



SKRIPSI

ANALISIS PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT RAFFLESIA KOTA BENGKULU TAHUN 2023

**LEZZA AFRILIA UTARI
NIM : 202004016**

**PROGRAM STUDI SARJANA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2024**



SKRIPSI

**ANALISIS PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN
DI RUMAH SAKIT RAFFLESIA KOTA BENGKULU
TAHUN 2023**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Program Studi Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan**

Disusun Oleh

**LEZZA AFRILIA UTARI
NIM : 202004016**

**PROGRAM STUDI SARJANA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2024**

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **Lezza Afrilia Utari**

Nim : 202004016

Program Studi : S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Bengkulu, September 2024

Mengetahui

Dosen Pembimbing,

Yang Membuat Pernyataan,

Ns. Liza Putri., M.Kep
NIK. 2018.085

Lezza Afrilia Utari
NIM : 202004016

HALAMAN PENGESAHAN
ANALISIS PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT
RAFFLESIA KOTA BENGKULU
TAHUN 2023

OLEH

Lezza Afrilia Utari
202004016

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji
Proposal Skripsi Stikes Sapta Bakti
Pada Tanggal
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Pembimbing

Ns Liza Putri M.Kep
NIDN. 02.200490.01

Penguji I

Penguji II

Djusmalinar, SKM, M.Kes

Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes
NIDN. 02.03068604

Bengkulu,

Ka. Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
STIKes Sapta Bakti

Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes
NIK. 2010.070

ANALISIS PELAYANAN KESEHATAN PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT RAFFLESIA KOTA BENGKULU TAHUN 2023

ABSTRAK

Xii Halaman Awal + 67 Halaman inti + 9 Lampiran
Lezza Afrilia Utari, Liza Putri

Masalah : Data yang telah terstruktur di analisis dan menghasilkan laporan berkala yang menampilkan 10 besar penyakit yang paling banyak terjadi dalam periode tertentu. Banyaknya pengunjung rawat jalan khususnya pada poli penyakit dalam menyebabkan perawat poliklinik sering mengalami kesalahan dalam menginputkan data, hal lain juga dikarenakan Rumah Sakit Rafflesia sudah menggunakan sistem komputerisasi yang mana masih terdapat kendala seperti gangguan jaringan yang mengakibatkan sistem lambat saat mengakses atau menginput data.

Tujuan : diketahui analisis pelayanan kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.

Metode : jenis penelitian ini menggunakan deskriptif kuantitatif dengan metode observasional. Dengan populasi dan sampel seluruh pasien rawat jalan pada tahun 2023. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling dengan mengambil seluruh jumlah populasi berkas medis rawat jalan. Analisis data yang digunakan univariat dengan analisis deskriptif yang disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan bobot presentase hasil penelitian.

Hasil : Total kunjungan pasien rawat jalan pada tahun 2023 mencapai 32.476 pasien, jumlah kunjungan berdasarkan jenis kunjungan sebanyak 32,8% kunjungan baru dan 67,2% kunjungan lama. Berdasarkan cara pembayaran sebanyak 24,8% pasien melakukan pembayaran secara umum dan 75,2% secara asuransi (bpjs dan asuransi). Berdasarkan jenis kelamin pasien dengan jenis kelamin laki-laki lebih tinggi 50,1% dan berdasarkan golongan umur banyak terjadi pada golongan umur dewasa yaitu 69,5%. Analisis penulisan diagnosa penyakit yang tepat 85% dan tidak tepat 15% dengan jumlah kode diagnosa yang akurat sebanyak 90,1% dan tidak akurat 9,9%.

