapan formulir. Menurut (Herfiyanti, 2015) pada penelitiannya mengenai *review* autentifikasi berdasarkan ketidaklengkapan tersebut bisa berdampak pada menurunnya kualitas rekam medis dan mengakibatkan formulir *informed consent* tidak akurat.

4. Analisis *review* pendokumentasian

Kelengkapan *review* pencatatan meliputi tinta yang digunakan selayaknya warna gelap dan kontras dengan warna kertas agar jelas dan terbaca. Jika terjadi kesalahan maka untuk memperbaikinya tidak sampai tulisan tersebut tidak terbaca lagi. Secara umum dianjurkan untuk mencoret satu kali dan diberikan tanggal serta paraf yang membenarkan tulisan tersebut. (sudra, 2018)

Tabel 4 *review* pendokumentasian

Komponen analisis <i>review</i> pendokumentasian	Jumlah		Jumlah total	Persentase %		Jumlah total
	Lengkap	tidak lengkap		Lengkap	tidak lengkap	
Keterbacaan	0	49	49	0%	100%	100%
Coretan	0	49	49	0%	100%	100%

Berdasarkan tabel 4 diatas mengenai kelengkapan *review* pendokumentasian dinyatakan lengkap 100%. Dari hasil observasi peneliti dalam hal pengisian dokter jarang sekali dalam penulisannya terdapat coretan. Untuk keterbacaan masih dapat dibaca walaupun kadang dalam penulisannya tidak jelas. Menurut (Herfiyanti, 2015) dalam penelitiannya formulir *Informed Consent* yang memuat *review* pendokumentasian dimana mutu pencatatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam pendokumentasian untuk menunjang kualitas formulir *Informed Consent* sehingga dapat berguna dengan baik.

5. persentase angka kelengkapan pengisian *informed consent* penyakit hernia pasien rawat inap di Rumah Sakit X.

Tabel 5 persentase angka kelengkapan pengisian *informed consent*

Berkas rekam	jumlah	persentase
--------------	--------	------------

medis		
Lengkap	41	83,7%
Tidak lengkap	8	16,3%

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa presentase angka kelengkapan *informed consent* penyakit hernia pasien rawat inap di Rumah Sakit X masih ditemukan yang tidak lengkap. Persentase ketidaklengkapan 16,3% dari jumlah 8 dokumen yang tidak lengkap, dan kelengkapan dokumen mencapai 83,7% dari 41 dokumen yang lengkap, berdasarkan jumlah dokumen yang di *review* sebanyak 49 formulir *informed consent* penyakit hernia.

Menurut (Febrianti and Sugiarti, 2019) pada penelitiannya presentase hasil analisis kuantitatif kelengkapan formulir *informed consent* menunjukkan bahwa angka kelengkapan kurang dari standar pelayanan minimal rumah sakit yakni 100%.

## KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini yakni dari 49 dokumen rekam medis yang telah di *review* kelengkapan pengisian formulir *informed consent* penyakit hernia pada pasien rawat inap di RS X persentasenya mencapai 83,7% sedangkan ketidaklengkapan pengisian formulir *informed consent* penyakit hernia pada pasien rawat inap di RS X mencapai 16,3 %. Berdasarkan hal tersebut perlu ditingkatkan dalam pengisian formulir *informed consent* terutama pasien hernia pada *review* laporan mengenai tindakan, tanggal, jam dan *review* autentifikasi mengenai nama terang dan tanda tangan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dzulhanto, B.Y. (2018) 'Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Penyakit Hernia Dengan Metode Analisis Kuantitatif', *Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan (JMIK)*, 1(1), pp. 1–10. doi:10.32585/jmiak.v1i1.121.
- Febrianti, L.N. and Sugiarti, I. (2019) 'Kelengkapan Pengisian Formulir Laporan Operasi Kasus Bedah Obgyn Sebagai Alat Bukti Hukum', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(1), p. 9. doi:10.33560/jmiki.v7i1.213.
- Febriyanti, R.I.M. and Sugiarti, I. (2015) 'Analisis Kelengkapan Pengisian Data Formulir Anamnesis Dan Pemeriksaan Fisik Kasus Bedah', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(1), pp. 31–37. doi:10.33560/.v3i1.67.
- Herfiyanti, L. (2015) 'Kelengkapan Informed Consent Tindakan Bedah Menunjang Akreditasi Jci Standar Hpk 6 Pasien Orthopedi', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2), pp. 81–88. doi:10.33560/.v3i2.89.
- PerMenKes-2008-269 (no date) 'PerMenKes-2008-269-Rekam Medis.pdf'.
- Purwanti, I.S. (2020) 'Studi Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Descriptive Study The Completeness Of Medical Record Documents Studi RMIK , STIKes Wira Medika Bali Studi Keperawatan , STIKes Wira Medika Bali Email : davyathaa@gmail.com', *Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 3(1), pp. 36–40. Available at: <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/RMIK/article/view/5194>.
- Simanjuntak, E. and Agatha Wismona, S. (2019) 'Analisis Kelengkapan Informed Consent Pasien Pra Operasi Katarak Di Rs. Khusus Mata Smec Medan Tahun 2018', *Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 3(2), pp. 444–446. doi:10.52943/jipiki.v3i2.61.
- sudra, 2017 (2018) 'Analisis Kuantitatif'.
- Swari, S.J. et al. (2019) 'Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang', *ARTERI : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(1), pp. 50–56.



## PERENCANAAN KEBUTUHAN RAK FILING DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT NIRMALA SURI SUKOHARJO TAHUN 2022-2026

<sup>1</sup>Muhammad Abi Maruf\*, <sup>2</sup>Lingga Rizky Andjani

<sup>1</sup>Program Studi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, abimaruf65@gmail.com

<sup>2</sup>Unit Rekam Medis, Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo, linggaandjani11@gmail.com

### ABSTRAK

Dengan adanya kondisi rak penyimpanan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo yang sudah penuh dan sesak, mengakibatkan banyak dokumen rekam medis di simpan di dalam kardus dan di letakkan di lantai. Sehingga dengan kondisi ini diperlukan adanya penambahan rak penyimpanan dokumen rekam medis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perencanaan kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo Tahun 2022-2026. Jenis penelitian ini deskriptif, pendekatan cross sectional, metode pengumpulan data adalah observasi dan wawancara. Populasi yang digunakan sebanyak 48.429 dokumen rekam medis dan sampel sebanyak 100 dokumen rekam medis. Instrumen penelitian yang digunakan adalah meteran, penggaris, kalkulator, pedoman observasi dan wawancara. Analisis data yang digunakan secara dekriptif. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata ketebalan dokumen rekam medis adalah 1 cm. Jumlah dokumen rekam medis dalam 1 meter adalah 100 dokumen. Ukuran rak penyimpanan jenis Roll O'Pack : panjang 3 m, 6 shaft, 2 muka. Hasil perhitungan perencanaan kebutuhan rak filing tahun 2022-2026 sebanyak 73 rak Roll O'Pack. Kesimpulan, rencana kebutuhan rak penyimpanan tahun 2022-2026 sebanyak 73 rak. Saran, Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo perlu mengadakan penambahan rak penyimpanan dokumen rekam medis dalam kurun waktu 2022-2026 sebanyak 73 rak dengan jenis rak Roll O'pack dua sisi agar dokumen rekam medis yang ada tidak lagi di simpan di dalam kardus.

**Kata Kunci :** *dokumen rekam medis, rak penyimpanan.*

### ABSTRACT

*With the condition of the medical record document storage rack at Nirmala Suri Sukoharjo Hospital which is already full and overcrowded, resulting in many medical record document being stored in cardboard boxes and placed on the floor. So, with this condition, it is necessary to add a medical record document storage rack. The purpose of this study was to determine the planning of medical record document storage needs at Nirmala Suri Sukoharjo Hospital in 2022-2026. This type of research is descriptive, cross sectional approach, data collection methods are observation and interviews. The population used was 48.429 medical record document and a sample of 100 medical record document. The research instrument used was a meter, ruler, calculator, observation guide and interviews. Descriptive data analysis used. The result showed that the average thickness of medical record document was 1 cm. The number of medical record document in 1 meter is 100 document. Roll O'Pack type storage rack size : 3 m long, 6 shafts, 2 faces. The result of the calculation of storage rack shelf requirements for 2022-2026 are 73 Roll O'Pack shelves. Suggestion, Nirmala Suri Sukoharjo Hospital needs to add 73 shelves for storing medical record document in the period 2022-2026 with a two-sided Roller O'Pack type so that existing medical record documents are no longer stored in cardboard box.*

**Keyword:** *medical record document, store shelves.*

### PENDAHULUAN

Rumah sakit dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak terlepas dari rekam medis yang merupakan salah satu penunjang pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Menurut Permenkes No. 269 Menkes/Per/III/2008 pasal 10 ayat 1 Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien yang harus dijaga kerahasiannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan Sarana Pelayanan Kesehatan. Penyelenggaraan rekam medis yang dilakukan oleh sarana pelayanan kesehatan



dilaksanakan sesuai dengan tahap yang berurutan mulai dari pendaftaran, *assembling*, *coding* dan *indexing*, *analizing* dan *reporting* serta *filing*. *Filing* merupakan kegiatan menyimpan, penataan atau penyimpanan berkas rekam medis untuk mempermudah pengambilan kembali. Perlengkapan utama dari ruang *filing* adalah almari atau rak penyimpanan. Apabila terjadi penambahan jumlah pasien, maka juga terjadi penambahan jumlah dokumen rekam medis pasien yang mengakibatkan kebutuhan rak penyimpanan meningkat.

Berdasarkan hasil observasi yang telah peneliti lakukan pada bulan Maret 2022, Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo menerapkan sistem penyimpanan sentralisasi, sistem penjajaran yang digunakan adalah *Straight Numerical Filing* (SNF), sedangkan sistem penomorannya menggunakan *Unit Numbering System* (UNS). Di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo rak penyimpanan yang digunakan adalah rak roll'opack dua sisi yang berjumlah 5 rak dan menggunakan rak terbuka dari besi 2 sisi sejumlah 5 rak dan rak kayu 2 sisi sejumlah 4 rak sudah penuh dan sesak sehingga mengakibatkan petugas kesulitan dalam pengambilan dan pengembalian dokumen rekam medis. Banyak dokumen rekam medis yang disimpan di dalam kardus-kardus dan diletakkan di lantai karena rak yang ada sudah penuh, sehingga diperlukan adanya penambahan rak *filing* dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Perencanaan Kebutuhan Rak *Filing* Dokumen Rekam Medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo Tahun 2022-2026". Tujuan penelitian ini adalah mengetahui jumlah dokumen rekam medis pasien baru tahun 2017-2021, mengetahui rata-rata ketebalan dokumen rekam medis, mengetahui ukuran rak *filing* dokumen rekam medis, mengetahui jumlah dokumen rekam medis dalam 1 meter, mengetahui prediksi perubahan jumlah pasien baru tahun 2022-2026, mengetahui prediksi kebutuhan rak *filing* dokumen rekam medis tahun 2022-2026.

## **METODE**

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif yaitu suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di dalam masyarakat hasil penelitian sesuai dengan keadaan yang sebenarnya (Notoadmodjo, 2012). Pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Notoadmodjo, 2012).

Variabel penelitian ini adalah jumlah DRM pasien baru tahun 2017-2021, rata-rata ketebalan dokumen rekam medis, ukuran rak penyimpanan, jumlah dokumen rekam medis dalam 1 meter, prediksi perubahan jumlah pasien baru tahun 2022-2026, prediksi kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis tahun 2022-2026.

Populasi yang digunakan adalah rak penyimpanan yang terdiri dari rak roll'opack 2 sisi yang berjumlah 5 rak dan menggunakan rak terbuka dari besi 2 sisi sejumlah 5 rak dan rak kayu 2 sisi sejumlah 4 rak dan dokumen rekam medis pasien baru dari tahun 2017-2021 sebanyak 48.429 dokumen rekam medis. Sampel dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien sebanyak 100 dokumen. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *Systematic Random Sampling* (Sampling Sistematis) yaitu pengambilan sampel secara acak dan dilakukan secara berurutan sesuai dengan interval tertentu (Budiarto, 2001). Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi dan wawancara. Data yang telah dikumpulkan akan dianalisis secara deskriptif.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Untuk mengetahui perencanaan kebutuhan rak *filing* dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo Tahun 2022-2026 peneliti menggunakan Rumus IFHRO (2007:114) yaitu dengan langkah-langkah sebagai berikut :

**1. Menghitung Prediksi Jumlah Pasien Baru Tahun 2022-2026 di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo.**

Jumlah Dokumen Rekam Medis yang disimpan di bagian *fling* Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo pada tahun 2017-2021 sebanyak 48.429 dokumen yang didapatkan dari hasil laporan tahunan unit rekam medis, dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 1. Jumlah Pasien Baru di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo tahun 2017-2021

No	Tahun	Total
1	2017	7295
2	2018	10657
3	2019	12306
4	2020	9474
5	2021	8697
<b>Jumlah</b>		<b>48429</b>

Sumber: Laporan kunjungan pasien di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo Tahun 2017-2021

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat jumlah pasien baru pada tahun 2017 berjumlah 7295 pasien. Pada tahun 2018 jumlah pasien mengalami peningkatan menjadi 10657 pasien. Pada tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi 12306 pasien. Pada tahun 2020 jumlah pasien mengalami penurunan yaitu menjadi 9474 pasien, dan pada tahun 2021 mengalami penurunan kembali menjadi 8697 pasien. Dari tahun 2020 sampai 2021 jumlah pasien baru mengalami penurunan dikarenakan adanya pandemic Covid-19. Dari data tersebut diketahui total pasien baru tahun 2017-2021 di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo sebanyak 48.429 pasien.

Untuk menghitung prediksi jumlah pertambahan pasien baru tahun 2022-2026 peneliti menggunakan metode kuadrat terkecil yaitu dengan rumus  $Y = a+bx$  dengan melihat pasien baru tahun 2017-2021 di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo.

Tabel 2 . Perhitungan Pertambahan Pasien Baru

No	Tahun	Jumlah DRM (Y)	X	x <sup>2</sup>	x.y
1	2017	7295	-2	4	-14590
2	2018	10657	-1	1	-10657
3	2019	12306	0	0	0
4	2020	9474	1	1	9474
5	2021	8697	2	4	17394
<b>Total</b>		<b>48429</b>		<b>10</b>	<b>1621</b>

Setelah nilai x dan y diketahui, maka prediksi perhitungan jumlah pertambahan pasien tahun 2022-2026 dapat di hitung dengan rumus  $Y = a+bx$ ,

Y = Variabel yang diteliti

a = Konstanta atau nilai x = 0

b = Koefisien regresi

x = Periode waktu berkala

Dimana, a dan b adalah sebagai berikut :

$$a = \frac{\sum Y}{n}$$

$$b = \frac{\sum x.y}{x^2}$$

$$\begin{aligned}
 a &= \frac{48429}{5} & b &= \frac{1621}{10} \\
 &= 9685,8 & &= 162,1 \\
 &= 9686 & &= 162
 \end{aligned}$$

Setelah menentukan nilai a dan b maka prediksi pertambahan pasien baru tahun 2022-2026 di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo dapat dihitung sebagai berikut :

Tabel 3. Prediksi Pertambahan Pasien Baru Tahun 2022-2026

No	Tahun (Y)	a	b	x	a + bx
1	2022	9686	162	3	10172
2	2023	9686	162	4	10334
3	2024	9686	162	5	10496
4	2025	9686	162	6	10658
5	2026	9686	162	7	10820
Total					52480

Dari data tabel tersebut diperoleh hasil jumlah prediksi pertambahan pasien di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo tahun 2022 yaitu sebanyak 10.172 pasien, tahun 2023 sebanyak 10.334 pasien, tahun 2024 sebanyak 10.496 pasien, tahun 2025 sebanyak 10.658 pasien dan tahun 2026 sebanyak 10.820. Dari tahun 2022-2026 jumlah prediksi pertambahan pasien baru sebanyak 52.480 pasien.

## 2. Menghitung Rata-rata Ketebalan Dokumen Rekam Medis.

Rata-rata ketebalan dokumen rekam medis didapatkan dari hasil observasi yang telah dilakukan pada 100 sampel dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo Tahun 2017-2021 yang akan digunakan sebagai data dalam perhitungan perencanaan kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis. Pengukuran dilakukan dengan cara mengukur ketebalan 10 dokumen rekam medis yang ditumpuk kemudian di ukur dengan menggunakan alat ukur penggaris. Untuk mengetahui rata-rata ketebalan dokumen rekam medis, perhitungannya sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 \text{Rata - rata tebal DRM} &= \frac{\sum \text{tebal DRM}}{\sum \text{DRM yang diteliti}} \\
 &= \frac{100 \text{ cm}}{100} \\
 &= 1 \text{ cm}
 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil perhitungan diatas diperoleh hasil, rata-rata ketebalan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo adalah 1 cm.

## 3. Menentukan banyaknya dokumen rekam medis dalam 1 meter.

Setelah diketahui rata-rata ketebalan dokumen rekam medis, maka selanjutnya menghitung banyaknya dokumen rekam medis yang dapat di simpan dalam 1 meter dengan perhitungan sebagai berikut :

$$\begin{aligned} \sum \text{DRM dalam 1 meter} &= \frac{1 \text{ meter}}{\text{rata - rata tebal DRM}} \\ &= \frac{100 \text{ cm}}{1 \text{ cm}} \\ &= 100 \text{ dokumen} \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan diatas didapatkan hasil dalam jangkauan 1 meter rak penyimpanan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo dapat menampung dokumen rekam medis sebanyak 100 dokumen.

**4. Menghitung Panjang Jajaran Dokumen Rekam Medis Berdasarkan Lama Penyimpanan.**

Menurut peraturan Menteri Kesehatan No. 269/menkes/per/III/2008 tentang penyimpanan dokumen rekam medis menerangkan bahwa, rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal pasien berobat atau dipulangkan.

Tabel 4. Jadwal Retensi Dokumen Rekam Medis (Depkes, RI. 2006)

No	KELOMPOK	AKTIF		IN-AKTIF	
		RJ	RI	RJ	RI
1	Umum	5 th	5 th	2 th	2 th
2	Mata	5 th	10 th	2 th	2 th
3	Jiwa	10 th	5 th	5 th	5 th
4	Orthopaedi	10 th	10 th	2 th	2 th
5	Kusta	15 th	15 th	2 th	2 th
6	Ketergantungan an obat	15 th	5 th	2 th	2 th
7	Jantung	10 th	10 th	2 th	2 th
8	Paru	5 th	10 th	2 th	2 th

Berdasarkan teori tersebut, maka peneliti mengambil perhitungan perencanaan kebutuhan rak *filing* dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo selama 5 tahun mendatang yaitu tahun 2022-2026. Waktu lama penyimpanan ini digunakan untuk menghitung panjang jajaran dokumen rekam medis dengan rumus perhitungan sebagai berikut :

$$\begin{aligned} \text{Panjang Jajaran} &= \frac{\sum \text{dokumen 5 tahun kedepan} \times 5}{\sum \text{dokumen per meter}} \\ &= \frac{52480 \times 5}{100} \\ &= \frac{262400}{100} \\ &= 2624 \text{ meter} \end{aligned}$$

**5. Menghitung Panjang Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis.**

Sebelum menghitung panjang rak penyimpanan, maka di tentukan terlebih dahulu jenis rak apa yang akan di gunakan dalam perencanaan kedepan. Berdasarkan hasil wawancara yang telah peneliti lakukan kepada Kepala Rekam Medis yaitu : “Rak jenis Roll O’pack, karena dari manajemen maunya dengan rak jenis itu selain itu lebih aman dan tidak memakan banyak tempat”. Dari hasil wawancara tersebut jenis rak yang akan di hitung perencanaannya peneliti mengambil jenis rak Roll O’Pack. Ukuran rak Roll O’Pack yang ada di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo sebagai berikut : Panjang rak = 300 cm, Tinggi rak = 238 cm, Lebar = 63 cm, Jumlah shaft = 6 shaft, Jumlah muka = 2 muka. Dari data tersebut perhitungan panjang rak penyimpanan dokumen rekam medis sebagai berikut :

$$\begin{aligned}\text{Panjang Satu Rak} &= \text{Panjang rak} \times \text{shaft} \times \text{muka} \\ &= 3\text{m} \times 6 \text{ shaft} \times 2 \text{ muka} \\ &= 36 \text{ meter}\end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut ukuran panjang satu rak penyimpanan dokumen rekam medis jenis Roll O’Pack di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo adalah 36 meter.

#### 6. Menghitung Jumlah Kebutuhan Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis.

Untuk menghitung jumlah rencana kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis dapat menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\begin{aligned}\text{Rak yang dibutuhkan} &= \frac{\text{Panjang Jajaran DRM}}{\text{Panjang Satu Rak}} \\ &= \frac{2624 \text{ m}}{36 \text{ m}} \\ &= 72,88 = 73 \text{ Rak}\end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut diketahui bahwa rencana kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo Tahun tahun 2022-2026 sebanyak 73 rak jenis Roll O’Pack dengan ukuran panjang rak = 3 m, 6 shaft, 2 muka/sisi.

#### SIMPULAN

Jumlah pasien baru tahun 2017-2021 sebanyak 48429 pasien. Jumlah prediksi penambahan pasien baru tahun 2022-2026 sebanyak 52480 pasien. Rata-rata ketebalan dokumen rekam medis adalah 1 cm. Banyaknya dokumen rekam medis yang dapat disimpan dalam ukuran 1 meter sebanyak 100 dokumen. Panjang jajaran dokumen rekam medis selama 5 tahun mendatang adalah 2624 meter. Jenis rak yang akan digunakan kedepan adalah rak jenis Roll O’Pack dengan 2 sisi. Panjang satu rak Roll O’Pack yaitu 36 meter. Prediksi jumlah kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis yaitu sebanyak 73 rak jenis Roll O’Pack.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, 2001
- Notoadmojo, Soekidjo. 2012. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Permenkes RI Nomor: 269/MENKES/PER/III/2008. Jakarta: Menteri Kesehatan
- Dewi, R.F.A. (2018) “Perencanaan Kebutuhan Rak Dan Luas Ruang Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Aktif Di Rumah Sakit Hidayah Boyolali Tahun 2018-2022”. Akademi Perkam Medik Dan Informatika Kesehatan Citra Medika Surakarta.
- Pratama, T.W.Y., Hikmah, F. and Nuraini, N. (2018) ‘Perencanaan Kebutuhan Rak Penyimpanan Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit PTP N X ( Persero ) Jember’, *Jurnal Hospital Science*, 2(1), pp. 1–7.
- Nurindah Sari, L. et al. (2021) ‘Perhitungan Kebutuhan Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Di Ruang Filing Rsia Humana Prima Bandung Tahun 2021’, *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2021(8), pp. 1004– 1012. Available at:
- IFHRO, 2007. *Learning Package For Medical Record*. Geneva: IFHRO.

Fanny, Nabilatul dan Azhary, Miggy Asri (2019) “*Analisis Kebutuhan Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Aktif di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Delanggu Tahun 2022*”, INFOKES, VOL 9 NO 1.

## **ANALISIS BEBAN KERJA PETUGAS REKAM MEDIS BERDASARKAN METODE *WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED (WISN)* DI PUSKESMAS XXX TAHUN 2021**

**<sup>1</sup>Yuni Afriani\*, <sup>2</sup>Risti Tarisyah**

<sup>1</sup>UNIVERSITAS DUTA BANGSA SURAKARTA

<sup>2</sup>STIKes DONA Palembang

### **ABSTRAK**

Salah satu metode menghitung beban kerja menurut PERMENKES No. 33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan ialah dengan menggunakan metode WISN. Metode workload Indicator Staff Need (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk menghitung waktu kerja tersedia serta standar kelonggaran petugas rekam medis di Puskesmas XXX. Metode penelitian menggunakan deskriptif kuantitatif. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan wawancara, observasi dan dokumentasi. Instrumen penelitian menggunakan alat tulis, buku catatan, kamera dan stopwatch. Teknik analisis data menggunakan metode Workload Indicator Staff Need (WISN). Berdasarkan hasil penelitian hari kerja di Puskesmas XXX sebanyak 1911 jam/tahun atau 114.600 menit/tahun, kegiatan pokok di ruang rekam medis meliputi mencari berkas rekam medis dan mengembalikan berkas rekam medis ke rak penyimpanan, standar beban kerja yaitu 318.500 menit, standar kelonggaran yaitu 0,09 menit, dan jumlah kebutuhan tenaga petugas berjumlah 1 orang. Saran bagi Puskesmas XXX untuk menambah 1 orang lagi.

**Kata Kunci:** *Petugas, Metode WISN, Beban Kerja*

### **ABSTRACT**

*One method of calculating the workload according to PERMENKES No. 33 of 2015 concerning Guidelines for the Preparation of Human Resource Needs Planning is to use the WISN method. The Staff Needs Indicator (WISN) workload method is a method of calculating the need for Health Human Resources. The purpose of this study was to calculate the available working time and the standard of slack for medical officers at the XXX Health Center. The research method uses descriptive quantitative. Data collection techniques in this study using interviews, observation and documentation. The research instrument used writing instruments, notebooks, cameras and stopwatches. The data analysis technique used the Workload Indicator Staff Need (WISN) method. Based on research on working days at the XXX Health Center as many as 1911 hours/year or 114,600 minutes/year, the main activities in the medical record room include searching for medical record files and returning medical record files to the storage rack, the standard workload is 318,500 minutes, the standard allowance is 0.09 minutes and the number of staff needed for opening 1 person. Suggestion for XXX health center to add 1 more person.*

**Keyword:** *Officer, Method, Workload*

### **PENDAHULUAN**

Menurut PERMENKES No. 43 Tahun 2019 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Puskesmas adalah upaya kesehatan masyarakat (UKM) pertama, upaya kesehatan masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat. Sedangkan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.



Menurut PERMENKES No. 269/MENKES/III/2008, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dokumen yang dimaksud dalam ruang lingkup rekam medis ialah catatan dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, rekaman elektronik diagnostik dan lainnya. Menurut PERMENKES No. 55 Tahun 2013 Perkam Medis adalah seorang yang telah lulus pendidikan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang undangan.

Menurut PERMENKES No. 33 Tahun 2015 Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) adalah seseorang yang bekerja secara aktif di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Perkam medis merupakan salah satu sumber daya di bidang kesehatan. Tersedianya Sumber Daya Kesehatan (SDMK) yang bermutu merupakan salah satu faktor penentu agar dapat mencukupi kebutuhan, terdistribusi secara adil dan merata, serta dapat bermanfaat untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang baik dan setinggi-tingginya. Maka dari itu perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) harus disusun untuk menentukan pengadaan yang meliputi Pendidikan, pelatihan, pendayagunaan, peningkatan kesejahteraan, pembinaan dan pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK).

Berdasarkan hasil penelitian saat melakukan Praktek Kerja Lapangan di Puskesmas XXX di Tahun 2022 petugas rekam medis di ruang filing berjumlah 3 orang yang latar belakang pendidikannya rekam medis, namun dari 3 petugas hanya 1 petugas yang selalu ada di ruangan filing.

Salah satu metode yang dapat dipakai untuk menghitung beban kerja menurut PERMENKES No. 33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan ialah dengan menggunakan metode Workload Indicator Staff Need (WISN). Metode workload Indicator Staff Need (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) berdasarkan beban kerja nyata dilaksanakan oleh tiap kategori pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan Kesehatan.

Peneliti tertarik menggunakan rumus Workload Indicator Staff Need (WISN) karena metode ini lebih akurat mulai dari perhitungan untuk menetapkan waktu kerja tersedia, standar beban kerja, standar kelonggaran dan kebutuhan tenaga kerjanya.

Berkaitan dengan hal diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Analisis Beban Kerja Petugas Rekam melakukan upaya kesehatan. Perkam medis merupakan salah satu sumber daya di bidang kesehatan. Tersedianya Sumber Daya Kesehatan (SDMK) yang bermutu merupakan salah satu faktor penentu agar dapat mencukupi kebutuhan, terdistribusi secara adil dan merata, serta dapat bermanfaat untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang baik dan setinggi-tingginya. Maka dari itu perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) harus disusun untuk menentukan pengadaan yang meliputi Pendidikan, pelatihan, pendayagunaan, peningkatan kesejahteraan, pembinaan dan pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK).

Berdasarkan hasil penelitian saat melakukan Praktek Kerja Lapangan di Puskesmas XXX di Tahun 2022 petugas rekam medis di ruang filing berjumlah 3 orang yang latar belakang pendidikannya rekam medis, namun dari 3 petugas hanya 1 petugas yang selalu ada di ruangan filing.

Salah satu metode yang dapat dipakai untuk menghitung beban kerja menurut PERMENKES No. 33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia

Kesehatan ialah dengan menggunakan metode Workload Indicator Staff Need (WISN). Metode workload Indicator Staff Need (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) berdasarkan beban kerja nyata dilaksanakan oleh tiap kategori pada tiap unit kerja di fasilitas pelayanan Kesehatan.

Peneliti tertarik menggunakan rumus Workload Indicator Staff Need (WISN) karena metode ini lebih akurat mulai dari perhitungan untuk menetapkan waktu kerja tersedia, standarbeban kerja, standar kelonggran dan kebutuhan tenaga kerjanya.

Berkaitan dengan hal diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Analisis Beban Kerja Petugas Rekam ketentuan ketidakhadiran kerja sebanyak 12 hari/tahun.

1. Waktu kerja di Puskesmas DempoPalembang dalam 1 hari yaitu 7 jam.

$$\text{Rumus Waktu Kerja Tersedia} = A - (B + C + D + E) \times F$$

Keterangan:

- A. Hari kerja (jumlah hari kerjahari/tahunan)
- B. Cuti tahunan
- C. Pendidikan dan pelatihan
- D. Hari libur nasional
- E. Ketidak hadiran kerja (Rata-rata ketidak hadiran kerja dalam kurun waktu satu tahun karena sakit atautidak masuk tanpa alasan)
- F. Waktu kerja

$$\text{Waktu Kerja Tersedia} = A - (B + C + D + E) \times F$$

$$= 313 - (12 + 1 + 15 + 12) \times 7$$

$$= 313 - (40) \times 7$$

$$= 273 \times 7$$

$$= 1911 \text{ jam/tahun}$$

$$= 114.660 \text{ menit/tahun}$$

$$= 6.879.600 \text{ detik/tahun}$$

<b>Waktu Kerja Tersedia</b>	1911 jam/tahun
	114.660 menit/tahun
	6.879.600 detik/tahun

**Tabel 4.1 waktu kerja tersedia di Puskesmas XXX**

**b. Menetapkan Unit Kerja Dan Kategori Sumber Daya Manusia**

Kegiatan pada unit rekam medis di Puskesmas XXX ialah:

1. Mencari berkas rekam medis pasien.
2. Mengembalikan berkas rekam medis pasien ke rak penyimpanan dan sesuai urutan nomor rekam medis.

**c. Menyusun Standar Beban Kerja**

$$\text{Rumus Standar Beban Kerja} = \frac{\text{waktu kerja tersedia}}{\text{Rata-rata waktu kegiatan pokok}}$$

**Tabel 4.2 Waktu Kegiatan Mengambil Berkas Rekam Medis**

No.	Rata-Rata Waktu Kegiatan Mengambil Berkas Rekam Medis	
1.	26 detik	
2.	47 detik	
No.	Waktu Kegiatan Mengembalikan Berkas Rekam Medis Pada Rak Penyimpanan	
1.	60 detik	
2.	49 detik	
3.	45 detik	
4.	54 detik	
5.	60 detik	
Total Rata-Rata Per-detik		54
Total Rata-Rata Per-menit		0,9

**Tabel 4.3 Waktu Kegiatan Mengembalikan Berkas Rekam Medis Pada Rak Penyimpanan**  
**Tabel 4.4 Kegiatan Pokok dan Rata- Rata Waktu Kerja**

**a. Menyusun Standar Kelonggaran**

Faktor-faktor kelonggaran di Puskesmas XXX meliputi rapat selama 2 jam atau 120 menit dan apel selama 30 menit. Rata-rata faktor kelonggaran ini akan dikalikan dengan jumlah bulan untuk rapat dan jumlah hari kerja selamasatu tahun untuk apel.

No.	Kegiatan Pokok	Rata-Rata Waktu Per-Detik	Rata-Rata Waktu Per-Menit	Standar Beban Kerja
1.	Mencari dan mengambil berkas rekam medis	40 detik	0,6	191.100
2.	Mengembalikan berkas rekam medis	54 detik	0,9	127.400
<b>Jumlah</b>				318.500

Faktor kelonggaran	Waktu rata-rata	Standar kelonggaran
Rapat	2 jam/ 120 menit	0,01
Apel	30 menit	0,08
Total seluruh standar Kelonggaran		0,09

$$\text{Rumus Standar Kelonggaran} = \frac{\text{rata-rata waktu faktor kelonggaran}}{\text{Waktu kerja Tersedia}}$$

**Tabel 4.5 Waktu Kelonggaran**

**d. Menghitung Kebutuhan Tenaga Petugas Rekam Medis**

Menghitung kebutuhan tenaga petugas rekam medis terlebih dahulu harus menentukan kuantitas kegiatan pokok. Rumus kuantitas kegiatan pokok ialah:

Kuantitas kegiatan pokok = Jumlah Pasien X Hari Kerja

**Tabel 4.6 Kuantitas Kegiatan Pokok**

Kuantitas Kegiatan Pokok	Standar Kelonggaran	Standar Beban Kerja	Petugas yang dibutuhkan
46.950	0,09	191.100	0,34
46.950	0,09	127.400	0,46
Total			0,8
Dibulatkan			1

**Tabel 4.7 Kebutuhan Tenaga Petugas Rekam Medis**

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### a. Waktu Kerja Tersedia

Berdasarkan hasil dari wawancara pada petugas diketahui bahwa Puskesmas XXX memiliki jumlah hari kerja sebanyak 6 hari dan waktu kerja selama 7 jam. Dari hasil perhitungan yang dilakukan pada data diatas maka waktu kerja tersedia di Puskesmas XXX ialah 1911 jam/tahun, 114.660 menit/tahun.

### b. Unit Kerja dan Kategori Sumber Daya Manusia

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di Puskesmas XXX kategori unit kerja petugas rekam medis meliputi:

1. Mencari berkas rekam medis pasien.
2. Mengembalikan berkas rekam medis pasien ke rak penyimpanan dan sesuai urutan nomor rekam medis.

### c. Standar Beban Kerja

Hasil dari penelitian yang dilakukan di Puskesmas XXX, perhitungan standar beban kerja yang di dapat ialah sebanyak 318.500.

### d. Standar Kelonggaran

Berdasarkan hasil dari penelitian di Puskesmas XXX standar kelonggaran yang dihitung dari kelonggaran waktu yang ada, meliputi rapat 120 menit/bulan dan apel 30 menit/minggu. Hasil dari perhitungan kelonggaran waktu tersebut ialah sebesar 0,09 menit.

### e. Kebutuhan Tenaga Sumber Daya Manusia

Dari hasil penelitian yang menggunakan metode Workload Indicator Staff Need (WISN) di Puskesmas XXX didapatkan hasil kebutuhan tenaga petugas rekam medis berjumlah 1 orang petugas.

## SIMPULAN

- a. Standar beban kerja yang didapat 318.500.
- b. Waktu kerja tersedia di Puskesmas XXX ialah 1911 jam/tahun atau 114.660 menit/tahun. Standar kelonggaran di Puskesmas XXX meliputi rapat 120 menit/bulan dan apel 30 menit/minggu. Hasil dari perhitungankelonggaran waktu tersebut ialah sebesar 0,09 menit.

- c. Jumlah kebutuhan tenaga petugas rekam medis menggunakan metode Workload Indicator Staff Need (WISN) di Puskesmas XXX berjumlah 1 orang petugas.

#### **SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian serta pembahasan yang ada diatas maka penulis dapat memberikan saran untuk dijadikan masukan bagi Puskesmas Dempo Palembang agar sebaiknya dilakukan optimalisasi pegawai dan waktu yang ada di Puskesmas Dempo Palembang untuk menutupi kekurangan atau kebutuhan petugas Unit Rekam Medis di Puskesmas Dempo Palembang.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Budiasa, I.K. 2021. *Beban Kerja dan Kinerja Sumber Daya Manusia*. Jawa Tengah: CV. Pena Persada.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Fillamenta, N. 2020. *Metode Penelitian Kesehatan*. Palembang: Sapu Lidi.
- Notoadmodjo. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 43. *Tentang Puskesmas*. Jakarta: 2019
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.55. *Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis*. Jakarta: 2013.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008. *Tentang Rekam Medis*. Jakarta: Depkes RI: 2008.
- Peraturan Menteri Kesehatan No.81/MENKES/PER/I/2004. *Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota Serta Rumah Sakit*. Jakarta: 2004
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 33 *Tentang Pedoman Penyusunan Kebutuhan SDM Kesehatan*. Jakarta: 2015
- Salsabila, A. 2021. *Analisis Kebutuhan Tenaga Kerja Petugas Filing Berdasarkan Teori WISN (Workload Indicator Staff Need) di Puskesmas XXX Tahun 2021*.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2018. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suryanto, H. 2020. *Analisis Beban Kerja dan Kebutuhan Sumber Daya Petugas Rekam Medis Puskesmas Adan-Adan Kabupaten Kediri*. Kediri: *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* Volume 3 No. 1.
- Talib, T. 2018. *Analisis Beban Kerja Tenaga Filing Rekam Medis (Studi Kasus Rumah Sakit Ibu dan Anak Bahagia Makasar)*. Makasar: STIKes Panakkukang Makasar.
- Wilda, F.E. 2019. *Manajemen Sumber Daya Manusia Dan Ergonomi Unit Kerja Rekam Medis*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

## FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT X PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2022

<sup>1</sup>Elna Kukuh Kurnia\*, <sup>2</sup>Mahdalena

<sup>1</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta,  
elnakukuhkurnia92@gmail.com

<sup>2</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, RS Charitas Hospital Kenten Palembang, mahdalena88@gmail.com

### ABSTRAK

Klaim BPJS adalah pengajuan seluruh biaya perawatan pasien BPJS oleh pihak Rumah Sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya melalui proses verifikasi. Proses verifikasi berkas mencakup 2 hal yaitu berkas klaim dan administrasi klaim. Klaim pending adalah pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL terkait kaidah coding, namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan. Maka jika terjadi pending pada berkas klaim akan berdampak pada dana kas rumah sakit, dan mengakibatkan akan terganggu di permasalahan dalam pembayaran klaim tersebut. Permasalahan proses klaim juga dapat menghambat pembayaran gaji karyawan serta memangkas biaya pemeliharaan rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui faktor penyebab pending klaim BPJS pasien rawat inap berdasarkan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten Palembang periode triwulan 1 tahun 2022.

**Kata kunci :** Pending, BPJS, FKRTL.

### ABSTRACT

*BPJS claim is the submission of all BPJS patient care costs by the Hospital to the BPJS Health, carried out collectively and billed to the BPJS Health every month through a verification process. The file verification process includes 2 things, namely the claim file and claim administration. A pending claim is a claim refund where there is no agreement between BPJS Kesehatan and FKRTL regarding coding rules, but the settlement is carried out in accordance with the provisions of the legislation. So if there is a pending claim on the claim file, it will have an impact on the hospital's cash funds, and will cause problems in paying the claim. Problems with the claims process can also hinder the payment of employee salaries and cut hospital maintenance costs. The purpose of this study was to determine the factors causing pending BPJS claims for inpatients based on research conducted at Charitas Hospital Kenten Palembang in the first quarter of 2022.*

**Keywords :** Pending, BPJS, FKRTL.

### PENDAHULUAN

BPJS adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang di bentuk pemerintah untuk memberikan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program kesehatan untuk masyarakat dalam pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta. BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak Rumah Sakit kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Proses Klaim ini sangat penting bagi Rumah Sakit, sebagai penggantian biaya pasien asuransi yang telah berobat. Fasilitas yang bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan harus mampu mengajukan Klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, dengan disertakan berkas - berkas persyaratan yang harus dilengkapi sesuai prosedur verifikasi BPJS Kesehatan. Proses verifikasi berkas mencakup 2 hal yaitu berkas klaim dan administrasi klaim. Maka jika terjadi pending

pada berkas klaim akan berdampak pada dana kas rumah sakit, dan mengakibatkan akan terganggu di permasalahan dalam pembayaran klaim tersebut. Permasalahan proses klaim juga dapat menghambat pembayaran gaji karyawan serta memangkas biaya pemeliharaan rumah sakit.

Klaim pending yaitu pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan FKRTL terkait kaidah koding maupun medis (dispute claim), namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan (Peraturan BPJS Nomor 7 tahun 2018).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab pending klaim BPJS pasien rawat inap di RS Charitas Hospital Kenten Palembang periode Triwulan 1 tahun 2022. Dimana tujuan khusus dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui faktor penyebab yang mempengaruhi pending klaim BPJS pasien rawat inap di RS Charitas Hospital Kenten Palembang periode Triwulan 1 tahun 2022.

## **METODE**

Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yaitu melalui wawancara dan observasi.

### **Tempat dan Waktu**

Penelitian ini dilakukan di RS Charitas Hospital Kenten Palembang pada bulan Mei 2022.

## **Variabel**

1. Variabel independen (bebas) : variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat).  
Variabel independen dalam penelitian ini adalah berkas klaim BPJS pasien rawat inap.
2. Variabel dependen (terikat) : variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel independen (bebas).  
Variabel dependen dalam penelitian ini adalah: kelengkapan berkas klaim, kelengkapan dokumen administrasi, kualitas koding, dan efektivitas teknologi.