Saran : Rumah Sakit Raflesia sebaiknya melakukan pelatihan koding bertujuan untuk mengoptimalkan kinerja petugas dalam menentukan kode penyakit dan tindakan untuk meminimalisir angka ketidaktepatan dalam penulisan diagnosa yang ditegakan

Kata kunci : akurat, diagnosa, , kunjungan pasien

Referensi : 2016 - 2024

***ANALYSIS OF OUTPATIENT HEALTH SERVICES AT THE RAFFLESIA
HOSPITAL IN THE CITY OF BENGKULU
YEAR 2023***

ABSTRACT

Xii Home Page + 67 Core Page + 9 Attachments
Lezza Afrilia Utari, Liza Putri

Problem : Data that has been structured is analyzed and produces periodic reports that display the top 10 most prevalent diseases in a certain period. The number of outpatient visitors, especially in internal medicine poly, causes polyclinic nurses to often experience errors in inputting data, another thing is also because Rafflesia Hospital has used a computerized system where there are still obstacles such as network disruptions which cause the system to be slow when accessing or inputting data.

Objective : to determine the analysis of outpatient health services at Rafflesia Hospital, Bengkulu City.

Methods : This type of research uses quantitative descriptive methods with observational methods. With a population and sample of all outpatients in 2023. The sampling technique used was total sampling by taking the entire population of outpatient medical files. Data analysis used univariate with descriptive analysis presented in the form of frequency distribution and percentage weighting of research results.

Results : Total outpatient visits in 2023 reached 32,476 patients, the number of visits based on the type of visit was 32.8% new visits and 67.2% old visits. Based on the payment method, 24.8% of patients made general payments and 75.2% by insurance (bpjs and insurance). Based on the gender of patients with male gender is higher 50.1% and based on the age group many occur in the adult age group, namely 69.5%. Analysis of the writing of appropriate disease diagnoses 85% and inappropriate 15% for the number of accurate diagnosis codes as much as 90.1% and inaccurate 9.9%.

Suggestion : Raflesia Hospital should conduct coding training to optimize the performance of officers in determining disease codes and actions to minimize the number of inaccurate codes that are enforced.

Keywords : accurate, diagnosis, patient visits

Reference : 2009 - 2024

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pada Program Studi Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Sekolah Tinggi Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu.

Skripsi ini disusun dengan bantuan dari beberapa pihak, oleh sebab itu pada kesempatan ini secara khusus penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang tak terhingga kepada bunda Ns Liza Putri M.kep selaku pembimbing, yang bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan mengawasi penulis dalam mengerjakan skripsi ini secara telaten dan penuh kesabaran.

Selain itu penulis juga mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bunda Hj Djusmalinar, SKM.,M.Kes selaku Direktur STIKes Sapta Bakti dan selaku penguji I, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Sapta Bakti Bengkulu.
2. Bunda Nofri Heltiani, S.Si M.Kes selaku Ketua Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sekaligus penguji II, yang telah membantu untuk mendapatkan fasilitas dan dorongan moril dalam menyelesaikan Skripsi.
3. Segenap Dosen STIKes Sapta Bakti Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
4. Teristimewa untuk Orang Tua penulis yang tercinta yang selalu menjadi penyemangat penulis, yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan do'a,

mendidik dengan penuh kesabaran, memberikan dukungan moral dan material selama ini untuk keberhasilan putrinya.

5. Sahabat terbaik penulis sekaligus teman seperjuangan selama di perkuliahan Dwi Ayu Rahmawati, Falin Athamila Putri dan Steefani Javalint Alfania yang selalu menemani dan mensupport penulis dari awal hingga akhir selama perkuliahan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Kepada sahabat seperjuangan penulis dalam dunia kerja Efri Rahma Kurnia, Junika Rahma Dini dan Rozhaliana yang telah mendukung dan selalu memberikan semangat hingga dapat menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki oleh penulis, maka penulis mengharapkan pembaca dapat memberikan kritik dan saran yang dapat mengembangkan penelitian selanjutnya.

Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati, penulis memohon maaf atas kekurangan tersebut. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis sendiri maupun pembaca, khususnya mahasiswa/mahasiswi STIKes Sapta Bakti Bengkulu.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Bengkulu, Agustus 2024

Penulis

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian	8
E. Keaslian Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	11
A. Konsep Rekam Medis.....	11
B. Rekam Medis Elektronik	22
C. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik	23
D. Profil Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.....	25
E. Gambaran dan Tampilan Rekam Medis Elektronik (RME) pada Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu	26
F. Pelaporan Rawat Jalan (RL 5.4)	28
G. Pelayanan Rawat Jalan	31
H. Metode Pembayaran Menggunakan Asuransi Kesehatan dan Umum .	33
I. Sistem Informasi Rumah Sakit	35
J. Pelaporan Rumah Sakit.....	39
K. Kerangka Teori.....	42
L. Kerangka Konsep	43
BAB III METODE PENELITIAN	45
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	45
B. Populasi dan Sampel Penelitian.....	46
C. Definisi Operasional	46
D. Instrument Penelitian.....	49
E. Waktu dan Tempat Penelitian	49
F. Teknik Pengumpulan Data	49
G. Pengolahan dan Analisa Data.....	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	51
A. Jalannya Penelitian.....	51
B. Hasil Penelitian	53
C. Pembahasan	55

BAB V PENUTUP	64
A. Kesimpulan	64
B. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	66

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 3. 1 Definisi Operasional	46
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Rafflesia Tahun 2023	53
Tabel 4. 2 Ketepatan Penulisan Diagnosa Penyakit Rawat Jalan tahun 2023	54
Tabel 4. 3 Keakuratan Kode Diagnosa Penyakit Rawat Jalan tahun 2023	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Tampilan Awal Khanza	26
Gambar 2. 2 Tampilan menu utama Khanza	27
Gambar 2. 3 Tampilan riwayat pemeriksaan pasien rawat jalan	27
Gambar 2. 4 Gambar Kerangka Teori.....	42
Gambar 2. 5 Kerangka Konsep	43
Gambar 3. 1 Rancangan Penelitian	45

DAFTAR SINGKATAN

SIRS	: Sistem Informasi Rumah Sakit
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
RL	: Rekapitulasi Laporan
RME	: Rekam Medis Elektronik
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
KEMENKES RI	: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
PERMENKES RI	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
CM	: <i>Clinical Modification</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Penelitian
Lampiran 2	Kartu Kendali Bimbingan
Lampiran 3	Surat Izin Kesbangpol
Lampiran 4	Surat Layak Etik
Lampiran 5	Surat Izin Penelitian
Lampiran 6	Surat Izin Pra Penelitian
Lampiran 7	Sensus Harian Rawat Jalan
Lampiran 8	Formulir RL 5.4
Lampiran 9	Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat (DepKes RI, 2009). Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-Undang No. 44 tahun 2009). Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Rekam medis memberikan informasi yang akurat dan tepat sangat diperlukan guna menunjang mutu pelayanan kesehatan untuk pemenuhan pembuatan laporan (Permenkes, 2022).

PerMenKes 1171/MenKes/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), gambaran umum SIRS revisi VI adalah pelaporan terdapat dua jenis, yaitu pelaporan internal (dalam rumah sakit) dan pelaporan eksternal (keluar rumah sakit). Dengan melalui tahapan-tahapan diantaranya yaitu input, proses, output. Input dilakukan dengan memasukkan data, prosesnya dapat dilakukan dengan pengolahan data statistik dan outputnya dapat digunakan untuk pengambilan keputusan bagi pihak manajemen (Januari *et al.*, 2013)

Menurut Sudra (2017) Pelaporan internal bertujuan untuk mencakup semua kepentingan rumah sakit, seperti evaluasi kinerja, evaluasi pelayanan, penentuan target, mengetahui tren penyakit, dan pengambilan keputusan untuk pelaporan internal dilaksanakan setiap bulan. Pelaporan eksternal mencakup semua catatan hasil kegiatan rumah sakit yang bertujuan untuk menunjang pemanfaatan data yang optimal agar dapat mengantisipasi peningkatan kebutuhan data pada era globalisasi dan pelaporan eksternal adalah data yang dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya (Juknis, 2011).