## **Definisi Operasional**

1. Berkas klaim BPJS rawat inap  
Berkas klaim yang di ajukan ke BPJS Kesehatan dinyatakan sesuai dan dapat dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan.
2. Kelengkapan berkas klaim  
Rekam medis di isi secara lengkap dan jelas memuat identitas pasien, hasil anamnesa, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik, diagnosis, rencana penatalaksanaan, persetujuan tindakan, hasil pengobatan, ringkasan pulang dan tandatangan.
3. Kelengkapan dokumen administrasi  
Kelengkapan dokumen administrasi berupa Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan billing tagihan rumah sakit.
4. Kualitas koding  
Penilaian kualitas koding berkas rawat inap berdasarkan 4 elemen, yaitu
  - a. Reliability: Konsisten bila kode diagnosis awal masuk dan kode diagnosis akhir berkesinambungan
  - b. Validity: Kode sesuai diagnosis dan tindakan
  - c. Completeness: Mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis
  - d. Timeliness : Tepat waktu
5. Efektivitas Teknologi  
Keterkaitan dan hubungan antar komponen – komponen ( technoware, humanware, infoware, orgaware) yang terdapat dalam teknologi mempengaruhi tingkat efektivitas dari teknologi itu sendiri.



### Populasi dan Sampel

- a. Populasi pada penelitian ini yaitu seluruh berkas pending klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RS Charitas Hospital Kenten Palembang triwulan 1 tahun 2022 sebanyak 87 berkas.
- b. Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik total sampling karena populasi sedikit maka di ambil seluruhnya untuk menjadi sampel penelitian.

### Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, instrument yang digunakan adalah *pedoman pertanyaan dan ceklist*.

### Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode kuisisioner dan studi dokumen pada berkas pending klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan. Kuisisioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberikan sejumlah pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab. Kuisisioner merupakan teknik pengumpulan data yang efisien bila peneliti memahami variabel yang akan diukur dan jawaban apa yang diharapkan dari responden (Iskandar, 2008). Studi dokumen juga dapat dijadikan sebagai teknik pengumpulan data. Beberapa data didapatkan dalam bentuk kebijakan, foto, dokumen, hasil rapat, jurnal, dan lain – lain. Hal tersebut menjadi dasar untuk menarik kesimpulan dalam penelitian.

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Faktor penyebab yang mempengaruhi pending klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten Palembang:

- a. Kelengkapan Berkas Klaim  
Menurut Permenkes Nomor 5 Tahun 2013 Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil dari peneliti masih di temukan berkas klaim pasien rawat inap di Rumah Charitas Hospital Kenten Palembang masih belum terisi dengan lengkap dikarenakan Dokter Penanggung Jawab masih belum disiplin dalam mengisi berkas rekam medis.
- b. Kelengkapan Dokumen Administrasi  
Kelengkapan dokumen administrasi pasien rawat inap mencakup Surat Eligibilitas Peserta (SEP) serta billing rumah sakit.
- c. Kualitas Koding  
Kualitas koding mencakup 4 elemen terdiri dari reliability, validity, completeness, dan timeliness). Dari keempat elemen tersebut mempunyai faktor pengaruh diantaranya:
  - 1) Sumber Daya Manusia  
Sumber Daya Manusia merupakan ilmu dan seni mengatur hubungan dan peranan tenaga kerja agar efektif dan efisien membantu terwujudnya tujuan perusahaan, karyawan, dan masyarakat (Hasibuan, 2016). Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu petugas koding di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten Palembang diketahui jumlah petugas koding berjumlah 3 orang dan 2 orang petugas casemix. Jumlah petugas koding tidak sebanding dengan pekerjaan yang dilakukan karena merangkap koding rawat inap dan rawat jalan sehingga petugas sering lembur. Sumber daya manusia yang sesuai dengan kebutuhan dapat diperoleh dengan melakukan pengukuran beban kerja, sehingga optimalisasi koding dalam bekerja dapat tercapai. Pengukuran beban kerja

bertujuan untuk menentukan berapa jumlah petugas yang di butuhkan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan.

2) **Tingkat Pendidikan**

Menurut Permenkes RI Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis pasal 1 yang menyatakan bahwa standar profesi adalah batas minimal kemampuan yang harus dimiliki oleh perekam medis untuk melaksanakan pekerjaan terkait rekam medis dan informasi kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan. Semakin tinggi pendidikan yang dimiliki seseorang, maka semakin tinggi pula keahlian dan keterampilan orang tersebut. Berdasarkan hasil peneliti di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten petugas koding merupakan lulusan SMK dan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sehingga belum dapat dikatakan memiliki kualitas SDM yang baik.

3) **Pengetahuan SDM**

Regulasi terkait koding BPJS seringkali berubah, hal ini mengharuskan seorang koder untuk selalu mengikuti perubahan yang ada. Pengetahuan tersebut erat kaitannya dengan persamaan persepsi yang dimiliki oleh seluruh petugas koder dalam mengkodekan suatu penyakit atau tindakan. Penerapan persepsi dalam suatu organisasi membawa banyak konsekuensi diantaranya pengharapan kinerja, evaluasi kinerja serta upaya karyawan (Meiyanto,2018). Berdasarkan hasil wawancara kepada salah satu petugas koding penyebab kurangnya update pengetahuan yaitu jarang dilakukan sosialisasi untuk membahas informasi terbaru.

d. **Efektivitas Teknologi**

Teknologi informasi meliputi komputer (hardware dan software), berbagai peralatan kantor elektronik, perlengkapan pabrik dan telekomunikasi (Mulyadi, 2014). Keterkaitan dan hubungan antar komponen – komponen ( technoware, humanware, infoware, orgaware) yang terdapat dalam teknologi mempengaruhi tingkat efektivitas dari teknologi itu sendiri. Perkembangan teknologi informasi dari tahun ketahun semakin maju sejalan dengan kemajuan teknologi internet. Berdasarkan hasil peneliti jaringan komputer di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten sering mengalami gangguan sehingga mengakibatkan proses klaim lama. Untuk itu diperlukan adanya adaptasi (penyesuaian) terhadap perkembangan tersebut.

## **SIMPULAN**

Berdasarkan dari hasil peneliti, faktor penyebab pending klaim pasien rawat inap di Rumah Sakit Charitas Hospital Kenten Palembang disebabkan karena tidak lengkapnya pengisian pada berkas klaim oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien, kurangnya SDM dan tingkat pendidikan koder belum maksimal, Ketidaksihinggaan diagnosa serta terapi disebabkan karena persamaan persepsi antara Dokter Penanggung Jawab Pasien, Koder Rumah Sakit dan Verifikator BPJS, karena kurangnya sosialisasi terhadap ilmu pengetahuan yang baru.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Artanto, 2016. Faktor – Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD dr Karnujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2013 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Perundang – undangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Klaim Pending.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kemenkes RI.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis. Jakarta: Kemenkes RI.

Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan [www.bpjskesehatan.go.id](http://www.bpjskesehatan.go.id)

Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim [www.bpjskesehatan.go.id](http://www.bpjskesehatan.go.id)

Hasibuan, 2016. Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: Penerbit Bumi Akasara

## ANALISIS KEBUTUHAN DAN DESAIN RAK DOKUMEN REKAM MEDIS BERDASARKAN ANTROPOMETRI PETUGAS *FILING* DI RS X UNTUK 2 TAHUN

<sup>1</sup>Muhammad Fajar Dwi Mulyono\*, <sup>2</sup>Nurul Alfiah

<sup>1</sup>D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, fajargendhon8@gmail.com

<sup>2</sup>D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, fajaramandanurul@gmail.com

### ABSTRAK

RS X merupakan salah satu instansi pelayanan kesehatan. Dengan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang semakin lengkap, membuat kunjungan pasien semakin bertambah sehingga mengakibatkan bertambahnya dokumen rekam medis yang disimpan di rak penyimpanan, dan rak penyimpanan terlihat penuh bahkan terdapat dokumen rekam medis pasien yang masih di simpan di kardus, karena kurangnya rak penyimpanan dokumen. Rak penyimpanan dokumen rekam medis yang tersedia di RS X memiliki jenis dan ukuran yang berbeda terdiri dari 6 rak kayu yang memiliki 4 shaf dan 1 sisi penyimpanan, 8 rak kayu dengan 5 shaf dan 1 sisi penyimpanan, dan 4 *roll o'pack* dengan 5 shaf dan 2 sisi penyimpanan. Penelitian ini bertujuan untuk menghitung prediksi kebutuhan dan desain rak dokumen rekam medis pasien berdasarkan antropometri petugas *filing* di RS X tahun 2022-2023. Rak yang di butuhkan adalah rak kayu dengan 5 shaf dan 1 sisi penyimpanan. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan analisa kualitatif menggunakan metode observasi, wawancara, pengukuran langsung di ruang *filing*. Pendekatan menggunakan *cross sectional*, dan Populasi yang digunakan adalah 111.706 dokumen dengan mengambil sampel 100 DRM yang diambil dengan *systematic random sampling*. Instrumen penelitian menggunakan pedoman observasi, wawancara, meteran, penggaris, alat tulis (buku, bolpoin) dan alat hitung. Pengolahan data yang digunakan adalah tehnik kollektng, editing, dengan tabulasi penyajian data. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang berkunjung di RS X akan mengalami pertambahan yang pesat pada tahun 2022-2023 dengan total 236.226 pasien dari total kunjungan tahun sebelumnya yang berjumlah 111.706 pasien. Kebutuhan rak dokumen rekam medis di RS X adalah 46 rak dengan 5 shaf dan 1 sisi penyimpanan berukuran tinggi rak 200 cm, panjang rak 180 cm, lebar rak 40 cm dan ukuran tinggi sub rak per shaf adalah 38 cm. Ukuran tinggi dan panjang disesuaikan dengan ukuran antropometri tubuh petugas agar memudahkan dalam pengambilan dan pengembalian DRM. Kesimpulan kebutuhan rak di RS X adalah 46 rak dengan jenis kayu dengan 5 shaf dan 1 sisi penyimpanan berukuran panjang 2 meter x lebar 40 cm x tinggi 180 cm. Ukuran sesuai dengan antropometri ukuran petugas *filing*.

**Kata Kunci :** *kebutuhan rak dokumen rekam medis, antropometri petugas*

### ABSTRACT

*RS X is one of the health service institutions. With increasingly complete health service facilities and infrastructure, increasing patient visits, resulting in an increase in medical record documents stored on storage shelves, and the storage shelves look full and there are even patient medical record documents that are still stored in cardboard boxes, due to the lack of document storage racks. . The medical record document storage racks available at RS X have different types and sizes, consisting of 6 wooden shelves with 4 rows and 1 storage side, 8 wooden shelves with 5 rows and 1 storage side, and 4 roll o'packs with 5 rows. and 2 storage sides. This study aims to calculate the predicted needs and design of patient medical record document racks based on the anthropometry of filing officers at X Hospital in 2022-2023. The shelf you need is a wooden shelf with 5 shafts and 1 side of storage. This type of research is descriptive with qualitative analysis using the method of observation, interviews, direct measurements in the filing room. The approach uses cross sectional, and the population used is 111,706 documents by taking a sample of 100 DRM taken by systematic random sampling. The research instrument used guidelines for observation, interviews, meters, rulers, stationery (books, ballpoint pens) and calculators. The data processing used is collecting, editing, and tabulating data presentation techniques. The results of this study indicate that patients visiting RSUD X will experience a rapid increase in*

2022-2023 with a total of 236,226 patients from the total visits in the previous year which amounted to 111,706 patients. The need for medical record document racks at RS X is 46 shelves with 5 rows and 1 storage side measuring 200 cm high, 180 cm long, 40 cm wide and 38 cm high. The height and length measurements are adjusted to the anthropometric measurements of the officers' bodies to make it easier to retrieve and return DRM. In conclusion, the need for shelves in RSUD X is 46 wooden shelves with 5 shafts and 1 storage side measuring 2 meters long x 40 cm wide x 180 cm high. The size is in accordance with the anthropometric size of the filing officer.

**Keywords:** *medical record document rack needs, officer anthropometri*

## PENDAHULUAN

Kesehatan adalah kebutuhan penting bagi masyarakat dan setiap warga masyarakat mendapatkan hak kesehatan untuk meningkatkan kondisi kesehatan yang optimal. Mutu kualitas di instansi kesehatan harus di tingkatkan dengan pembangunan dan melengkapi sarana kesehatan yang digunakan untuk fasilitas pelayanan di instansi kesehatan masyarakat. Menurut undang-undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan-pelayanan kesehatan, meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat.[1]. setiap instansi pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis. Penyelenggaraan rekam medis ini diatur dalam Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 bab 1 pasal 1 menjelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, dan pelayanan lainnya yang telah di berikan kepada pasien.

Yang menjadi bagian dari unit rekam medis salah satunya adalah *filing*. *Filing* merupakan unit kerja yang bertugas menyimpan, dan menata berkas rekam medis agar lebih mudah dalam pengambilannya atau mempermudah sistem *retrival* dokumen rekam medis. Menurut Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 pasal 8 ayat 1, rekam medis rawat inap wajib disimpan sekurang-kurangnya 5(lima) tahun sejak pasien berobat terakhir atau pulang dari berobat di rumah sakit.[1] dalam *filing* terdapat beberapa sistem yang dilakukan antara lain, sistem penyimpanan dokumen rekam medis, sistem penjajaran dokumen rekam medis dan retensi dokumen rekam medis. Dari sistem tersebut sangat berpengaruh terhadap kapasitas rak penyimpanan yang di gunakan. Rak penyimpanan adalah perlengkapan utama untuk menyimpan dokumen rekam medis pasien sehingga mempermudah dalam pengambilan dan pengembalian dokumen rekam medis.[2]

Rak penyimpanan yang baik dan sesuai standar akan menunjang tercapainya pelayanan yang optimal dan berkualitas kepada pasien di rumah sakit.[3]. Desain rak penyimpanan berdasar ukuran antropometri petugas akan memudahkan dalam pengambilan dan pengembalian dokumen rekam medis. Antropometri adalah ilmu yang mempelajari tentang pengukuran secara sistematis dari bentuk tubuh manusia, terutama tentang dimensi bentuk ukuran tubuh yang digunakan untuk klasifikasi dan perbandingan antropologis(Tarwaka, 2015:22). Pengukurannya meliputi jangkauan keatas, diukur dari alas kaki keatas sampai ujung jari tengah posisi berdiri dengan tangan diangkat keatas, ukuran digunakan untuk menentukan tinggi rak. Panjang depan, diukur dari ujung jari tengah kiri sampai ujung jari tengah kanan posisi tangan diangkat horisintal kesamping, ukuran digunakan untuk menentukan panjang rak dokumen rekam medis. Untuk petugas *filing* antropometri sangat penting terutama untuk mempermudah pengambilan dokumen rekam medis pasien dari rak penyimpanan. maka dari itu di butuhkan ukuran rak yang sesuai untuk mempermudah proses *retrival* dokumen rekam medis. Serta pengelolaan penyimpanan dan perencanaan pada fasilitas penyimpanan yang baik guna menjaga dokumen rekam medis agar tidak mudah rusak dan tidak terjadi penumpukan.[4]

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan di RS X jumlah rak dokumen rekam medis yang tersedia ada 22 rak dengan 6 rak yang terbuat dari kayu jumlah sisi penyimpanan 1 dengan 4

shaf berjajar ke atas berukuran panjang 184 cm, lebar sub rak 40 cm dan tinggi subrak 45 cm. 8 rak kayu dengan 1 sisi penyimpanan 5 shaf berjajar keatas berukuran panjang rak 2 meter lebar sub rak 40 cm dan tinggi sub rak 40 cm. 4 jenis roll o'pack dengan 2 sisi penyimpanan 5 shaf berjajar ke atas berukuran panjang rak 2 meter, lebar sub rak 40 cm, dan tinggi sub rak 40 cm. dari jumlah rak yang tersedia dirasa masih kurang untuk menyimpan dookumen rekam medis pasien yang berkunjung di RS X, hal ini di tunjukan dari meningkatnya jumlah kunjungan pasien yang berobat di RS X yang kemudian berpengaruh pada semakin banyaknya Dokumen rekam medis yang di simpan di rak penyimpanan sehingga rak penyimpanan penuh bahkan masih banyak juga dokumen rekam medis rawat inap yang belum dijadikan satu dengan dokumen rekam medis rawat jalan dan dokumen tersebut masih di simpan sementara pada kardus.

Dari uraian tersebut penulis tertarik untuk melakukan tentang “Analisis Kebutuhan dan Desain Rak Dokumen Rekam Medis Berdasarkan Antropometri Petugas *Filing* di RS X untuk 2 Tahun (2022-2023) ”.

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif. Deskriptif kualitatif merupakan metode penelitian yang berdasarkan filsafat postpositivisme digunakan untuk meneliti kondisi objek yang alamiah (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci teknik pengumpulan data dilakukan secara trigulasi. (Sugiono, 2016:9)

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan observasi yang dilakukan di ruang *filing* RS X untuk mendapatkan data mengenai ketebalan DRM, ukuran rak, dan desain rak penyimpanan. Wawancara dilakukan kepada 2 petugas *filing* untuk mendapat informasi tentang kegiatan kerja dan pelaksanaan rekam medis di bagian *filing*. Serta pengukuran langsung dengan meteran dan penggaris untuk memperoleh data rak ukuran rak dan ukuran DRM. Data sementara di tulis pada buku dengan bolpoint, dan dihitung menggunakan alat bantu kalkulator. (Notoatmodjo, 2010)

Pendekatan dalam penelitian ini adalah dengan *cross sectional*. *cross sectional* adalah konsep penelitian yang menganalisis hubungan antara faktor-faktor sebab dan akibat dengan berbagai pendekatan seperti observasi atau pengumpulan data dalam satu waktu (Notoatmodjo, 2012).

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 petugas *filing*, rak penyimpanan dengan 14 rak dari kayu dan 8 *roll o'pack*, jumlah semua DRM pasien berdasarkan data pelaporan tahun 2019- tahun 2021 yaitu 111.706 DRM sedangkan tehnik sampling yang digunakan adalah *systematic random sampling* dengan sampel 100 DRM pasien di tahun 2019 -tahun 2021, di ambil secara acak. (Notoatmodjo, 2021)

Variabel dalam penelitian ini adalah ukuran map DRM, jumlah DRM pasien tahun 2021, panjang pengarsipan, jumlah dan ukuran rak DRM, serta prediksi kebutuhan rak dan desain rak dokumen rekam medis pasien. Dan ukuran antropometri petugas *filing*. (Notoatmodjo, 2010)

Teknik pengolahan yang digunakan dalam penelitian ini ada 3 teknik yaitu Colecting, Editing, dan penyajian data dan analisis data yang digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan analisis diskriptif. [5]

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Untuk mengetahui kebutuhan rak *filing* di RS X pada tahun 2022-2026 peneliti menggunakan rumus IFHRO (2007:114) dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1. Menghitung Prediksi Jumlah Pasien Baru Tahun 2022-2026 di RS X** jumlah dokumen rekam medis yang disimpan di bagian *filing* pada tahun 2019-2021 sebanyak 114.650 DRM yang diperoleh dari laporan tahunan instalasi rekam medis, dengan rincian sebagai berikut :

tabel 1. 1 jumlah kunjungan pasien di RS X tahun 2019-2021

No.	Tahun	Total
1	2019	36.657
2	2020	35.067
3	2021	39.982
Jumlah		111.706

dari tabel diatas dapat dilihat jumlah kunjungan pasien di RS X pada tahun 2019-2021 selalu bertambah dengan total kunjungan sebanyak 111.706 pasien. Untuk menghitung prediksi pertambahan pasien baru tahun 2022-2023 peneliti menggunakan metode kuadrat terkecil dengan rumus  $Y = a + bx$

tabel 1. 2 Perhitungan pertambahan pasien baru

No	Tahun	Jumlah kunjungan Pasien (y)	X	x <sup>2</sup>	x.y
1	2019	36.657	-1	1	36.657
2	2020	35.067	0	0	0
3	2021	39.982	1	1	39.982
Total		111.706		2	76.639

Setelah nilai x dan y diketahui maka prediksi perhitungan jumlah pasien baru tahun 2022-2023 dapat dihitung dengan rumus  $Y = a + bx$  dengan keterangan

Y = Variabel yang diteliti

A = Konstanta atau nilai x = 0

B = Koefisien regresi

X = Periode waktu tertentu

Dimana a dan b sebagai berikut :

$$a = \frac{\sum Y}{n} \text{ dan } b = \frac{\sum XY}{\sum X^2}$$

$$a = \frac{111.706}{2} \text{ dan } b = \frac{76.639}{2}$$

$$a = 22.341,2 \text{ dan } b = 38.319,5$$

Setelah menentukan nilai a dan b maka prediksi pertambahan pasien baru di RS X tahun 2022-2023 adalah sebagai berikut :

tabel 1. 3 prediksi pertambahan pasien

No.	Tahun	A	B	X	a + bx
1	2022	22.341,2	38.319,5	2	98.953,2
2	2023	22.314,2	38.319,5	3	137.272,7
Jumlah					236.226

Dari tabel diatas diperoleh hasil jumlah prediksi penambahan pasien di RS X tahun 2022 dengan jumlah 98.953 pasien dan tahun 2023 dengan jumlah 137.273 pasien. Dari tahun 2022-2023 dioreksi pertambahan jumlah pasien sebanyak 236.226 pasien.



**2. Menghitung Rata-rata Ketebalan Dokumen Rekam Medis**

Rata-rata ketebalan dokumen rekam medis didapatkan dari observasi yang telah dilakukan pada 100 sampel dokumen rekam medis pasien di RS X tahun 2021 yang akan digunakan sebagai data dalam perhitungan kebutuhan rak dokumen rekam medis pasien. Pengukuran dilakukan dengan mengukur ketebalan 100 dokumen rekam medis kemudian diukur dengan meteran. Ukuran map DRM di RS X dengan Panjang map 36 cm dan lebar 24 cm. Untuk mengetahui rata-rata ketebalan dokumen rekam medis pasien perhitungannya sebagai berikut :

$$\text{Rumus} = \frac{\sum \text{tebal dokumen}}{\text{jumlah dokumen}}$$

$$\text{Rumus} = \frac{175 \text{ cm}}{100 \text{ DRM}} = 1,75 \text{ cm}$$

dari hasil perhitungan diatas diperoleh hasil rata-rata ketebalan DRM pasien di RS X adalah 1,75 cm.

**3. Menentukan Jumlah DRM dalam 1 meter**

Setelah di dapat rata-rata ketebalan DRM selanjutnya di hitung untuk jumlah DRM dalam 1 meter 100 cm, dengan perhitungan sebagai berikut :

$$\sum \text{ DRM 1 Meter} = \frac{100 \text{ cm}}{\text{rata - rata tebala DRM}}$$

$$\sum \text{ DRM 1 Meter} = \frac{100 \text{ cm}}{1,75 \text{ DRM}} = 57 \text{ DRM}$$

**4. Menghitung Panjang Jajaran DRM Berdasarkan Lama Penyimpanan yang di Butuhkan**

Untuk menghitung perencanaan kebutuhan rak DRM di RS X 2 tahun kedepan (2022-2024) dilakukan dengan cara sebagai berikut :

$$\text{Panjang jajaran} = \frac{\sum \text{DRM 2 tahun}}{\sum \text{DRM 1 meter}}$$

$$\text{Panjang jajaran} = \frac{236.226}{57} = 41.449$$

**5. Menghitung Panjang Rak DRM**

Jenis rak yang akan di gunakan adalah rak kayu dengan 5 shaf dan 1 sisi penyimpanan, dan ukuran rak berdasarkan ukuran antropometri tubuh petugas. Ada 2 petugas *filing* di RS X dengan ukuran antropometri sebagai berikut :

tabel 1. 4 ukuran antropometri petugas filing

Ukuran petugas	Ukuran petugas 1	Ukuran petugas 2	Jumlah	Rata-rata
Paanjang depan	169	191	360 cm	180 cm
Tinggi jangkauan tangan keatas	187	213	400 cm	200 cm

Dari hasil hitungan antropometri petugas dapat diperoleh ukuran rak dengan panjang 180 cm dan tinggi rak 200 cm. Untuk menghitung panjang rak DRM dilakukan perhitungan sebagai berikut :

$$\begin{aligned}\text{Panjang 1 Rak} &= \text{Panjang rak} \times \text{shaf} \times \text{sisi penyimpanan} \\ &= 180 \times 5 \times 1 \\ &= 900\end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan diatas dapat diketahui ukuran rak penyimpanan di RS X adalah 900

#### 6. Menghitung Jumlah Kebutuhan Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis

Untuk menghitung kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis dilakukan perhitungan sebagai berikut :

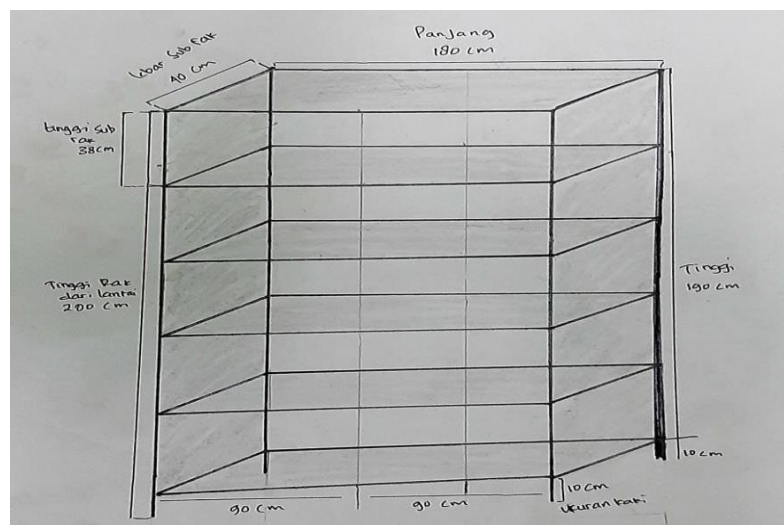
$$\text{kebutuhan rak} = \frac{\text{panjang jajaran}}{\text{ukuran rak}}$$

$$\text{kebutuhan rak} = \frac{41.449}{900} = 46$$

Dari hasil perhitungan yang dilakukan maka kebutuhan rak pdokumen rekam medis di RSUD Simo Boyolali adalah 46 rak kayu dengan 5 shaf dan 1 sisi penyimpanan.

#### 7. Desain Rak Dokumen Rekam Medi berdasarkan Ukuran Antropometri Tubuh Petugas Filing

Desain rak yang akan di gunakan adalah dengan ukuran tinggi rak 200 cm, dan panjang rak 180 cm, 5 shaf dan 1 sisi penyimpanan. Dengan ukuran tinggi per sub rak 38 cm dan lebar 40 cm. Ukuran sub rak dibuat lebih lebar dari ukuran map DRM dengan panjang map DRM 36 cm dan lebar 26 cm disimpan pada sub rak dengan posisi landscape agar lebih mudah dalam menyimpan dan mengambil DRM dari rak penyimpanan. Desain dan ukuran rak sebagai berikut :



gambar 1. 1 desain dan ukuran sesuai ukuran antropometri petugas filing di RS X

## SIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pasien yang berkunjung di RS X akan bertambah pada tahun 2022-2023 dengan total 236.226 pasien. Dan kebutuhan rak dokumen rekam medis di RS X untuk 2 tahun di perkirakan berjumlah 46 rak dokumen rekam medis dengan ukuran yang sesuai ukuran antropometri tubuh petugas *filing* di RS X. Dengan ukuran tinggi rak 2 meter panjang rak 180 cm lebar rak 40 cm, menggunakan 5 shaf dan 1 sisi penyimpanan. Ukuran disesuaikan dengan ukuran antropometri petugas agar mempermudah proses pengambilan dan pengembalian dokumen rekam medis dan mengurangi resiko kecelakaan dalam bekerja.

## SARAN

Di RS X harus melakukan penambahan rak rekam medis dengan jumlah 46 rak untuk 2 tahun agar DRM rawat inap pasien yang masih di simpan di kardus bisa di satukan dengan DRM rawat jalan pasien di rak penyimpanan, sering melakukan retensi agar rak tidak terlihat penuh. Rutin melakukan penyisiran DRM agar mis file dapat di cegah dan rak penyimpanan terlihat rapi.

## DAFTAR PUSTAKA

- N. Cahyaningrum dan R. T. Woko, "BERDASARKAN ANTROPOMETRI PETUGAS FILING DI RSUI BANYUBENING BOYOLALI," hal. 200–207, 2022.
- R. Rosita dan T. prihantoro, pupung, "Perencanaan Desain Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Berdasarkan Antropometri Planning Rack Design of Medical Record Document Storage Based on Anthropometry," vol. 17, no. 1, hal. 14–22, 2022.
- P. Seminar *et al.*, "ISBN : ISBN : 9786021433218," hal. 25–31.
- W. Permana dan Sari Irda, "ANALISIS KEBUTUHAN RAK FILE DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT SENTRA MEDIKA CIBINONG," vol. 1, no. 4, hal. 479–488, 2021.
- A. Pujihastuti, D. R. Medis, R. Penyimpanan, dan J. R. Medis, "PREDIKSI KEBUTUHAN RAK PENYIMPANAN DOKUMEN REKAM MEDIS AKTIF TAHUN 2015 DI BAGIAN FILING RUMAH SAKIT UMUM DAERAH," no. 1, hal. 44–49, 2015.
- IFHRO, 2007. *Learning Package For Medical Record*. Geneva: IFHRO.
- Notoadmojo, Soekidjo. 2012. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008. Tentang Rekam Medis. Jakarta
- Tarwaka. 2010. *Ergonomi Industri*. Surakarta: Harapan Press
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006, *Pedoman pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta

## ANALISIS IDENTIFIKASI UNSUR 5M PENYEBAB TERJADINYA DUPLIKASI NOMOR REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH LAMONGAN BULAN JANUARI SAMPAI DENGAN MARET 2022

<sup>1</sup>M Dwi Hidayatulloh\*, <sup>2</sup>Shanty Rizkhika, <sup>3</sup>Siti Nur Qomariyah

<sup>1</sup>RS Muhammadiyah Lamongan, [dwipsra@gmail.com](mailto:dwipsra@gmail.com)

<sup>2,3</sup>Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, [shantyrizkhika@gmail.com](mailto:shantyrizkhika@gmail.com)

### ABSTRAK

Sistem penomoran dalam pelayanan rekam medis merupakan tatacara penulisan nomor yang diberikan kepada pasien yang telah datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Penomoran rekam medis di rumah sakit pada umumnya menggunakan sistem penomoran unit numbering sistem. Duplikasi nomor rekam medis dapat menyebabkan pelayanan di faskes kesehatan menjadi terganggu yang mengakibatkan riwayat penyakit pasien tidak terdokumentasikan dengan baik. Duplikasi penomoran umumnya disebabkan oleh proses identifikasi yang kurang tepat dan dilaksanakan secara manual sehingga menyebabkan seorang pasien mendapat lebih dari satu nomor rekam medis. Akibat terjadi duplikasi rekam medis dengan metode wawancara yaitu di sebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi unsur 5M diantaranya yaitu :*Man* (manusia), *Material* (sarana dan prasarana), *Method* (cara), *Machine* (alat), *Money* (uang/biaya). Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dalam periode bulan januari sampai dengan maret 2022 terdapat duplikasi no rekam medis sebanyak 236 dikarenakan karena kurang telitinya petugas pendaftaran dalam melakukan indentifikasi pada saat melakukan pendfataran, beberapa pasien lupa membawa KIB pada waktu melakukan kunjungan sehingga petugas dalam melakukan identifikasi kurang maksimal, dan SOP untuk melakukan pendafataran pasien baru belum berjalan dengan maksimal.

**Kata Kunci :** *unit numbering sistem, duplikasi rekam medis, 5M*

### ABSTRACT

*The numbering system in medical record services is the procedure for writing numbers given to patients who come for treatment as part of the patient's personal identity. Numbering of medical records in hospitals generally uses a unit numbering system. Duplication of medical record numbers can cause services at health facilities to be disrupted which results in the patient's medical history being not properly documented. Duplication of numbering is generally caused by an inaccurate identification process that is carried out manually, causing a patient to receive more than one medical record number. As a result of duplication of medical records with the interview method, it is caused by several factors which include elements of 5M including: Man (human), Material (facilities and infrastructure), Method (method), Machine (tool), Money (money/cost). The results of the study concluded that in the period from January to March 2022 there were 236 duplications of medical record numbers due to the lack of thoroughness of the registration officer in identifying at the time of registration, some patients forgot to bring KIB when visiting so that officers in identifying were less than optimal. , and the SOP for registering new patients has not run optimally.*

**Keywords:** *unit numbering system, duplication of medical records,5M*

### PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang terus berusaha untuk meningkatkan pelayanan dan memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan serta paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat(Kemenkes No 340, 2010). Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan merupakan Rumah Sakit swasta Amal Usaha Muhammadiyah Kesehatan sebagai pusat rujukan

umum tipe B serta rumah sakit pendidikan tipe B di wilayah Jawa Timur. Hal tersebut sangat mendukung untuk memperoleh dukungan belajar bermakna serta fasilitas yang memadai.

Dalam Pelayanan kesehatan, Rumah Sakit berusaha untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien. Salah satunya dengan mencatat semua tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien serta riwayat kesehatan pasien. Data tersebut dicatat dalam sebuah berkas atau dokumen yang disebut rekam medis. Menurut Permenkes No. 269/Menri Kesehatan/Per/III/2008 rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes No 269, 2008). Rekam medis dituliskan dengan lengkap dan jelas. Untuk peraturan rekam medis elektronik penyelenggaraannya diatur dengan peraturan tersendiri.

Dalam penyelenggaraan rekam medis dimulai dengan kegiatan saat penerimaan pasien, pencatatan data medik pasien, serta dilanjutkan dengan proses penanganan berkas rekam medis pasien meliputi pengolahan, penyimpanan dan pengeluaran berkas dari tempat penyimpanan untuk melayani permintaan/peminjaman dan pelaporan. Seorang perekam medis dan informasi kesehatan (PMIK) juga penting untuk memperhatikan cara pemberian nomor rekam medis.

Sistem penomoran rekam medis merupakan tatacara penulisan nomor rekam medis yang diberikan kepada pasien yang datang berobat sebagai bagian dari identitas pribadi pasien yang bersangkutan. Penomoran rekam medis di Rumah Sakit pada umumnya menggunakan sistem penomoran *unit numbering sistem*. Sistem penomoran *unit numbering sistem* adalah pemberian satu nomor rekam medis pada pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap. Nomor rekam medis diberikan pertama kali kepada pasien yang periksa ke rumah sakit dan nomor tersebut dipakai selamanya untuk kunjungan seterusnya. Sistem penomoran berperan penting dalam penyelenggaraan rekam medis untuk menghindari terjadinya duplikasi rekam medis.

Duplikasi nomor rekam medis dapat menyebabkan pelayanan di faskes kesehatan menjadi terganggu yang mengakibatkan riwayat penyakit pasien tidak terdokumentasikan dengan baik. Kurangnya ketelitian petugas saat menangani pasien dan sebagian ada pasien yang tidak membawa kartu indeks berobat yang mengaku pasien baru sehingga pasien akan dianggap pasien baru dan diberikan nomor rekam medis baru. Duplikasi penomoran umumnya disebabkan oleh proses identifikasi yang kurang tepat dan dilaksanakan secara manual sehingga menyebabkan seorang pasien mendapat lebih dari satu nomor rekam medis. (Muldiana dkk, 2016: 70)

Penelitian Suheri (2019) di RSUD Madani Medan, dari 233 berkas rekam medis terdapat duplikasi rekam medis 13,73% dan nomor rekam yang tidak terduplikasi sebanyak 86,26 %. Penelitian yang dilakukan Hasibuan (2016) di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan, dari 720 berkas terdapat duplikasi rekam medis 1,45% dan nomor rekam medis yang tidak terduplikasi sebanyak 98,63%.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis identifikasi unsur 5M penyebab terjadinya duplikasi nomor rekam medis di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan”.

## **METODE**

### **1. Jenis Penelitian**

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif yaitu metode yang bertujuan mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap suatu objek penelitian yang diteliti melalui sampel atau data yang telah terkumpul dan membuat kesimpulan yang berlaku umum dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang jelas tentang unsur manajemen 5M (Man, Money, Material, Machine, Methode)

### **2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. Dan penelitian dilakukan pada bulan Januari sampai dengan bulan Maret 2022.

3. Populasi  
Populasi dari penelitian ini terdiri dari subyek yaitu petugas pendaftaran pasien rawat jalan dan obyek yaitu nomor rekam medis pasien di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan pada periode bulan Januari sampai dengan bulan Maret 2022.
4. Sampel dan Teknik Sampling  
Sampel dalam penelitian ini adalah nomor rekam medis pasien di Rumah sakit Muhammadiyah Lamongan periode bulan Januari sampai dengan Maret 2022 yang sudah dihitung berdasarkan rumus slovin sebanyak 148 nomor rekam medis dengan akurasi 5% dengan metode purposive sampling.
5. Metode Pengumpulan Data  
Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara dan observasi. Wawancara dilakukan kepada petugas pendaftaran rawat jalan untuk mendapatkan data unsur 5M. Sedangkan observasi untuk mengamati unsur 5M (man, money, material, machine dan method) pada data duplikasi rekam medis
6. Instrument Pengumpulan Data  
Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pedoman wawancara dan lembar *checklist* untuk observasi dan data primer.
7. Teknik Analisa Data  
Dalam penelitian ini analisa data dilakukan secara deskriptif, sehingga diperoleh gambaran yang jelas tentang faktor yang memengaruhi duplikasi nomor rekam medis di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Penomoran Rekam Medis di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan

Sistem penomoran yang diterapkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan menggunakan dengan cara unit numbering system (sistem penomoran unit), maka diharuskan seorang pasien hanya bisa mendapatkan satu nomor rekam medis untuk selamanya baik digunakan pada bagian rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat (Gultom & Pakpahan, 2019). sistem ini merupakan pemberian nomor yang paling baik untuk efisiensi tempat penyimpanan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan.

Berdasarkan observasi yang dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan banyak ditemukannya duplikasi nomor rekam medis pasien, dimana satu pasien mendapatkan lebih dari satu nomor rekam medis. Hal ini dikarenakan banyaknya pasien yang tidak membawa kartu identitas (KTP), tidak membawa KIB, lupa pernah berobat di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan serta kurang telitinya petugas pendaftaran sesuai dengan pernyataan responden A.

....*Satu Pasien mendapatkan dua nomor rekam medis dikarenakan kurang telitinya petugas pendaftaran dalam mendaftar, lupa tidak membawa kartu identitas(KTP)dan KIB,serta lupa pernah berobat di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan.*

Tabel 1. Hasil kuisioner tingkat kepatuhan prosedur pendaftaran rawat jalan

No	Indeks	Kategori	Tingkat Kepatuhan	
			n	%
1.	81-100	Sangat Baik	3	30%
2.	61-80	Baik	4	40%
3.	41-60	Cukup	2	20%
4.	21-40	Buruk	1	10%

5.	0-20	Sangat Buruk	0	0%
----	------	--------------	---	----

Berdasarkan pada tabel 1 diketahui bahwa hasil kuisioner tingkat kepatuhan melakukan prosedur pendaftaran rawat jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan memiliki kategori sangat baik sebesar 30%, kategori baik 40%, kategori cukup 20%, kategori buruk 10%, dan kategori sangat buruk 0%. Sehingga dapat dikatakan bahwa masih terdapat petugas pendaftaran yang kurang patuh dalam melakukan prosedur pendaftaran.

Tabel 2. Karakteristik tingkat pendidikan petugas pendaftaran rawat jalan

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	SMP	0	0%
2.	SMA/SMK	10	100%
3.	D3 RMIK	0	0%
4.	D3 NON RMIK	0	0%
5.	S1	0	0%

Berdasarkan pada tabel 2 diketahui bahwa hasil kuisioner tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA/SMK dengan persentase 100% dan tidak ditemukan petugas dibagian pendaftaran berlatar belakang D3 RMIK. Dimana yang bekerja di instalasi rekam medis harusnya berpendidikan rekam medis.

Tabel 3. Jumlah Duplikasi Rekam Medis pada Bulan Januari-Maret 2022

Bulan	Jumlah Kunjungan	Jumlah RM Duplikasi	Jumlah RM yang Tidak Duplikasi
Jan	9.492	32	9.460
Feb	7.891	64	7.827
Mar	9.125	140	8.985
<b>Total</b>	<b>26.508</b>	<b>236</b>	<b>26.272</b>

Berdasarkan pada tabel 3 diketahui bahwa dari bulan januari sampai maret 2022 terdapat 236 duplikasi rekam medis. Dari wawancara yang dilakukan kepada kepala rekam medis diketahui bahwa pada bulan januari rata-rata pasien yang mendapatkan nomor ganda sebanyak 1-2 pasien (32 duplikasi nomer rekam medis), bulan february rata-rata pasien mendapatkan nomer ganda 2-3 pasien (64 duplikasi nomer rekam medis) dan pada bulan maret rata rata pasien medapat nomer ganda sebanyak 4-5 pasien (140 duplikasi nomer rekam medis).

### Faktor Penyebab Terjadinya Duplikasi Nomor Rekam Medis

#### a. Faktor Man (Manusia)

Duplikasi nomor rekam medis di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan disebabkan kurang telitinya patugas serta kurangnya petugas pendaftaran yang memiliki kompetensi rekam medis. Sesuai dengan pernyataan Responden A.

*....kurang telitinya petugas saat mendaftar dan banyak nya antrian membuat petugas pendaftaran kurang fokus dalam mendaftar. Untuk petugas pendaftaran juga rata rata masih lulusan SMA dan jarang yang sudah mengikuti pelatihan rekam medis.*

Responden A 39 tahun

#### b. Faktor Material (Sarana Prasarana)

Pemberian KIB diberikan kepada pasien setelah mendaftar dan bisa digunakan setiap kali pasien datang berkunjung kembali ke Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan, akan tetapi ada beberapa pasien yang lupa tidak membawa KIB pada saat berobat kembali, hal ini dapat menyebabkan terjadinya duplikasi nomor rekam medis. Sesuai dengan pernyataan Responden A.



....eemm pasien lama yang datang berobat terkadang lupa tidak membawa KIB sehingga petugas kesulitan untuk mencari data pasien.

Responden A 39 tahun

**c. Factor Method (Cara)**

Pemberian nomor rekam rekam medis di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan menggunakan system unit numbering dimana pasien mendapatkan satu nomor rekam medis dan berlaku selamanya. Akan tetapi SOP mendaftarkan pasien lama atau pun pasien baru belum terlaksana dengan baik sehingga menyebabkan terjadinya duplikasi nomor rekam medis. Sesuai dengan pernyataan Responden B.

..... system penomoran di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan menggunakan system penomoran UNS akan tetapi pada saat pelaksanaan mendaftarkan pasien lama atau pun baru petugas tidak melakukan identifikasi sesuai SOP.

Responden B 30 tahun

**d. Factor Machine (Alat)**

Dalam pemberian nomor rekam medis Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan sudah menggunakan system komputerisasi. Sesuai dengan pernyataan Responden B.

...Untuk pemberian nomor rekam medis di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan sudah system komputerisasi, jadi untuk pencarian data pasien hanya dengan langsung memasukkan nomor rekam medis ataupun mencari data pasien pada program appointment pendaftaran jika pasien tersebut pasien lama yang sudah pernah berobat di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. Nah untuk pasien baru tetap harus mengentry data pasien terlebih dahulu.

Responden B 30 tahun

**e. Faktor Money ( Uang/Biaya)**

Dalam hal ini Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan sudah sangat memfasilitasi pada unit rekam medis dibagian pendaftaran. Sesuai dengan pernyataan Responden C.

....Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan sudah sangat memfasilitasi dibagian pendaftaran, dengan adanya KIB yang diberikan kepada pasien dan masih banyak lagi akses kemudahan yang diberikan untuk pelayanan pendaftaran pasien.

Responden C 29 tahun

Dari hasil wawancara yang dilakukan kepada petugas pendaftaran rawat jalan, masih ada beberapa petugas pendaftaran yang masih kurang teliti ketika melakukan pendaftaran pasien sehingga terjadi duplikasi no rekam medis. Faktor yang menyebabkan duplikasi rekam medis, antara lain:

1. Pasien yang sudah pernah periksa tetapi lupa kalau sudah pernah periksa sehingga mengisi formulir pendaftaran pasien baru.
2. Penulisan identitas nama tidak sesuai dengan identitas sebelumnya pada saat pasien mengisi formulir pendaftaran pasien
3. Identitas pasien sebelumnya masih menggunakan nama By.Ny
4. Petugas tidak mengecek terlebih dahulu di program RS apakah pasien tersebut benar pasien baru atau bukan.

Bagi pasien lama yang tidak membawa KIB pada saat berobat petugas biasanya melakukan pendaftaran dengan menggunakan kartu identitas pasien seperti KTP, KK dan kartu BPJS atau asuransi lain nya untuk mengetahui pasien baru atau lama jika tidak menemukan rekam medisnya maka dibuatkan rekam medis baru. Apabila dalam pencarian data pasien di temukan no rangkap, maka petugas pendaftaran akan mengupload data tersebut di group Nomor Rangkap via *Telegram*. Selanjutnya petugas bagian pengontrolan nomor rangkap akan melakukan pengecekan riwayat

setiap nomor rekam medis tersebut. petugas melakukan penggabungan nomor rekam medis. Petugas mengecek ulang nomor rekam medis yang sudah digabungkan di SIM RS untuk memastikan apakah rekam medis tersebut sudah tergabung.

### **Dampak Duplikasi Nomor Rekam Medis**

Duplikasi nomor rekam medis dapat menyebabkan tidak berkesinambungan isi berkas rekam medis seorang pasien. Dalam hal ini juga akan menyebabkan para petugas kesehatan kesulitan untuk mengetahui riwayat pemeriksaan pasien terdahulu, untuk itu jika terjadi duplikasi nomor rekam medis seharusnya langsung dijadikan satu rekam medis yang baru dengan rekam medis yang lama untuk menghindari hal tersebut. Sesuai dengan pernyataan Responden C.

*...sebaiknya jika terjadi duplikasi nomor rekam medis harus langsung dijadikan satu rekam medis yang lama dengan yang baru agar tidak terjadi kesulitan dalam mengetahui Riwayat pemeriksaan pasien.*

Responden C 29 tahun

Akibat terjadi duplikasi rekam medis dengan metode wawancara yaitu di sebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi unsur 5M diantaranya yaitu :

1. Man (manusia) kurang telitinya petugas dalam melakukan identifikasi pasien
2. Material (sarana dan prasarana) pemberian KIB kepada pasien tapi beberapa pasien tidak membawa KIB waktu berobat ke Rumah Sakit.
3. Method (cara) SOP untuk penggunaan Unit Numbering System belum dilakukan secara maksimal
4. Machine (alat) pemberian nomor rekam medis Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan sudah menggunakan system komputerisasi
5. Money (uang/biaya) Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan sudah sangat memfasilitasi pada unit rekam medis dibagian pendaftaran.

### **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dalam periode bulan januari sampai dengan maret 2022 terdapat duplikasi no rekam medis sebanyak 236 dikarenakan karena kurang telitinya petugas pendaftaran dalam melakukan indentifikasi pada saat melakukan pendaftaran, beberapa pasien lupa membawa KIB pada waktu melakukan kunjungan sehingga petugas dalam melakukan identifikasi kurang maksimal, dan SOP untuk melakukan pendafataran pasien baru belum berjalan dengan maksimal.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Kemendes RI (2010) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit', p. 116
- Permenkes No 269. permenkes ri 269/MENKES/PER/III/2008. Vol. 2008, Permenkes Ri No 269/Menkes/Per/Iii/2008. 2008. p. 7.
- Muldiana, I. (2016). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Duplikasi Penomoran Rekam Medis Di Rumah Sakit Atma Jaya 2016. Jurnal INOHIM, 4, 48. <https://inohim.esaunggul.ac.id/index.php/INO/article/viewFile/148/128>
- Hasibuan, A. S. (2016) 'Faktor-Faktor Yang Menyebabkan Terjadinya Duplikasi Penomoran Berkas Rekam Medis Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2016', (2).
- Arianti, S. D., Masyfufah, L., Sulistyoadi, S., & Wijaya, F. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Duplikasi Penomoran Berkas Rekam Medis Di Siloam Hospitals Surabaya. Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo, 6(2), 179. <https://doi.org/10.29241/jmk.v6i2.388>
- Gultom, Suheri Perulian. Pakpahan, E. W. (2019). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Duplikasi. Vol 4(2), 604–613. <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/83>
- Ali Seha, Harianto Nur Susilani, A. T. (2016). Faktor Duplikasi Nomor Rekam Medis Dengan

- Pendekatan Fishbone. Politeknik Kesehatan Permata Indonesia, 18–20.
- Perawat, Y., Selatan, S., Tinggi, S., & Kesehatan, I. (2020). LITERATURE REVIEW LITERATURE REVIEW.
- Depkes RI (2006). Pedoman Pengolahan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Hakam,F.(2014). Pengembangan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Data di Bagian Register
- Sari, M., & Rudi, A. (2019). Faktor-Faktor Penyebab Duplikasi Nomor Rekam Medis di Rumah Sakit Umum. *Jurnal Perkam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 2, 1–6.

## ANALISIS KARAKTERISTIK PELANGGAN KOMPLAIN TERHADAP LAMA WAKTU TUNGGU PENDAFTARAN RAWAT JALAN

<sup>1</sup>Ahmad Fahmi Mujahidillah\*, <sup>2</sup>Febri Erianto Wibowo

<sup>1</sup>Universitas Duta Bangsa Surakarta, mujahidillahfahmi@gmail.com

<sup>2</sup>Universitas Duta Bangsa Surakarta, febri22wibowo@gmail.com

### ABSTRAK

*Manajemen informasi kesehatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan berkembang seiring perkembangan zaman. Kebutuhan informasi menjadi penting dalam pengambilan keputusan bagi manajemen tingkat atas maupun tingkat menengah. Agar mutu informasi kesehatan selalu terjaga dan terus meningkat serta berkesinambungan, perlu pengelolaan dengan baik. Kendali mutu pada layanan kesehatan bertujuan untuk menilai suatu kebijakan atau prosedur untuk memperoleh standar yang ditentukan mencakup pengawasan, uji tes, dan memeriksa semua ketentuan tersebut. Oleh karenanya, kendali mutu informasi kesehatan, sebagai pengambilan keputusan dalam menyusun perencanaan ke depan, juga meminimalisir komplain pelanggan atas ketidakpuasan terhadap jasa maupun fasilitas kesehatan yang diberikan. Hal tersebut terjadi karena disorientasi pengetahuan dan karakter customer itu sendiri. Penelitian ini bertujuan, 1) mengetahui karakteristik pelanggan komplain, dan 2) mengetahui waktu tunggu pendaftaran rawat jalan di RS Muhammadiyah Lamongan. Desain penelitian analisis deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Instrumen penelitian berupa lembar angket dan observasi. Sampel penelitian menggunakan total sampling. Hasil penelitian ini menunjukkan; (1) terdapat hubungan yang signifikan dari masing-masing karakteristik pelanggan komplain yaitu umur, pendidikan, gender, dan status pernikahan dengan waktu tunggu pendaftaran rawat jalan, (2) waktu tunggu pendaftaran rawat jalan antara 15-25 menit, yang melebihi standar pelayanan minimal (SPM) nasional adalah 10 menit. Kesimpulan ada hubungan antara karakteristik pelanggan komplain terhadap lama waktu tunggu pendaftaran rawat jalan. Saran bagi pihak rumah sakit untuk dapat memperhatikan kualitas kecepatan waktu tunggu yang ada.*

**Kata Kunci :** *karakter pelanggan, komplain, waktu tunggu, pendaftaran rawat jalan*

### ABSTRACT

*Management of health information in hospitals and health care facilities is evolving with the times. Information needs become important in decision making for upper and middle level management. So that the quality of health information is always maintained and continues to improve and continues to be developed, it needs to be managed properly. Quality control in health services aims to assess a policy or procedure to obtain standards determined by supervision, test tests, and check all these provisions. Therefore, quality control of health information, as a decision maker in preparing future plans, also minimizes customer complaints of dissatisfaction with the services and health facilities provided. This happens because of the disorientation of knowledge and the character of the customer itself. This research aims, 1) to determine the characteristics of customer complaints, and 2) know the waiting time for outpatient registration at Muhammadiyah Hospital Lamongan. The research design is descriptive analysis with a cross sectional approach. The research instrument was in the questionnaire and observation. The research sample uses total sampling. The results of this study show; (1) there is a significant relationship between the characteristics of each complaint customer, namely age, education, gender, and marital status with the waiting time for outpatient registration, (2) the waiting time for outpatient registration is between 15-25 minutes, which exceeds service standards the national minimum (SPM) is 10 minutes. The conclusion is that there is a relationship between the characteristics of customer complaints and the waiting time for outpatient registration. Suggestions for the hospital to be able to pay attention to the quality of the speed of the existing waiting time.*

**Keywords:** *customer character, complaint, waiting time, outpatient registration*

## PENDAHULUAN

Pembangunan Kesehatan diarahkan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Untuk mencapai tujuan tersebut dibutuhkan upaya pengelolaan berbagai sumber daya, baik oleh pemerintah maupun masyarakat sehingga dapat tersedia pelayanan kesehatan yang efisien, bermutu dan terjangkau. Hal ini memerlukan dukungan, komitmen, kemauan dan etika disertai semangat pemberdayaan yang memprioritaskan upaya kesehatan.

Kendali mutu pada layanan kesehatan bertujuan untuk menilai suatu kebijakan atau prosedur untuk memperoleh standar yang ditentukan mencakup pengawasan, uji tes, dan memeriksa semua ketentuan tersebut. Oleh karenanya, kendali mutu informasi kesehatan, sebagai pengambilan keputusan dalam menyusun perencanaan ke depan, juga meminimalisir *complain* pelanggan atas ketidakpuasan terhadap jasa maupun fasilitas kesehatan yang diberikan.

Kegiatan rekam medis dan informasi kesehatan dimulai sejak pengumpulan data di bagian pendaftaran pasien rawat inap dan rawat jalan. Data yang sudah lengkap dalam rekam medis diolah dan dianalisis untuk menjadi informasi kesehatan yang bermanfaat.

Berdasarkan PMK No. 195 Tahun 2008 Tentang SPM RS. Standar Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan kurang dari 10 menit. Artinya semakin cepat petugas dalam menyediakan dokumen rekam medis maka semakin bagus mutu RS tersebut. Faktanya karakteristik customer sangatlah unik.

Setiap customer pada umumnya mempunyai karakteristik yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan oleh berbagai alasan, seperti pendidikan, usia, gender, lingkungan, latar belakang keluarga, dan lain sebagainya.

Penyebab terjadinya keluhan pada dasarnya, pelanggan yang mengeluh karena merasa tidak puas dengan apa yang diterima. Menurut (Alma, 2016), sebab timbulnya ketidakpuasan/keluhan antara lain: (1). Harapan yang tidak sesuai. (2). Pelayanan selama proses tidak memuaskan. (3). Perilaku karyawan kurang memuaskan, juga karena disorientasi pengetahuan dan karakter customer itu sendiri. Oleh sebab itu penelitian ini bertujuan; 1) mengetahui karakteristik pelanggan *complain*, dan 2) mengetahui lama waktu tunggu pendaftaran rawat jalan di RS Muhammadiyah Lamongan.

## DESAIN PENELITIAN

Analisis deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*

## VARIABEL PENELITIAN

- 1) Karakteristik pelanggan *complain*
- 2) Lama waktu tunggu pendaftaran rawat jalan

## KARAKTER YANG DI NILAI

- 1) umur,
- 2) pendidikan,
- 3) gender, dan
- 4) status pernikahan

## INSTRUMEN PENELITIAN

Angket dan observasi. Sampel penelitian menggunakan total sampling

## METODE

Penelitian ini merupakan analisis deskriptif (penelitian non eksperimen) yang menggunakan pendekatan *cross sectional* (potong silang). Penelitian ini dilakukan di ruang tunggu pendaftaran rawat jalan RS Muhammadiyah Lamongan pada Minggu, 28 Mei 2022. Populasi adalah semua pelanggan non asuransi di ruang tunggu pendaftaran rawat jalan, dengan teknik total sampling berjumlah 35 orang.

Variable dalam penelitian ini adalah karakteristik pelanggan complain dan lama waktu tunggu pendaftaran rawat jalan, yang mana variable dependent dalam penelitian ini adalah lama waktu tunggu pendaftaran rawat jalan. Alat ukur kuesioner hasil ukur baik bila  $\geq 63$  dan kurang bila  $<63$ . Variable independent dalam penelitian ini adalah karakteristik pelanggan complain yaitu, umur, tingkat pendidikan, Gender dan status pernikahan.

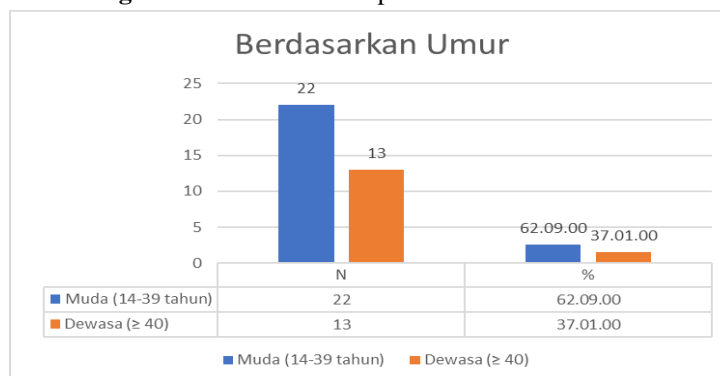
Instrumen yang digunakan telah lulus uji validasi dan lulus uji reliabilitas. Instrumen yang digunakan terdiri dari kepuasan pelanggan atas 25 pertanyaan, pengukuran menggunakan skala Likert dari skala 1-4 dengan kriteria penilaian TL= tidak pernah puas di beri nilai 1, KK= kadang-kadang puas lakukan diberi nilai 2, SR= memuaskan diberi nilai 3, SL= sangat memuaskan diberi nilai 4. Dengan nilai tertinggi 100, nilai terendah 25 dan nilai cut of point 62,5. Analisa Data dalam penelitian ini menggunakan analisa Univariat dan Bivariat. Analisa univariat dilakukan terhadap tiap variabel dan hasil penelitian dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel yang diteliti. Analisa Bivariat dilakukan untuk menguji dua variabel yang berbeda. Hal ini dimaksudkan untuk menunjukkan uji hubungan antara variabel independent (lama waktu tunggu pendaftaran RJ) dengan variabel dependent (umur, tingkat pendidikan, gender, status pernikahan) analisis statistik yang akan dilakukan yaitu menggunakan uji chi-square ( $\chi^2$ ) pada tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha \leq 0,05$ ). Analisa data dilakukan dengan bantuan program pengolahan data SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*).

## HASIL

### Karakteristik Responden

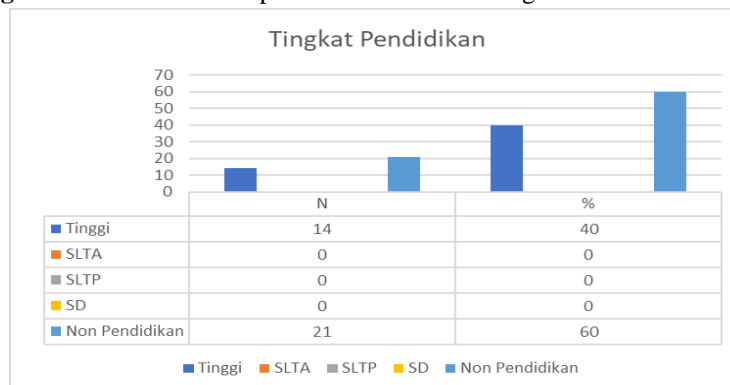
#### 1. Analisa Univariant

**Diagram 4.1** Distribusi Responden Berdasarkan Umur



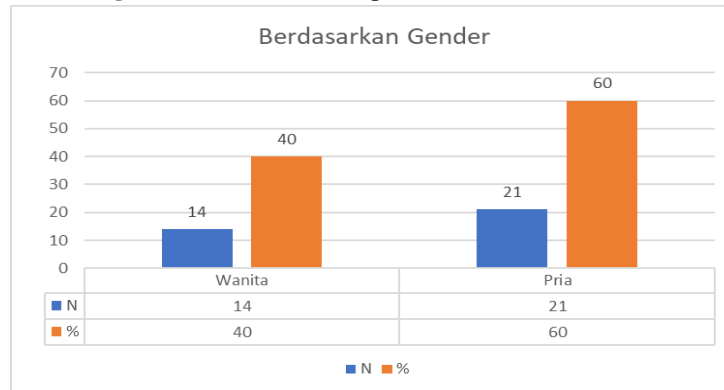
Berdasarkan **Diagram 4.1** terlihat bahwa mayoritas pelanggan di ruang tunggu pendaftaran rawat jalan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan 62,9% berumur muda berkisar pada usia 14 sampai dengan 39 tahun.

**Diagram 4.2.**Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir



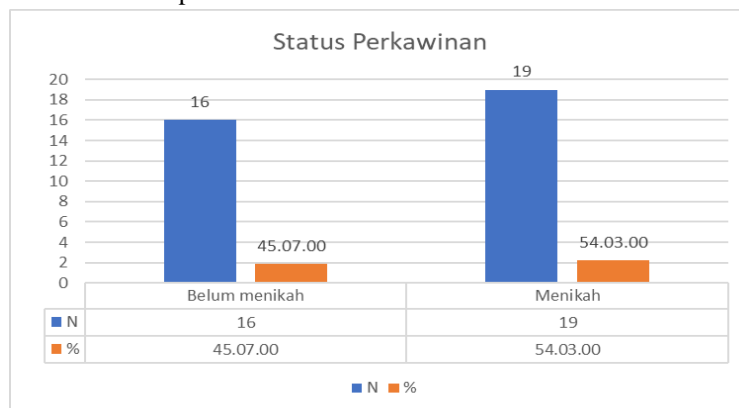
Berdasarkan **Diagram 4.2** terlihat bahwa mayoritas pelanggan di ruang tunggu pendaftaran rawat jalan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan 60% berpendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Atas.

**Diagram 4.3** Distribusi Responden Berdasarkan Gender



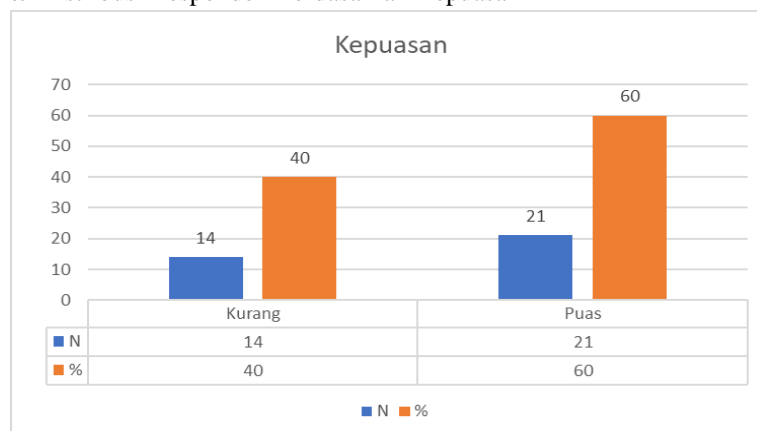
Berdasarkan **Diagram 4.3** terlihat bahwa mayoritas pelanggan umum di ruang tunggu pendaftaran rawat jalan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan 60% adalah pria.

**Diagram 4.4** Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan



Berdasarkan **Diagram 4.4** terlihat bahwa mayoritas pelanggan di ruang tunggu pendaftaran rawat jalan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan 54,3% sudah menikah.

**Diagram 4.5** Distribusi Responden Berdasarkan Kepuasan



Berdasarkan **Diagram 4.5** terlihat bahwa mayoritas pelanggan di ruang tunggu pendaftaran rawat jalan Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan 60% menyatakan puas.



2. Analisis Bivariat

**Tabel 4.6** Hubungan Umur dengan Pelanggan Komplain

Umur	Kepuasan				Total		p
	Kurang		Puas		n	%	
	n	%	n	%			
Muda (14-39 tahun)	14	63,6	8	36,6	22		0.00
Dewasa ( $\geq 40$ )	0	0	13	100	13		
Total	14		21		35	100	

H0 Ditolak

**Tabel 4.7** Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Pelanggan Komplain

Umur	Kepuasan				Total		p
	Kurang		Puas		n	%	
	N	%	n	%			
Tinggi	14	73,7	5	26,3	19		0.00
SLTA	0	0	0	0	0		
SLTP	0	0	0	0	0		
SD	0	0	0	0	0		
Non Pendidikan	0	0	16	100	16		
Total	14		21		35	100	

H0 Ditolak

**Tabel 4.8** Hubungan Gender dengan Pelanggan Komplain

Umur	Kepuasan				Total		p
	Kurang		Puas		n	%	
	n	%	n	%			
Wanita	14	100	0	0	14		0.00
Pria	0	0	21	100	21		
Total	14		21		35	100	

H0 Ditolak

**Tabel 4.9** Hubungan Status Pernikahan dengan Pelanggan Komplain

Umur	Kepuasan				Total		p
	Kurang		Puas		n	%	
	n	%	n	%			
Belum kawin	14	87,5	2	12,5	16		0.00
Kawin	0	0	19	100	19		
Total	14		21		35	100	

H0 Ditolak

Nilai signifikansi  $p < 0.05$ , maka  $H_0$  ditolak, artinya terdapat pengaruh yang signifikan antara satu variabel independen terhadap variabel dependen, dan bila  $p > 0.05$ , maka  $H_0$  diterima, artinya tidak ada pengaruh antara satu variabel independen terhadap variabel dependen.

## PEMBAHASAN

Karakteristik responden berdasarkan penelitian yang dilakukan, diketahui bahwa karakteristik umur responden paling banyak berumur muda (14-39 tahun) yang berjumlah 22 orang (62,9%) dan yang berumur dewasa  $\geq 40$  tahun hanya 13 orang (37,1%). Karakteristik tingkat pendidikan terakhir dari responden menunjukkan hasil, 14 orang (73,7%) berpendidikan tinggi merasa kurang dan 5 orang (26,3%) puas, sedangkan non pendidikan 16 orang (100%) puas.

Karakteristik berdasarkan gender, yaitu 14 wanita (40%) merasa kurang dan 21 pria (60%) puas. Senada dengan karakteristik status pernikahan, mayoritas pelanggan komplain adalah mereka yang belum menikah, hasil uji bivariat menyebutkan 14 (87,5%) menyatakan kurang puas, dan 2 (12,5%) menyatakan puas, menunjukkan perbedaan yang berarti karena pelanggan dengan potensi komplain yang belum menikah berjumlah 16 orang, hanya 2 yang menyatakan puas. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar dari pelanggan komplain terhadap lama waktu tunggu pendaftaran rawat jalan merupakan karakteristik dari individu yang unik.

Secara keseluruhan kepuasan pelanggan pada hasil penelitian yang dilakukan pada 35 responden di ruang tunggu pendaftaran rawat jalan RS Muhammadiyah Lamongan, mengukur kepuasan dari pelanggan yang ada, dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebanyak 14 pelanggan (40%) merasa kurang dan 21 pelanggan (60%) puas.

### Karakteristik Pelanggan Komplain

Hasil pengukuran menggunakan uji *chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,000 < 0,05$ , yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara umur, tingkat pendidikan, jenis pelanggan, status pernikahan dengan pelanggan komplain, dengan hasil  $H_0$  ditolak.

Hasibuan (2003), menyatakan umur mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja, tanggung jawab, dan cenderung absensi. Pelanggan yang umurnya lebih tua kondisi fisiknya kurang, tetapi bijaksana.

Notodmodjo (2003), menyatakan bahwa orang-orang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki pengetahuan yang mumpuni jika dibandingkan dengan orang yang memiliki pendidikan yang rendah dan melalui pendidikan seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektual sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak. Namun jika tanpa diiringi budi pekerti dan nilai-nilai toleransi maka pelanggan yang berpendidikan tinggi pun lebih suka mendahulukan haknya cenderung berusterang sehingga berpotensi komplain. Hasil penelitian menunjukkan antara yang berpendidikan dengan non pendidikan potensi komplain lebih tinggi pelanggan dengan pendidikan tinggi, 14 orang (73,7%) pendidikan tinggi merasa kurang dan 5 orang (26,3%) puas, sedangkan non pendidikan 16 orang (100%) puas.

Jika ditinjau dari gender pria atau wanita maka persentase menilai, bahwa wanita lebih cenderung komplain terhadap lama waktu tunggu pendaftaran rawat jalan. Hasil penelitian menyebutkan 14 pelanggan wanita persentase 100% (semuanya) menyatakan kurang yang berpotensi komplain, sedangkan sisa 21 pria, persentase 100% (semuanya) menyatakan puas.

Kemudian karakteristik terakhir ditinjau dari status pernikahan pelanggan, hasil penelitian menunjukkan bahwa data dengan uji *chi-square* dari 16 orang yang belum menikah, 14 orang menyatakan kurang, dan 2 orang menyatakan puas, sedangkan 19 orang yang sudah menikah semuanya menyatakan puas.

### Waktu Tunggu Pendaftaran Rawat Jalan

SPM No.129 Menkes (2008) menyebutkan penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan adalah  $\leq 10$  menit, sedangkan waktu tunggu pendaftaran rawat jalan di RS

Muhammadiyah Lamongan antara 15-25 menit berdasarkan perhitungan waktu rill sedari pasien berjumpa dengan petugas pendaftaran atau mengambil nomor antri hingga dipanggil petugas pendaftaran. Maka seyogyanya sebagian kecil pasien komplain. Hasil observasi lama petugas pendaftaran menyelesaikan pendaftaran saat tidak ada pasien mengantre sekitar 4-7 menit, yang menjadikan lama waktu tunggu pendaftaran adalah membludaknya pelanggan yang mendaftar pada waktu yang sama. Berdasarkan karakteristik di atas sebagian besar pelanggan mentoleransi *delay* waktu tunggu pendaftaran rawat jalan, sebagian responden yang lain menyatakan kurang *respon time* untuk petugas pendaftaran. Hal tersebut perlu pengkajian lebih lanjut mengenai manajemen unit kerja, aspek beban kerja petugas pendaftaran.

## SIMPULAN

Karakteristik pelanggan meliputi umur, tingkat pendidikan, gender, dan status pernikahan memiliki hubungan sebab-akibat terhadap lama waktu tunggu pendaftaran rawat jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan yang berpotensi pelanggan komplain. Karakteristik usia muda, pendidikan tinggi, gender wanita, dan status belum menikah adalah karakteristik pelanggan komplain, sebab cenderung merasa kurang puas.

Ketidak tepatan waktu petugas pendaftaran dalam mendaftar atau menyiapkan dokumen rekam medis, menjadi salah satu penyebab pemicu komplain pelanggan, yang mana berdasarkan SPM nasional dokumen rekam medis rawat jalan harus tersedia  $\leq 10$  menit, tersedia antara 15-25 menit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2006. Metode penelitian kualitatif. Jakarta: bumi aksara
- Asmadi. (2008), Konsep Dasar Keperawatan, Jakarta : EGC
- Departemen Kesehatan RI. (2006). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Depkes. 2007. Pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit di indonesia. Jakarta : direktorat jenderal pelayanan medis departemen kesehatan
- Hasibuan, M.S.P. (2003). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Ed Revisi, Cet. 13. Jakarta: Bumi Aksara.
- Kanestren, D. R. (2009). *Analisis hubungan karakteristik individu dan lingkungan kerja dengan kinerja perawat di unit rawat inap RS Pertamina Jaya*. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta <http://www.lontar.ui.ac.id>
- Notoadmodjo, Soekidjo. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta, Juni 2003
- Notoatmodjo, soekidjo. 2005. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: rineka cipta
- Parasuraman. 1988. Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*. Volume 64 no. 1
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
- Respati, shinta ayu. 2015. Hubungan mutu pelayanan kesehatan dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap di puskesmas halmahera kota semarang tahun 2014. Skripsi. Semarang. Universitas negeri semarang.
- Robbins, S.P. 2008. Perilaku Organisasi, Edisi Duabelas, Penerbit Salemba Empat: Jakarta.
- Rsmmlamongan. 2022. <http://rspkusekapuk.rsmuhammadiyahjatim.com/index.php/2022/07/29/profil/>. diakses pada 1 Juni.
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

## **ANALISIS SUMBER DAYA MANUSIA TERHADAP BEBAN KERJA DI BAGIAN PENYIMPANAN REKAM MEDIS MENGGUNAKAN METODE WINS(WORKLOAD INDICATOR OF STAFFING NEED) DI RSUD SELE BE SOLU KOTA SORONG**

**<sup>1</sup>Betty Siagian\*, <sup>2</sup>Angelita Karolina Fatem, <sup>3</sup>Mariska Olivia Karambut**

<sup>1</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, betxiasgn@gmail.com

<sup>2</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, angelitafatem@gmail.com

<sup>3</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, mariskaolivia1996@gmail.com

### **ABSTRAK**

Untuk perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) di bagian rekam medis perlu diperhatikan jenis pekerjaan, kebutuhan tenaga kerja di bagian penyimpanan rekam medis serta kualifikasi perorangan harus sesuai dengan yang dibutuhkan dalam setiap bagian rekam medis. Semakin banyaknya pasien yang berkunjung pada rumah sakit, maka secara langsung dapat berdampak pada beban kerja petugas dan yang sangat berdampak dalam hal tersebut adalah petugas bagian rekam medis. Maksud dan tujuan dilakukannya penelitian ini adalah 1. Untuk mengetahui kualifikasi dan jumlah sumber daya manusia bagian penyimpanan berkas rekam medis di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong 2. Mengetahui efisiensi kerja di bagian penyimpanan RSUD Sele Be Solu Kota Sorong. 3. Agar dapat menemukan masalah yang timbul dalam perhitungan sumber daya manusia bagian penyimpanan rekam medis di RSUD Sele Be Solu. Dengan perhitungan jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) Rekam Medis yang dibutuhkan dilakukannya, Analisis sumber daya manusia terhadap beban kerja di bagian penyimpanan RSUD Sele Be Solu dengan menggunakan Workload Indicator of Staffing Need (WISN). Metode penelitian ini menggunakan metode analisis kualitatif, dengan teknik pengumpulan data dengan cara, observasi, wawancara terhadap uraian tugas, petugas penyimpanan berkas rekam medis dan kajian dokumen jumlah tenaga. Dalam pengamatan terhadap pola kegiatan petugas penyimpanan selama bulan Mei 2022 diperoleh hasil bahwa penggunaan waktu kerja tersedia petugas penyimpanan RSUD Sele Be Solu adalah sebesar 1832 jam/tahun, standar beban kerja dalam penyimpanan rawat jalan 49811, rawat inap 10721, standar kelonggaran 0.013. Berdasarkan data primer dan data sekunder yang berhasil dikumpulkan, setelah diolah menggunakan WISN, maka kesimpulan bahwa jumlah petugas penyimpanan kebutuhan tenaga di RSUD Sele Be Solu adalah sebanyak 4 orang, jadi tenaga penyimpanan rekam medis masih kurang, dan total pegawai yang ada saat ini sebanyak 3 orang, maka dengan ini di butuhkan penambahan petugas penyimpanan 1 orang.

**Kata kunci : waktu kerja tersedia, rekam medis, beban kerja**

### **ABSTRACT**

For planning Human Resources (HR) in the medical record section, it is necessary to pay attention to the type of work, the need for labor in the medical record storage section and individual qualifications must be in accordance with what is needed in each medical record section. can directly have an impact on the workload of officers and the most impactful in this case is the medical record section officer. To find out the work efficiency in the storage section of the Sele Be Solu Hospital, Sorong City. By calculating the number of Medical Record Human Resources (HR) needed to do, analysis of human resources on the workload in the storage section of the Sele Be Solu Hospital using the Workload Indicator of Staffing Need (WISN). This research method uses qualitative analysis methods, with techniques data collection by means of observation, interviews with job descriptions, medical record file storage officers and document review of the number of personnel. In observing the pattern of storage officers' activities during the month of May 2022, it was found that the use of available working time for storage officers at Sele Be Solu Hospital was 1832 hours/year, standard workload in outpatient storage 49811, inpatient 10721, standard allowance 0.013. Based on the primary data and secondary data that have been collected, after being processed using WISN, it can be concluded that the number of personnel storage personnel needed at Sele Be Solu Hospital is 4 people, so medical record storage personnel are still lacking, and the current total number of employees is 3 people, it is hereby required to add 1 person storage officer.

**Keywords : available working time, medical records, workload**

## **PENDAHULUAN**

Rumah adalah sarana untuk pelayanan, pengobatan dan pemulihan kesehatan, Rumah sakit tidak dapat dikelola dengan manajemen sederhana, tetapi harus mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat berbagai perubahan (Hatta, 2014). Rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia yg profesional baik di bidang rekam medis maupun, rumah sakit mempunyai tanggung jawab terhadap mutu pelayanan diantaranya adalah penambahan terhadap sumber daya manusia yang mempunyai kompetensi dan kriteria yang memenuhi dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Maka suatu perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) sangat di perlukan, agar dapat tenaga medis yang bermutu dan sesuai dengan kebutuhan tenaga medis yang dibutuhkan untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Zebua, 2016). Menurut Permenkes 269 tahun 2008 tentang rekam medis, Rekam Medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis juga memiliki nilai informasi yang berisi tentang riwayat kesehatan pasien. Dengan begitu tujuan unit rekam medis dalam menyelenggarakan proses pengelolaan serta penyimpanan dokumen dapat berjalan dengan baik.

Berdasarkan PMK nonmor 10 tahun 2018 tentang pengawasan kesehatan mendefinisikan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan tugas. penelitian mengenai kebutuhan tenaga rekam medis banyak di temukan, dimana secara tidak langsung sekaligus tingkat beban kerja tenaga rekam medis di suatu rumah sakit, salah satunya adalah penelitian yang dilakukan oleh penelitian yang dilakukan (Nuryati, 2013) dengan judul Perencanaan Kebutuhan Tenaga Rekam Medis dengan Metode Workload Indicators Of Staffing Need (WISN). Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan di RSUD Sele Be Solu di temukan masalah-masalah yang ada seperti: terjadinya penumpukan dokumen rekam medis di bagian penyimpanan dikarenakan kekurangan sumber daya manusia secara kuantitas yaitu jumlah tenaga kerja dengan beban kerja tidak sebanding dengan kunjungan pasien. Hal tersebut menyebabkan tingginya beban kerja yang dirasakan oleh tenaga kerja dan sangat menarik untuk menjadi perhatian. Berdasarkan masalah tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian Menggunakan Metode Wins Di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong

## **Permasalahan**

Mengenai permasalahan yang terjadi dalam penelitian ini adalah bagaimana perencanaan kebutuhan Sumber Daya (SDM) terhadap beban kerja dibagian penyimpanan rekam medis menggunakan metode WISN (Workload Indicato Of Staffing Need) di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

## **Tujuan Penelitian**

Penelitian ini adalah untuk menelaah kebutuhan Sumber Daya Manusia terhadap beban kerja di bagian penyimpanan rekam medis menggunakan metode WISN (Workload Indicato Of Staffing Need) di RSUD Sele Be Solu tahun 2022

## **Mamfaat Penelitian**

1. Untuk bahan masukan bagi rumah sakit bagaimana melakukan tugas kerja pada unit rekam medis RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.
2. Sebagai refersensi untuk menambah wawasan tetang perkembangan ilmu rekam medis

## **METODE**

Untuk penelitian ini, metode penelitian yang digunakan penulis adalah metode deskriptif dan analisa kualitatif yaitu menjelaskan sesuatu yang terjadi dalam lapangan. Pada teknik dan instrumen pengumpulan data, penulis menggunakan teknik sampling, wawancara, observasi dan Pengukuran dan penghematan variabel penelitian secara deskriptif dengan cara menganalisis kebutuhan SDM bagian penyimpanan di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong, Penulis melakukan penelitian dimana ruang lingkupnya hanya pada permasalahan yang berhubungan dengan beban kerja dibagian penyimpanan berkas rekam medis. Untuk membuat sampling digunakan teknik pengambilan sampel. Hal yang diamati dalam penelitian ini adalah waktu kerja tersedia, unit kerja dan kategori sumber daya manusia, menyusun standar beban kerja, menyusun standar kelonggaran, perhitungan kebutuhan tenaga kerja dari 3 orang petugas di bagian penyimpanan.

### Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong pada bulan Mei 2022. Dengan pengamatan kurangnya tenaga di bagian penyimpanan rekam medis.

### Variabel dan Defenisi Operasional

1. Standar beban kerja di dapatkan dari waktu kerja yang tersedia yang ada di bagi rata-rata waktu yang di gunakan untuk menyelesaikan tugas pokok
2. Standar kelonggaran adalah waktu yang gunakan untuk melaksanakan kegiatan lain.
3. Perhitungan jumlah kebutuhan petugas terkait dengan total kuantitas kegiatan pokok dibagi dengan standar beban kerja.

### Metode Pengumpulan Data

- a. Data primer adalah data yang diperoleh oleh peneliti secara langsung dari sumbernya. Dalam penelitian ini data primer diperoleh dari hasil observasi dan pengamatan
- b. Data sekunder adalah data data yang diperoleh dengan cara telaah dokumen yang berupa uraian tugas pegawai dan ketenagaan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang telah dilakukan di RSUD Sele Be Solu mengenai kebutuhan SDM, diperoleh hasil perhitungan uraian tugas dan kebutuhan tenaga kerja di unit penyimpanan berkas rekam medis RSUD Sele Be Solu sebagai berikut:

Menetapkan waktu kerja dalam 1 tahun untuk kategori masing - masing SDM yang bekerja di unit penyimpanan di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong:

Berdasarkan hasil penelitian penulis di RSUD Sele Be Solu hari kerja dalam satu tahun adalah 264 hari (hari tersebut dalam setahun dan diselisih dengan hari libur nasional, cuti, ketidakhadiran kerja, dan lain-lain). Masa kerja efektif dalam satu hari kerja adalah 8 jam. Dengan demikian, total waktu kerja tersedia selama satu tahun di RSUD Sele Be Solu adalah 109920 menit yang diperoleh berdasarkan perhitungan berikut.

Tabel 1. Waktu Kerja Tersedia

Kode	Faktor	Kategori Rekam Mdis	Keterangan
A.	Hari Kerja	264	Hari/Tahun
B	Cuti Tahunan	14	Hari/Tahunan
C	Pendidikan/Pelatihan	3	Hari/Tahunan
D	Hari Libur Nasional	15	Hari/Tahunan
E	Ketidakhadiran Kerja	3	Hari/Tahunan
F	Waktu Kerja	8	Jam/Tahun

Waktu kerja tersedia	1832	jam/Tahun
{A-(B+C+D+E)*F}	109920	Menit /Tahun

Uraian perhitungan sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 &1. \text{ Waktu hari kerja tersedia} \\
 &= \{A-(B+C+D+E) \times F\} \\
 &= \{264-(14+3+15+3)*8\} \\
 &= (264-35)*8 \\
 &= 229*8 \\
 &= 1832 \text{ jam/tahun} \\
 &= 109920 \text{ menit/tahun}
 \end{aligned}$$

### Menetapkan Unit Kerja Dan Kategori SDM

Berdasarkan struktur organisasi bagian rekam medis RSUD Sele Be Solu Kota Sorong, membuat perencanaan unit kerja dan kategori bagian rekam medis RSUD Sele Be Solu Kota Sorong yaitu petugas penyimpanan berjumlah 3 orang. Menyusun Standar Beban Kerja yang ada di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong di peroleh berdasarkan hasil perencanaan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit, karena system yang digunakan sudah komputerisasi maka disesuaikan dengan kegiatan yang dilakukan pada saat ini, Standar Beban Kerja yang ada di RSUD Sele Be Solu adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Menghitung Standar Beban Kerja di RSUD Sele Be Solu

No	Uraian Kegiatan	Rata-Rata Waktu
Penyimpanan Berkas Rawat Jalan	1. Menyiapkan Treacer	0,5
	2. Mengambil DRM di rak	2
	3. Menyerahkan DRM ke distribusi	0,5
	4. Menyusun DRM sesuai No.RM	2
	5. Menyimpan DRM ke Rak	3
		8 Menit
Penyimpanan berkas Rawat Inap	1. Menyusun DRM sesuai urutan	
	2. Menyimpan DRM ke Rak	
		5 Menit

Perhitungan sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 &a. \text{ waktu kerja tersedia} \\
 &= 109920
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &\text{Rata –rata waktu} \\
 &= 8 \text{ menit} = 5 \text{ menit}
 \end{aligned}$$

Standart beban kerja rawat jalan adalah:

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\text{waktu tersedia kerja}}{\text{Rata-rata Waktu}} \\
 &= \frac{109920}{8}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &= 13740
 \end{aligned}$$

Rawat Inap adalah:

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\text{waktu tersedia Kerja}}{\text{Rata-rata Waktu}} \\
 &= \frac{109920}{5}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &= 21984
 \end{aligned}$$

### Menyusun Standar Kelonggaran



Standar kelonggaran yang ada di RSUD Sele Be Solu di buat sesuai dengan kegiatan-kegiatan yang ada dan di lakukan oleh masing-masing unit kerja terutama di bagian unit rekam medis memiliki standar kelonggaran adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Standar Waktu Kelonggaran

Nama kegiatan	Frekuensi (tahun)	Waktu (jam)	Jumlah (menit)	Waktu Kerja (tersedia)	SKI
Rapat Rutin	12	60	720	109920	0,006
<b>Jumlah</b>					<b>0,006</b>
<b>Standar kelonggaran</b>					<b>0,013</b>

$$\begin{aligned}
 &\text{Rata-rata} \\
 &= 24 \text{ jam/tahun (kegiatan/perhitungan)} \\
 &= \text{Waktu kerja tersedia} \\
 &= 1832 \\
 &\text{Standar kelonggaran} \\
 &= \frac{\text{Rata-rata waktu}}{\text{Waktu Kerja Tersedia}} \\
 &= \frac{24}{1832} \\
 &= 0,013
 \end{aligned}$$

#### Kebutuhan Tenaga per Unit Kerja

Untuk perhitungan kebutuhan SDM dibutuhkan data dengan langkah-langkah yang sebelumnya dengan kuantitas kegiatan pokok seperti data kegiatan pelayanan rawat jalan dan rawat inap, standar beban kerja standar kelonggaran data adalah untuk perhitungan kebutuhan SDM di unit bagian penyimpanan rekam medis.

Data yang dibutuhkan untuk menghitung SDM adalah salah satunya kegiatan kuantitas pokok yang dilakukan dibagian penyimpanan rekam medis

Tabel 4. Kegiatan RSUD Sele Be Solu Kota Sorong

No	Kategori SDM	Kegiatan pokok	Frekuensi
1.	Perekam Medis	Rawat Jalan	49811
		Rawat Inap	10721

Dan perhitungannya adalah sebagai berikut

Tabel 5. Kebutuhan Sumber Daya Manusia

No	Kategori SDM	Kegiatan Pokok	Kuantitas Kegiatan	Standar Beban Kerja	Kebutuhan SDM
1.	Rekam Medis	Rawat Jalan	49811	13740	3,62
		Rawat Inap	10721	21984	0,48
<b>Total Kebutuhan SDM</b>					<b>4,1</b>
<b>Standar Kelonggaran</b>					<b>0,13</b>
<b>Total Kebutuhan SDM</b>					<b>4,23</b>

Berdasarkan rumus yang sudah di buat di atas,kebutuhan SDM untuk tugas pokok terlebihdahulu di jumlahkan sebelum di tambahkan dengan standar kelonggaran yang ada di unit rekam medis,dan untuk proses perhitungan penyimpanan kunjungan pasien baru dan pasien lama.

Total kebutuhan SDM

$$\begin{aligned} RJ &= \frac{\text{Kuantitas Kegiatan}}{\text{Standar beban kerja}} \\ &= \frac{49811}{13740} \\ &= 3,62 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} RI &= \frac{\text{Kuantitas Kegiatan}}{\text{Standar beban kerja}} \\ &= \frac{10721}{21984} \\ &= 0,48 \end{aligned}$$

Total kebutuhan SDM adalah

$$\begin{aligned} &= 3,62 + 0,48 \\ &= 4,1 \end{aligned}$$

Standar kelonggaran = 0,013

Jadi total kebutuhan SDM adalah

$$\begin{aligned} &= 4,1 + 0,013 \\ &= 4,23 \\ &= 4 \text{ orang} \end{aligned}$$

Maka kebutuhan di bagian penyimpanan rekam medis adalah 4 orang

Masalah yang timbul dalam perencanaan kebutuhan sumber daya RSUD Sele Be Solu Kota

Sorong adalah

1. Kurangnya petugas di bagian penyimpanan sehingga menyebabkan penumpukan dokumen rekam medis
2. Kurangnya pengetahuan tentang rekam medis karena petugas belum sesuai dengan bidang pendidikannya
3. Faktor umur yang sudah lanjut sehingga adanya keterlambatan dalam penyimpanan dokumen rekam medis

Penyelesaian masalah yang di lakukan oleh bagian rekam medis RSUD Sele Be Solu Kota Sorong adalah:

1. Meminta penambahan tenaga pada bagian penyimpanan
2. Mengganti petugas yang sudah lanjut usia dengan yang lebih muda dan sesuai dengan bidang pendidikannya.

### **Kesimpulan**

Menurut penelitian dan perhitungan peneliti maka dapat di simpulkan bahwa ketersediaan sumber daya manusia masih perlu penambahan 1 orang, sedangkan petugas yang ada hanya 3 orang,dan di perlukan kedisiplinan dalam meyelesaikan tugas untuk menghindari banyaknya dokumen rekam medis yang belum di simpan.

### **SARAN**

1. Melakukan penambahan petugas 1 orang sesuai dengan perhitungan kebutuhan SDM sesuai dengan beban kerja yang dilakukan sehari-hari
2. Dari Rumah Sakit harus lebih melihat petugas rekam medis dari pendidikan dan kompetensinya
3. Menyiapkan fasilitas untuk bagian penyimpanan terutama rak penyimpanan

**DAFTAR PUSTAKA**

- Mujiati, M., & Yuniar, Y. (2016). *Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam era Jaminan Kesehatan Nasional di delapan Kabupaten-Kota di Indonesia*. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 26(4), 201–210.
- Azwar, Azrul, Dr. M.P.H. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan* Jakarta Bina Rupa Aksar
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Dirjen Yanmed : Jakarta
- Fhatini, H. Abdurrahmad, Prof, Dr. M.Si. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia Bandung* : Rineka Cipta
- DepKes RI. (1997). *Pedoman Pengolahan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia. Revisi I*. Jakarta
- Hatta, G.R. (2009). *Pedoman Manajemen Informasi kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI PRESS.

## **ANALISA KELENGKAPAN PENGISIAN RESUME MEDIS PASIEN TYPHOID FEVER PADA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP RUMAH SAKIT X TAHUN 2022**

**<sup>1</sup>Melin Mukharomah\*, <sup>2</sup>Pamela Hani Maretesia Putri**

<sup>1</sup>Program Studi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta,  
mukharomahmelin@gmail.com

<sup>2</sup>Unit Rekam Medis, pamelaputri80@gmail.com

### **ABSTRAK**

Kelengkapan dokumen berkas rekam medis dapat dinilai dengan dua cara yaitu analisa kuantitatif dan analisa kualitatif. Pada Komponen analisa kuantitatif dapat dilakukan dengan cara mereview identifikasi, review pelaporan, review autentifikasi dan review pencatatan sedangkan pada komponen analisa kualitatif yaitu meliputi mereview kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa, review kekonsistensian pencatatan diagnosa, review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, review informed consent yang seharusnya memang ada, review cara dan praktek pencatatan. Pada Kelengkapan rekam medis sangat penting dikarenakan untuk menentukan kualitas rekam medis itu sendiri. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kelengkapan resume medis pada pasien typhoid fever pada dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan menggunakan teknik pengambilan random simple. Dari penelitian ini, maka dapat diketahui Ketidaklengkapan Pengisian Identifikasi Pasien Pada resume medis pasien typhoid fever dari 37 Berkas diketahui bahwa yang paling banyak adalah, Penjamin (86,48) tidak terisi dengan lengkap, dan Identitas Nama, umur, tanggal masuk dan keluar dan jenis kelamin adalah kelengkapan tertinggi yaitu (100%). Ketidaklengkapan Pengisian Laporan yang Penting diketahui bahwa yang paling banyak adalah, jam (59,45 %) dan laporan yang harus ada adalah kelengkapan tertinggi (100%). Ketidaklengkapan Pengisian Autentifikasi pada penulis tidak ditemukan karena kelengkapan pada autentifikasi pada tanda tangan dan nama terang mencapai (100%). Pendokumentasian pada pembetulan kesalahan/ketidaklengkapan pengisian pendokumentasian yang benar tidak ditemukan karena kelengkapan pada autentifikasi pada tanda tangan dan nama terang mencapai (100%).

**Kata Kunci : analisa kuantitatif, kelengkapan dokumen, typhoid fever**

### **ABSTRACT**

*The completeness of medical record documents can be assessed in two ways, namely quantitative analysis and qualitative analysis. The quantitative analysis component can be carried out by reviewing identification, reporting reviews, authentication reviews and recording reviews, while the qualitative analysis component includes reviewing the completeness and consistency of diagnoses, reviewing the consistency of recording diagnoses, reviewing records carried out during treatment and treatment, reviewing of the informed consent. that should exist, review recording methods and practices. The completeness of the medical record is very important because it determines the quality of the medical record itself. The purpose of this study was to determine the completeness of the medical resume for typhoid fever patients in inpatient medical record documents at the hospital. The type of research used is descriptive using simple random sampling technique. , and Identity Name, age, date of entry and exit and gender are the highest completeness, namely (100%). Incomplete Report Filling It is important to note that the most complete is, hours (59.45%) and the report that must be present is the highest completeness (100%). Incomplete Authentication Filling in the author was not found because the completeness of the authentication on the signature and full name reached (100%). Documentation on correcting errors/incompleteness of filling in the correct documentation was not found because the completeness of authentication in the signature and full name was not found. reach (100%).*

**Keyword : analisa kuantitatif, kelengkapan dokumen, typhoid fever**

## **PENDAHULUAN**

Rumah Sakit merupakan unit kesehatan masyarakat yang digunakan sebagai rujukan medis yang mempunyai banyak fungsi dan fungsi utama yaitu menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat untuk penyembuhan, perawatan, pemulihan, serta pendidikan dan pelatihan..

Menurut UU NO.44 Tahun 2009 tentang pengertian rumah sakit menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Untuk menunjang proses pelayanan pasien serta melindungi pasien dan rumah sakit dari hal yang sekiranya tidak diinginkan maka rumah sakit wajib mendokumentasikan setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien, dalam hal ini rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis. Seperti yang tertuang didalam Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis pada pasal 7 yang berbunyi Sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis.

Rekam medis yaitu fakta-fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu dan saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut. Berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis bab III pasal 5 yang berbunyi Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis, maka rekam medis menjadi satu diantara kewajiban pencatatan sebagai informasi pasien yang harus diselenggarakan oleh rumah sakit dengan baik dan benar.

Rekam medis adalah merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien (Hatta,2013)

Rekam medis dapat dipergunakan secara maksimal untuk berbagai keperluan apabila rekam medis tersebut mempunyai mutu yang baik. Rekam medis yang baik harus memenuhi ketentuan yang ada dan yang telah ditetapkan, baik secara analisa kuantitatif ataupun analisa kualitatif. Pada komponen analisa kuantitatif meliputi, menentukan jika terdapat kekurangan maka dapat dikoreksi ketika saat pasien masih dirawat, kelengkapan rekam medis sesuai peraturan yang ditetapkan jangka waktunya, perizinan dan akreditasi, mengetahui hal – hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi. Sedangkan pada analisa kualitatif juga meliputi, memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembar rekam medis, adanya semua laporan/catatan penting, adanya autentifikasi penulis, terciptanya pelaksanaan rekaman/ pencatatan yang baik.

Kelengkapan dokumen berkas rekam medis dapat dinilai dengan dua cara yaitu analisa kuantitatif dan analisa kualitatif. Pada Komponen analisa kuantitatif dapat dilakukan dengan cara mereview identifikasi, review pelaporan, review autentifikasi dan review pencatatan sedangkan pada komponen analisa kualitatif yaitu meliputi review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa, review kekonsistensian pencatatan diagnosa, review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, review adanya informed consent yang seharusnya ada, review cara dan praktek pencatatan. Pada Kelengkapan rekam medis ini sangat penting dikarenakan akan menentukan hasil dari kualitas rekam medis tersebut.

Rumah sakit ini memiliki kenaikan kunjungan pasien rawat inap tiap tahunnya sehingga dokumen rekam medis juga semakin lama semakin banyak. Pada kasus Tyoid fever termasuk ke dalam sepuluh diagnosa penyakit terbesar yang ada dan diperlukan perhatian khusus pada penyakit ini agar kelengkapan dokumen juga diperhatikan, sehingga Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk mengadakan suatu penelitian berjudul “Analisa Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien *Typoid Fever* Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Tahun 2022.”

## METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif yaitu suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di dalam masyarakat hasil penelitian sesuai dengan keadaan yang sebenarnya (Notoadmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis di rumah sakit. Jumlah sampel yang digunakan oleh peneliti yaitu berjumlah 37 dokumen dan pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling*. Teknik random sampling adalah jenis pengambilan sampel probabilitas di mana setiap orang di seluruh populasi target memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih (simply Psychology).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Data hasil penelitian kelengkapan pengisian 37 resume medis mencakup Identitas Pasien, Laporan yang Penting, Autentifikasi serta Pendokumentasian yang Benar, maka diperoleh data sebagai berikut :

### a. Kelengkapan Pengisian Identifikasi Pasien

Kelengkapan pengisian identitas pada lembar rekam medis sangat penting untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Pada identitas pasien minimal memuat nama pasien dan nomor rekam medis, umur, jenis kelamin dan agama. Berikut adalah hasil dari data analisa kelengkapan pengisian identitas pasien.

Tabel 4.1 Kelengkapan Identifikasi Pasien

no	Kelengkapan identifikasi	Kelengkapan			
		Ada	%	Tidak Ada	%
1	Nomor Rekam Medis	37	100%	0	0%
2	Nama	37	100%	0	0%
3	Umur	15	40,54%	22	59,45%
4	Tanggal Masuk dan Keluar	37	100%	0	0%
5	Jenis Kelamin	37	100%	0	0%
6	Tanggal Lahir	20	54,05%	17	45,94%
7	Ruang Perawatan	35	94,59%	2	5,40%
8	Penjamin	5	13,51%	32	86,48%

Berdasarkan Tabel 4.1 Kelengkapan Identifikasi Pasien Pada 37 Resume medis pada pasien typhoid fever diketahui bahwa Rata-rata keterisian kelengkapan pada variabel identifikasi pasien yaitu nomor rekam medis diisi dengan prosentase (100%) diisi dengan lengkap, nama diisi dengan prosentase (100 %) diisi dengan lengkap, umur diisi dengan prosentase (40,54 %) dan (59,45 %) diisi dengan tidak lengkap, tanggal masuk dan keluar diisi dengan prosentase (100%) ,Jenis Kelamin diisi dengan prosentase (100%) dan (41,7%) diisi dengan lengkap, tanggal lahir diisi dengan prosentase (54,05%) dan (45,94%) diisi dengan tidak lengkap, ruang perawatan diisi dengan prosentase (94,59%) dan (5,40%) diisi dengan tidak lengkap, penjamin diisi dengan prosentase (13,51%) dan (86,48%) diisi dengan tidak lengkap.

### b. Kelengkapan Pengisian Laporan Penting

Kelengkapan pengisian laporan yang penting pada resume medis digunakan untuk memperoleh informasi tentang diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat dalam merawat pasien. Untuk itu berkas formulir diharapkan memuat informasi yang akurat, lengkap dan dapat di percaya.

Table 4.2 Kelengkapan Pengisian Laporan Penting

No	Kelengkapan pelaporan penting	Kelengkapan			
		Ada	%	Tidak ada	%
1	Tanggal	25	67,56%	12	32,43%
2	Jam	15	40,54%	22	59,45%

3	Laporan yang harus ada	100	100%	0	0%
---	------------------------	-----	------	---	----

Berdasarkan Tabel 4.2 Kelengkapan pelaporan penting Pasien Pada 37 Resume medis pada pasien typhoid fever diketahui bahwa Rata-rata keterisian kelengkapan pada variabel pelaporan penting yaitu, tanggal diisi dengan prosentase (67,56 %) diisi dengan lengkap dan (32,43 %) diisi dengan tidak lengkap, jam diisi dengan prosentase (40,54%) lengkap dan (59,45%) diisi dengan tidak lengkap, laporan yang harus ada diisi dengan prosentase (100%) lengkap.

c. Kelengkapan Pengisian Autentifikasi

Autentifikasi terhadap nama dokter yang bertanggung jawab, berikut ini hasil penilaian pengisian autentifikasi:

Table 4.3 kelengkapan pengisian autentifikasi

No	Kelengkapan pengisian Autentifikasi	Kelengkapan			
		Ada	%	Tidak ada	%
1	Tanda tangan	37	100%	0	%
2	Nama Terang	37	100%	0	%

Berdasarkan Tabel 4.3 Kelengkapan pengisian autentifikasi Pada 37 Resume medis pada pasien typhoid fever diketahui bahwa Rata-rata keterisian kelengkapan pada variabel pengisian autentifikasi yaitu, tanda tangan dengan prosentase (100%) diisi dengan lengkap, nama terang dengan prosentase (100%) diisi dengan lengkap.

d. Ketepatan Pendokumentasian yang benar

Hasil penelitian pendokumentasian yang benar disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Ketepatan Pendokumentasian yang benar

No	Ketepatan Pendokumentasian yang benar	Kelengkapan			
		Ada	%	Tidak ada	%
1	Tidak ada cairan penghapus tulisan (tipe x)	37	100%	0	0%
2	Tidak ada coretan tanpa paraf	37	100%	0	0%
3	Tidak ada penggunaan singkatan yang tidak baku	37	100%	0	0%

Berdasarkan Tabel 4.4 Ketepatan pada pendokumentasian yang benar Pada 37 Resume medis pada pasien typhoid fever diketahui bahwa Rata-rata keterisian kelengkapan pada variabel Ketepatan Pendokumentasian yang benar yaitu, tidak ada cairan penghapus tulisan (tipe x) dengan prosentase (100%) diisi dengan lengkap, Tidak ada coretan tanpa paraf dengan prosentase (100%) diisi dengan lengkap dan Tidak ada penggunaan singkatan yang tidak baku dengan prosentase (100%) diisi dengan lengkap.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang berjudul “analisa kelengkapan pengisian resume medis pasien typhoid fever pada dokumen rekam medis rawat inap rumah sakit x tahun 2022” maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Ketidakkelengkapan Pengisian Identifikasi Pasien Pada resume medis pasien typhoid fever dari 37 Berkas diketahui bahwa yang paling banyak adalah, Penjamin (86,48) tidak terisi dengan lengkap, dan Identitas Nama, umur, tanggal masuk dan keluar dan jenis kelamin adalah kelengkapan tertinggi yaitu (100%).
2. Ketidakkelengkapan Pengisian Laporan yang Penting diketahui bahwa yang paling banyak adalah, jam (59,45 %) dan laporan yang harus ada adalah kelengkapan tertinggi (100%)



3. Ketidaklengkapan Pengisian Autentifikasi pada penulis tidak ditemukan karena kelengkapan pada autentifikasi pada tanda tangan dan nama terang mencapai (100%)
4. Pendokumentasian pada pembetulan kesalahan/ketidaklengkapan pengisian pendokumentasian yang benar tidak ditemukan karena kelengkapan pada autentifikasi pada tanda tangan dan nama terang mencapai (100%)

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/III/2008 Tentang *Rekam Medis*, Jakarta
- Hatta. G R., (2009), *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Universitas Indonesia (UI Press), Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2012 *Promosi Kesehatan dan Pelaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Gemala R. Hatta (2012:73) dalam buku yang berjudul *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*

## TINJAUAN KELENGKAPAN PENGISIAN *INFORMED CONSENT* RUMAH SAKIT UMUM SIAGA MEDIKA BANYUMAS

<sup>1</sup>Adi Setiawan\*, <sup>2</sup>Fadlilah Prihandito

<sup>1</sup>Program Studi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa  
Surakarta, [advsty25@gmail.com](mailto:advsty25@gmail.com)

<sup>2</sup>Unit Rekam Medis RSUD Siaga Medika Banyumas, [fadlilahprihandito@gmail.com](mailto:fadlilahprihandito@gmail.com)

### ABSTRAK

*Informed consent* adalah persetujuan dari pasien kepada dokter setelah diberikan penjelasan mengenai tindakan kedokteran yang akan diberikan dokter, termasuk resiko tindakan kedokteran yang kemungkinan timbul efek lain akibat tindakan tersebut dan apabila tindakan kedokteran tersebut tidak dilakukan. Peneliti menemukan masih ada *informed consent* yang tidak lengkap. Tujuan penelitian ini sebagai Tinjauan Kelengkapan Pengisian *Informed Consent* di Rumah Sakit Umum Siaga Medika Banyumas. Metode penelitian kombinasi, dengan pengumpulan data pendahuluan diikuti pengumpulan data lanjutan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medis pasien rawat inap pada bulan Januari tahun 2022 sejumlah 1390 sampel 93 berkas rekam medis. Sampel diambil secara acak dilakukan oleh petugas assembling, filling dan kepala rekam medis. Wawancara dan observasi dilakukan untuk menambah informasi atas analisa baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Hasil penelitian kelengkapan ketepatan pengisian pada *informed consent* belum mencapai 100%, SOP sudah ada namun dibutuhkan kebijakan di lapangan dalam pengisian kelengkapan *Informed Consent*. Sumber daya manusia melakukan analisa kelengkapan bukan berlatar belakang DIII rekam medis, faktor penyebabnya ketidaklengkapannya pengisian *informed consent* yaitu kurangnya kesadaran petugas bertanggung jawab dalam pengisian, upaya dilakukan petugas rekam medis mengembalikan rekam medis ke ruang perawatan. Saran dibuatkan kebijakan, evaluasi terutama pada petugas terkait dalam kelengkapan pengisian rekam medis sehingga secara keseluruhan termasuk *Informed Consent* mencapai kelengkapan sebesar 100%.

**Kata Kunci:** *Kelengkapan Informed Consent, rekam medis, Rumah Sakit*

### ABSTRACT

*Informed consent* is an agreement from the patient to the doctor after being given an explanation regarding the medical action to be given by the doctor, including the risk of medical action that may arise other effects as a result of the action and if the medical action is not carried out. Researchers found that there was still incomplete *informed consent*. The purpose of this study was to review the completeness of filling out the *Informed Consent* at the Siaga Medika General Hospital, Banyumas. Combined research method, with preliminary data collection followed by further data collection. The population in this study were all medical record files of inpatients in January 2022 a total of 1390 samples, 93 medical record files. Samples were taken randomly by assembling, filling and head of medical records. Interviews and observations were conducted to add information to the analysis both quantitatively and qualitatively. The results of the research on the completeness of the accuracy of filling out the *informed consent* have not reached 100%, the SOP already exists but a policy is needed in the field in filling out the completeness of the *informed consent*. Human resources analyzed the completeness not with a DIII medical record background, the factors causing the incomplete filling of *informed consent* were the lack of awareness of the officers responsible for filling out the medical records, efforts were made by the medical record officers to return the medical records to the treatment room. Suggestions are made for policies, evaluations especially for related officers in the completeness of filling out medical records so that overall including *Informed Consent* achieve completeness of 100%.

### PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan kumpulan fakta kehidupan dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit, pengobatan saat ini dan masa lampau yang ditulis para praktisi kesehatan dalam upaya pemberian layanan kesehatan kepada pasien (Hatta, 2008). Rekam medis berisi kumpulan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien di fasilitas pelayanan kesehatan (PERMENKES, 2013).

Rekam medis dimulai saat pasien diterima rumah sakit, perawatan pasien dengan pemberian tindakan medis kepada pasien oleh para profesional medis sampai pasien selesai dan keluar dari rumah sakit dengan segala kondisi. Rekam medis harus lengkap dalam pengisian, akurat tepat baik isi maupun waktu serta memenuhi aspek hukum.

Berdasarkan Undang-Undang RI No.29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran yang tercantum dalam pasal 45 ayat 1 menyatakan bahwa setiap tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan. Persetujuan yang akan diberikan pasien atas tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan diterima dari dokter tertuang dalam formulir berupa informed consent.

Persetujuan yang paling sederhana ialah persetujuan yang diberikan secara lisan, namun biasanya hanya untuk tindakan-tindakan rutin. Untuk tindakan yang lebih kompleks dengan resiko yang tidak dapat diperhitungkan dari awal dan dapat menyebabkan hilangnya nyawa atau cacat permanen maka dibuat persetujuan tertulis apabila diperlukan persetujuan itu dapat dijadikan bukti, walaupun persetujuan yang dibuat secara tertulis tersebut tidak dapat dipakai sebagai alat untuk melepaskan diri dari tuntutan bila terjadi hal-hal yang merugikan pasien

Berdasarkan hasil survei pendahuluan pada informed consent, peneliti menemukan beberapa ketidaklengkapan pengisian informed consent Rumah Sakit Umum Siaga Medika Banyumas pada 30 berkas rekam medis rawat inap.

Tabel 1.

Review kelengkapan Pengisian Identitas Informed Consent Bulan Januari 2022 (n=30)

Identitas Pasien	Kelengkapan	
	Jumlah	(%)
1. Nama pasien	29	96,6%
2. Umur	27	90%
3. Jenis Kelamin	29	96,6%
4. Alamat	29	96,6%
Identitas Penanggung Jawab Pasien		
1. Nama Pasien	30	100%
2. Umur	30	100%
3. Alamat	30	100%
4. Hubungan dengan pasien	30	100%
Identitas Dokter		
1. Dokter Pelaksana	30	100%
2. Pemberi Informasi	30	100%
3. Penerima Informasi	29	100%

Tabel 1 menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian identitas pasien hanya 27-29%, untuk pengisian identitas penanggungjawab pasien lengkap dengan presentasi 100% dan pengisian identitas dokter lengkap dengan presentase 100%.

Tabel 2

Review kelengkapan Pengisian Autentifikasi Informed Consent Bulan Januari 2022 (n=30)

Autentifikasi	Kelengkapan	
	Jumlah	(%)
1. Nama dan tanda tangan dokter	26	86%
2. Nama dan tanda tangan penanggungjawab pasien	30	100%
3. Nama dan tanda tangan saksi keluarga	30	100%
4. Nama dan tanda tangan saksi perawat	23	76%
5. Jam pernyataan	26	86%
6. Tanggal pernyataan	29	96%

Tabel 2 menunjukkan kelengkapan autentifikasi tertinggi yaitu nama dan tanda tangan penanggung jawab pasien dan nama dan tanda tangan saksi keluarga sebesar 100%, nama dan tanda tangan dokter berada di 26% sama dengan jam pernyataan dan lebih baik itu tanggal pernyataan sebesar 96%

Tabel 3

Review kelengkapan Pengisian Autentifikasi Jenis Informed Consent Bulan Januari 2022 (n=30)

Autentifikasi	Kelengkapan	
	Jumlah (%)	
1. Diagnosis	30	100%
2. Dasar diagnosis	30	100%
3. Tindakan kedokteran	30	100%
4. Indikasi Tindakan	30	100%
5. Tata cara	30	100%
6. Tujuan	30	100%
7. Resiko	30	100%
8. Komplikasi	30	100%
9. Prognosis	30	100%
10. Alternatif dan resiko	30	100%

Tabel 3 menunjukkan pada autentifikasi jenis informasi pada informed consent diatas seluruhnya telah memenuhi kelengkapan sebesar 100%. Berdasarkan informasi dari kepala rekam medis Rumah Sakit Umum Siaga Medika Banyumas, analisa kelengkapan informed consent dilaksanakan, setelah selesai pelayanan dan berkas rawat inap dikembalikan ke unit rekam medis, apabila berkas rekam medis tersebut tidak lengkap akan dikembalikan lagi ke ruang perawatan.

## METODE

Peneliti menemukan beberapa informed consent yang tidak lengkap. Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka peneliti ingin mengetahui Tinjauan Kelengkapan Pengisian Informed Consent Rumah Sakit Umum Siaga Medika Banyumas. Metode penelitian menggunakan metode penelitian kombinasi dengan pengumpulan data dan analisis data kuantitatif pada tahap pertama, kemudian pengumpulan data pada tahap kedua dan dengan analisis data kualitatif, untuk memperkuat hasil penelitian kuantitatif yang dilakukan pada tahap pertama Sugiyono (2017).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medis pasien rawat inap pada bulan Januari tahun 2022 sejumlah 1390 dengan mengambil sampel berdasarkan rumus slovin  $n = \frac{N}{1 + (Ne)^2}$  dimana  $N$ =total populasi penelitian dan  $e$ =margin error, dimana margin error yang digunakan 10% sehingga ditemukan sampel digunakan dalam penelitian ini sejumlah 93 berkas rekam medis. Sampel diambil secara acak dilakukan oleh petugas assembling, filling dan kepala rekam medis. Wawancara dan observasi dilakukan untuk menambah informasi atas analisa baik secara kuantitatif maupun kualitatif (Notoatmojo,S (2012).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil dan pembahasan Tinjauan Kelengkapan Pengisian Informed Consent di Rumah Sakit Umum Siaga Medika. Rata-rata kelengkapan pengisian informed consent pada pengisian identitas pasien adalah yang diisi dengan lengkap 96,2%. Rata-rata kelengkapan pengisian informed consent pada pengisian identitas dokter 96,7%. Rata-rata kelengkapan pengisian informed consent pada pengisian autentikasi informed consent 93.7%. Rata-rata ketepatan pengisian informed consent pada pengisian autentikasi terkait tindakan 100%/

Menurut MENKES RI NO.129/MenKes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal untuk kelengkapan pengisian Informed Consent yaitu 100%. Pengisian yang lengkap sangat penting, jika tidak lengkap bisa menimbulkan kerugian pada pasien dan bisa memaksa fasililitas dan/atau penyedia layanan menghadapi tuntutan pidana dan perdata Huffman, RR. (1999).

Rentang nilai termasuk dalam kategori baik menurut Arikunto, Suharsimi. (2001) sebagai berikut, kelengkapan pengisian identitas sebesar 96,2% termasuk dalam kategori baik, kelengkapan pengisian autentikasi 93,7%, kelengkapan pengisian jenis informasi sebesar 100%. Peneliti berpendapat bahwa standar pelayanan minimal kelengkapan pengisian Informed Consent harus 100% karena kelengkapan pengisian Informed Consent sangat penting sebab akan merugikan pada pasien dan bisa menghadapi tuntutan pidana dan perdata.

SPO pengisian informed consent di Rumah Sakit Umum Siaga medika Banyumas berdasarkan hasil penelitian dan wawancara kepada petugas bahwa dalam pelaksanaannya SPO sudah ada dan wajib dijalankan, namun kendala lapangan adalah hal teknis yang memerlukan kebijakan. Kebijakan adalah ketetapan yang memuat prinsip-prinsip sebagai arahan dalam bertindak yang dibuat secara terencana dan konsisten demi mencapai tujuan tertentu. Apabila kebijakan organisasi dan manajemen tidak sesuai standar yang telah ditetapkan atau tidak bersifat mendukung, maka akan sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan. Menurut peneliti bahwa kebijakan dan SPO pada dasarnya prosedur operasional standar didalam suatu organisasi dan tanpa adanya kebijakan SPO kelengkapan akan sulit dilakukan karena memuat prinsip mengarahkan cara bertindak yang dibuat secara terencana dan konsisten dalam mencapai tujuan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti kepada petugas yang diwawancarai terkait sumber daya manusia yang melaksanakan analisa kelengkapan informed consent di Rumah Sakit Umum Siaga Medika Banyumas belum mempunyai sumber daya manusia untuk melaksanakan analisa kelengkapan yang berlatar belakang DIII Rekam Medis. Petugas lulusan dari DIII Rekam Medis adalah Kepala Rekam Medis dan bagian kodifikasi penyakit dan tindakan yang dalam prosesnya ikut membantu dalam melakukan pemeriksaan pada hasil analisa kelengkapan sebagai proses pencapaian

Penyebab ketidaklengkapan Informed Consent di Rumah Sakit UmumSiaga Medika Banyumas berdasarkan wawancara dengan petugas yang berwenang tentang penyebab ketidaklengkapan Informed Consent dapat disimpulkan bahwa petugas yang bertanggung jawab dalam pengisian Informed Consent masih kurangnya kesadaran akan kelengkapan Informed Consent yang seharusnya diisi secara lengkap, terutama terkait identitas, autentifikasi karena hal ini bukan hanya menyangkut tindakan medis yang akan diberikan kepada pasien, namun tindakan hukum yang bisa terjadi sewaktu-waktu jika hasil operasi tidak seperti yang diharapkan pasien dan keluarga pasien. Dan yang sering terjadi adalah dokter yang lupa mengisi atau terburu-buru dalam proses pengisian Informed Consent.

Penyelesaian ketidaklengkapan formulir informed consent di Rumah Sakit Umum Siaga Medika Banyumas berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti kepada petugas yang diwawancarai tentang upaya penyelesaian ketidaklengkapan informed consent di Rumah Sakit Siaga Medika Banyumas dalam mengatasi ketidaklengkapan dengan cara mengembalikan kembali rekam medis ke ruang perawatan dan kepada petugas yang bertanggung jawab. Seharusnya Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dan ketentuan sebagai berikut: setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien selambat-lambatnya 1X24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis DepKes RI. (2006).

## **SIMPULAN**

Kesimpulan kelengkapan pengisian informed consent di Rumah Sakit Umum Siaga Medika Banyumas belum mencapai 100%. Kebijakan kelengkapan Informed Consent dibutuhkan dalam proses lapangan terkait bagaimana mencapai kelengkapan pengisian, walaupun SPO pengisian informed consent sudah ada dan sudah disosialisasikan namun kembali kurangnya kesadaran petugas yang bertanggung jawab dalam pengisian.. Sumber daya manusia yang melakukan analisa kelengkapan merupakan petugas dengan latar belakang DIII kesehatan masyarakat namun proses analisa berjenjang dan tetap di bantu oleh petugas yang berlatar belakang DIII rekam medis.

Peneliti berpendapat upaya rumah sakit untuk mengatasi ketidaklengkapan Informed Consent dengan mengembalikan rekam medis ke ruang perawatan supaya dilengkapi petugas yang bertanggung jawab, perlu adanya monitoring dan evaluasi, memberikan pengarahan, pengetahuan kepada petugas rekam medis, perawat, dokter dan perlu adanya kebijakan tentang arti penting kelengkapan pengisian rekam medis, lebih baik dilakukan evaluasi setiap bulannya. Suatu usaha yang dilakukan dengan maksud tertentu agar semua permasalahan yang ada dapat terselesaikan dengan baik dan dapat mencapai tujuan yang diharapkan Johan, B. (2005).

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Athira, N. (2015). Tinjauan Pelaksanaan Pemberian Informasi dan Kelengkapan Informed Consent di Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang. Karya Tulis Ilmiah tidak diterbitkan. Program Studi D3 RMIK, Pekanbaru.
- Arikunto, Suharsimi. (2001). Metode Penelitian Survey, Penerbit LP3ES, Jakarta.
- DepKes RI. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II. Jakarta
- Huffman, RR. (1999). Health information managemen. Jakarta
- Johan, B. (2005). Hukum Kesehatan Pertanggung Jawaban Dokter. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoatmojo, S. (2012). Metode Penelelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Ratman, D. (2013). Aspek Hukum Informed Consent dan Rekam Medis Dalam Transaksi Terapeutik. Bandung: Keni
- Sugiyono (2017). Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods). Bandung: ALFABETA 11.
- Tambunan, M. R (2013). Standar Operating Procedures (SOP). Jakarta Selatan: Maiestas Publishing
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan. (2009). Jakarta
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. (2009). Jakarta: Sinar Grafika

## TINJAUAN ASPEK KEAMANAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUANG *FILING* RSIA TIARA FATRIN PALEMBANG TAHUN 2021

<sup>1</sup>Puput Melati\*

<sup>1</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, puputmt171217@gmail.com

### ABSTRAK

Keamanan suatu factor yang sangat penting dalam pengelolaan dokumen rekam medis. Ruang penyimpanan rekam medis dapat dikatakan baik apabila ruangan tersebut menjamin keamanan sehingga terhindar dari ancaman kehilangan, kelalaian, bencana, dan segala sesuatu yang sangat dapat membahayakan rekam medis. Salah satu penelitian yang digunakan yaitu deskriptif kualitatif dengan menggunakan metode observasi dan wawancara. Hasil penelitian menunjukkan dari segi keamanan ruang rekam medis di RSIA Tiara Fatrin Palembang belum terjaga keamanan karena ruangan tidak terkunci, Selain itu juga tidak adanya APAR di dalam ruang filing .Untuk kebersihan ruangan dilakukan dengan cara di sapu dan dipel sedangkan berkasnya tidak dilakukan pembersihan. Untuk aspek kerahasiaannya masih sering perawat atau tenaga medis selain petugas rekam medis yang masuk ke ruang filing untuk mengembalikan atau menanyakan berkas rekam medis pasien.

**Kata kunci :** *Keamanan , rekam medis, ruang penyimpanan atau pengarsipan*

### ABSTRACT

*Scientific Writing Diploma III Program of Medical Record and Health Information Program in 2021, Universty Duta Bangsa Surakarta. Security and confidentiality are significant factors in managing medical record documents. The storage room of medical record documents can be good if the room can gurantees security and avoids the threat of loss, negligence, disaster, and everything that can endangerthe documents. The research is descriptive qualitative by using observation and interview methods. The results showed that the medical record room at the Palembang RSIA Tiara Fatrin Palembang had not been secured yet because the room was only APAR in the filling room, which was located next the filling room. For the cleanliness of the room, it is done by brooming and pelling while the files are not cleaned for the confidentiality aspect, nurses or medical personnel other than the medical record officer enter the filing room to return or ask for the patient's medical record file.*

**Keywords :** *security , medical records, storage room or filing*

### PENDAHULUAN

Menurut Undang-undang RI No 44/2009 tentang Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa. Social dan ekonomi untuk mendukung tersenggelarnya. Pelayanan peningkatan Kesehatan masyarakat termasuk diantaranya adalah dengan adanya rumah sakit. Rumah sakit adalah tempat penyelenggara kesehatan yang di dalamnya terdapat berbagai macam pelayanan diantaranya pelayanan rekam medis.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan serta Tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan Kesehatan permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis pasal 10 ayat(1) bahwa isi rekam medis mengandung nilai kerahasiaan yang harus dijaga karena didalam rekam medis mengandung Riwayat pengobatan pasien dari awal sampai akhir pasien tersebut berobat. Oleh karena itu Rumah Sakit berkewajiban menjaga keamanan dan kerahasiaan dokumen rekam medis setiap pasien, dokumen rekam medis bersifat adalah rahasia pasien..



Pelayanan untuk perawatan medis tidak dapat dijalankan secara efektif dan berfungsi dengan baik bilamana (DRM) Dokumen Rekam Medis rusak atau hilang karena tidak adanya keakuratan informasi medis. Fungsi dokumen rekam medis tersebut adalah sumber ingatan serta sumber informasi dalam rangka melaksanakan perencanaan, penganalisaan, pengambilan keputusan, penilaian, dan dipertanggung-jawabkan dengan sebaik baiknya dan sebenarnya, agar dapat mendukung terciptanya keberhasilan untuk penyimpanan dan pengamanan serta pemeliharaan DRM diperlukan adanya ketentuan pokok yaitu kearsipan tempat, sarana prasarana, pemeliharaan dokumen dari bahaya dan kerusakan.

Sistem filing ialah termasuk salah satu bagian dalam unit rekam medis yang berfungsi menyimpan dokumen rekam medis, penyediaan dokumen rekam medis untuk berbagai keperluan, perlindungan arsip-arsip dokumen rekam medis terhadap terhadap bahaya rusak. Menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 pasal 12 ayat 1 di jelaskan rekam medis memiliki sarana pelayanan Kesehatan, ayat 2 menyatakan bahwa isi rekam medis merupakan milik pasien. Maka dapat disimpulkan bagian *filing* rumah sakit diwajibkan untuk menjaga kerahasiaan isi dokumen rekam medis dan memelihara keawetannya sunny (2008).

Keamanan dokumen rekam medis menyangkut dalam bahaya dan kerusakan dokumen rekam medis itu sendiri. Adapun aspek dari kerusakan yang dimaksud adalah meliputi aspek fisik, aspek kimiawi, aspek biologis, Aspek fisik adalah kerusakan dokumen seperti kualitas kertas dan tinta yang disebabkan oleh sinar matahari, atau hujan, banjir, panas dan kelembaban, Untuk aspek kimiawi sendiri adalah kerusakan dokumen yang disebabkan oleh, makanan, minuman dan bahan-bahan kimia. Sedangkan aspek biologis adalah kerusakan dokumen yang disebabkan oleh tikus, kecoa dan rayap. Oleh karena itu untuk keamanan isi dokumen rekam medis perlu adanya ketentuan kejelasan peminjaman, dalam peminjaman, dan juga perlu diketahui kepentingan dalam peminjaman dokumen rekam medis sebaiknya harus diperhatikan dari aspek hukumnya Wijastuti (2014).

## **METODE**

### **Desain Penelitian**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu analisis data deskriptif, adalah suatu metode penelitian dengan tujuan utama untuk menggambarkan keadaan yang sebenarnya secara objektif.

### **Tempat dan Waktu**

Penelitian telah dilakukan di RSIA Tiara Fatrin Palembang pada bulan Mei 2022.

### **Variabel**

1. Variabel merupakan karakteristik kualitas atau ciri-ciri yang dimiliki oleh seseorang, benda, objek, atau situasi/kondisi (Fillamenta 2020) di sebutkan pada variable penelitian ini, peneliti bertujuan untuk mendapatkan permasalahan yang ada secara terbuka. Pedoman yang dipakai secara garis besar wawancara seputar permasalahan yang akan ditanyakan. Variabel dalam penelitian ini adalah keamanan dokumen rekam medis di ruang filing tersebut.

### **Definisi Operasional**

1. Definisi operasional yaitu menjelaskan aktivitas-aktivitas yang wajib dijalankan untuk mengukur variable-variabel tersebut, atau menjelaskan bagaimana variable tersebut diamati dan diukur. Definisi operasional harus menjelaskan secara spesifik, agar peneliti yang akan mereplikasi studi tersebut dapat dengan mudah mengkonstruksikan Teknik-teknik pengukuran yang sama( Fillamenta,2020)

### **Populasi dan Sampel**

Populasi yaitu merupakan wilayah yang terdiri dari obyek/ subyek yang mempunyai ciri kualitas dan karakteristik tertentu dan ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian mendapat kesimpulannya. Populasi bukan hanya orang tetapi juga obyek dan benda-benda alam yang lain. populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada obyek atau subyek yang dipelajari, tetapi bisa juga meliputi seluruh karakteristik dan sifat yang dimiliki oleh subyek atau obyek itu sendiri ( sugiyono, 2013). Populasi dalam penelitian ini kepala rekam medis dan petugas rekam

medis, serta objeknya yaitu keamanan dokumen rekam medis di ruang filing RSIA Tiara Fatrin Palembang.

Sampel yaitu merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, Bilamana populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi sebaliknya peneliti bisa mengambil sampel dari populasi dan menarik kesimpulan. Oleh dari itu sampel yang bisa diambil harus representative mewakili (sugiyono 2013). Sampel pada penelitian ini menggunakan 2 orang yaitu petugas filing dan 1 orang kepala rekam medis RSIA Tiara Fatrin Palembang

#### **Instrumen Penelitian**

Dalam penelitian ini, instrument yang digunakan adalah *wawancara,observasi dan checklist*.

#### **Metode Pengumpulan Data**

- a. Data Primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber data oleh peneliti untuk tujuan yang khusus. Yaitu dengan cara observasi dan wawancara kepada petugas filing terkait pelaksanaan keamanan dokumen rekam medis
- b. Data sekunder adalah data data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti dari berbagai sumber yang telah ada. Yaitu prosedur tetap tentang pelaksanaan keamanan di ruang filing RSIA Tiara Fatrin Palembang.

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **Keamanan Dokumen Rekam Medis Ditinjau Dari Aspek Fisik di RSIA Tiara Fatrin Palembang:**

- a. Pada bagian ruang filing kondisi pencahayaan kurang cukup terang. Untuk penerangan ruangan menggunakan 2 buah lampu dengan daya 18 WAT dan jendela pada ruang penyimpanan dibuatkan tanpa teralis di maksudkan agar siapa saja yang lewat bisa langsung melihat. Lalu pada ruang penyimpanan berkas rekam medis sudah terpasang AC,tetapi belum ada alat pemadam api ringan (APAR),dan juga belum ada alat deteksi panas yang digunakan. Untuk suhu udara di ruangan penyimpanan berkas rekam medis itu sendiri berkisar di antara 20-28°C, dan juga belum ada peraturan yang ditempelkan secara jelas "selain petugas rekam medis dilarang masuk". Berikut hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas filing. Menurut undang-undang Kepmenkes yang berlaku No 1405 Tahun 2002 tentang persyaratan Kesehatan lingkungan kerja perkantoran dan industry, Pencahayaan dan jumlah penyinaran pada suatu ruang kerja sangat diperlukan agar dapat melaksanakan kegiatan secara efektif. Intensitas cahaya di ruang kerja minimal 100 lux.
- b. Tidak adanya alat pemadam kebakaran khusus di ruang *filing* di RSIA Tiara Ftarin namun alat pemadam kebakaran tersebut berada bukan di ruang *filing* yang letaknya bersebelahan dengan ruang *filing*. Menurut undang-undang Kepmenkes no 1405 Tahun 2002 tentang persyaratan Kesehatan lingkungan kerja perkantoran dan industry, penggunaan bangunan kedap air atau menempatkan arsip pada tingkat ketinggian yang jauh dan bebas banjir, penggunaan struktur bangunan wajib dengan alat pemadam api ringan (APAR) dan lain-lain yang bersifat untuk menjaga struktur bangunan itu sendiri.

#### **Keamanan Dokumen Rekam Medis Ditinjau Dari Aspek Biologis di RSIA Tiara Fatrin Palembang**

Di ruang filing tidak terdapat penyemprot serangga dan belum ada kempur atau kapur barus untuk melindungi berkas rekam medis dari serangan serangga karena penyemprotan dilakukan berkala oleh petugas tersendiri bukan dari petugas Rekam Medis, oleh karena itu tidak ada alat penyemprot serangga yang disimpan di ruang *filing*.

### **Keamanan Dokumen Rekam Medis Ditinjau Dari Aspek Kimiawi di RSIA Tiara Fatrin Palembang**

Berdasarkan hasil observasi, untuk menjaga kebersihan ruangan agar terhindar dari debu dilakukan dengan cara disapu dan di pel, serta tidak ada lagi yang makan dan minum di ruang *filing*.

### **Kerahasiaan Dokumen Rekam Medis di Ruang *filing* RSIA Tiara Fatrin Palembang**

Di ruang *filing* RSIA Tiara Fatrin Palembang masih belum sepenuhnya menjaga kerahasiaan dokumen rekam medis, karena terkadang masih ada selain petugas yang masuk ke dalam ruang penyimpanan

### **SIMPULAN**

Dari penelitian yang dilakukan tentang keamanan Dokumen Rekam Medis di ruang *filing* RSIA Tiara Fatrin Palembang dapat mengambil kesimpulan bahwa :

1. Kondisi cahaya dan temperatur ruangan RSIA Tiara Fatrin Palembang sudah cukup baik, untuk pencahayaan sudah menggunakan 2 lampu dengan daya 18 watt dan juga sudah dilengkapi dengan *Air Condition* (AC)
2. Untuk kondisi keamanan dari aspek fisik sudah cukup baik karena tidak ada lagi petugas merokok di dalam ruangan sehingga mengurangi resiko terjadinya kebakaran untuk alat pemadam kebakaran (APAR) letak tabungnya tidak terdapat di dalam ruang *filing* melainkan bersebelahan dengan ruangan *filing*
3. Penyemprotan serangga sudah baik karena penyemprotan dilakukan secara rutin berkala oleh petugas khusus.
4. Sudah tidak ada lagi petugas yang makan dan minum di dalam ruang *filing*, selain itu kebersihan ruangan juga selalu dibersihkan oleh petugas khusus agar ruang *filing* selalu terjaga kebersihannya

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Cossa P, dan Maryani S. 2013. Tinjauan Aspek Keamanan Dokumen Rekam Medis di Ruang *Filing* Puskesmas Lebdosari Semarang. *Jurnal Visikes* Volume 12 No. 2 September 2013.
- Fillamenta, N. 2020. *Metode Penelitian Kesehatan*. Palembang: Sapu Lidi.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI.2002. *Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri*. Jakarta: Menteri Kesehatan
- Permenkes RI No.75. 2014. *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Menteri Kesehatan RI. Jakarta: Menteri Kesehatan
- Menteri Kesehatan RI. 2008. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta: Menteri Kesehatan.
- Wijiastuti, (2014) *Tinjauan Pelaksanaan Pemeliharaan Dokumen Rekam Medis di Ruang Filing Rawat Inap RSUD sunan kalijaga*. Demak Diakses Juli 2018

## ANALISIS KELENGKAPAN PENGISIAN FORMULIR RESUM MEDIS PASIEN DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT WIYUNG SEJAHTERA SURABAYA

<sup>1</sup>Dessy Kurnia Wahyu Permata Sari\*, <sup>2</sup>Ivadatul Muashomah

<sup>1</sup>Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta, Dessypermata1992@gmail.com

### ABSTRAK

*Resum medis* merupakan ringkasan pelayanan selama pasien mendapat perawatan yang di berikan oleh tenaga kesehatan, baik pasien keluar rumah sakit dalam keadaan sembuh atau dalam keadaan meninggal. Tujuan dari peneliti ini adalah untuk mengetahui ketidak lengkapan pengisian formulir resum medis di Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya. Peneliti menggunakan 198 sebagai populasi, dan 66 sampel yang akan digunakan dengan *purposive sampling*. Deskriptif pendekatan kuantitatif yang menjadi jenis peneliti. Metode pengumpulan data menggunakan metode *checklist*. Ketidakeleengkapan tertinggi analisis pelaporan penting pada item pemeriksaan fisik sebesar 48%. Peneliti memberikan saran yaitu dengan bersosialisasi Kembali kepada petugas medis untuk kelengkapan pengisian resum medis. Melakukan evaluasi secara berkala.

**Kata Kunci :** kuantitatif, resum medis, ketidakeleengkapan

### ABSTRACT

*A medical resume is a summary of services as long as the patient receives treatment provided by health workers, whether the patient leaves the hospital in a recovered state or in a state of death. The aim of this researcher was to find out the incompleteness of filling out the medical resume form at the Wiyung Sejahtera Hospital in Surabaya. Researchers used 198 as the population, and 66 samples to be used by purposive sampling. Descriptive quantitative approach to the type of researcher. Methods of data collection using the checklist method. The highest incompleteness of important reporting analyzes on physical examination items was 48%. Researchers give advice, namely by socializing Back to medical officers for complete medical resume filling. Conduct periodic evaluations.*

**Keyword :** kuantitatif, medical resum, inncompleteness

### PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan aman, bermutu, tidak diskriminatif, dan efektif sesuai standar pelayanan rumah sakit (UU Republik Indonesia No.44 Tahun 2009). Rumah sakit juga bisa diartikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang melakukan kesehatan perorangan dengan paripurna yang mengadakan pelayanan rawat jalan, gawat darurat, dan rawat inap (Permenkes Republik Indonesia No.30 Tahun 2019), Rumah Sakit juga memiliki kewajiban untuk menjalankan rekam medis dengan baik. Rekam medis adalah suatu catatan atau informasi baik secara tertulis maupun elektronik / terkam. Rekam medis dapat digunakan untuk berbagai keperluan antara lain sebagai bahan bukti untuk dipengadilan, Pendidikan dan pelatihan, serta dapat digunakan untuk bahan evaluasi mutu pelayanan rumah sakit (Winarti & Supriyanto, 2013).

Berdasarkan Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit (Nomor 129/Menkes/SK/II/2008) kelengkapan pengisian berkas rekam medis 1x24jam setelah pelayanan, dan harus lengkap 100% hal ini guna bagi dokter bertanggung jawab dalam mengisi kelengkapan informasi pasien meliputi identitas pasien, anamnesa, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume. Hatta (2011) dalam Mangentang (2015) riwayat pulang atau resume medis adalah ringkasan seluruh perawatan dan pengobatan pasien yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan dan harus ditandatangani oleh dokter yang merawat.

Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 4 ayat 2 isi ringkasan pulang atau resume sekurang – kurangnya memuat identitas pasien, diagnosis masuk dan indikasi, pasien

dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penjang, diagnosa akhir, pengobatan dan tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter. Pasal 8 ayat 3 menyebutkan bahwa ringkasan pulang atau resume medis harus disimpan dalam jangka waktu 10 tahun sehingga resume medis harus disimpan dalam kondisi lengkap agar kualitas informasi tetap

Rekam medis yang lengkap harus menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipergunakan untuk berbagai keperluan seperti, sebagai dasar pembuktian dalam hukum, jika terjadi hal yang tidak diinginkan, sebagai bahan untuk melakukan penelitian, sebagai sumber untuk memberikan pengetahuan kepada anak didik, dan sebagai evaluasi terhadap mutu pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit. Manajemen rumah sakit sebaiknya mengadakan pelatihan dalam tata cara pengisian rekam medis, kemudian melakukan pengecekan langsung yang dilakukan oleh petugas rekam medis sebelum 1 X 24 jam sehingga dapat mengurangi ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis pada rawat inap.

## METODE

Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif pendekatan kuantitatif yaitu mengetahui kelengkapan pengisian resume medis pada pasien diabetes melitus. Populasi penelitian yang digunakan adalah seluruh dokumen rekam medis pasien rawat inap diabetes melitus selama 3 bulan yaitu bulan oktober, november, desember tahun 2021 di Rumah Sakit Wiyung Sejahtera Surabaya sebesar 198 formulir resum medis. Tehnik pengambilan sampel menggunakan rumus slovin:

$$\begin{aligned} N &= \frac{n}{1+n(e)^2} \\ &= \frac{198}{1+198(0,1)^2} \\ &= \frac{198}{1+198(0,01)} \\ &= \frac{198}{1+1,98} \\ &= \frac{198}{2,98} \\ &= 66 \text{ berkas} \end{aligned}$$

Jadi berkas yang akan diteliti sebanyak 66 berkas

Tehnik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*, dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

- a. Inklusi
  - Pasien dengan LOS  $\geq$  3hari
  - Pasien dengan diagnosa utama diabetes melitus
- b. Eksklusi
  - Pasien dengan diagnose sekunder diabetes melitus

Metode pengumpulan data menggunakan metode *checklist*.  $1981+(0,1)^2$

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### a. Analisa Kelengkapan Identifikasi Pasien

Kelengkapan lembar identifikasi pasien sangat penting untuk mengetahui milik siapa lembar formulir tersebut. Formulir identifikasi pasien minimal memuat nomor rekam medis, nama lengkap pasien, tanggal lahir pasien.

Tabel 3. 1 Analisa kelengkapan Identifikasi Pasien

No	Komponen Analisis	L	TL	Presentasi %		Jumlah
				L	TL	
1	Nomor Rekam Medis	66	0	100%	0 %	66
2	Nama Lengkap Pasien	66	0	100%	0 %	66
3	Tanggal Lahir	66	0	100%	0 %	66
	Rata-rata			100%	0%	

Pengisian kelengkapan identifikasi pasien sudah 100% sesuai dengan Menteri Kesehatan RI NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 24 jam setelah selesai pelayanan harus mencapai 100%.

**b. Analisa Kelengkapan Laporan Penting Formulir Resume Medis**

Kelengkapan pengisian laporan penting formulir resume medis bersifat sangat penting dalam memantau perkembangan pasien. Laporan penting dalam resum medis meliputi pemeriksaan fisik, anamnesis, pemeriksaan diagnostic, diagnosis, dan cara pulang pasien.

Tabel 3. 2 Analisa Kelengkapan Laporan Penting Formulir Resume Medis

No	Komponen Analisis	L	TL	Presentasi		Jumlah
				L	TL	
1	Pemeriksaan Fisik	34	32	52%	48%	66
2	Anamnesis	65	1	98,48%	1,52%	66
3	Pemeriksaan Diagnostik	39	27	59%	41%	66
4	Diagnostik	66	0	100%	0%	66
5	Cara Pulang	65	1	98,48%	1,52%	66
	Rata-rata			81,60%	18,40%	

Pengisian kelengkapan laporan penting belum sesuai dengan Menteri Kesehatan RI NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 24 jam setelah selesai pelayanan harus mencapai 100%. Kelengkapan Diagnosa 100%, Ketidaklengkapan pada item pemeriksaan fisik sebesar 48%

**c. Analisa Kelengkapan Autentifikasi Formulir Resume Medis**

Autentifikasi adalah proses sebuah Tindakan pembuktian / validasi terhadap identitas meliputi tanda tangan dokter, nama dokter, tanda tangan pasien, nama pasien, tanggal mrs, tanggal krs pasien

Tabel 3. 3 Analisa kelengkapan Autentifikasi Formulir Resume Medis

No	Komponen Analisis	L	TL	Presentasi		Jumlah
				L	TL	
1	Ttd dokter	66	0	100%	0%	66
2	Nama dokter	66	0	100%	0%	66
3	Ttd pasien	66	0	100%	0%	66
4	Nama pasien	65	1	98,48%	1,52%	66
5	Tgl MRS	66	0	100%	0%	66
6	Tgl KRS	66	0	100%	0%	66
Rata-rata				99.75%	0,25%	

Pengisian kelengkapan autentifikasi belum sesuai dengan Menteri Kesehatan RI NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 24 jam setelah selesai pelayanan harus mencapai 100%. Ketidaklengkapan pada item nama pasien 1,52%.

#### d. Analisa Kelengkapan Pencatatan Formulir Resum Medis

Pencatatan formulir rekam medis harus dilakukan dengan cara yang benar, didalam berkas rekam medis/ formulir resum medis tidak dibenarkan untuk penghapusan dengan cara apapun. Mengkoreksinya dengan cara dicoret 1 kali, namun catatan tersebut masih bisa terbaca. Pencatatan formulir resume medis meliputi keterbacaan, penggunaan singkatan dan coretan.

Tabel 3. 4 Analisa Kelengkapan Pencatatan Formulir Rekam Medis

No	Komponen Analisis	L	TL	Presentasi		Jumlah
				L	TL	
1	Keterbacaan	66	0	100%	0%	66
3	Coretan	66	0	100%	0%	66
Rata-rata				100%	0%	

Pengisian kelengkapan pencatatan resum medis sudah sesuai dengan Menteri Kesehatan RI NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 24 jam setelah selesai pelayanan harus mencapai 100%.

#### SIMPULAN

1. Hasil analisis kuantitatif identifikasi formulir resum medis di Rumah Sakit Wiyung Sejahtera menunjukkan lengkap 100%
2. Hasil analisis kuantitatif laporan penting formulir resum medis menunjukkan bahwa rata-rata dengan keseluruhan formulir resum medis lengkap yaitu 81,60%, berkas yang tidak lengkap 18,40%. Prosentase ketidaklengkapan sebesar 48% pada item pemeriksaan fisik
3. Hasil analisis kuantitatif autentifikasi formulir resum medis menunjukkan bahwa rata-rata dengan keseluruhan formulir resum medis lengkap 99,75%, tidak



lengkap 0,25%. Prosentase ketidaklengkapan sebesar 1% pada item penulisan nama pasien.

4. Hasil analisis kuantitatif kelengkapan pencatatan formulir resum medis rata-rata dengan keseluruhan keseluruhan formulir resum medis lengkap 100%, tidak lengkap 0%.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Kepmenkes RI No. 129/Menkes/SK/II/2008. (2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit NOMOR : 129/Menkes/SK/II/2008*.
- Sawondari, N., Alfiansyah, G. and Muflihatin, I. (2021) 'Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Resume Medis Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya', *J-REMI : Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 2(2), pp. 211–220. doi:10.25047/j-remi.v2i2.2008.
- Swari, S.J. *et al.* (2019) 'Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang', *ARTERI : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(1), pp. 50–56. doi:10.37148/arteri.v1i1.20.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/PER/MENKES/2008 tentang Rekam Medis.
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

## ANALISIS KELENGKAPAN PENGISIAN FORMULIR RESUME MEDIS PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT SILOAM SRIWIJAYA PALEMBANG

<sup>1</sup>M. Reza Trianda Saputra\*, <sup>2</sup>Adi Setiawan

<sup>1</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, [Rezatrianda21@gmail.com](mailto:Rezatrianda21@gmail.com)

<sup>2</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, [Adysty25@gmail.com](mailto:Adysty25@gmail.com)

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Rekam medis memiliki beberapa formulir, salah satunya adalah formulir resume medis dan harus diisi dan dilengkapi oleh dokter yang memberikan pelayanan 1x24 jam pada saat pasien telah dinyatakan pulang. Resume medis merupakan ringkasan seluruh masa perawatan dan pengobatan yang dilakukan oleh dokter kepada pasien. Kelengkapan resume medis adalah cerminan mutu rekam medis dan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Kelengkapan pengisian resume medis harus mencapai angka 100% sesuai dengan standard minimal pelayanan rumah sakit, yaitu dengan cara mengevaluasi kelengkapan formulir resume medis dengan cara analisis kuantitatif untuk mengetahui kekurangan yang terdapat dalam pendokumentasian rekam medis agar yang tidak lengkap segera dilengkapi. **Tujuan:** Mengetahui analisis kelengkapan formulir resume medis pasien rawat inap di rumah sakit. **Metode:** Jenis penelitian ini adalah literature review dengan jenis tradisional atau narrative review. **Hasil:** Dari beberapa hasil penelitian yang dilakukan review kelengkapan pengisian resume medis belum lengkap 100% karena masih terdapat formulir resume medis yang tidak terisi lengkap, dan diketahui faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian resume medis yaitu kesibukan dokter, kurangnya sosialisasi tentang pengisian resume medis dan tingkat kepatuhan dokter, padahal sudah ada SPO yang telah dibuat oleh rumah sakit. **Kesimpulan:** Dalam hasil review yang telah dilakukan seharusnya diadakan sosialisasi tentang pentingnya pengisian resume medis secara lengkap agar menunda ketidaklengkapan rekam medis yang dapat menghambat proses pengelolaan berkas.

**Kata kunci :** *kelengkapan pengisian resume medis*

### ABSTRACT

**Background:** Medical records have several forms, one of which is a medical resume form and must be filled out and completed after the patient goes home. Medical resume is the summary of the whole medical treatment and care provided by medical doctor to patient. Completeness of medical resume is the reflection of the quality of medical record and services provided by hospital. The completeness of filling out a medical resume must reach 100% in accordance with the minimum standard for hospital services, namely by evaluating completeness by means of quantitative analysis to find out special deficiencies related to documentation of medical records so that incomplete ones are immediately completed. **Objective :** Knowing the analysis of medical resume form of inpatients at the hospital. **Methods :** This type of research is a literature review using traditional review or narrative reviews. **Results:** From several research result, the review of the completeness of filling out the incomplete medical resume is 100% because there are still incomplete forms, and it is known that the incompleteness factor is the busyness of doctor compliance, even though there are already SPO that have been made by the house sick. **Conclusion:** In the result of the review that has been carried out, there should be socialization about the importance of filling out a complete medical resume so that there is no incomplete medical record that can hinder the file management process.

**Keywords :** *Completeness of filling out medical resume*

### PENDAHULUAN

Rekam medis memiliki beberapa formulir, salah satunya adalah formulir resume medis. Resume medis adalah rangkuman seluruh riwayat pelayanan pengobatan dan perawatan yang diberikan oleh tenaga medis kepada pasien masuk sampai pasien pulang dengan keadaan sehat ataupun meninggal. Menurut Hatta (2011), resume (ringkasan riwayat pulang) adalah ringkasan seluruh masa perawatan dan pengobatan yang dilakukan para tenaga kesehatan kepada pasien, yang memuat informasi tentang jenis perawatan terhadap pasien, reaksi tubuh terhadap

pengobatan, kondisi pada saat pulang dan tindak lanjut pengobatan setelah pasien pulang. Menurut Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008, rekam medis rawat inap harus dibuatkan ringkasan pulang dan harus diisi dan dilengkapi oleh dokter yang memberikan pelayanan kurang dari 48 setelah pasien pulang. Kelengkapan pengisian ringkasan pulang sangatlah penting dalam hal untuk menjamin kesinambungan pelayanan medis secara baik dan berkualitas serta berguna bagi tenaga kesehatan yang bertanggung jawab jika pasien tersebut datang berobat kembali.

Kelengkapan pengisian resume medis sangatlah penting, maka diharapkan rumah sakit dapat mengontrol pelaksanaan pengisian formulir resume medis. Pengontrolan tersebut dilakukan dengan cara analisis kuantitatif untuk mengetahui kekurangan dalam resume medis tersebut. Ketidaklengkapan ringkasan pulang dapat menjadi salah satu penghambat dalam pengelolaan rekam medis. Dampak dari ketidaklengkapan resume medis yaitu terhambatnya tertib administrasi, terhambatnya klaim BPJS kurangnya mutu pelayanan dari segi akreditasi rumah sakit, dan berdampak pada pengolahan data yang menjadi dasar dalam pembuatan laporan.

Faktor yang menyebabkan resume tidak lengkap berdasarkan penelitian yang dilakukan, bahwa faktor penyebab ketidaklengkapan resume medis yaitu sumber daya manusia, dimana kesibukan dokter adalah hal yang mengakibatkan terlambatnya proses kelengkapan pengisian formulir tersebut.

Angka pencapaian kelengkapan resume medis yaitu pada bulan Januari sebesar 75%, Februari sebesar 71,8%, Maret sebesar 75% dan angka tersebut masih sangat jauh dari target kelengkapan rekam medis 100% yang merupakan standar kelengkapan pengisian rekam medis rumah sakit setelah selesai pelayanan menurut Kepmenkes RI No. 129/MENKES/SK /II/2008

## **METODE**

### **Desain Penelitian**

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang menggambarkan atau mendeskripsikan suatu keadaan yang objektif (Notoatmodjo, 2018). Metode kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah (Sugiyono, 2016). Penelitian ini dilakukan untuk menjelaskan atau memberikan deskripsi mengenai kelengkapan pengisian resume medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang. Kegiatan perhitungan presentase kelengkapan resume medis dilakukan dengan cara analisis kuantitatif terhadap pengisian lembar resume medis pasien rawat inap dengan menggunakan check list. Sedangkan untuk mengetahui penyebab ketidaklengkapan pengisian lembar resume medis dilakukan dengan cara observasi dan wawancara kepada petugas rekam medis dan kepala instalasi rekam medis.

### **Tempat dan Waktu**

Penelitian dilakukan di RS Siloam Sriwijaya Palembang pada bulan Mei 2022.

### **Variabel Penelitian**

- Kelengkapan Resume Medis
- Resume medis rawat inap pada bulan januari-maret 2022
- Review Identifikasi pasien
- Review Laporan penting
- Review Autentifikasi pada resume
- Review Pencatatan resume

### Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi
1	Kelengkapan Resume Medis	Meneliti kelengkapan isi dari resume medis
2	Review Identifikasi	Meneliti kelengkapan data social pasien minimal mempunyai nama, nomor rekam medis, dan tanggal/tahun lahir
3	Review Laporan penting	Menelaah kelengkapan seperti anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosa, tindakan, penunjang medis, keadaan pulang
4	Review Autentifikasi	Menelaah tanda bukti kerekaman dari tenaga kesehatan
5	Review pencatatan dan pendokumentasian	Menelaah tata cara pencatatan seperti adanya coretan dan adanya bagian yang kosong

### Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah 2,513, yaitu jumlah pasien Pulang Rawat Inap Triwulan I Januari -Maret 2022.

### Sampel

Jumlah sampel pada penelitian diperoleh dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} = \frac{2,513}{1 + 2,513(0.1)^2}$$

$$n = \frac{2,513}{1 + 2,513(0,01)} = \frac{2,513}{1 + 25,13} = \frac{2,513}{26,13} = 96$$

Keterangan :

n : ukuran sampel

N : ukuran populasi

e : persen kelonggaran ketidakteelitian/presisi yang ditetapkan (10%)

Jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini adalah berjumlah 96 dokumen rekam medis rawat inap.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil Penelitian

Penetapan Standar Operasional Prosedur Pengisian Resume Medis di Bagian Pelayanan Rekam Medis Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan petugas rekam medis didapatkan bahwa RS Siloam Sriwijaya Palembang sudah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) pengisian rekam medis yang disertakan paling lambat Catatan setiap prosedur konsultasi yang dilakukan pada pasien dalam waktu 1x24 jam harus dilengkapi pada formulir rekam medis. Mengidentifikasi Hambatan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas rekam medis RS Siloam Sriwijaya Palembang ditemukan kendala yang menyebabkan tidak lengkapnya rekam medis rawat inap yaitu:

#### 1. Dokter

Dokter memiliki jadwal yang sangat padat karena menangani pasien COVID-19 sehingga dia tidak memiliki waktu yang cukup untuk melengkapi pengisian *resume* medis rawat

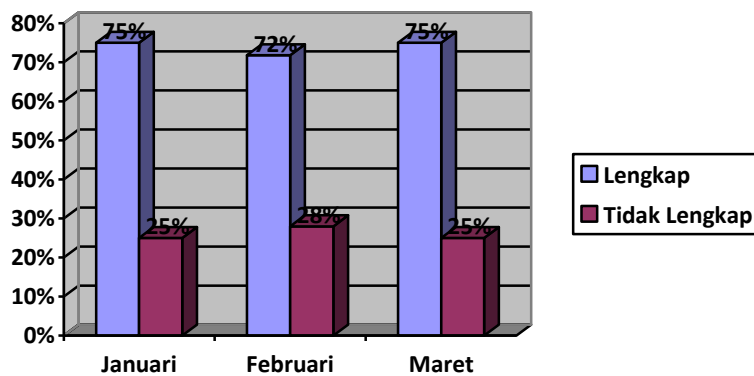
pasien rawat inap dan dokter memiliki kesibukan karena pasien rawat jalan banyak sudah menunggu di poli.

2. Kebijakan

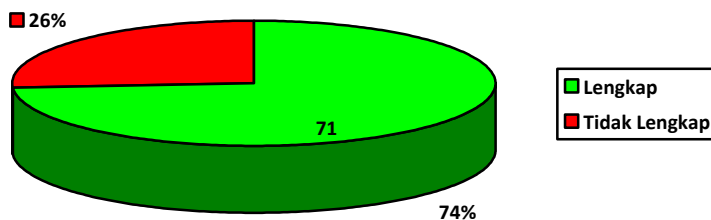
Kurangnya sosialisasi dari pihak rumah sakit kepada dokter penanggung jawab pengisian rekam medis rawat inap mengakibatkan banyak pengisian rekam medis yang tidak lengkap dan tidak tepat waktu.

**Pembahasan**

Kebijakan Pengisian *Resume* Medis Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang triwulan 1 2022 Standar Operasional Prosedur (SOP) diatur dalam Undang- Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 13 Ayat 3 menjelaskan bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan Standar profesi, Standar pelayanan Rumah Sakit, Standar Operasional Prosedur yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien. Sesuai dalam (Permenkes, 2015). Mengenai pelaksanaan pekerjaan perekam medis, perekam medis memiliki kewajiban dalam melaksanakan pekerjaannya, salah satunya adalah mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional. Berdasarkan penelitian tentang kebijakan pengisian Rekam Medis didapatkan Standar Operasional Prosedur (SOP) pengisian *resume* medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang sudah ada, dan sudah dijalankan sesuai dengan SOP yang berlaku di Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang, dimana Standar Operasional Prosedur (SOP) pengisian *resume* medis 1x24 jam setelah pasien pulang dan standar kelengkapan pengisian *resume* medis 100%. Maka, dapat disimpulkan apabila SOP yang berlaku sudah berjalan sesuai dengan teori yang dikemukakan di atas. Mengidentifikasi Persentase Kelengkapan Pengisian *Resume* Medis Pasien Rawat Inap di triwulan 1 2022, Berdasarkan hasil perhitungan yang di peroleh dari 2 komponen yaitu Rekapitulasi Analisis Kuantitatif dan jumlah kelengkapan dan ketidak lengkapan lembar *resume* medis.



**Kelengkapan Resume Triwulan I 2022**



## Total Kelengkapan Resume Medis dari 96 Sampel

Diperoleh hasil persentasi kelengkapan 71 (74%) dan 25 (26%) ketidaklengkapan lembar *resume* medis. Berdasarkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2008) tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yaitu kelengkapan pengisian *resume* medis 24 jam setelah selesai pelayanan 100% .

Pengisian *resume* medis bertujuan:

1. Untuk memastikan kesinambungan perawatan dan untuk memberikan referensi yang berguna bagi dokter yang berkunjung pada saat pasien masuk kembali.
2. Sebagai bahan penelitian bagi tenaga medis rumah sakit.
3. Guna memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari Perusahaan Asuransi (dengan persetujuan Pimpinan).
4. Untuk menyediakan salinan kepada sistem pakar, sistem memerlukan rekod pesakit yang telah mereka rawat (Yanmed, 2006).

Mengidentifikasi Kendala Pengisian *Resume* Medis di Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas rekam medis di Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang di dapatkan hasil, Ketidaklengkapan pengisian lembar *resume* medis dikarenakan dokter mempunyai waktu yang padat dan perawat tidak mengingatkan dokter untuk melengkapi lembar *resume* medis.

## SIMPULAN

Kebijakan Penyelesaian Resume Rawat Inap di Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang, Standard Operating Procedure (SOP) Penyelesaian Resume Rawat Inap di Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang 2022 sudah ada, di antaranya Standard Operating Procedure (SOP) Penyelesaian Resume Medis setelah 1x24 jam. kriteria pasien pulang dan melengkapi resume medis adalah 100%. Mengidentifikasi Persentase Kelengkapan Pengisian *Resume* Medis Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang Triwulan I 2022. Berdasarkan hasil penelitian faktor penyebab ketidaklengkapan dalam pengisian formulir *resume* medis rawat inap Triwulan I 2022 yaitu Dokter sibuk dan mempunyai jadwal yang padat, kebijakan pengisian *resume* medis kurang disosialisasikan. Hasil persentase 96 sampel *resume* medis didapatkan hasil persentase kelengkapan pada komponen anamnesa 98%, riwayat perjalanan penyakit 97,6%, pemeriksaan Fisik 98,7%, Penemuan Klinik 95%, kondisi saat pulang 97,7%, alasan pulang 93%, terapi pulang 94,4%, nama jelas dpjp 92%. Diperoleh hasil persentasi kelengkapan 71 (74%) dan 25 (26%) Menurut Permenkes nomor 269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis adalah dokumen yang berisi dokumentasi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI, 2008). Pembuatan rekam medis bertujuan untuk ketidaklengkapan lembar *resume* medis. Kendala dalam Pengisian *Resume* Medis Rawat inap Rumah Sakit Siloam Sriwijaya Palembang triwulan I 2022.

## DAFTAR PUSTAKA

- Hatta.G.R, 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: UI-Press
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). 6 KMK No. 129 ttg Standar Pelayanan Minimal RS.pdf. 129.
- Menkes RI. 2008. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar pelayanan Minimal Rumah sakit.
- Notoatmodjo, S. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008. (2008)

- Permenkes, R. I. (2008). No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta: Menteri Kesehatan Reupublik Indonesia.
- Permenkes, R. I. (2015). No 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Perkam Medis [Internet]. Tersedia Dalam Www. Hukor. Depkes. Go. Id [Diakses 07 Mei 2015]
- Sugiyono, 2016 Metodologi Kualitatif Kesehatan
- Yanmed, Dirjen. (2006). Pedoman pengelolaan rekam medis di rumah sakit di indonesia. Jakarta: Depkes R.



## FAKTOR-FAKTOR WAKTU TUNGGU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT X TAHUN 2022

<sup>1</sup>Riska Afifah\*, <sup>2</sup>Yolanda Ariance, <sup>3</sup>Yosefina Yohana Duwith

<sup>1</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, riskaafifah09@gmail.com

<sup>2</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, yolandadjetul88@gmail.com

<sup>3</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, duwityose07@gmail.com

### ABSTRAK

Waktu tunggu adalah waktu tunggu yang dipergunakan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter (Depkes RI, 2007). Berdasarkan survei pendahuluan didapatkan bahwa rata-rata waktu tunggu admisi atau pendaftaran adalah 2 jam 29 menit 1 detik. Sedangkan rata-rata waktu pelayanan pendaftaran adalah 3 menit 53 detik. Dengan demikian untuk di pendaftaran pasien membutuhkan waktu 2 jam yang tentunya akan membutuhkan waktu lebih lama lagi pasien mendapat pelayanan kesehatan. Berdasarkan standar penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan adalah < 10 menit, untuk rawat inap < 15 menit sedangkan untuk pelayanan rawat jalan < 10 menit (dimulai dari pasien mendaftar sampai pasien mendapat pelayanan kesehatan). (Kemenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Sele Be Solu. Desain penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi sebanyak 8.185 dokumen rekam medis dan sampel 99 dokumen rekam medis rawat jalan. Teknik pengambilan sampel adalah purposive sampling. Hasil penelitian dari 99 dokumen rekam medis, 98 dokumen rekam medis tidak tepat waktu (> 10 menit) dan 1 dokumen rekam medis yang tepat waktu (< 10 menit). Hal ini menunjukkan bahwa waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis tidak memenuhi standar.

**Kata kunci :** waktu tunggu, waktu penyediaan, rekam medis.

### ABSTRACT

*Waiting time is a waiting time used by patients to get outpatient and inpatient services from the place of registration to enter the doctor's examination room (Depkes RI, 2007). Based on a preliminary survey, it was found that the average waiting time for admission or registration is 2 hours 29 minutes 1 second. While the average registration service time is 3 minutes 53 seconds. Thus, patient registration takes 2 hours which of course will take longer for patients to get health services. Based on the standard of providing outpatient medical record documents, it is < 10 minutes, for inpatient < 15 minutes while for outpatient services < 10 minutes (starting from the patient registering until the patient gets health services). (Kemenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008). The purpose of this study was to find out an overview of the waiting time for the provision of outpatient medical record documents at Sele Be Solu Regional Hospital. The research design is descriptive with a quantitative approach. The population was 8,185 medical record documents and a sample of 99 outpatient medical record documents. The sampling technique is purposive sampling. The results of the study were 99 medical record documents, 98 medical record documents were not on time (> 10 minutes) and 1 timely medical record document (< 10 minutes). This indicates that the waiting time for providing the record document is not up to standard.*

**Keywords :** waiting time, provision time, medical record.

### PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan rawat jalan di rumah sakit merupakan pelayanan spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit. Instalasi Rawat Jalan (IRJ) merupakan unit fungsional yang menangani penerimaan pasien di rumah sakit, baik yang akan berobat jalan maupun yang akan dirawat di rumah sakit. Pemberian pelayanan di IRJ pertama kali dilakukan di loket pendaftaran yang dikelola oleh bagian Rekam Medis.

Menurut Permenkes 269 tahun 2008 tentang rekam medis, Rekam Medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis juga mempunyai nilai informasi yang bertanggung jawab dan setiap unit-unit terkait perlu memberikan dukungan pada unit rekam medis salah satunya dukungan dari unit rawat jalan kepada rekam medis yang seharusnya dapat dilakukan dengan cepat. Dengan begitu tujuan unit rekam medis dalam menyelenggarakan proses pengelolaan serta penyimpanan dapat berjalan dengan baik.

Pelayanan rekam medis yang baik dan bermutu akan tercermin dari pelayanan yang cepat, petugas yang ramah serta pasien merasa nyaman. Pelayanan rekam medis rawat jalan dimulai dari pasien datang melakukan pendaftaran sampai dokumen ada di poliklinik tujuan untuk digunakan oleh pasien agar mendapatkan pelayanan kesehatan. Kecepatan penyediaan dokumen rekam medis merupakan salah satu indikator mutu pelayanan di rekam medis. Semakin cepat waktu yang dibutuhkan dalam penyediaan dokumen rekam medis, maka akan semakin cepat pula pasien mendapatkan pelayanan kesehatan. Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang penting dalam menentukan kepuasan pasien. Waktu tunggu adalah waktu tunggu yang dipergunakan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter (Depkes RI, 2007). Berdasarkan standar penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan adalah < 10 menit, untuk rawat inap < 15 menit sedangkan untuk pelayanan rawat jalan < 60 menit (dimulai dari pasien mendaftar sampai pasien mendapat pelayanan kesehatan). (Kemenkes RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008).

Berdasarkan data dari antrian online bulan Maret didapatkan bahwa rata-rata waktu tunggu admisi atau pendaftaran adalah 2 jam 29 menit 1 detik. Sedangkan rata-rata waktu pelayanan pendaftaran adalah 3 menit 53 detik. Dengan demikian untuk di pendaftaran pasien membutuhkan waktu 2 jam yang tentunya akan membutuhkan waktu lebih lama lagi pasien mendapat pelayanan kesehatan. Dampak dari lamanya waktu tunggu pelayanan rawat jalan dapat dilihat dari penumpukan pasien baik di ruang tunggu polik maupun pendaftaran, masih banyaknya keluhan pasien tentang lamanya pelayanan serta tidak sedikit pasien marah karena sudah bosan dan jenuh menunggu untuk dilayani. Berbagai masalah yang telah dipaparkan mengenai pelayanan rawat jalan, inilah yang melatarbelakangi penulis untuk meneliti tentang analisis faktor-faktor waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Sele Be Solu kota Sorong. Dimana tujuan khusus dari penelitian ini yaitu:

- a. Untuk mengetahui gambaran waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan RSUD Sele Be Solu kota Sorong.
- b. Untuk mengetahui gambaran karakteristik petugas distribusi dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Sele Be Solu kota Sorong.
- c. Untuk mengetahui hambatan atau kendala dalam distribusi dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Sele Be Solu kota Sorong.

## **METODE**

### **Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Menurut Notoatmodjo (2012) penelitian deskriptif adalah penelitian yang diarahkan untuk mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan didalam suatu komunitas atau masyarakat.

### **Tempat dan Waktu**

Penelitian dilakukan di RSUD Sele Be Solu Kota Sorong pada bulan Mei 2022.

### **Variabel**

1. Variabel independen (bebas) : variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat).  
Variabel independen dalam penelitian ini adalah karakteristik petugas diantaranya:
  - a. X1 : jenis kelamin
  - b. X2 : latar belakang pendidikan
  - c. X3 : umur
  - d. X4 : lama kerja
  - e. X5 : pengalaman pelatihan
2. Variabel dependen (terikat) : variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena adanya variabel independen (bebas).  
Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu : waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan.

### Definisi Operasional

1. Jenis Kelamin  
Jenis Kelamin adalah gambaran jenis kelamin petugas. Alat ukur yang digunakan daftar *check list* dengan skala pengukuran nominal. Dengan kriteria :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan
2. Latar belakang pendidikan  
Latar belakang pendidikan adalah gambaran dari pendidikan petugas. Alat ukur yang digunakan adalah daftar *check list* dan skala pengukuran yang digunakan adalah nominal. Dengan kriteria:
  - a. SMP
  - b. SMA
  - c. S1 Non Rekam Medis
3. Umur  
Umur adalah gambaran umur petugas. Alat ukur yang digunakan daftar *check list* dengan skala pengukuran ordinal. Dengan kriteria:
  - a. < 40 tahun
  - b. 41-50 tahun
  - c. > 51 tahun
4. Lama kerja  
Lama kerja adalah gambaran sudah berapa lama kerja sebagai petugas distribusi. Alat ukur yang digunakan adalah daftar *check list* dan skala pengukuran yang digunakan adalah ordinal. Dengan kriteria:
  - a. < 5 tahun
  - b. 6-10 tahun
  - c. > 10 tahun
5. Pengalaman pelatihan  
Pengalaman pelatihan adalah gambaran petugas sudah pernah mengikuti pelatihan atau belum. Alat ukur yang digunakan daftar *check list* dengan skala pengukuran nominal. Dengan kriteria:
  - a. Sudah pernah
  - b. Belum pernah.
6. Waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan  
Waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan untuk menyediakan dokumen rekam medis rawat jalan di mulai dari pasien mendaftar sampai tersedia di poliklinik tujuan. Alat ukur nya lembar observasi waktu pelayanan rekam medis

rawat jalan dengan menggunakan *stopwatch* dan skala pengukurannya adalah ordinal, dengan kriteria hasil

- a. Tepat waktu apabila waktu penyediaan dokumen rekam medis < 10 menit
- b. Tidak tepat waktu apabila waktu penyediaan dokumen rekam medis > 10 menit

**Populasi dan Sampel**

Populasi pada penelitian ini adalah 8.185, diambil dari jumlah pasien rawat jalan periode Januari-Maret 2022. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. *Purposive Sampling* adalah pengambilan sampel yang berdasarkan atas pertimbangan tertentu seperti sifat-sifat populasi ataupun ciri-ciri yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2012). Jumlah sampel pada penelitian diperoleh dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2} = \frac{8.185}{1 + 8.185(0.1)^2}$$

$$n = \frac{8.185}{1 + 8.185(0,01)} = \frac{8.185}{1 + 81,85} = \frac{8.185}{82,85} = 98,79 = 99$$

Keterangan :

- n : ukuran sampel
- N : ukuran populasi
- e : persen kelonggaran ketidakteelitian/presisi yang ditetapkan (10%)

Jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini adalah berjumlah 99 dokumen rekam medis rawat jalan.

**Instrumen Penelitian**

Dalam penelitian ini, instrument yang digunakan adalah *stopwatch*, lembar observasi dan panduan wawancara.

**Metode Pengumpulan Data**

- a. Data primer adalah data yang diperoleh oleh peneliti secara langsung dari sumbernya. Dalam penelitian ini data primer diperoleh dari hasil observasi.
- b. Data sekunder adalah data data yang diperoleh oleh peneliti tidak langsung dari sumbernya, melainkan melalui buku terdahulu. Dalam penelitian ini data sekunder diperoleh dari hasil studi dokumen.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

1. Waktu Tunggu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu

Table 1  
Waktu Tunggu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan  
Rumah Sakit Umum Daerah Sele Be Solu  
Tahun 2022

No	Waktu Tunggu	Jumlah	
		Frekuensi	%
1.	Tepat waktu	1	1,01
2.	Tidak tepat waktu	98	98,99
	Total	99	100.0

*Sumber Data Primer*

Berdasarkan tabel 1, waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Sele Be Solu dengan jumlah dokumen rekam medis sebanyak 99 didapat 1 dokumen (1,01%) dengan kategori tepat waktu (< 10 menit) dan 98 dokumen (98,99%) dengan kategori tidak tepat waktu (> 10 menit). Pengukuran waktu penyediaan berkas rekam medis rawat jalan menggunakan standar Kepmenkes RI no.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan rumah sakit yaitu < 10 menit.

Waktu tunggu pasien merupakan hal yang sangat berpengaruh atau potensial terhadap ketidakpuasan. Pasien akan menganggap pelayanan kurang baik apabila antrian yang panjang atau lamanya waktu tunggu. Penelitian yang dilakukan oleh Rudi Setiawan (2014) rata-rata pasien sering mengeluh lamanya waktu tunggu dalam penyediaan berkas rekam medis mulai dari kedatangan pasien di tempat pendaftaran sampai dikirimnya berkas rekam medis ke poliklinik tujuan. Dari hasil penelitian diperoleh rata-rata waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan adalah > 10 menit (tidak tepat).

Menurut Sugiarti & Andria (2015) disebutkan bahwa penyediaan dokumen rekam medis itu adalah mulai dari saat pasien mendaftar sampai dokumen rekam medis disediakan, disediakan dalam arti dapat digunakan untuk pelayanan dan standar minimalnya adalah 10 menit. Faktor yang menyebabkan keterlambatan dalam penyediaan dokumen rekam medis di antaranya:

- a. Fasilitas rak penyimpanan yang kurang dan masih belum cukup untuk menampung dokumen rekam medis sehingga dokumen rekam medis yang masih aktif harus tercecer di bawah lantai;
- b. Sistem penajajaran masih ada yang beraturan sehingga menyulitkan petugas untuk mencari dokumen rekam medis yang sesuai dengan nomor rekam medisnya.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Supriadi & Damayanti (2019), standar waktu penyediaan berkas rekam medis pasien rawat jalan untuk setiap rumah sakit tidak selalu sama. Walaupun ada standar yang telah ditetapkan oleh Kepmenkes tentang waktu waktu penyediaan berkas rekam medis, namun beberapa rumah sakit memiliki kebijakan penggunaan standar waktu penyediaan berkas rekam medis secara internal. Sunarti (2017) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa RSUD Kota Yogyakarta menambah 15 menit dari standar Kepmenkes RI no.129/Menkes/SK/II/2008, sehingga standar yang digunakan RSUD tersebut adalah  $\leq 25$  menit (tercantum dalam SPO penyediaan berkas rekam medis rawat jalan).

## 2. Karakteristik Petugas

Tabel 2  
Karakteristik Petugas RSUD Sele Be Solu  
Tahun 2022

Faktor yang diteliti	Frekuensi (f)	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
1. L	2	33,3
2. P	4	66,7
<b>Latar Belakang Pendidikan</b>		
1. SMP	1	16,7
2. SMA	4	66,7
3. S1 non rekam medis	1	16,7
<b>Umur (tahun)</b>		
1. < 40	4	66,7
2. 41-50	1	16,7
3. > 51	1	16,7
<b>Lama Kerja</b>		
1. < 5	3	50

2. 6-10	1	16,7
3. > 10	2	33,3
<b>Pengalaman Pelatihan</b>		
1. Sudah Pernah	1	16,7
2. Belum Pernah	5	83,3

Sumber Data Primer

Berdasarkan tabel 2, untuk kategori jenis kelamin, petugas laki-laki berjumlah 2 (33,3%) dan perempuan 4 (66,7%). Untuk kategori latar belakang pendidikan, SMP berjumlah 1 (16,7), SMA berjumlah 4 (66,7%) dan S1 non rekam medis 1 (16,7%). Untuk kategori umur, < 40 tahun berjumlah 4 (66,7%), 41-50 berjumlah 1 (16,7%), dan  $\geq 51$  1 (16,7%). Untuk kategori lama kerja, < 5 berjumlah 3 (50%), 6-10 berjumlah 1 (16,7%), dan  $\geq 10$  berjumlah 2 (33,3%). Untuk kategori pengalaman mengikuti pelatihan, sudah pernah berjumlah 1 (16,7%) dan belum pernah berjumlah 5 (83,3%).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Tena (2017), sumber daya manusia merupakan salah satu aset rumah sakit yang penting dan merupakan sumber daya yang berperan dalam pelayanan rumah sakit. Penanganan sumberdaya manusia penting karena mutu pelayanan rumah sakit bergantung pada perilaku sumber daya manusia dan kemajuan ilmu teknologi memerlukan tenaga yang profesional dan spesialis.

Dalam penelitian Listyorini & Kalbuadi (2017) disebutkan bahwa pria lebih cenderung mempengaruhi wanita dalam memberikan pendapat untuk melakukan sesuatu. Disebutkan juga bahwa umur adalah usia seseorang yang dihitung sejak lahir sampai batas terakhir masa hidupnya. Semakin cukup umur, maka tingkat kematangan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Berdasarkan segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dibandingkan orang yang belum cukup kedewasaannya.

Dalam penelitian yang di lakukan oleh Ulfa (2017) disebutkan bahwa pendidikan merupakan suatu upaya mengembangkan potensi manusia sehingga mempunyai kemampuan untuk mengolah sumber daya alam yang tersedia dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat. Pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan, yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau keterampilan perorangan atau kelompok. Dalam penelitiannya juga disebutkan bahwa masa kerja secara tidak langsung ikut memengaruhi waktu pelayanan pasien. Masa kerja berhubungan dengan pengalaman. Pengalaman adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dalam hal upaya meningkatkan pelayanan terhadap pasien. Menurut Ulfa (2017) pendidikan pelatihan dan bimbingan atau ikut serta dalam organisasi dapat menambah ilmu dan wawasan petugas dalam melayani pasien, menambah pengetahuan petugas dalam menanggapi masalah dalam bekerja dan bisa bekerja lebih baik.

### 3. Hambatan atau kendala

Dari hasil wawancara dengan koordinatornya, hambatan atau kendala yang terjadi sehingga menyebabkan lamanya waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis yaitu:

- a. Dokumen rekam medis belum kembali ke bagian *filling*, sehingga ketika pasien datang untuk kontrol kembali atau kontrol ke poliklinik lain, petugas harus mengambil dokumen rekam medisnya dan kemudian didistribusi ke poliklinik tujuan.
- b. Kurangnya rak penyimpanan dokumen rekam medis, sehingga terdapat dokumen rekam medis di simpan dalam dus di lantai dan dapat memperlambat pencarian dokumen rekam medis.
- c. Terjadinya *mised file*. Ketika dokumen rekam medis yang dibutuhkan tidak berada di tempatnya, maka akan membutuhkan waktu lebih lama untuk mencari dokumen rekam medis tersebut.

- d. Kurang disiplinnya petugas, ketika sedang menjalankan tugas nya atau mendistribusikan dokumen rekam medis, terkadang petugas tidak segera kembali ke ruangan filling untuk melanjutkan tugasnya.
- e. Petugas sering menumpuk dokumen rekam medis sebelum di distrobusikan ke poliklinik. Dikarenakan hal tersebut sehingga dokumen rekam medis sering di ambil sendiri oleh perawat dari poliklinik.

#### **SIMPULAN**

Waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Sele Be Solu dari 98 dokumen rekam medis tidak tepat waktu (> 10 menit) dan 1 dokumen rekam medis yang tepat waktu (< 10 menit). Penyebab dari keterlambatan atau lamanya waktu tunggu penyediaan dokumen rekam medis sering terjadinya dokumen rekam medis belum kembali ke *filling*, kurangnya rak penyimpanan dokumen rekam medis, terjadinya *mised file* dan kurang disiplinnya petugas dalam menjalankan tugasnya.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI, 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No.129/Menkes/SK/IV/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit*. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id).
- Listyorini, P. I. & Kalbuadi, R. P., 2017. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kecepatan Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta. *Infokes*, September, Volume 7(2), pp. 36-43.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Permenkes RI. 2008, *Rekam Medis*. Jakarta: Permenkes RI
- Simanjuntak, M., 2016. Tinjauan Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pelayanan Rekam Medis di Pendaftaran Rawat Jalan di RSUD. Dr. R. M. Djoelham Binjai Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda*, Februari, Volume 1(1), pp. 21-28.
- Supriadi, S. & Damayanti, D. P., 2019. Tinjauan Waktu Penyediaan Berkas Rekam Medik Rawat Jalan Rumah Sakit X Di Tangerang Selatan. *Jurnal Administrasi Bisnis Terapan*, Juli-Desember, Volume 2(1), pp. 1-8.
- Tena, I. S., 2017. Faktor Penyebab Lama Waktu Tunggu Di Bagian Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan RSUD Panembahan Senopati Bantul, yogyakarta: s.n.
- Ulfa, H. M., 2017. Standar Pelayanan Minimal Waktu Tunggu Di Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau. *Jurnal Photon*, Oktober, Volume 8(1), pp. 57-61.
- Yovita, M., Hasanah, U. & Chairunnisah, R., 2019. Gambaran Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis di Puskesmas Karang Pule Kota Mataram. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, Oktober, Volume 2(2), pp. 53-59.



## TINJAUAN PELAKSANAAN RETENSI DAN PEMUSNAHAN BERKAS REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT X

<sup>1</sup>Tugiran\*, <sup>2</sup>Risdiansyah

<sup>1</sup>Program Studi Diploma III Perkam dan Informasi Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta. Email: nigics16@gmail.com

<sup>2</sup>Staf Unit Rekam Medis Rumah Sakit Pantai Indah Kapuk. Email: akhina.ian@gmail.com

### ABSTRAK

Berdasarkan wawancara yang peneliti lakukan dengan kepala Rumah Sakit X ditemui fakta bahwa pihak Rumah Sakit X telah melakukan retensi dan pemusnahan berkas rekam medis dimulai sejak tahun 2010 sampai sekarang. Proses retensi dan pemusnahan adalah bagian penting untuk mewujudkan sistem pengelolaan berkas rekam medis yang baik dan benar guna menunjang efektifitas pelayanan pada pasien. Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pelaksanaan retensi dan pemusnahan berkas rekam medis inaktif di Rumah Sakit X. Hasil penelitian ini diketahui bahwa sejak tahun 2010 sampai sekarang telah melakukan retensi dan pemusnahan sebanyak 10 kali dengan jumlah berkas  $\pm$  200.000 berkas rekam medis. Sarana prasarana cukup memadai, namun tidak didukung dengan sumber daya manusia yang cukup dan kompeten di bidangnya, sehingga hasilnya belum maksimal.

**Kata Kunci :** *Retensi dan Pemusnahan, Pengelolaan, Rekam Medis*

### ABSTRACT

*Based on the interviews we conducted with the head of Hospital X, we found the fact that Hospital X has been doing retention and destruction of medical record files starting in 2010 until now. The process of retention and destruction is an important part of realizing a good and correct medical record management system to support patient effectiveness. This type of research uses descriptive research methods with a qualitative approach. The purpose of this study was to determine the implementation of retention and destruction of inactive medical records at Hospital X. The results of this study show that since 2010 until now, retention and destruction have been carried out 10 times with a total of  $\pm$  200,000 medical record files. The infrastructure is adequate, but not supported by adequate and competent human resources in their fields, so the results are not optimal.*

**Keywords:** *Retention and Destruction, Management, Medical Records*

### PENDAHULUAN

Peraturan Menteri kesehatan No. 269/Menkes/Per/ III/2008 Bab III pasal 7 menyatakan sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis. Salah satu fasilitas rumah sakit yang harus disediakan untuk mendukung pelayanan rekam medis yaitu ruang penyimpanan atau *filing*.

Rekam Medis menurut Sudra, (2013), adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dokumen rekam medis harus disimpan sesuai dengan peraturan yang ada. Untuk sarana pelayanan kesehatan di rumah sakit, rekam medis pasien rawat inap harus disimpan sekurang-kurangnya 5 tahun sejak pasien berobat terakhir atau pulang dari berobat di rumah sakit. Setelah 5 tahun, rekam medis dapat dimusnahkan kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.

*Retensi* rekam medis menurut DepKes, RI (2006), adalah suatu kegiatan pengurangan berkas rekam medis dari rak penyimpanan dengan penentuan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis. Pemusnahan adalah suatu proses kegiatan penghancuran secara fisik arsip rekam medis yang sudah tidak memiliki nilai fungsi. Sebaiknya jadwal retensi dan pemusnahan rekam medis disusun oleh suatu

kepanitiaan yang terdiri dari unsur komite rekam medis dan unit rekam medis yang benar-benar memahami rekam medis, fungsi dan nilai rekam medis. Proses retensi dan pemusnahan merupakan bagian penting untuk mewujudkan sistem pengelolaan berkas rekam medis yang baik dan benar guna menunjang efektifitas pelayanan pada pasien.

Berdasarkan apa yang telah diamati, Rumah Sakit X mulai beroperasi pada tahun 2000 dengan jumlah berkas rekam medis lebih dari 507.000 berkas yang tersimpan di ruang filing Rumah Sakit X. Dari seluruh berkas rekam medis tersebut sudah dilakukan proses retensi dan pemusnahan mulai tahun 2010 sampai sekarang sebanyak 10 kali dengan jumlah  $\pm$  200.000 berkas rekam medis. Kunjungan pasien dirumah sakit setiap hari akan mengakibatkan bertambahnya jumlah dan ketebalan berkas rekam medis yang mengakibatkan kepadatan rak penyimpanan berkas rekam medis. Di Rumah Sakit X, rak penyimpanan berkas rekam medis aktif masih sangat padat (over load) karena proses retensi dan pemusnahan tidak sesuai jadwal retensi, hal ini disebabkan oleh kurangnya sumber daya manusia

Dari uraian singkat diatas maka solusi yang akan dilakukan adalah melakukan retensi dan pemusnahan sesuai jadwal dengan menambah sumber daya manusia dengan mempertimbangkan faktor faktor apa saja yang dapat mempengaruhi proses retensi dan pemusnahan berkas rekam medis di Rumah Sakit "X" sehingga proses retensi dan pemusnahan berkas rekam medis di Rumah Sakit "X" dapat berjalan secara lancar.

Sehubungan dengan hal tersebut maka peneliti melakukan penelitian tentang "Tinjauan Retensi Dan Pemusnahan Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit X."

## METODE PENELITIAN

### 1. Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

### 2. Definisi Operasional

Sumber daya manusia, fasilitas sarana dan prasarana, standar operasional prosedur.

### 3. Instrumen Penelitian

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini dengan menggunakan pedoman wawancara berencana dan observasi terhadap kondisi berkas rekam medis dan ruang penyimpanan berkas rekam medis.

### 4. Etika Penelitian

Etika penelitian meliputi informed consent (lembar persetujuan), anonimity (tanpa nama), Confidentiality (kerahasiaan).

## HASIL dan PEMBAHASAN

### 1. Sarana dan Prasarana Pengelolaan Rekam Medis

Tabel 4. 1 Ketersediaan Sarana dan Prasarana

NO.	Sarana	Ada	Tidak Ada
1.	Ruang Filing	V	
2.	Rak Berkas	V	
3.	Computer	V	
4.	Printer	V	
5.	Scanner	V	
6.	Alat Penghancur Berkas	V	

Dari hasil observasi diketahui bahwa sarana prasarana yang ada di Rumah Sakit "X" bisa dibidang lengkap karena dari total 6 sarana dan terdapat 6 sarana yang telah terpenuhi , namun pelaksanaan retensi dan pemusnahan belum dapat berjalan sebagaimana mestinya.

Dari wawancara peneliti dengan responden keenam diketahui bahwa petugas yang berhubungan langsung dengan rekam medis belum sepenuhnya lulusan Rekam Medis, jadi pelaksanaan retensi dan pemusnahan belum dapat berjalan sebagaimana mestinya. Petugas juga tidak bisa fokus terhadap satu pekerjaan saja dikarenakan di Rumah Sakit sendiri setiap petugas memiliki lebih dari 1 tugas, diantaranya seperti petugas Administrasi Rekam Medis yang merangkap sebagai petugas bagian Assembling.

Hal tersebut didukung dengan hasil wawancara peneliti dengan responden keenam yang menyatakan bahwa: "jadi karena selama ini di Rumah Sakit X beberapa petugas yang berada di bagian rekam medis tidak sepenuhnya lulusan rekam medis dan satu petugas memiliki lebih dari 1 tanggung jawab".

## **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui bahwa Rumah Sakit X sudah melaksanakan pemusnahan berkas rekam medis selama 12 tahun sebanyak  $\pm 200.000$  berkas, yang mulai dilaksanakan sejak tahun 2010 sampai sekarang tahun 2022. Jika sesuai jadwal, dalam waktu 12 tahun seharusnya Rumah Sakit X sudah melaksanakan retensi dan pemusnahan sebanyak 12 kali, hal ini disebabkan oleh kurangnya sumber daya manusia. Pelaksanaan retensi dan pemusnahan berkas rekam medis yang tidak sesuai jadwal mengakibatkan rak penyimpanan berkas rekam medis menjadi sangat penuh dan padat.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Azwar, S (2012). *Metode Penelitian, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.*
- Hatta, GR (2008). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan, Universitas Indonesia, Jakarta.*
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/PER/MENKES/2008 tentang Rekam Medis, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.*
- Notoatmodjo, S (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan Jakarta ; Rineka Cipta.*
- Sugiyono (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D. Bandung;Alfabeta*

## TINJAUAN KEBUTUHAN RAK FILING DOKUMEN REKAM MEDIS AKTIF DI RUMAH SAKIT TK.III WIJAYAKUSUMA PURWOKERTO TH 2022-2026

<sup>1</sup>Hillgoes Abdul Malik\*, <sup>2</sup>Agnes Widianne Intan Oktarin

<sup>1</sup>Program Studi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta,  
sbi12.hillgoes@gmail.com

<sup>2</sup>Rekam Medis Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto, agneswidianneintano@gmail.com

### ABSTRAK

Sehubungan dengan meningkatnya kunjungan pasien baru di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto, membuat rak penyimpanan dokumen rekam medis penuh sehingga dokumen rekam medis banyak diletakan bukan ditempatnya seperti di kardus dan ditaruh di lantai. Melihat kondisi seperti ini perlu adanya tinjauan kebutuhan rak penyimpanan dokumen rekam medis. Penelitian ini bertujuan untuk meninjau kebutuhan rak filing dokumen rekam medis aktif di rumah sakit tingkat III Wijayakusuma Purwokerto Tahun 2022-2026. Merupakan jenis penelitian deskriptif dan dengan pendekatan cross sectional. Untuk metode pengumpulan data yaitu observasi dan wawancara. Populasi yang digunakan sebanyak 86.044 dokumen rekam medis dan sampel sebanyak 398 dokumen rekam medis. Penggunaan alat yang digunakan yaitu meteran, penggaris, kalkulator. Pedoman observasi dan wawancara. Analisis data yang digunakan secara dekriptif. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata ketebalan dokumen rekam medis adalah 1,8 cm. Ukuran rak penyimpanan jenis rak besi terbuka yang memiliki 2 sisi dengan dimensi Panjang rak 108 cm, tinggi rak 85 cm, lebar rak 19 cm, Panjang sub rak 104 cm, tinggi sub rak 17 cm, sub rak 5. Hasil tinjauan kebutuhan rak filing tahun 2017-2021 sebanyak 27 rak besi terbuka 2 sisi. Prediksi penambahan dokumen rekam medis baru di rawat inap maupun rawat jalan di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto tahun 2017-2021 kebutuhan rak Kesimpulan, rencana kebutuhan rak penyimpanan tahun 2022-2026 sebanyak 99 rak. Saran, Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto perlu mengadakan penambahan rak penyimpanan dokumen rekam medis dalam kurun waktu 2022-2026 sebanyak 99 rak dengan jenis rak besi terbuka dua sisi agar dokumen rekam medis yang ada tidak lagi di simpan di dalam kardus.

**Kata Kunci :** *dokumenrekammedis, rakfiling,penyimpanan*

### ABSTRACT

*In connection with the increase in new patient visits at the Level III Hospital Wijayakusuma Purwokerto, make the medical record document storage rack full so that a lot of medical record documents are placed not in their place, such as in cardboard boxes and placed on the floor. Seeing conditions like this, it is necessary to review the need for medical record document storage racks. This study aims to review the need for active medical record document filing racks at level III hospital Wijayakusuma Purwokerto in 2022-2026. This type of research is descriptive and with a cross sectional approach. For data collection methods, namely observation and interviews. The population used was 86,044 medical record documents and a sample of 398 medical record documents. The use of the tools used are meter, ruler, calculator. Observation and interview guidelines. Descriptive data analysis used. The results showed that the average thickness of medical record documents was 1.8 cm. The size of the storage rack type is an open iron shelf that has 2 sides with dimensions of shelf length 108 cm, shelf height 85 cm, shelf width 19 cm, sub shelf length 104 cm, sub shelf height 17 cm, sub shelf 5. 2017-2021 as many as 27 metal shelves open 2 sides. Prediction of the addition of new medical record documents in inpatient and outpatient at Wijayakusuma Hospital Purwokerto in 2017-2021 shelf needs. Conclusion, the planned storage shelf needs for 2022-2026 are 99 shelves. Suggestion, Wijayakusuma Purwokerto Level III Hospital needs to make additional medical record document storage racks in the period 2022-2026 as many as 99 shelves with two-sided open metal rack types so that existing medical record documents are no longer stored in cardboard boxes.*

**Keywords:** *medical record documents, filing, storage*

## PENDAHULUAN

Rak filing dokumen rekam medis merupakan tempat penyimpanan arsip atau dokumen rekam medis yang bertujuan untuk memudahkan penyimpanan dan pengambilan kembali dokumen rekam medis di ruang *filing* dan menjaga kerahasiaan dokumen rekam medis. Pada saat rak filing penyimpanan melebihi daya tampung maka diperlukan perencanaan atau pengadaan rak penyimpanan dokumen rekam medis kembali dan berdampak tidak rapi pada penyimpanan dokumen di ruang penyimpanan (*filing*), seperti berkas dimasukkan ke kardus dan dilantai. Perencanaan atau pengadaan rak penyimpanan berdasarkan jumlah dokumen rekam medis yang disimpan, bentuk rak dan ukuran rak penyimpanan yang sesuai standar ergonomi serta memperhatikan luas suatu ruangan yang tersedia (Depkes RI, 2006).

Hasil survei pendahuluan kunjungan pasien baru rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto dari tahun 2017-2021 setiap tahun mengalami peningkatan. Pada tahun 2017 jumlah pasien baru rawat inap dan rawat jalan sebanyak 17278, tahun 2018 sebanyak 18898, tahun 2019 sebanyak 22022, tahun 2020 sebanyak 12287, sedangkan pada tahun 2021 mencapai angka 15559. Dari data tersebut diketahui bahwa data pasien baru rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto mengalami peningkatan yang relatif tinggi sehingga menyebabkan rak dokumen yang ada di ruang filing menjadi penuh dan diperlukan pengadaan dan penambahan rak penyimpanan.

Berdasarkan hasil observasi yang telah peneliti lakukan pada bulan April 2022, Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto menerapkan sistem penyimpanan sentralisasi, sistem penjajaran yang digunakan adalah *Straight Numerical Filing* (SNF), sedangkan sistem penomorannya menggunakan *Unit Numbering System* (UNS). Di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma rak penyimpanan yang digunakan adalah rak besi terbuka dua sisi yang berjumlah 26 rak sudah penuh terisi dokumen rekam medis, sehingga mengakibatkan petugas kesulitan dalam pengambilan dan pengembalian dokumen rekam medis. Dikarenakan sudah terisi semua rak penyimpanannya, banyak dokumen rekam medis yang disimpan di dalam kardus-kardus dan diletakkan di lantai karena rak yang ada sudah penuh, oleh karena itu diperlukan adanya penambahan rak *filing* dokumen rekam medis di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Tinjauan Kebutuhan Rak *Filing* Dokumen Rekam Medis Aktif di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto Tahun 2022-2026". Tujuan penelitian ini adalah mengetahui jumlah dokumen rekam medis pasien baru tahun 2017-2021, mengetahui rata-rata ketebalan dokumen rekam medis, mengetahui ukuran rak *filing* dokumen rekam medis, mengetahui jumlah dokumen rekam medis dalam 1 meter, mengetahui prediksi perubahan jumlah pasien baru tahun 2022-2026, mengetahui prediksi kebutuhan rak *filing* dokumen rekam medis tahun 2022-2026

## METODE

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian non eksperimen atau metode penelitian survei *deskriptif*. Metode penelitian survei adalah suatu penelitian yang dilakukan tanpa melakukan intervensi terhadap subjek penelitian, sehingga sering disebut penelitian noneksperimen (Notoatmodjo, 2012). Penelitian *deskriptif* adalah penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan fenomena yang terjadi (Notoatmodjo, 2012). Peneliti melakukan survei tentang rak penyimpanan dokumen rekam medis yang ada di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto.

Pendekatan pada penelitian ini menggunakan *cross sectional* yaitu penelitian seksional silang atau potong silang, variabel sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian yang diukur atau dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2012).

Variabel penelitian ini adalah jumlah dokumen rekam medis pasien baru tahun 2017-2021, rata-rata ketebalan dokumen rekam medis, ukuran rak penyimpanan, panjang pengarsipan 1 rak *filing*, prediksi penambahan jumlah pasien baru tahun 2022-2026.

Populasi yang digunakan adalah rak penyimpanan yang terdiri dari rak besi terbuka 2 sisi yang berjumlah 27 rak. Dokumen rekam medis pasien baru dari tahun 2017-2021 sebanyak 86.044 dokumen rekam medis. Sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus slovin dengan kelonggaran 10 % dokumen rekam medis pasien sebanyak 389 dokumen. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *Systematic Random Sampling* (Sampling Sistematis) yaitu pengambilan sampel secara acak dan dilakukan secara berurutan sesuai dengan interval tertentu (Budiarto, 2001). Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi dan wawancara. Data yang telah dikumpulkan akan dianalisis secara deskriptif.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Untuk mengetahui perencanaan kebutuhan rak *filing* dokumen rekam medis di Rumah Sakit Tingkat III Wijayakusuma Purwokerto Tahun 2022-2026 sebagai berikut :

### A. Jumlah Dokumen Rekam Medis Pasien Baru Rawat Inap dan Rawat Jalan di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021

#### B.

Jumlah dokumen rekam medis pasien baru rawat inap dan rawat jalan di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021 yang digunakan untuk memperoleh prediksi penambahan dokumen rekam medis pada tahun 2022-2026 adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Jumlah DRM Pasien Baru rawat inap dan rawat jalan di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021

No.	Tahun	Jumlah DRM
1	2017	17278
2	2018	18898
3	2019	22022
4	2020	12287
5	2021	15559
<b>Total</b>		86044

### C. Rata-rata ketebalan dokumen rekam medis di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021

Perhitungan rata-rata tebal DRM pasien di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021 diperoleh dari 389 sampel dokumen rekam medis pasien tahun 2017-2021. Pengukuran dilakukan dengan cara mengukur ketebalan masing-masing dokumen rekam medis dengan menggunakan alat ukur penggaris. Total ketebalan dari 398 dokumen rekam medis adalah 512,7 cm.

$$\begin{aligned} \text{Rata - rata tebal DRM} &= \frac{\text{Jumlah tebal dokumen}}{\text{Jumlah sampel}} \\ &= \frac{512,7}{389} \end{aligned}$$

$$= 1,77$$

$$= 1,8$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, rata-rata ketebalan dokumen rekam medis adalah 1,8 cm.

**D. Ukuran dan Jenis Rak *Filing* dokumen rekam medis di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021**

Rak *filing* yang digunakan untuk menyimpan dokumen rekam medis di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021 berjumlah 11 rak yaitu dengan menggunakan rak terbuka 2 sisi dengan memiliki 5 sub rak. Pengukuran dilakukan dengan cara mengukur rak *filing* dengan menggunakan alat ukur meteran. Berikut merupakan ukuran rak di RS TK III Wijayakusuma.

Tabel 4.2 Ukuran rak *filing* DRM RS TK III Wijayakusuma

Jenis Rak	Dimensi Rak						
	Panjang Rak	Tinggi Rak	Lebar Rak	Panjang sub Rak	Tinggi Sub Rak	Jumlah Sub Rak	Jumlah Rak
Rak besi Terbuka 2 sisi	108 cm	85 cm	19 cm	104 cm	17 cm	5	11

**E. Panjang Pengarsipan Satu Rak penyimpanan dokumen rekam medis di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021**

Panjang pengarsipan dalam penelitian ini menggunakan rak terbuka 2 sisi dengan ukuran panjang sub rak 104 cm dengan 5 sub rak. Kebutuhan rak *filing* lima tahun yang akan datang untuk dapat diketahui maka dibutuhkan penghitungan panjang pengarsipan dokumen rekam medis :

- a. Panjang pengarsipan satu rak = Panjang sub x Jumlah sub x Jumlah Sisi  
 $= 104 \times 5 \times 2$   
 $= 1040 \text{ cm}$
- b. PP yang tersedia = PP satu rak x Jumlah rak  
 $= 1040 \times 11$   
 $= 11440 \text{ cm}$

**F. Prediksi Pertambahan Jumlah DRM Baru di Rawat Inap dan Rawat Jalan di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021**

Dalam menganalisis pasien baru rawat inap dan rawat jalan dibutuhkan data minimal 5 tahun. Jumlah DRM yang tersimpan di bagian *filing* RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021 sebanyak 86044 dokumen. Penelitian ini adalah tinjauan kebutuhan rak sampai dengan 2026, sehingga perlu adanya prediksi DRM pertambahan pasien baru dari tahun 2022 sampai 2026. Berikut merupakan perhitungan prediksi pertambahan jumlah DRM tahun 2022 sampai 2026:

Tabel 4.3 Jumlah Dokumen Rekam Medis Pasien Baru di RS TK III Wijayakusuma Tahun 2017-2021

No.	Tahun	Jumlah DRM (y)	X	x <sup>2</sup>	x.y
-----	-------	----------------	---	----------------	-----



1.	2017	17278	-2	4	-34.556
2.	2018	18898	-1	1	-18898
3.	2019	22022	0	0	0
4.	2020	12287	1	1	12287
5.	2021	15559	2	4	31118
<b>Total</b>		86044	0	10	-10049

Prediksi perhitungan DRM pasien baru rawat inap dan rawat jalan tahun 2022-2026, dapat dihitung dengan rumus :

$$Y = a + bx$$

Dimana, a dan b adalah :

$$a = \frac{\sum y}{n}$$

$$= \frac{86044}{5}$$

$$= 17208,8$$

$$b = \frac{\sum xy}{\sum x^2}$$

$$= \frac{-10049}{10}$$

$$= -1004,9$$

Jadi, prediksi pertambahan DRM pasien baru pada tahun 2022-2026 di RS TK III Wijayakusuma melalui tabel sebagai berikut :

Tabel 4.4 Prediksi Pertambahan DRM Pasien Baru tahun 2022-2024

Tahun	Y = a + bx	Prediksi DRM/th
2020	Y = 17208,8 + (-1004,9) (3) Y = 17208,8 + (-3014,7)	14194,1
2021	Y = 17208,8 + (-1004,9) (4) Y = 17208,8 + (-4019,6)	13189,2
2022	Y = 17208,8 + (-1004,9) (5) Y = 17208,8 + (-5024,5)	12184,3
2023	Y = 17208,8 + (-1004,9) (6) Y = 17208,8 + (-6029,4)	11179,4
2024	Y = 17208,8 + (-1004,9) (7) Y = 17208,8 + (-7034,3)	10174,5
<b>JUMLAH</b>		60921,5

**A. Kebutuhan Rak Filing Dokumen Rekam Medis Pasien di RS TK III Wijayakusuma tahun 2022-2026**

RS TK III Wijayakusuma menggunakan sistem penyimpanan *sentralisasi* dan menggunakan sistem penomoran *Unit Numbering Sistem (UNS)*. Sistem penomoran tersebut mempengaruhi rencana pengembangan ruang tempat penyimpanan dokumen rekam medis pasien. RS TK III Wijayakusuma menggunakan sistem penjajaran *Straight Numerical Filing (SNF)*. Berikut merupakan tabel kebutuhan rak *filig* di RS TK III Wijayakusuma:

Tabel 4.5 Kebutuhan Rak *Filing* tahun 2022-2026

Tahun	Jumlah DRM	Panjang Pengarsipan sementara (cm)	<i>File Expansion</i>	Total Panjang Pengarsipan	Kumulatif PP	Kebutuhan Rak Penyimpanan
	RI + RJ	A x 1,8	A x 25%	(B + C)		(E /2380)
	A	B	C	D	E	F
2017	17278	31100,4	4319,5	35419,9	35419,9	14
2018	18898	34016,4	4724,5	38740,9	74160,8	31
2019	22022	39639,6	5505,5	45145,1	119305,9	50
2020	12287	22116,6	3071,75	25188,35	144494,25	60
2021	15559	28006,2	3889,75	31895,95	176390,2	74
2022	14194,1	25549,4	3548,525	29097,905	205488,105	86
2023	13189,2	23740,6	3297,3	27037,86	232525,965	97
2024	12184,3	21931,7	3046,075	24977,815	257503,78	108
2025	11179,4	20122,9	2794,85	22917,77	280421,55	117
2026	10174,5	18314,1	2543,625	20857,725	301279,275	126

Keterangan :

A : Jumlah DRM = jumlah pasien tahun 2020-2024

B : Panjang pengarsipan sementara = jumlah DRM x rata- rata tebal DRM

C : *File expansion* = jumlah DRM x 25%

D : Total PP = PP sementara + FE

E : Kumulatif PP = PP tahun sebelumnya + PP tahun tersebut

F : Kebutuhan rak file =  $\frac{\text{Kumulatif PP}}{\text{PP yang tersedia dalam satu rak}}$

Jumlah pasien dari tahun ke tahun semakin meningkat, begitu juga dengan jumlah dokumen rekam medis yang meningkat. Peningkatan tersebut mengakibatkan rak tidak dapat menampung dokumen rekam medis yang bertambah tiap tahunnya. Jadi, untuk prediksi kebutuhan rak *filig* di RS TK III Wijayakusuma sampai dengan tahun 2026 adalah 126 rak, sedangkan saat ini yang tersedia sebanyak 27 rak *filig* dengan jenis rak terbuka dua sisi dengan ukuran panjang rak 238 cm, lebar 63 cm, dan tinggi 180 cm. Maka untuk tahun 2022-2026 perlu penambahan rak sebanyak 99 rak *filig* dokumen rekam medis.

## SIMPULAN

Jumlah pasien baru tahun 2017-2021 sebanyak 86.044 pasien. Jumlah prediksi penambahan pasien baru tahun 2022-2026 sebanyak 17.209 pasien. Rata-rata ketebalan dokumen rekam medis adalah 1,8 cm. Banyaknya dokumen rekam medis yang dapat disimpan dalam ukuran 1 meter sebanyak 100 dokumen. Jadi, untuk prediksi kebutuhan rak *filing* di RS TK III Wijayakusuma sampai dengan tahun 2026 adalah 126 rak, sedangkan saat ini yang tersedia sebanyak 27 rak *filing* dengan jenis rak terbuka dua sisi dengan ukuran panjang rak 238 cm, lebar 63 cm, dan tinggi 180 cm. Maka untuk tahun 2022-2026 perlu penambahan rak sebanyak 99 rak *filing* dokumen rekam medis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Handayani, Junida. 2018. *Tinjauan Kebutuhan Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Rawat Untuk 5 Tahun Kedepan di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan*. *Jurnal Kesehatan Imelda* vo. 3 No (1).
- Hasan, M Iqbal. 2014. *Pokok-pokok Materi Statistik 1 (Statistik Deskriptif)*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Permenkes RI Nomor: 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. 12 Maret 2008. Jakarta: Menteri Kesehatan.
- Rustiyanto, Ery dan Warih, Ambar Rahayu. 2011. *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Permata Indonesia.
- Rustiyanto, Ery. 2011. *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Permata Indonesia.
- Saryono Dan Anggraeni, Mekar Dewi. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Shofari, Bambang. 2004. *Pengelolaan Sistem Rekam Medis 1*. Semarang: PORMIKI.
- Siregar, Syofian. 2010. *Statistika Deskriptif untuk Penelitian*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Tarwaka, dkk. 2010 *Ergonomi untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Produktivitas*. Surakarta: UNIBA PRESS.

## ANALISA FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA *MISSFILE* DI BAGIAN *FILLING* RS CHARITAS HOSPITAL BELITANG

<sup>1</sup>Deny Prasetyo\*, <sup>2</sup>Dionisia Veni Dwijayanti,  
<sup>1</sup>Universitas Duta Bangsa\*, [dennyprasetyo581@gmail.com](mailto:dennyprasetyo581@gmail.com)  
<sup>2</sup>RS Charitas Hospital Belitang, [dionisiavenidwijayanti@gmail.com](mailto:dionisiavenidwijayanti@gmail.com)

### ABSTRAK

Missfile merupakan kekeliruan penempatan berkas rekam medis pada tempat yang semestinya di dalam rak penyimpanan. Berkas rekam medis yang disimpan secara teratur dan sistematis merupakan salah satu faktor yang berkaitan dengan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Apabila terjadinya misfile pemberian pelayanan kesehatan pada pasien akan menjadi lebih lama, dokter dan petugas kesehatan lainnya akan sulit untuk melihat riwayat penyakit pasien sebelumnya serta berkas rekam medis akan menjadi tidak berkesinambungan. Hal ini bertentangan dengan tujuan utama dari rekam medis di rumah sakit yaitu menunjang tercapainya tertip administrasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan metode kualitatif dengan rancangan penelitian study kasus (case study). Data di peroleh dari data berkas rekam medis yang misfile pada periode januari – maret 2022. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kejadian missfile pada periode januari – maret 2022 dari 4246 berkas rekam medis terdapat 18 berkas rekam medis yang missfile dengan presentase sebesar 0,42%. Hal ini juga di pengaruhi oleh beberapa factor yaitu dari aspek men kualitas petugas kurang serta tidak diadakan pelatihan dari aspek machine yaitu ruang penyimpanan sangat kecil serta rak yang sudah padat, dari aspek material masih jarang nya penggunaan tracer, dari aspek metode yaitu belum sesuai nya pelaksanaan dilapangan dengan SOP.

**Kata Kunci :** *missfile, man, matrial, metode, machine*

### ABSTRACT

*Missfile is a misplacement of medical record files in the proper place in the stored rack. Medical record files that are stored regularly and systematically is one of the factors related to efforts to improve the quality of the health services in hospitals. If the missfile of providing health services to patients will take longer, doctors and other health workers will find it difficult to view patient's previous diseases history and the medical record file will become discontinuous. This is contrary to the main purpose of medical record in hospitals, namely to support the achievement of administrative guidelines in an effort to improve the quality of hospitals health service. This research is a research using qualitative methods with a case study research design (case study). The data was obtained from missfile medical record files in the period januari – march 2022. The results showed that the incidence rate of misfiles in the period January – march 2022 from 4246 medical record files that were 18 medical record files that were missfile with a percentage of 0,42%, this is also influenced by several factors, namely from the aspect of men, the quality of the officers is lacking and there is no training from the machine aspect, namely the storage space is very small and the shelves are already crowded, from the material aspect, the use of tracer is still rare, from the method aspect, namely the unsuitability of implementation in the field with SOP.*

**Keywords:** *Missfile, Man, Matreial, Methode, Machine*

### PENDAHULUAN

Menurut Undang – undang RI No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang di pengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bernutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Demi terselenggaranya pelayanan rumah sakit yang baik maka perlu digunakannya rekam medis.

Huffman dalam buku (budi, 2011), rekam medis rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan kesehatan yang di berikan kepada pasien selama masa perawatan, yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperoleh serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan

diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya. Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertip administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Snars 2018).

Berkas rekam medis yang disimpan secara teratur dan sistematis merupakan salah satu faktor yang berkaitan dengan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam penyimpan berkas rekam medis harus mudah dalam akses pengambilannya sehingga tidak menghambat dalam memberikan pelayanan di rumah sakit Charitas Hospital Belitang (RSPB Charitas Belitang) beralamat Jl. Charitas No. 1 Tegak Rejo Kec Belitang Kab. OKU TIMUR Prov. SUMSEL. Berdiri sejak tanggal 15 September 1956. Rumah sakit ini merupakan pengembangan dari klinik bersalin dan klinik orang sakit menjadi Rumah sakit type D yang meliputi pelayanan IGD 24 Jam, dokter gigi umum, penyakit dalam, kandungan, syaraf, mata, anak, bedah, dan Ortopedi.

Berdasarkan studi pendahuluan dan wawancara kepada penanggung jawab rekam medis yang di lakukan oleh peneliti pada tanggal 05 Januari 2022 di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang, diperoleh informasi bahwa sistem penyimpanan sentralisasi. Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang terdapat masalah yang di hadapi adalah *missfile* atau kekeliruan penempatan berkas rekam medis yang tidak sesuai pada tempatnya. Dari wawancara di peroleh informasi dari 2325 terdapat 30 berkas rekam medis yang *missfile* pada bulan Desember dengan presentase 1,2%. Apabila terjadi *missfile*, pasien akan menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan riwayat penyakit pasien akan hilang serta tidak berkesinambungan sehingga dapat membuat petugas kesehatan sulit untuk melihat riwayat penyakit sebelumnya.

## **METODE**

### **JENIS PENELITIAN**

Metode dalam penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang menggunakan latar belakang alamiah dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi dan dilakukan dengan jalan melihatkan metode yang ada. Dalam penelitian kualitatif metode yang biasanya dimanfaatkan adalah wawancara, pengamatan dan pemanfaatan dokumen (Sugiyono, 2017).

### **TEMPAT PENELITIAN**

Tempat penelitian ini dilaksanakan di unit rekam medis Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang Jl. Charitas No. 1 Tegak Rejo Kec. Belitang Kab. Oku Timur Prov. SUMSEL

### **WAKTU PENELITIAN**

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari – maret 2022 di Rumah Sakit Charitas Belitang

### **POPULASI**

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang di teliti (Notoatmojo, 2014). Populasi subjek yang digunakan pada penelitian ini adalah petugas unit kerja rekam medis di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang sebanyak 5 petugas. Sedangkan populasi objek dalam penelitian ini adalah data berkas rekam medis yang salah simpan (*missfile*) pada bulan Januari – Maret 2022

### **SAMPLE PENELITIAN**

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2014).

- a. Sample subjek

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan peneliti untuk sample subjek menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah suatu metode pengambilan sample yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, melalui cirri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Pengambilan sample subjek berdasarkan pengamatan peneliti atas data yang dibutuhkan, petugas yang dianggap lebih mengetahui tentang rekam medis. Sample yang digunakan dalam peneliti ini ada 2 orang petugas rekam medis dibagian *filling* dan 1 petugas pendaftaran di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang.

b. Sample Objek

Sample objek yang digunakan dalam penelitian ini adalah data rekam medis yang salah simpan (*missfile*) pada bulan januari – maret 2022.

**DEFINISI OPERASIONAL**

Definisi operasional adalah penentuan konstrak atau sifat yang akan dipelajari sehingga menjadi variable yang dapat di ukur (Sugiyono, 2017).

**Tabel 1. Definisi Operasional**

No	Variable Penelitian	Definisi Operasional Penelitian
1	<i>Missfile</i>	Kekeliruan penempatan berkas rekam medis pada tempat yang semestinya di dalam rak penyimpanan.
2	<i>Man</i>	Segala hal permasalahan yang terkait dengan aspek tenaga kerja.
3	<i>Machine</i>	Segala hal permasalahan yang terkait dengan aspek peralatan.
4	<i>Material</i>	Segala hal yang berkaitan dengan ketersediaan bahan terkait dengan akar masalah.
5	<i>Method</i>	Segala hal permasalahan yang terkait dengan method dan prosedur kerja.
6	<i>Filling</i>	Ruang penyimpanan berkas rekam medis.
7	Frekuensi kejadian	Tinggi atau rendahnya tingkat kejadian <i>missfile</i> .
8	Upaya pengendalian	Usaha untuk memperbaiki permasalahan.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**HASIL PENELITIAN**

1. Banyaknya kejadian *missfile* berkas rekam medis

Berkas rekam medis yang disimpan secara teratur dan sistematis merupakan salah satu faktor yang berkaitan untuk upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Upaya pengendalian berkas rekam medis juga perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya *missfile*. *Missfile* adalah kekeliruan penempatan berkas rekam medis pada tempat yang semestinya di dalam rak penyimpanan (Huffman, 1994).

Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara yang dilakuka di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang peneliti mengetahui banyak nya kejadian *missfile* berkas rekam medis dalam periode januari – maret 2022. Dari hasil wawancara data berkas rekam medis yang *missfile*.

Oh iya kalau untuk berkas rekam medis yang *missfile* pada bulan januari – maret 2022 itu di buku ada 18 berkas rekam medis terus kalau untuk jumlah berkas yang digunakan pada bulan tersebut nanti bisa ditanyakan kepada kepala rekam medisnya  
**(Responden A)**

Pernyataan ini juga diperkuat oleh kepala rekam medisnya sebagai triangulasi sumber:

Dari data- data yang ada berkas rekam medis yang digunakan pada bulan januari – maret 2022 itu ada 4246 berkas rekam medis dan ada 18 berkas yang *missfile*.  
**(Triangulasi)**

Periode Januari – Maret 2022

Jumlah BRM <i>Missfile</i>	Jumlah BRM	Prosentase
18	4246	0.42%

Sumber data Skunder

$$\frac{\text{jumlah BRM MISSFILE}}{\text{JUMLAH BRM}} + 100\%$$

Berdasarkan hasil rekapitulasi perhitungan banyaknya kejadian *missfile* diatas didapatkan hasil prosentase 0.42% dari 4246 berkas rekam medis pada periode januari – maret 2022. Jika di lihat dari hasil prosentase ini menurun di bulan sebelumnya yaitu bulan Desember dimana ditemukan BRM *missfile* sebanyak 28 dari 2272 dengan prosentase 1,3%

2. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *men*

Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara faktor terpenting dari suatu pelaksanaan sistem untuk mencapai pelayanan kesehatan yang optimal adalah manusia. Dalam penyimpanan berkas rekam medis, sumber daya manusia adalah faktor yang sangat penting. Semua petugas harus mempunyai kesempatan untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan tentang pengetahuan rekam medis. Terjadinya *missfile* dari faktor manusia di pengaruhi oleh Kualitas Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara diperoleh informasi bahwa 2 (dua) petugas *filling* di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang bukan lulusan D3 rekam medis melainkan lulusan SMA. Dari kedua petugas tersebut belum pernah mengikuti pelatihan tentang rekam medis sehingga pengetahuan tentang rekam medis sangat kurang.

**Tabel 2. Karakteristik Petugas *filling***

Karakteristik	Petugas 1	Petugas 2
Umur	45	34
Tingkat pendidikan	SMA	SMA
Masa kerja	17 tahun	10 tahun
Unit kerja	<i>Filling</i>	<i>Filling</i>
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan



Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan petugas :

Untuk dari petugas *fillingnya* sendiri dari latar belakangnya kurang, soalnya mereka bukan dari lulusan D3 rekam medis jadi untuk pengetahuannya kurang Mas.

(Respondem C)

Dari pernyataan tersebut di perkuat dari triangulasi berikut:

Iya dari *filling* basicnya bukan dari D3 rekam medis hanya lulusan SMA, terus kalau untuk pelatihan sendiri belum pernah karna kita menganggap *filling* itu sederhana jadi kita belum ada yang pelatihan.

(Triangulasi)

3. Faktor terjadinya *missfile* dari aspek *machine*

*Machine* atau alat yang digunakan untuk memudahkan petugas rekam medis dalam melaksanakan penyimpanan berkas rekam medis. Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang belum ada alat untuk memudahkan dalam menyimpan berkas rekam medis. Di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang sudah menggunakan komputerisasi tetap petugas belum memahami cara menggunakan sim RS tersebut jadi berkas rekam medis masih menggunakan manual untuk pengecekan berkas rekam medisnya. Selain sistem nya yang manual rak penyimpanan berkas rekam medis juga sudah padat.

Berikut ini hasil wawancara peneliti dengan responden.

Disini sudah menggunakan sistem komputerisasi tetapi petugas masih menggunakan sistem manual, atau ditulis di buku ekspedisi kalau meminjam berkas rekam medis. Raknya juga padat mas karna muat rak nya Cuma sedikit.

(Responden)

Hal ini juga di perkuat oleh triangulasi bahwa ruang penyimpanan terlalu kecil untuk penyimpanan berkas rekam medis karna setiap harinya pasien baru terus bertambah.

Berikut ini hasil wawancara yang dilakukan peneliti dan triangulasi

Benar rak penyimpanan kita sudah roll o'pack tetapi berkas rekam medis sudah tidak muat lagi karna untuk berkas rawat inap kita masih manual belum SIM RS, untuk rajal kita sudah menggunakan SIM RS, sedangkan penyortiran berkas in aktif tidak berjalan.

(Triangulasi)

Keterangan diatas sudah sesuai dengan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang bahwa rak penyimpanan berkas rekam medis sudah penuh atau padat sehingga perlu penambahan rak berkas rekam medis.

**Tabel 3. Hasil Observasi**

No	Aspek yang di amati	Ya	Tidak
1.	Rak penyimpanan sudah padat	✓	

4. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *material*

Bahan adalah fasilitas yang digunakan untuk menunjang tujuan dalam pelaksanaan sistem penyimpanan berkas rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara peneliti kepada petugas di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang penggunaan *treacer* masih jarang digunakan

oleh petugas sebagai pengganti berkas yang keluar dari rak penyimpanan. Hal ini kurangnya pengetahuan petugas tentang *treacer*. Berikut ini hasil wawancara dengan responden

*Treacer* sudah ada sih mas tapi memang jarang di gunakan, *treacer* kita hanya kertas biasa jadi mudah robek kalau ditarik, terus jumlah nya tidak banyak jadi mudah kehabisan.

**(Responden)**

Ada tapi kadang petugas terburu-buru suka lupa pakai *treacer* jadi langsung ambil aja gitu.

**(Responden B)**

Pernyataan diatas juga diperkuat oleh pernyataan dari kepala unit rekam medis sebagai triangulasi:

Untuk *treacer* sendiri suda ada tapi hanya terbuat dari kertas biasa dan itu kita manual tulis tangan sendiri kaya namanya siapa ke siapa yang meminjam, tanggal berapa kita manual karena kita tidak ada mesin *treacer*. Jika ada yang meminjam berkas rekam medis kita menggunakan *treacer* itu lalu nanti kita kasih plastik bening mbak.

**(Triangulis)**

Dari keterangan tersebut juga sesuai dengan hasil observasi yang dilakukan peneliti bahwa *treacer* sudah ada:

No	Aspek yang diamati	Ya	Tidak
1	Ada <i>treacer</i> / alat petunjuk saat proses pengambilan berkas rekam medis	✓	

5. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *method*

Berdasarkan hasil dan wawancara di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang , sistem penomoran pasien yang digunakan adalah *unit numbering sistem* (UNS) yaitu memberikan hanya satu unit rekam medis kepada pasien baik pasien tersebut berobat jalan maupun rawat inap. Sistem penjajaran di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang menggunakan *Staight Numerical Filling* (SNF) yaitu sistem penyimpanan berkas rekam medis dengan menjajarkan berkas rekam medis berdasarkan urutan nomor rekam medisnya, contoh 00.12.11.99, 00.12.12.00, 00.12.12.01.

Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang sudah ada prosedur tetap atau SOP yang mengatur tentang penyimpanan berkas rekam medis hanya saja dalam penatalaksanaannya petugas belum sesuai dengan prosedur yg ada. Hasil wawancara dengan responden

Aturan penyimpanan itu sudah ada mas dan juga sudah di lakukan, emm Cuma kurang aja dalam pelaksanaannya.

**(Responden A)**

Sudah ada kok

**(Responden B)**

Dari pernyataan diatas juga diperkuat oleh pernyataan dari triangulasi bahwa memang sudah ada SOP yang mengatur tentang penyimpanan berkas rekam medis. Berikut wawancara peneliti dengan triangulasi.

Kalau untuk SPO yg di filling sudah ada tetapi untuk pelaksanaannya kurang, jadi karna ada beberapa petugas yg memang bukan dari rekam medis ya yang penting berkas itu kembali.

(Triangulasi)

6. Upaya untuk mengatasi *missfile* berkas rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian dari wawancara kepada petugas di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang upaya yang harus dilakukan dalam mengatasi *missfile* berkas rekam medis dengan dilakukannya kegiatan selisir pada rak penyimpanan untuk menimalisir salah simpan berkas rekam medis. Berikut ini wawancara yang dilakukan peneliti dengan petugas atau responden.

Yaaa... saat ini yang dilakukan dengan kegiatan selisir itu mas jadi kita ada jadwal sendiri untuk selisir mas.

(Responden A)

Apa yaa mas hehhe ya mungkin untuk petugasnya sendiri lebih teliti lagi sih dalam kerjanya ehmmm.. oh iya sama disini itu ada kegiatan selisir setiap seminggu sekali mas jadi ada jadwal orangnya sendiri

(Responden B)

Keterangan tersebut juga diperkuat oleh triangulasi upaya yang dilakukan dalam mengatasi *missfile* berkas rekam medis dengan melakukan kegiatan selisir berkas. Berikut ini wawancara peneliti dengan triangulasi:

Disini ada kegiatan selisir berkas satu satu kalau ada berkas yang tidak pada tempatnya kita kembalikan dan semisal ada trecer yang tertinggal kita ambil nah itu nanti ada laporannya.

(Triangulasi)

## PEMBAHASAN

1. Banyaknya kejadian *missfile* berkas rekam medis

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang, dari total 4246 berkas rekam medis terdapat 18 berkas rekam medis yang *missfile* dengan prosentase 0,42% yang mengakibatkan pelayan pasien terganggu. Hal ini bertentangan dengan tujuan rumah sakit yaitu menunjang tercapainya tertip administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit

2. Faktor penyebab terjadinya *missfile*

Hasil penelitian di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang bahwa petugas rekam medis tersebut berjumlah tiga belas orang, dari tiga belas rekam medis berjumlah dua orang yang memiliki gelar D3 rekam medis, sebelas orang lulusan SMA. Petugas filling merangkap kerjaan di pendaftaran.

3. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *machine*

Berdasarkan hasil penelitian tempat penyimpanan di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang menggunakan Rak Roll O'pack yang disusun keatas sehingga rak menjadi tinggi dan sulit dijangkau.

4. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *material*  
Material yang digunakan petugas rekam medis dalam pelaksanaan penyimpanan berkas rekam medis sudah tersedia di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang. Dari jawaban responden didapatkan hasil adanya bahan yang digunakan untuk mempermudah dalam penyimpanan berkas rekam medis yaitu *treceer*.
5. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *method*  
Berdasarkan hasil pengamatan di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitangada prosedur tetap atau SOP yang mengatur tentang penyimpanan berkas rekam medis namun petugas belum belum melaksanakan penyimpanan sesuai dengan prosedur sehingga hasil yang didapat masih kurang maksimal
6. Upaya untuk mengatasi *missfile* berkas rekam medis  
Upaya yang di lakukan Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang dalam mengatasi *missfile* berkas rekam medis yaitu dengan melakukan selisir berkas rekam medis secara bertahap sehingga menimalisir salah simpan.

## SIMPULAN

1. Tingkat kejadian *missfile* berkas rekam medis  
Tingkat kejadian *missfile* berkas rekam medis di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang dari berkas 4246 berkas pada periode januari – maret 2022 terdapat 18 berkas rekam medis yang *missfile* dengan prosentase 0,42%
2. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *men*  
Sumber daya manusia yang ada di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang khususnya *filling* hanya berjumlah dua orang dan bukan merupakan lulusan D3 rekam medis serta belum pernah memiliki pelatihan sehingga belum menguasai tentang rekam medis
3. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *machine*  
Rak penyimpanan di Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang menggunakan Roll O'pack yang sudah penuh karna belum adanya penyortiran berkas In-Aktif dan jarak roll O'pack sempit jadi sehingga sering menyebabkan petugas salah meletakkan berkas rekam medis pada rak seharusnya.
4. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *material*  
Sudah adanya pengadaan *treceer* namun hanya sedikit serta terbuat dari bahan kertas biasa dan mudah robek dan dilapisi plastik bening. Petugas masih jarang menggunakan *treceer* dikarenakan kurang memahami penggunaan *treceer* sendiri.
5. Faktor penyebab terjadinya *missfile* dari aspek *method*  
Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang menggunakan sistem penyimpanan sentralisasi, sistem penjajaran SNF dan masih ada kejadian file yang salah letak.
6. Upaya penyebab terjadinya *missfile* berkas rekam medis.  
Upaya yang dilakukan Rumah Sakit Charitas Hospital Belitang dengan melakukan selisir berkas rekam medis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Budi. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*, Yogyakarta: Quantum Sinergis Medis
- Notoadmojo. (2014). *Metedologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rhineka Cipta
- Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, 2018
- Sugiono. (2017). *Metode penelitian Kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Undang – undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009. *Tentang Rumah Sakit*, Jakarta. 2009

## ALUR PROSEDUR PENDAFTARAN PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT X TAHUN 2022

<sup>1</sup>Ongen Frihan Lopulalan\*, <sup>2</sup>Yunus Haryadi

<sup>1</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, [ongenfrihan231@gmail.com](mailto:ongenfrihan231@gmail.com)

<sup>2</sup>Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta,  
[Yunusharyadi.rsdm@gmail.com](mailto:Yunusharyadi.rsdm@gmail.com)

### ABSTRAK

Pendaftaran pasien Rawat Jalan adalah untuk memberikan pelayanan dari rumah sakit kepada masyarakat untuk mendapatkan kesejahteraan dalam bidang kesehatan. Pelayanan Rekam Medis merupakan salah satu pelayanan penunjang medis di rumah sakit yang menjadi dasar penilaian mutu pelayanan medik rumah sakit. Rekam medis pasien berisi informasi tentang catatan dan dokumen tentang identitas pasien, Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan cara pengumpulan data, dengan observasi, wawancara mendalam. Obyek Penelitian yaitu pelaksanaan Prosedur Pendaftaran Pasien di Rumah Sakit X. Analisis yang digunakan adalah deskriptif yaitu memaparkan hasil-hasil penelitian yang sesuai dengan keadaan sebenarnya dengan membandingkan teori yang terkait dalam penelitian, Hasil prosedur pendaftaran pasien Tempat pendaftaran pasien di RS.X menjadi satu antara rawat jalan dan rawat inap. tugas Pendaftaran pasien yaitu Menerima pendaftaran pasien yang akan berobat di rawat jalan/inap, Melakukan pencatatan pendaftaran (registrasi), Menyediakan dan mendistribusikan formulir-formulir rekam medis dalam folder dokumen rekam medis (DRM) bagi pasien yang baru pertama kali berobat (pasien baru) dan pasien yang datang pada kunjungan berikutnya (pasien lama).

**Kata Kunci : Prosedur, Pendaftaran, Pasien.**

### ABSTRACT

*Outpatient registration is to provide services from the hospital to the community to get welfare in the health sector. Medical Record Service is one of the medical support services in hospitals which is the basis for assessing the quality of hospital medical services. The patient's medical record contains information about records and documents regarding the patient's identity. In simple terms, outpatient services are medical services provided to patients not in the form of inpatient care. This type of research is qualitative by collecting data, by observation, and in-depth interviews. The object of the research is the implementation of the Patient Registration Procedure at Hospital X. The analysis used is to explain the results of the research that are in accordance with the actual situation by comparing the theories involved in the research. patient registration tasks, namely Receiving registration of patients who will seek treatment on the road/inpatient, recording registration (registration), providing care and distributing medical record forms in the medical record document (DRM) folder for patients who are receiving treatment for the first time (patients). new) and patients who came at the next visit (old patients).*

**Keywords: Procedure, Registration, Patient.**

### PENDAHULUAN

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Sedangkan fungsi dari Rumah Sakit itu sendiri adalah penyelenggaraan pengobatan dan pemulihan untuk pasien sesuai standart operasional prosedur rumah sakit sehingga memerlukan manajemen yang baik dalam pengelolaannya agar mendapatkan citra yang baik kepada masyarakat terhadap rumah sakit.

Dalam penerimaan pasien (orang yang membutuhkan pengobatan) datang ke rumah sakit, dimana rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis professional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (AHA Azwar 1996)

Sedangkan menurut permenkes No. 1045/MENKES/PER/XI/2006 Rumah Sakit adalah suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan jangka pendek dan jangka Panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitative untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera, dan melahirkan sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk tenaga kesehatan dan penelitian.

Isi rekam medis menurut Permenkes No 269 tahun 2008 pada sarana pelayanan kesehatan sekurang kurangnya memuat :

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu
3. Hasil anamnesa mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
5. Diagnosa
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan alat tindakan
8. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
9. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik dan
10. Persetujuan tindakan bila diperlukan

Adapun kami coba menjelaskan alur prosedur pendaftaran pasien rawat jalan yang datang ke rumah sakit X, dalam penerimaan berbagai pasien kita akan menghadapi berbagai kategori di lihat dari segi pelayanan rumah sakit yaitu :

1. Pasien yang dapat menunggu
2. Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat)

Menurut jenis kedatangannya pasien dapat dibedakan menjadi 2 diantaranya :

1. Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk berobat
2. Pasien lama adalah pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan berobat

Kedatangan pasien dapat terjadi karena :

1. Dikirim oleh dokter praktisi diluar rumah sakit
2. Dikirim oleh rumah sakit lain, puskesmas atau jenis pelayanan kesehatan lainnya
3. Datang atas kemauan sendiri

Prosedur penerimaan pasien rawat jalan adalah sebagai berikut :

Pasien baru diterima di tempat penerimaan pasien (bagian pendaftaran) dan akan di wawancarai oleh petugas guna mendapatkan data identitas pasien dengan mengisi kartu indeks utama pasien (kiup), sekaligus mendapatkan kartu berobat yang sudah diberi nomor yang akan digunakan sebagai kartu pengenalan yang harus dibawa setiap kunjungan atau berobat ulang ke rumah sakit yang sama.

Pengisian kartu indeks utama pasien (KIUP) meliputi :

1. Nama
2. Tempat tanggal lahir
3. Agama
4. Jenis kelamin
5. Pendidikan
6. Pekerjaan
7. No telepon

Ketika proses wawancara dan pengisian data pasien baru selesai, pasien akan diarahkan ke poliklinik yang di minta, kemudian setelah mendapat pelayanan yang cukup ada beberapa kemungkinan yang akan terjadi kepada pasien diantaranya :

1. Pasien boleh pulang
2. Pasien diberi surat perjanjian oleh petugas klinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang ditetapkan

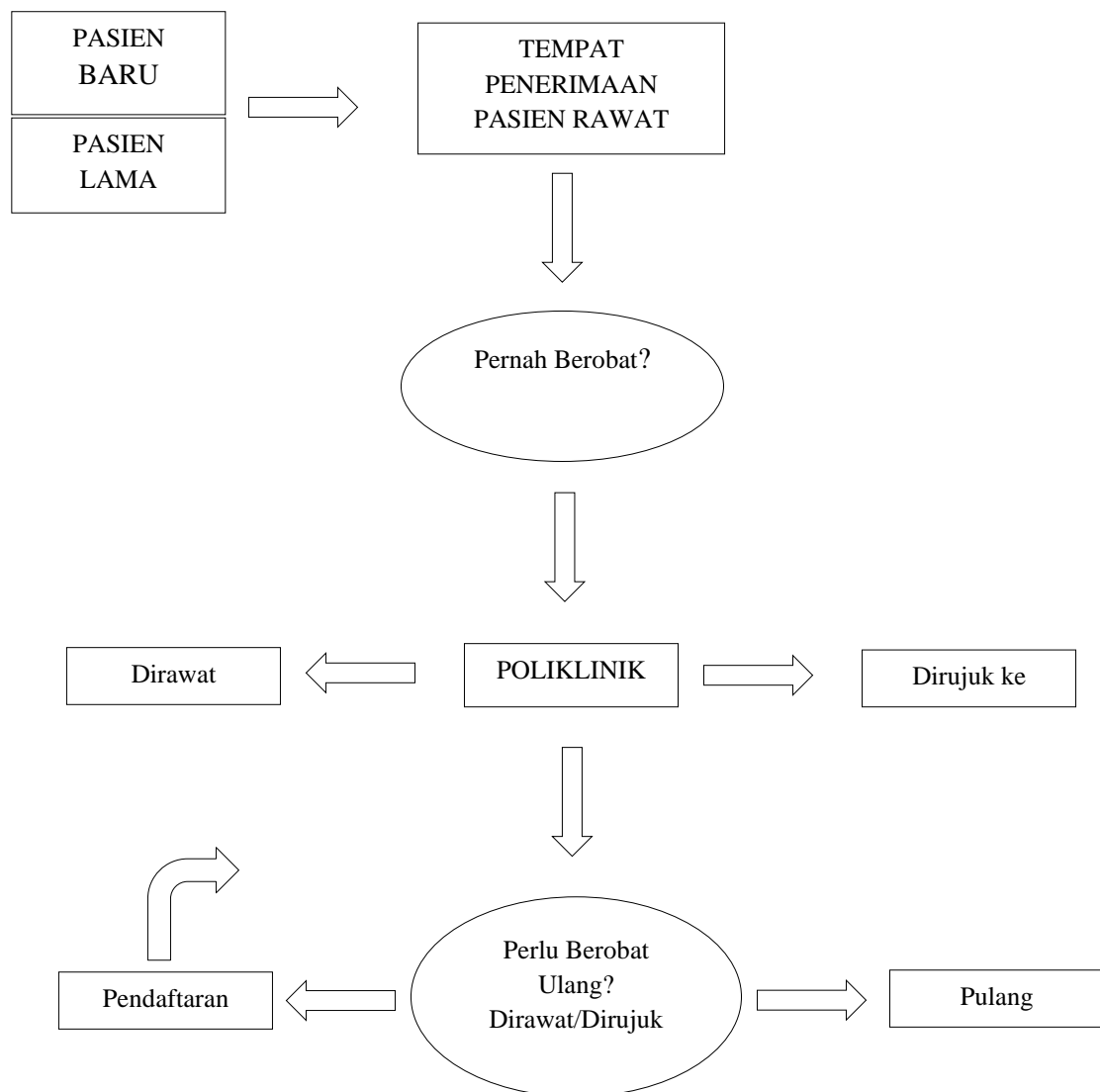
3. Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain
4. Pasien harus masuk ke ruang perawatan (di rawat)

Pasien lama

Pasien datang ke tempat penerimaan pasien (bagian pendaftaran) yang telah dibutuhkan atau poliklinik yang dituju pasien, pasien lama tidak menulis kartu indeks utama pasien (KIUP) karena sudah mempunyai kartu berobat yang sudah diberi nomor. Setelah proses pemeriksaan pasien ke poliklinik selesai maka pengambilan data /status rawat jalan diserahkan ke bagian pengelolaan data untuk dibuat laporan harian/database, setelah selesai data rawat jalan diserahkan ke petugas pengarsipan untuk di simpan secara berurutan sesuai dengan nomor yang ada dikartu berobat tersebut.

Untuk lebih jelasnya mengenai alur pendaftaran pasien rawat jalan dapat di lihat pada bagan ;

### ALUR PASIEN RAWAT JALAN





## METODE

### A. Jenis Penelitian

Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah metode deskriptif dan obyek penelitiannya adalah alur prosedur pelayanan pasien rawat jalan di rumah sakit X.

### B. Instrumen Penelitian

1. Pedoman Wawancara  
Pedoman wawancara adalah sekumpulan daftar pertanyaan yang digunakan peneliti untuk bertanya secara langsung kepada narasumber untuk memperoleh data atau informasi mengenai alur prosedur pelayanan pasien rawat jalan.
2. Pedoman Observasi  
Pedoman observasi yaitu sekumpulan daftar jenis kegiatan yang akan diamati nantinya untuk mendapatkan data berupa :
  - a. Pelaksanaan alur prosedur pelayanan
  - b. Jenis formulir dan buku catatan yang digunakan dalam pendaftaran
  - c. Persyaratan pendaftaran

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil

Tempat pendaftaran pasien merupakan tempat awal pelayanan rumah sakit yang dibuka setiap hari senin s/d jumat 08.00 – 12.00 WIT. Tempat pendaftaran terdiri-dari 2 loket yaitu loket pertama untuk pendaftaran pasien BPJS dan loket kedua untuk pendaftaran pasien umum. Adapun jumlah petugas pendaftaran terdiri-dari 3 petugas yaitu petugas satu bertugas dalam entry identitas pasien baru dan pasien lama ke sistem database komputer, petugas kedua bertugas sebagai pengelompokkan dokumen rekam medis sesuai poliklinik yang dituju, petugas ketiga bertugas sebagai penyimpanan dokumen rekam medis. Penelitian ini berdasarkan data-data yang mencakup tentang alur prosedur pelayanan pasien rawat jalan sebagai berikut :

1. Alur Prosedur Pendaftaran Pasien Baru
  - a) Pasien datang
  - b) Menanyakan identitas pasien secara lengkap untuk di catat pada formulir rekam medis rawat jalan dan kartu berobat
  - c) Mencatat identitas pada buku register penerimaan pasien baru.
  - d) Menyerahkan kartu berobat kepada pasien dengan pesan untuk di bawa kembali bila datang berobat berikutnya.
  - e) Menanyakan keluhan utama pasien dan mengarahkan pasien sesuai poliklinik yang yang dituju dan mempersilahkan pasien menunggu di ruang tunggu poliklinik yang sesuai.
  - f) Mengirim formulir rekam medis ke poliklinik yang sesuai.
2. Alur Prosedur Pendaftaran Pasien Lama
  - a. Menanyakan terlebih dahulu pasien membawa kartu berobat atau tidak.
  - b. Bila pasien membawa kartu berobat, maka dimintakan rekam medisnya di bagian filing/penyimpanan.
  - c. Bila pasien tidak membawa kartu berobat tanyakan identitasnya dan carikan nomor rekam medisnya di computer file indeks pasien.
  - d. Mencatat nomor rekam medis yang di temukan di file indeks pasien dan mintakan rekam medisnya di bagian filing/penyimpanan.
  - e. Mencatat identitas pasien pada buku penerimaan pasien lama.
  - f. Setelah akhir pelayanan kegiatan pendaftaran membuat laporan harian.

- g. Penggunaan nomor rekam medis, agar tidak terjadi duplikasi.

### **Pembahasan**

#### **Alur Prosedur Pendaftaran Pasien Rawat Jalan**

Alur prosedurnya sudah sesuai dalam pelaksanaannya yaitu apabila berkas pasien tidak ditemukan maka untuk menelusuri berkas itu kembali sangatlah sulit karena digunakan buku ekspedisi. Buku ekspedisi itu digunakan untuk membawa berkas ke poliklinik yang dituju dan mengembalikan kembali ke poliklinik setelah pasien mendapatkan pelayanan. Alur prosedurnya sudah sesuai dalam pelaksanaannya yaitu apabila berkas pasien tidak ditemukan maka untuk menelusuri berkas itu kembali sangatlah sulit karena digunakan buku ekspedisi. Buku ekspedisi itu digunakan untuk membawa berkas ke poliklinik yang dituju dan mengembalikan kembali ke poliklinik setelah pasien mendapatkan pelayanan.

Menurut (Rangkuti, 2006), Alur Pelayanan Rawat Jalan adalah proses urutan pelayanan pasien di rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan ketentuan yang berlaku. Dalam dimensi ini, pemberi jasa dituntut untuk menyediakan jasa yang mudah dipahami. Jasa yang diberikan jangan sampai mengalami kegagalan, dengan kata lain jasa tersebut selalu baik.

### **SIMPULAN**

Alur prosedur pelayanan pasien sudah sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) rawat jalan. Akan tetapi, apabila data-data pasien lama rawat jalan tidak ditemukan diruang filing serta pendistribusian dokumen juga masih lama maka akan menyebabkan pelayanan poliklinik terhambat dan pasien menunggu terlalu lama.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Arief, M. (2009). *“Pengantar Metodologi Penelitian Untuk Ilmu Kesehatan”*. Surakarta: Sebelas Maret University Press. Hal 53-4.
- Budiarto, 2001  
Departemen Kesehatan RI. Hal 3
- Depkes, RI. (1991). *“Petunjuk Teknik Penyelenggaraan Rekam Medis”*. Jakarta:Departemen Kesehatan RI. Hal
- Depkes, RI. (1991). *“Petunjuk Teknik Penyelenggaraan Rekam Medis”*. Jakarta:  
Jakarta : Kemenkes RI, Hal 1
- Kemenkes, RI. (2010). *“Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2010”*.
- Notoadmojo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Permenkes RI Nomor: 269/MENKES/PER/III/2008. Jakarta: Menteri Kesehatan

## ALUR PROSEDUR PENGEMBALIAN DOKUMEN REKAM MEDIS POLIKLINIK KESEHATAN IBU DAN ANAK DI PUSKESKAMS MARIAT KABUPATEN SORONG

<sup>1</sup>Estevina Inggabauw\*, <sup>2</sup>Savebriani S Dahar

<sup>1</sup>Universitas Duta Bangsa Surakarta, [estevinainggabauw@gmail.com](mailto:estevinainggabauw@gmail.com)

<sup>2</sup>Universitas Duta Bangsa Surakarta, [febydhr@gmail.com](mailto:febydhr@gmail.com)

### ABSTRAK

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Ketetapan pengembalian Berkas Rekam Medis di Puskesmas merupakan salah satu unsur yang mempengaruhi kualitas kinerja unit Rekam Medis serta pelayanan. Tujuan dari penelitian adalah menganalisis faktor penyebab keterlambatan pengembalian berkas rekam medis rawat jalan di Puskesmas Mariat Kabupaten Sorong. Keterlambatan pengembalian berkas rekam medis dapat mempengaruhi pelayanan rekam medis dan akan menghambat kegiatan selanjutnya, seperti kegiatan assembling, koding, analisis, indeks. Pengembalian berkas rekam medis rawat jalan. Dan sistem pengembalian dokumen rekam medis harus sesuai dengan SOP, memberikan motivasi kerja dan sering melakukan sosialisasi SOP terkait pengembalian berkas rekam medis rawat jalan.

**Kata Kunci:** Keterlambatan, pengembalian, Berkas Rekam Medis

### ABSTRACT

Community Health Center (Puskesmas) is a service facility health that organizes public health efforts and first-level individual health efforts, with more prioritizing promotive and preventive efforts, in order to achieve the highest level of public health in its working area. The accuracy of returning record files medical services at the puskesmas is one of the elements that affect the quality of the performance of the medical record unit as well as service. The purpose of the research is to analyze Factors causing delays in returning outpatient medical record files in Puskesmas mariat kabupaten sorong. Delays in returning medical record files can affect medical record services and will hinder further activities, such as assembling, coding, analysis, indexing. Return of outpatient medical record files. And the system for returning medical record documents must comply with the SOP. provide work motivation and often carry out SOP socialization related to the return of outpatient medical record files.

**Keywords:** Delay, return, Medical Record File

### PENDAHULUAN

Keterlambatan pengembalian berkas rekam medis dapat mempengaruhi pelayanan rekam medis dan akan menghambat kegiatan selanjutnya, banyak terjadi keterlambatan pengembalian berkas rekam medis di puskesmas mariat kabupaten sorong. Salah satu penyebab dari permasalahan keterlambatan terjadi di poliklinik Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA).

Klinik KIA merupakan Klinik yang menyediakan pelayanan kesehatan yang optimal kepada seluruh pasien KIA. Klinik KIA merupakan klinik yang mengkhususkan pelayanan ibu dan anak, dimana membantu manusia untuk melahirkan generasi yang hebat untuk Indonesia. Namun keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dapat mengakibatkan petugas rekam medis kesulitan dalam mencari berkas rekam medis.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Isi rekam kesehatan dibagi dalam data administratif dan data klinis, sedangkan isi (data atau informasi) rekam kesehatan dipengaruhi oleh bentuk pelayanan kesehatan, bentuk klasifikasi jenis pelayanan, serta bentuk status kepemilikan sarana kesehatan pasien (Menkes, 2008)

karena pentingnya kegunaan rekam medis dan karena keterlambatan waktu pengembalian rekam medis maka mempersulit pelaksanaan petugas assembling dan coding. Maka dari itu berkas rekam medis pasien dikembalikan ke unit rekam medis, setelah pasien pulang secara lengkap dan benar (Depkes, 2006)

Kelengkapan berkas rekam medis sangat berpengaruh terhadap ketepatan pengembalian. Berdasarkan hasil observasi terdapat banyak berkas rekam medis yang proses pelengkapan berkas rekam medis oleh perawat dan ada juga berkas rekam medis yang s (Herfiyanti, 2019).

#### **METODE**

Penelitian yang dilakukan menggunakan jenis metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif pengumpulan data yang dikumpulkan dari poli klinik Klinik Kesehatan Ibu dan Anak yang menyebabkan keterlambatan pengembalian berkas rekam medis. Yang mengakibatkan pasien datang kembali untuk berobat ke poli klinik Kesehatan Ibu dan Anak ( KIA) dan mendaftar melalui pendaftaran. Namun saat petugas rekam medis mencari berkasnya pasien tidak di temukan dikarekan keterlambatan pengembalian berkas rekam medis pasien dari poli klinik Kesehatan Ibu dan Anak(KIA)

#### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Hasil dari penelitian bahwa keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dari poli klinik Kesehatan Ibu dan Anak ( KIA) di sebabkan sebagai berikut

- Jarak ruangan yang di tempuh dari bagian pendaftaran ke polik Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di sebabkan karena gedungnya terpisah.
- Petugas di klinik Kesehatan Ibu Dan Anak ( KIA) hanya 3 orang dan yang mengentri data dalam aplikasi primary care hanya 1 orang

#### **PEMBAHASAN**

Peneliti membahas tentang kerambatan pengembalian dokumen rekam medis dari poli klinik Kesehatan Ibu dan Anak ( KIA) ke bagian rekam medis sebagai berikut :

- Kendala pengembalian dokumen rekam medis
- Pengentrian data yang di lakukan hari berikutnya

#### **SIMPULAN**

Peneliti menyimpulkan bahwa keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis dari poli klinik Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sebagai berikut:

- Dalam pengentrian harus jalan sesuai prosedur
- Pelayanan harus sesuai dengan prosedur
- Pengertian data harus di lakukan pas pasien sudah selesai berobat
- Agar berkas rekam medis di kembalikan pada hari itu juga

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Permenkes, R. I. (2008). No 269/Menkes/Per/III/2008, tentang Rekam Medis. Jakarta: Menteri Kesehatan Reupublik Indonesia.
- Depkes, R. I. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Herfiyanti, L. (2019). Pengaruh Kelengkapan Pengisian Formulir Informed, Consent Anestesi Pasien Rawat Inap, Terhadap Pemenuhan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS- 1) HPK 5.2 di Rumah Sakit Umum Pindad Bandung

## TINJAUAN LAMA WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP BERDASARKAN STANDAR PELAYANAN MINIMAN (SPM) DI RS.BUKIT ASAM MEDIKA TANJUNG ENIM TAHUN 2022

<sup>1</sup>Septian Prawira\*, <sup>2</sup>Rizky Tarigan

<sup>1</sup>Program Studi D3 Rekam medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, septianprawira2109@gmail.com

<sup>2</sup>Unit Rekam Medis, Klinik Pratama Bukit Asam, rizkytarigan2341@gmail.com

### ABSTRAK

Penyediaan dokumen rekam medis adalah merupakan salah satu bagian pelayanan rekam medis. Menurut hasil penelitian awal di RS. Bukit Asam Medika Tanjung Enim, diketahui lama waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap melebihi SPM < 15 menit, yang berdampak pada lamanya waktu tunggu pasien. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor dan rata-rata lama waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap. Jenis penelitian ini observasional dengan pendekatan deskriptif yaitu mengumpulkan data dengan melakukan pengamatan secara langsung terhadap sampel penelitian, penyajian data secara narasi. Populasi penelitian ini adalah pasien yang akan di rawat inap, sampel 14 pasien. Teknik sampling yang digunakan adalah non probability sampling dengan jenis consecutive sampling. Data diolah secara univariat. Hasil analisa univariat diketahui faktor-faktor mempengaruhi waktu penyediaan dokumen rekam medis yaitu processing time rata-rata 2.37 menit karena tidak adanya nomor antrian pendaftaran, waiting time rata-rata 4.47 menit karena tidak adanya SOP pengisian dokumen rekam medis, storage time rata-rata 4.29 menit karena tidak adanya buku ekspedisi, inspection time rata-rata 1.57 menit karena tidak berjalanya assembling dan moving time rata-rata 4.33 menit karena tidak adanya sarana dalam distribusi dokumen rekam medis dan total waktu penyediaan dokumen rekam medis rata-rata yaitu 17.01 menit. Diharapkan pembuatan nomor antrian pendaftaran, pembuatan SOP pengisian dokumen rekam medis, Pembuatan buku ekspedisi, melakukan assembling dan menyediakan saran untuk distribusi dokumen rekam medis.

**Kata kunci : cycle time, SPM waktu penyediaan dokumen rekam medis.**

### ABSTRACT

Provision of medical record documents is one part of the medical record service. According to the results of preliminary research at the RS. Bukit Asam Medika Tanjung Enim, it is known that the length of time for providing inpatient medical record documents exceeds the SPM < 15 minutes, which has an impact on the length of patient waiting time. The purpose of this study was to determine the factors and the average length of time for providing inpatient medical record documents. This type of research is observational with a descriptive approach, namely collecting data by making direct observations of the research sample, presenting the data in a narrative manner. The population of this study is patients who will be hospitalized, a sample of 14 patients. The sampling technique used is non probability sampling with consecutive sampling type. The data is processed univariately. The results of the univariate analysis show that the factors that affect the time of providing medical record documents are processing time on average 2.37 minutes because there is no registration queue number, waiting time on average 4.47 minutes because there is no SOP for filling out medical record documents, storage time on average 4.29 minutes due to the absence of an expedition book, an average inspection time of 1.57 minutes due to the absence of assembling and an average moving time of 4.33 minutes due to the absence of facilities in the distribution of medical record documents and the total time of providing medical record documents on average is 17.01 minutes. It is expected that registration queue numbers will be made, SOPs for filling out medical record documents are made, expedition books are made, assembling and providing advice for the distribution of medical record documents.

**Keywords : cycle time, SPM when providing medical record documents.**

## **PENDAHULUAN**

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan serta gawat darurat (SK Menteri RI No.340/PER/III, 2010).

Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis pada pasal 1, menjelaskan rekam medis adalah dokumen yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis juga sangat berguna sebagai bukti tertulis atas tindakan pelayanan terhadap seseorang pasien, juga mampu melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit serta dokter dan tenaga kesehatan lainnya, apabila dikemudian hari terjadi suatu hal yang tidak diinginkan menyangkut rekam medis pasien.

Menurut Nongki dalam Indra Sudraja (2014) Tentang penyelenggaraan rekam medis, disebutkan bahwa rekam medis pada sebuah institusi pelayanan kesehatan atau rumah sakit merupakan salah satu indikator penting menyangkut mutu pelayanan pada lembaga tersebut. Penyediaan dokumen rekam medis merupakan bagian dari pelayanan yang memiliki peranan sangat penting, karena termasuk kedalam indikator pelayanan rekam medis dan bagian dari standar pencapaian mutu atau kinerja rumah sakit di bagian rekam medis berdasarkan (Permenkes 129, 2008).

Menurut Sabarguna dalam Firzah Dika (2015 : 52), pelayanan yang cepat dan tepat merupakan keinginan semua konsumen baik pemberi pelayanan maupun penerima pelayanan. Kecepatan penyediaan dokumen rekam medis di rawat inap juga dapat menjadi salah satu indikator mutu dalam mengukur kepuasan pasien. Semakin cepat dokumen rekam medis pasien rawat inap sampai ke rawat inap maka semakin cepat juga pelayanan yang akan diberikan kepada pasien. Standar waktu penyediaan dokumen rekam medis di mulai sejak pasien melakukan registrasi pendaftaran sampai dokumen rekam medis di distribusikan ke rawat inap dan siap digunakan.

Berdasarkan observasi awal kepuasan pasien berbanding lurus dengan waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap semakin cepat penyediaan dokumen rekam medis maka semakin puas pasien terhadap pelayanan yang ada di rumah sakit. Kepuasan pasien adalah tingkat perasaan seorang pasien apabila pelayanan kesehatan yang dia dapatkan/rasakan sesuai dengan harapannya.

Lama waktu penyediaan Dokumen Rekam Medis dapat mempengaruhi mutu pelayanan di suatu rumah sakit atau pelayanan kesehatan. Peraturan menteri kesehatan 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai dokumen rekam medis disediakan dan siap digunakan pasien. Standar waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap berdasarkan SPM yaitu  $\leq 15$  menit. Mutu pelayanan rumah sakit merupakan derajat kesempurnaan pelayanan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai standar pelayanan minimal rumah sakit.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit merupakan suatu ketentuan- ketentuan bagi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam rangka usaha pemerintah untuk menjamin kualitas pelayanan rumah sakit. Standar Pelayanan Minimal ini dapat digunakan sebagai pedoman kualitas pelayanan, mengukur pencapaian mutu atau kinerja yang akan di capai pada rumah sakit di Indonesia, dimana setiap Rumah Sakit diwajibkan untuk melakukan penilaian dan memberikan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal tersebut. Untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan di Rumah Sakit perlu diatur Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.



Menurut Depkes RI (2007), pelayanan rekam medis merupakan bagian dari program pengendalian mutu rumah sakit, untuk itu harus ada prosedur baik untuk menilai kualitas pelayanan dan menanggulangi masalah yang timbul. Kualitas adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan atau sesuai dengan persyaratan (Soeherman 2018 : 112).

Penyediaan dokumen rekam medis rawat inap terbagi menjadi penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap baru yaitu dokumen rekam medis pasien akan di buat secara langsung pada saat pendaftaran dan dokumen rekam medis akan langsung di dapatkan dan di distribusikan ke ruangan rawat inap. Dan penyediaan dokumen rekam medis rawat inap pasien yaitu penyediaan dokumen rekam medis akan di pengaruhi oleh faktor cycle time atau tahapan penyediaan dokumen rekam medis dimana tahap dimulai dari register awal atau pendaftaran, tempat penyimpanan dokumen untuk pengambilan dokumen rekam medis dan pendistribusian dokumen rekam medis (Raja dan Haksama 2014: 42).

Menurut Penelitian Adi Raja dan Setya Haksama di RSU Haji Surabaya (2014), tentang faktor-faktor penyebab keterlambatan waktu penyediaan dokumen rekam medis, Penyediaan dokumen Rawat inap di pengaruhi cycle time, cycle time meliputi 5 tahapan yaitu processing time merupakan proses pendaftaran dokumen pasien rawat inap untuk mendapatkan pelayanan pada rumah sakit, Waiting time merupakan proses dalam pengisian dokumen rekam medis atau pencatatan dokumen rekam medis pasien rawat inap lama, storage time dalam hal ini storage time mengambil peran dalam hal pengambilan kembali dokumen rekam medis pasien rawat inap yang dipengaruhi oleh sistem penyimpanan dan penjajaran, inspection time merupakan proses pengecekan kelengkapan isi pada dokumen rekam medis serta penambahan formulir kosong sesuai kebutuhan berobat pasien, dan moving time merupakan proses penyediaan dokumen rekam medis dari bagian penyimpanan ke bagian rawat inap lama atau pendistribusian.

Penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap , apabila dalam penyediaan dokumen rekam medis dan melebihi dari SPM yaitu 15 menit maka akan membuat waktu tunggu dalam penyediaan dokumen rekam medis pasien, sehingga dampak yang akan timbul akibat lamanya penyediaan dokumen yaitu berdampak kepada pasien dan rumah sakit itu sendiri, bagi pasien dampaknya lama nya waktu tunggu pasien sehingga kepuasan pasien menurun terhadap pelayanan rumah sakit, pelayanan dan penanganan terhadap pasien hingga dapat membahayakan bagi pasien atau kondisi pasien. Dampak untuk rumah sakit sendiri adalah menurunnya tingkat kepuasan pasien yang akan mengakibatkan standar mutu pelayanan yang kurang baik, tidak tercapainya standar pencapaian kinerja pelayanan pada rumah sakit khususnya pada bagian penyediaan dokumen rekam medis dan berkurangnya jumlah pasien pada rumah sakit sehingga menyebabkan kerugian secara finansial bagi rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian Indra Sudrajat (2014 : 82) di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis ditemukan bahwa kecepatan penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan dengan jumlah penyediaan dokumen cepat sebanyak 35 dokumen (39,77%) dan penyediaan dokumen rekam medis yang lambat sebanyak 53 dokumen 60,23% dari jumlah responden 88, dan diketahui rata – rata penyediaan dokumen rekam medis sekitar 20 menit. Maka diketahui bahwa keterlambatan dalam penyediaan dokumen rekam medis pasien masih menjadi suatu permasalahan yang sering terjadi di suatu rumah sakit. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan ketika Penelitian di RS. Bukit Asam Medika Tanjung Enim 28 Mei –14 Juni 2022, didapatkan bahwa lama waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap di RS. Bukit Asam Medika lebih dari 15 menit.

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa di RS. Bukit Asam Medika tidak memiliki SOP (Standar operasional prosedur) atau aturan khusus penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap dan tidak adanya alur penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap. Berdasarkan hasil wawancara awal yang dilakukan kepada pasien tentang kepuasan pasien terhadap waktu lama



penyediaan dokumen rekam medis di RS. Bukit Asam Medika di dapatkan hasil dari 10 orang pasien rawat inap 8 orang mengaku tidak puas dan 2 orang mengaku puas terhadap waktu penyediaan dokumen rekam medis pada RS. Bukit Asam Medika. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap di RS. Bukit Asam Medika Tanjung Enim Tahun 2022.

## **METODE**

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara observasi, pengamatan, dan pengukuran terhadap variabel yang diteliti. Dengan menggunakan rancangan penelitian deskriptif dengan pendekatan Kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien yang akan di rawat inap. Rata-rata perminggu sebanyak 105 pasien rawat inap di RS. Bukit Asam Medika Tahun 2022. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 14 pasien. Teknik pengambilan sampel Sampel penelitian ini menggunakan teknik pengambilan Non probability sampling dengan jenis Cosencutive sampling adalah semua pasien yang akan di rawat inap dan memenuhi kriteria pemilihan penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah sampel yang di butuhkan terpenuhi. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu Lembar Observasi, Stopwatch dan SPM penyediaan DRM rawat inap. penelitian dilakukan di Rumah Sakit Bukit Asam Medika Tanjung Enim. Penelitian ini di lakukan pada bulan Mei 2022.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Distribusi frekuensi waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap berdasarkan faktor processing time( pendaftaran pasien) rawat inap .**

Processing time merupakan proses pendaftaran dokumen pasien rawat inap untuk mendapatkan pelayanan pada rumah sakit, waktu yang digunakan untuk mendaftarkan pasien yaitu 2 menit. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dari 14 pendaftaran dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan waktu pendaftaran dokumen rekam medis pasien rawat inap yang didaftarkan mayoritas lambat sebanyak 5 pendaftaran dokumen pasien atau 67.9% pendaftaran dokumen rekam medis pasien rawat inap didaftarkan lambat dan 9 pendaftaran dokumen pasien atau 32.1% pendaftaran dokumen rekam medis pasien rawat inap didaftarkan cepat. Dengan rata-rata waktu pendaftaran pasien yaitu 2.37 menit. Berdasarkan hasil observasi di ketahui penyebab lambatnya pendaftaran pasien rawat inap di Rumah Sakit Bukit Asam Medika Tanjung Enim, diantaranya yaitu pasien yang mendaftar rawat inap tidak membawa kartu identitas berobat (KIB), tidak adanya nomor antrian pasien rawat inap, sistem pendaftaran pasien rawat inap masih menggunakan sistem manual dan tidak adanya alur atau prosedur pendaftaran pasien rawat inap, selain itu faktor penggunaan bahasa daerah, sehingga sulit untuk melakukan komunikasi. Kartu identitas berobat (KIB) berguna sebagai bukti bahwa pasien sudah pernah berkunjung sebelumnya dan tercatat sebagai pasien lama. Dikarenakan banyaknya pasien tidak membawa KIB, yang membuat petugas kesulitan dalam Melacak nomor rekam medis pasien dan menyulitkan petugas untuk melakukan pendaftaran pasien rawat inap. Menurut Rano Indradi S (2014), kartu indek utama pasien (KIUP) sebagai catatan dan sumber informasi bagi petugas untuk mengetahui nomor rekam medis pasien saat berkunjung ulang tetapi tidak membawak KIB. Alur penyediaan dokumen rekam medis menggambarkan tentang penerimaan pasien tahapan-tahapan pelayanan dari awal pasien datang sampai pelayanan berakhir atau pulang dari suatu fasilitasi pelayanan kesehatan (Budi, 2011). Menurut Permenkes RI

No.2052/Menkes/Per/X/2011 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, standar prosedur operasional (SOP) adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu yang memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi. Oleh karena itu pihak rumah sakit Sebaiknya membuat nomor antrian pada tempat pendaftaran sehingga pasien mendaftar dengan tertib pada tempat pendaftaran, membuat SOP dan alur pada tempat pendaftaran sehingga petugas memiliki panduan dalam melakukan tugas pada tempat pendaftaran dan menerapkan sistem elektronik untuk mempermudah petugas dalam mendaftarkan pasien yang akan dirawat inap di Rumah Sakit Bukit Asam Medika Tanjung Enim.

## **2. Distribusi frekuensi waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap berdasarkan faktor Waiting time (pengisian dokumen rekam medis pasien ) rawat inap.**

Waiting time merupakan proses dalam pengisian dokumen rekam medis rawat inap atau pencatatan dokumen rekam medis pasien rawat inap, waktu yang digunakan untuk pengisian atau pencatatan yaitu 3 menit. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dari 14 pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap , dengan waktu pengisian dokumen Rekam medis pasien rawat inap mayoritas lambat yaitu 12 pengisian dokumen pasien atau 89.3% waktu pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap lambat dan 2 pengisian dokumen pasien atau 10.7% waktu pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap cepat. Dengan rata-rata waktu pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap yaitu 4.37 menit.

Berdasarkan hasil observasi diketahui penyebab lambatnya waktu pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Bukit Asam Medika Tanjung Enim, disebabkan oleh lamanya petugas dalam pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap dikarenakan tidak adanya sop pengisian dokumen rekam medis dan kendala komunikasi dikarenakan penggunaan bahasa daerah.

Menurut Permenkes RI No.2052/Menkes/Per/X/2011 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, standar prosedur operasional (SOP) adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu yang memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi. Oleh karena itu pihak rumah sakit Sebaiknya membuat SOP pengisian dokumen rekam medis dan mengawasi pelaksanaan SOP sehingga petugas mengikuti SOP yang telah ditetapkan, serta penggunaan bahasa Indonesia untuk mempermudah komunikasi dalam pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap. Distribusi frekuensi waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap berdasarkan faktor Storage time (pengambilan dokumen rekam medis pasien ) rawat inap. Waktu penyimpanan merupakan tempat penyimpanan (filling) dokumen rekam medis dalam hal ini mengambil peran dalam hal pengambilan kembali dokumen rekam medis pasien yang dipengaruhi oleh sistem penyimpanan dan penjajaran. Pengambilan kembali dokumen rekam medis atau retrieval adalah kegiatan pengambilan dokumen rekam medis dari rak penyimpanan (filling) berdasarkan permintaan pasien yang datang berobat atau mendapatkan pelayanan kesehatan, waktu yang dibutuhkan dalam pengambilan dokumen rekam medis yaitu 4 menit. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dari 14 pengambilan dokumen rekam medis pasien rawat inap , dengan waktu pengambilan dokumen rekam medis pasien rawat inap mayoritas lambat yaitu 8 pengambilan dokumen pasien atau 60% pengambilan dokumen rekam medis lambat dan 6 pengambilan

dokumen pasien atau 40% pengambilan dokumen rekam medis cepat pada tempat penyimpanan dokumen rekam medis (filling). Dengan rata-rata waktu pengambilan dokumen rekam medis pasien rawat inap yaitu 4.19 menit. Berdasarkan hasil observasi diketahui penyebab lambatnya pengambilan dokumen rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Bukit Asam Medika Tanjung Enim petugas dalam pencarian dokumen rekam medis pasien dikarenakan dokumen rekam medis tidak tersusun dengan rapi pada rak Penyimpanan dan sistem penjarangannya tidak beraturan, dengan posisi dokumen rekam medis yang tertidur (horizontal) sehingga menyulitkan petugas dalam menemukan dokumen rekam medis. Serta terdapat dokumen rekam medis yang tidak ada pada tempatnya dan tidak diketahui di mana tempatnya, hal ini karena tidak terdapat buku ekspedisi pengeluaran dokumen rekam medis dari ruangan penyimpanan. Buku ekspedisi berguna untuk petunjuk keluar untuk mengetahui dan memonitor dokumen rekam medis yang sedang di pinjam maupun yang sudah dikembalikan pada tempat penyimpanan (Depkes RI, 1991).

Berdasarkan hasil penelitian Siska S (2017) di RS Rafflesia Bengkulu, di dapatkan bahwa sistem penjarangan di RS Rafflesia Bengkulu masih tidak beraturan sehingga menyulitkan petugas untuk menemukan dokumen rekam medis sesuai dengan nomor rekam medisnya. Untuk mempermudah petugas dalam pengambilan dokumen rekam medis pasien petugas bagian filling harus mengurutkan nomor rekam medis sesuai dengan nomor rekam medisnya dan merubah posisi dokumen rekam medis yang sebelumnya tertidur (horizontal) menjadi berdiri (vertical) agar mempermudah dalam proses pengambilan dokumen rekam medis pasien rawat inap. Oleh karena itu Sebaiknya petugas bagian filling mengurutkan nomor rekam medis sesuai dengan nomor rekam medisnya dan merubah posisi dokumen rekam medis yang sebelumnya tertidur (horizontal) menjadi berdiri (vertikal) agar mempermudah dalam proses pengambilan dokumen rekam medis. Dan diharapkan membuat buku ekspedisi untuk pengeluaran dokumen rekam medis pada tempat penyimpanan sehingga mengurangi terjadinya kehilangan dokumen rekam medis.

### **3. Distribusi frekuensi waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap berdasarkan faktor Inspection time (pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis pasien) rawat inap.**

Inspection time merupakan proses pengecekan kelengkapan isi pada dokumen rekam medis serta penambahan formulir kosong sesuai kebutuhan berobat pasien, kemudian petugas mengentrikan atau menulis di buku peminjaman dokumen rekam medis sebagai bukti peminjaman dokumen, waktu yang digunakan dalam pengecekan kelengkapan isi dokumen rekam medis yaitu 2 menit. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dari 14 pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap, waktu pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap mayoritas cepat, yaitu 11 pengecekan kelengkapan dokumen pasien atau 78.6% pengecekan dokumen pasien lambat dan 3 pengecekan kelengkapan dokumen pasien atau 21.4% pengecekan kelengkapan dokumen rekam pasien rawat inap lambat. Dengan rata-rata waktu pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap lama yaitu 1.47 menit.

Berdasarkan hasil observasi diketahui penyebab lambatnya pengecekan dokumen rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Bukit Asam Medika yaitu tidak berjalanya assembling sehingga dokumen rekam medis di simpan dalam keadaan tidak lengkap. Berdasarkan penelitian Adi Raja (2014), bahwa lamanya waktu pengecekan dokume rekam medis di pengaruhi oleh ketidak lengkapan isi dokumen rekam medis pasien dikarenakan fungsi Assembling belum berjalan dengan baik pada rumah sakit.

Menurut Savitri Citra B (2011) Assembling berfungsi untuk merakit atau menyusun kembali dokumen rekam medis serta pengecekan kelengkapan isi dokumen rekam medis pasien

sebelum disimpan. Oleh karena itu sebaiknya di Rumah Sakit Bukit Asam Medika Tanjung Enim menjalankan fungsi assembling sehingga isi dokumen rekam medis pasien tersusun dengan rapi dan terjaga kelengkapan isi dokumen rekam medis nya sebelum di simpan pada tempat penyimpanan (filling).

#### **4. Distribusi frekuensi waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap berdasarkan factor Moving time ( Distribusi dokumen rekam medis pasien) rawat inap.**

Moving time merupakan proses penyediaan dokumen rekam medis dari bagian penyimpanan ke bagian rawat inap atau distribusi, waktu yang digunakan dalam mendistribusikan dokumen rekam medis rawat inap lama yaitu 4 menit. Distribusi adalah proses pengiriman dokumen rekam medis ke ruang rawat inap yang dituju untuk dilakukan pelayanan kesehatan, distribusi atau pengiriman dokumen rekam medis dilakukan setiap kali ada permintaan dari TPP (tempat pendaftaran pasien), berdasarkan keinginan yang dituju (Septiani, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dari 14 distribusi dokumen rekam medis pasien rawat inap , dengan waktu distribusi dokumen rekam medis pasien rawat inap mayoritas cepat yaitu 9 distribusi dokumen pasien atau 67.9% distribusi dokumen pasien cepat dan 5 distribusi dokumen pasien atau 32.1% distribusi dokumen lambat. Dengan rata- rata waktu distribusi dokumen rekam medis pasien rawat inap yaitu 4.13 menit.

Berdasarkan hasil observasi diketahui di Rumah Sakit Bukit Asam Medika Tanjung Enim, pendistribusian dokumen rekam medis cepat di karenakan letak gedung rawat inap dekat dengan tempat pendaftaran dan lambat di karenakan tidak adanya petugas khusus dalam distribusi dokumen rekam medis dan Sarana untuk distribusi dokumen rekam medis. Penelitian Adi Raja (2014), bahwa faktor yang membuat lamanya waktu distribusi adalah jarak antara tempat pendaftaran dengan tempat distribusi dokumen rekam medis pasien dan tidak adanya petugas khusus untuk distribusi dokumen rekam medis. Distribusi dokumen rekam medis ke rawat inap harus dilakukan oleh petugas yang berwenang untuk membawa dokumen rekam medis pasien, hal ini untuk meminimalisir terjadinya kebocoran informasi dan keluarnya dokumen rekam medis dari lingkup rumah sakit (Depkes, 2006). Oleh karena itu pihak rumah sakit sebaiknya menyediakan sarana untuk distribusi dokumen rekam medis, sehingga distribusi dokumen rekam medis bisa lebih cepat.

#### **5. Distribusi frekuensi total waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap.**

Waktu penyediaan adalah waktu yang dipergunakan oleh petugas dalam melakukan kegiatan penyediaan atau saat berlangsungnya suatu kegiatan pelayanan, waktu pelayanan penyediaan dokumen rekam medis rawat inap adalah waktu yang di perlukan sejak pasien dipanggil untuk registrasi dan diterima oleh petugas rekam medis sampai dokumen rekam medis tersedia di ruang inap yang di tuju pasien (Raja, 2014).

Berdasarkan Permenkes No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit, standar waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap kurang dari atau sama dengan 15 menit ( $\leq 15$  menit). Berdasarkan observasi pada masing-masing unit pelayanan yang terkait dalam penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap dari 14 dokumen didapatkan total rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap yaitu 16.05 menit. Didapatkan bahwa dari 14 dokumen penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap, mayoritas total waktu penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat inap melebihi dari standar pelayanan minimal ( $\leq 15$ ) menit yaitu terdapat 9 dokumen atau 60.7%

dokumen rekam medis pasien rawat inap melebihi SPM dan 5 dokumen atau 39.3% dokumen rekam medis pasien rawat inap lama memenuhi SPM pada RS. Bukit Asam Medika Tanjung Enim.

Berdasarkan hasil observasi penyediaan dokumen rekam medis di Rumah Sakit Bukit Asam Medika Tanjung Enim, diketahui penyediaan dokumen rekam medis yang melebihi  $SPM \leq 15$  akan membuat waktu tunggu bagi pasien dalam penyediaan dokumen rekam medisnya, dampak yang akan timbul akibat lamanya penyediaan dokumen yaitu berdampak kepada pasien dan rumah sakit itu sendiri, bagi pasien dampaknya lama nya waktu tunggu pasien sehingga kepuasan pasien menurun terhadap pelayanan rumah sakit, pelayanan dan penanganan terhadap pasien lama hingga dapat membahayakan bagi pasien atau kondisi pasien. Dampak untuk rumah sakit sendiri adalah menurunnya tingkat kepuasan pasien yang akan mengakibatkan standar mutu pelayanan yang kurang baik, tidak tercapainya standar pencapaian kinerja pelayanan pada rumah sakit khususnya pada bagian penyediaan dokumen rekam medis dan berkurangnya jumlah pasien pada rumah sakit sehingga menyebabkan kerugian secara finansial bagi rumah sakit. Penelitian Adi Raja (2014), bahwa hal-hal yang dapat mempercepat waktu pelayanan penyediaan dokumen rekam medis yaitu menetapkan SOP pada setiap unit yang terkait dalam penyediaan dokumen rekam medis dan alur penerimaan pasien rawat untuk pedoman petugas dalam pelayanan dan tempat pendaftaran pasien rawat inap dan rawat jalan terpisah tempat pendaftarannya sehingga mempermudah petugas dalam penyediaan dokumen rekam medisnya. Oleh karena itu pihak rumah sakit sebaiknya membuat SOP pada setiap unit pada penyediaan dokumen rekam medis di mulai dari pendaftaran pasien, pengisian dokumen rekam medis pasien, pengambilan dokumen rekam medis, pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis dan distribusi dokumen rekam medis. Yang berguna sebagai pedoman bagi petugas dalam bekerja.

## **SIMPULAN**

Rata-rata lama waktu Processing time yaitu 2.37 menit, persentase pendaftaran 32.1% cepat dalam pendaftaran. Faktor penyebab lambat pendaftaran pasien karena pasien tidak membawa KIB, tidak ada nomor antrian pasien, sistem pendaftaran menggunakan sistem manual dan tidak ada alur atau SOP pendaftaran pasien rawat inap lama dan faktor penggunaan bahasa daerah sehingga sulit dalam berkomunikasi.

Rata-rata lama waktu Waiting time (pengisian dokumen rekam medis rawat inap) yaitu 4.37 menit, persentase Waiting time (pengisian dokumen rekam medis) 10.7% cepat dalam pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap lama. Faktor penyebab lambat pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap lama karena faktor SDM atau petugas dalam pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap, tidak ada SOP pengisian dokumen rekam medis dan kendala komunikasi karena penggunaan bahasa daerah. Rata-rata lama waktu Storage time (pengambilan dokumen rekam medis) yaitu 4.19 menit, persentase Storage time (pengambilan dokumen rekam medis) 40% cepat dalam pengambilan dokumen rekam medis pasien rawat inap. Faktor penyebab lambat pengambilan dokumen rekam medis rawat inap lama yaitu faktor dokumen rekam medis tidak tersusun dengan rapi pada rak penyimpanan dan sistem penjarangannya tidak beraturan, posisi dokumen rekam medis yang tertidur (horizontal) menyulitkan petugas dalam menemukan dokumen rekam medis dan terdapat dokumen rekam medis yang tidak ada pada tempatnya dan tidak diketahui di mana tempatnya, dikarenakan tidak terdapatnya buku ekspedisi pengeluaran dokumen rekam medis pada tempat penyimpanan (filling).

Rata-rata lama waktu Infection time (pengecekan dokumen rekam medis) yaitu 1.47 menit, persentase kecepatan pengecekan dokumen rekam medis 78.6%. Faktor penyebab lama pengecekan

dokumen rekam medis rawat inap, karna tidak berjalanya assembling sehingga dokumen rekam medis di simpan dalam keadaan tidak di lengkap.

Rata-rata lama waktu Moving Time (distribusi dokumen rekam medis) yaitu 4.13 menit, persentase kecepatan pendistribusian dokumen rekam medis rawat inap 67.9%. Faktor penyebab lama pendistribusian dokumen rekam medis rawat inap lama karna tidak ada petugas khusus dalam pendistribusian dokumen rekam medis dan Sarana untuk pendistribusian dokumen rekam medis. Dari 14 dokumen rekam medis pasien rawat inap rata-rata waktu penyediaan dokumen rekam medis yaitu 16.05 menit dengan persentase 60.7% dokumen rekam medis lambat dan melebihi dari SPM yaitu  $\leq 15$  menit dan 39.3% penyediaan cepat dan sesuai SPM.

Berdasarkan hasil penelitian faktor yang paling berpengaruh dalam lambatnya penyediaan dokumen rekam medis rawat inap adalah faktor Waiting time (pengisian dokumen pasien) dengan persentase lambat 89.3%, Processing time (pendaftaran pasien) dengan persentase lambat 67.9 % dan Storage time (pengambilan dokumen pasien) dengan persentase lambat 60.7%.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Andria, F. Sugiarti, S. 2015. Tinjauan Penyediaan Dokumen Rekam Medis Di RSUD di Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal manajemen informasi kesehatan Indonesia* vol. 3 No.2 oktober ISSN : 2337-6007 (online) ; 2337-585X (printed)
- Budi, S. 2011. *Manajemen Unit Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. Jakarta : Depkes RI
- Indradi, R. 2014. *Materi Pokok Rekam Medis*. Tangerang Selatan : Universitas Terbuka.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.129/MENKES/PER/II/2008. *Tentang Standar Pelayanan Minimal*. Jakarta : Permenkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.2052/MENKES/PER/X/2011. *Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran*. Jakarta : Permenkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008. *Tentang Rekam Medis*. Jakarta : Permenkes RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.55 Tahun 2013 *Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis*. Jakarta : Permenkes RI
- Raja, P. Haksama, S. 2014. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Haji Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia* Volume 2 Nomor 1 Januari-Maret 2014
- Rizal, A. 2011. *Rancang Bangun Aplikasi Administrasi Rawat Inap Dengan Pendekatan Objek Di Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Kabupaten Garut*. Penelitian Ilmiah Politeknik Piksi Ganesha.
- Septiani, S. 2017. *Gambaran Faktor-Faktor Keterlambatan Waktu Penyediaan Berkas Rekam Medis Poliklinik Jantung di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu*. Penelitian Ilmiah. Akkes Sapta Bakti Bengkulu.
- Sudrajat, I. 2014. Hubungan kecepatan penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan dengan tingkat kepuasan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, ISSN:2337-585X, Vol.3, No.1, Maret 2015.
- Tena, I. 2017. *Faktor Penyebab Lama Waktu Tunggu Di Bagian Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan Di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul*. Penelitian Ilmiah Stikes Jendral Achmad Yani.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. *tentang Rumah Sakit*. Jakarta : UU RI



## TINJAUAN ALUR PROSEDUR PENDAFTARAN PASIEN RAWAT INAP DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA

<sup>1</sup>Yunus Haryadi\*, <sup>2</sup>Ongen Frian Lopulalan

<sup>1,2</sup>Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa, yunusharyadi.rsdm@gmail.com

### ABSTRAK

*Pelayanan pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta telah diatur dalam prosedur yang telah ditetapkan. Unit yang melayani pendaftaran pasien rawat inap adalah TPPRI (Tempat Pendaftaran Pasien rawat Inap. TPPRI melayani pasien yang berasal dari layanan rawat jalan dan layanan gawat darurat. Jenis penelitian ini adalah secara deskriptif dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Obyek dalam penelitian ini adalah alur prosedur pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dengan metode wawancara dan observasi, langkah berikutnya data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa pelayanan pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta telah berpedoman pada prosedur yang telah ditetapkan. Salah satu kendala yang terjadi adalah terjadinya penumpukan dan antrian pasien di TPPRI sehingga pelayanan sedikit terhambat. Hal ini disebabkan berkas pengantar rawat inap dari pasien yang berasal dari layanan rawat jalan diterima TPPRI secara bersamaan.*

**Kata Kunci :** Alur Prosedur Pendaftaran, TPPRI, Pasien Rawat Inap

### ABSTRACT

*Registration services for inpatients at RSUD Dr. Moewardi Surakarta have been regulated in a predetermined procedure. The unit that serves inpatient registration is TPPRI (Inpatient Registration Center. TPPRI serves patients from outpatient services and emergency services. This type of research is descriptive using a cross sectional approach. The object of this research is the flow of outpatient registration procedures Hospitalization at RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Data collection techniques in this study were interview and observation methods, then the data were analyzed descriptively. The results showed that inpatient registration services at RSUD Dr. Moewardi Surakarta were guided by established procedures. One obstacle that occurs is the accumulation and queue of patients at TPPRI so that services are slightly hampered. This is because inpatient introductory files from patients who come from outpatient services are received by TPPRI at the same time.*

**Keywords:** Registration Procedure Flow, TPPRI, Inpatients

### PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Di dalam rumah sakit terdapat unit-unit yang memberikan pelayanan kesehatan diantaranya adalah unit gawat darurat, unit rawat inap, unit rawat jalan dan penunjang medis lainnya. Selain itu juga ada sumber daya manusia dalam pelayanan kesehatan yang berperan penting yaitu terdiri dari dokter, perawat, hingga petugas rekam medis. Dalam pengelolaan rekam medis yang baik dan profesional, seorang perekam medis berperan penting dalam meningkatkan mutu informasi kesehatan. Perekam medis memiliki tanggung jawab besar dalam penyediaan informasi kesehatan karena dalam melakukan pekerjaannya, seorang perekam medis wajib melakukan proses pencatatan atau perekaman sampai dengan pelaporan mengenai pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien.

RSUD Dr. Moewardi merupakan rumah sakit tipe A yang menjadi pusat rujukan di Jawa Tengah bagian timur. Sebagai rumah sakit rujukan tentunya tingkat kunjungan pasien di RSUD Dr. Moewardi sangat tinggi. Sehingga diperlukan sistem pengelolaan atau manajemen yang baik untuk menciptakan pelayanan yang baik terhadap pasien. Salah satu unit di bagian rekam medis yang memiliki peranan penting dalam pengelolaan pelayanan pasien adalah unit pendaftaran rawat inap atau yang disebut TPPRI (Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap). TPPRI ini memiliki fungsi



melakukan registrasi terhadap setiap pasien yang akan mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit. Dalam proses registrasi pasien rawat inap ini diperlukan prosedur yang baik dan terukur, sehingga pelayanan dapat berjalan dengan baik dan memuaskan bagi pasien.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis mengambil judul penelitian “ Tinjauan Alur Prosedur Pendaftaran Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”.

## **METODE**

### **A. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Penelitian deskriptif kuantitatif adalah penelitian yang bertujuan untuk membuat deskripsi atau gambaran yang sistematis, faktual, serta akurat berkaitan dengan fakta-fakta, sifat serta hubungan antar kejadian yang diteliti. (Arikunto, 2010)

### **B. Definisi Istilah**

Beberapa definisi istilah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Alur prosedur adalah tahap kegiatan untuk menyelesaikan suatu aktivitas atau metode langkah demi langkah secara pasti dalam proses.
2. Pendaftaran Pasien rawat inap adalah unit bagian dari rekam medis di rumah sakit yang kegiatannya mengatur penerimaan dan pendaftaran pasien yang akan rawat inap.

### **C. Obyek Penelitian**

Obyek penelitian yang digunakan adalah alur prosedur pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

### **D. Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data**

#### **1. Instrumen Penelitian**

##### **a. Pedoman Wawancara**

Pedoman wawancara yaitu pengumpulan data dengan cara tanya jawab langsung dengan nara sumber untuk memperoleh data tentang alur prosedur pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Daerah Dr. Moewardi Surakarta.

##### **b. Pedoman Observasi**

Observasi yaitu pengumpulan data dengan cara mengamati objek yang diteliti secara langsung pada saat penelitian, digunakan untuk mendapatkan data:

1. Prosedur tetap rumah sakit tentang alur dan prosedur pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta
2. Formulir rekam medis yang digunakan dalam pendaftaran pasien rawat inap
3. Pelaksanaan alur prosedur pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

#### **2. Teknik pengumpulan data**

##### **a. Wawancara**

Wawancara yaitu cara yang digunakan jika sumber atau responden penelitian adalah manusia yang dilakukan secara langsung. Di sini diajukan pertanyaan-pertanyaan untuk kemudian dijawab oleh responden.

##### **b. Observasi**

Observasi dilakukan, dengan mengamati secara langsung obyek penelitian terhadap alur prosedur pendaftaran pasien rawat inap.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta melayani pasien rawat inap, baik dari pasien rawat jalan maupun pasien gawat darurat. Hal ini diatur dalam prosedur yang telah ditetapkan oleh rumah sakit. Setiap pasien yang akan mendapatkan layanan rawat inap harus melalui registrasi di bagian TPPRI (Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap). Pasien rawat inap berasal dari layanan rawat jalan dan layanan gawat darurat. Untuk alur prosedur pendaftaran pasien rawat inap dari layanan rawat jalan dan layanan gawat darurat hampir sama.

a. Pendaftaran Pasien Rawat Inap dari Gawat Darurat

Petugas Pendaftaran Pasien Rawat Inap :

1. Terima pengantar rawat inap dari Instalasi Gawat darurat (IGD)
2. Melakukan pemesanan tempat tidur pasien sesuai *advise* dari dokter (bangsal atau ruang intensive)
3. Masukkan data pasien :
  - a. Pilih menu admission pada SIMRS
  - b. Pilih pendaftaran rawat inap.
  - c. Klik pasien dari Poli/IGD.
  - d. Masukkan nomor rekam medis atau nomor transaksi.
  - e. Masukkan unit dan nama ruangan, dokter penanggung jawab, diagnosa, jenis layanan., buat SEP secara manual untuk pasien BPJS
  - f. Klik simpan.
4. Cetak 10 label dokumen pasien, 1 label gelang pasien, Model C, dan ringkasan keluar masuk
5. Masukkan Model C, ringkasan keluar masuk, status KSM kedalam map hasil pemeriksaan.
6. Periksa ulang kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap, gelang identitas pasien, dan kelengkapan administrasi.
7. Serahkan kelengkapan kepada petugas pendaftaran IGD.

Petugas Pendaftaran Pasien Instalasi Gawat Darurat

1. Terima kelengkapan berkas dari petugas pendaftaran rawat inap.
2. Minta keluarga pasien tanda tangan serta menulis nama terang pada Model C
3. Berikan kartu tunggu pasien kepada keluarga pasien
4. Minta keluarga pasien tanda tangan SEP pada Tablet untuk pasien BPJS.
5. Lakukan serah terima berkas Rawat Inap dengan Perawat/PUK.

b. Pendaftaran Pasien Rawat Inap dari layanan Rawat Jalan

Petugas Pendaftaran Pasien Rawat Inap

1. Terima pengantar rawat inap layanan rawat jalan.
2. Minta pasien mengisi formulir persetujuan umum, informasi hak dan kewajiban, dan persetujuan pembukaan informasi medis.
3. Melakukan pemesanan tempat tidur pasien sesuai *advise* dari dokter (bangsal atau ruang intensive)
4. Masukkan data pasien :
  - a. Pilih menu admission pada SIMRS
  - b. Pilih pendaftaran rawat inap.
  - c. Klik pasien dari Poli/IGD.
  - d. Masukkan nomor rekam medis atau nomor transaksi.
  - e. Masukkan unit dan nama ruangan, dokter penanggung jawab, diagnosa, jenis layanan dan kode diagnosa,
  - f. Klik generate untuk pembuatan SEP rawat inap pasien BPJS secara otomatis
  - g. Klik simpan.
  - h. Minta keluarga pasien tanda tangan SEP pada Tablet untuk pasien BPJS
5. Cetak 10 label dokumen pasien, 1 label gelang pasien, Model C, dan ringkasan keluar masuk.
6. Masukkan Model C, ringkasan keluar masuk, status KSM kedalam map .
7. Periksa ulang kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap, gelang identitas pasien, dan kelengkapan administrasi.
8. Minta keluarga pasien tanda tangan dan tulis nama terang pada kolom kartu tunggu Model C.

9. Minta keluarga pasien tanda tangan SEP pada Tablet untuk pasien BPJS.
10. Berikan kartu tunggu pasien kepada keluarga pasien
11. Serahkan kelengkapan Rekam Medis kepada petugas pengantar pasien (PUK) untuk selanjutnya pasien diantar ke bangsal

Dalam pelaksanaannya, proses pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta selalu berpedoman pada prosedur yang telah ditetapkan. Sehingga proses pendaftaran pasien rawat inap bisa berjalan dengan baik dan lancar. Akan tetapi masih ada beberapa kendala yang mengakibatkan proses pendaftaran pasien rawat inap agak terhambat.

Salah satu kendala yang sering terjadi dalam proses pendaftaran pasien rawat inap adalah terjadinya penumpukan dan antrian pasien yang akan rawat inap di TPPRI. Hal ini disebabkan kebanyakan pengantar rawat inap pasien dari layanan rawat jalan diterima petugas secara bersamaan. Banyaknya pasien yang harus dilayani oleh petugas TPPRI di waktu bersamaan membuat petugas TPPRI sedikit kewalahan. Sehingga seringkali ada pasien komplain terhadap pelayanan di TPPRI, karena setiap pasien menghendaki didahulukan untuk dilayani.

### **SIMPULAN**

1. Pelayanan pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Dr. Moewardi Surakarta telah diatur dalam prosedur yang telah ditetapkan. Pelaksanaan pelayanan pendaftaran pasien rawat inap juga berpedoman pada prosedur tersebut.
2. Dalam pelayanan pasien rawat inap ada salah satu kendala yaitu terjadinya penumpukan and antrian pasien yang akan rawat inap di TPPRI. Hal ini disebabkan kebanyakan pengantar rawat inap pasien dari layanan rawat jalan diterima petugas secara bersamaan. Banyaknya pasien yang harus dilayani oleh petugas TPPRI di waktu bersamaan membuat petugas TPPRI sedikit kewalahan. Sehingga seringkali ada pasien komplain terhadap pelayanan di TPPRI, karena setiap pasien menghendaki didahulukan untuk dilayani.

### **SARAN**

Untuk mengurangi terjadinya penumpukan pasien di TPPRI maka sebaiknya dilakukan koordinasi antara TPPRI dengan unit layanan rawat jalan sehingga berkas pengantar rawat inap tidak diterima petugas TPPRI secara bersamaan. Sehingga dapat meminimalkan terjadinya penumpukan dan antrian di TPPRI.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Arikunto S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Permenkes RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis
- \_\_\_\_\_. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*. Revisi II. Jakarta: Direktorat jenderal Bina Pelayanan Medik
- \_\_\_\_\_. 2004. UU Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Shofari B. 2002. "Pengelolaan Sistem Rekam Medik 01". Semarang, Perhimpunan Perkam Medik dan Informasi Kesehatan Indonesia.(tidak dipublikasikan)
- Eka, Bayu Naroma., Puji, Hastutik., dan Riyoko. (2010) ' Tinjauan Alur Prosedur Pendaftaran Rawat Inap di RSUD Pandan Aran Boyolali', *Jurnal Kesehatan* ,pp. 87-102.
- Fandhika, Lilin Tata., et al. (2022) ' Tinjauan Prosedur Pendaftaran Pasien Rawat Inap di RSUD Bhakti Asih Tangerang'. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, pp. 515-520.
- Nugraheni, Sri Wahyuningsih., Perwitasari, Lathifa., (2019) ' Alur Dan Prosedur Pendaftaran Berdasarkan Standar akreditasi Klinik di Klinik haidar Medika Karanganyar' ISBN, pp. 94-90.