Menurut Permenkes 117/Menkes/PER/VI/2011 Pelaporan SIRS yang termasuk laporan bulanan adalah (RL-5) merupakan data kegiatan pelayanan rumah sakit, (RL-5) Terdiri dari (RL-5.1) yang berisikan laporan pengunjung rumah sakit, (RL-5.2) laporan kunjungan rumah sakit, (RL-5.3) laporan daftar 10 besar penyakit rawat inap, dan (RL-5.4) laporan daftar 10 besar penyakit rawat jalan. Data dikumpulkan dari tanggal 1 Januari sampai dengan 31 Desember setiap tahunnya.

Menurut Defri (2021), tujuan Pelaporan RL 5.4 yaitu membantu dalam memantau dan mengevaluasi kondisi kesehatan pasien secara berkelanjutan, merencanakan kebutuhan layanan kesehatan, termasuk alokasi sumber daya dan perencanaan program kesehatan masyarakat, membantu dokter dan tenaga medis dalam membuat keputusan klinis yang lebih tepat dan terinformasi, mendapatkan akreditasi dan memastikan kepatuhan terhadap standar kesehatan dan mendeteksi tren penyakit dan potensi wabah lebih awal, memungkinkan respon yang cepat dan efektif.

Menurut Mustachidah (2021), Manfaat pelaporan RL 5.4 yaitu meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan, Efisiensi Administrasi dimana membantu mengurangi kesalahan administratif dan memudahkan proses dokumentasi, sehingga meningkatkan efisiensi

operasional fasilitas kesehatan, pengambilan keputusan yang lebih baik dan pemantauan penyakit pada pasien rawat jalan.

Menurut Permenkes 117/Menkes/PER/VI/2011 Laporan morbiditas merupakan rekapitulasi dari jumlah kasus baru dan jumlah kunjungan yang terdapat pada unit rawat jalan rumah sakit untuk periode satu tahun, data jumlah kasus baru setiap jenis penyakit diperoleh dari masing-masing unit rawat jalan kecuali dari radiologi dan gizi dan diperinci menurut golongan umur dan jenis kelamin dari kasus baru tersebut, serta pengelompokkan jenis penyakit sesuai dengan daftar tabulasi.

Menurut Permenkes 117/Menkes/PER/VI/2011, pada pelaporan RL rumah sakit ditujukan kepada Dirjen Bina Upaya Kesehatan. Seperti yang telah dijelaskan di atas, RL rumah sakit terdiri atas 5 formulir yang harus diisi oleh bagian informasi rumah sakit. Meskipun begitu, sebelum pelaporan RL rumah sakit dapat dilakukan, ada beberapa kegiatan yang perlu dilakukan sebelum mengisi formulir, yaitu pertama data registrasi pelayanan pasien rawat jalan, berupa buku atau juga dokumen yang berisi informasi mengenai pasien yang menggunakan layanan rawat jalan, mulai dari identitas pasien, hingga cara pembayaran yang dilakukan. Kedua, sensus harian pasien rawat jalan, merupakan kegiatan penghitungan seluruh pasien yang sedang dirawat jalan di rumah sakit yang dilakukan setiap hari. Ketiga, Rekapitulasi harian pasien rawat jalan, berupa formulir perantara untuk menghitung akumulasi pasien rawat jalan di rumah sakit selama sebulan yang diterima dari semua ruang rawat jalan di rumah sakit yang sebelumnya telah dikumpulkan melalui sensus harian. Keempat, Rekapitulasi bulanan per jenis layanan, adalah formulir yang mirip dengan rekapitulasi harian rawat jalan, hanya saja berisi informasi pasien rawat jalan bulanan yang dipisahkan berdasarkan jenis layanan yang diterima pasien dan kelima, formulir data triwulan, merupakan formulir yang berisi rekapitulasi dari akumulasi pasien rawat ini dalam periode tiga bulan.

Dalam penelitian yang dilakukan Mustachidah (2021), mengenai analisis pelaksanaan indeks penyakit rawat jalan guna menunjang efektivitas pelaporan 10 (sepuluh) besar penyakit rawat jalan di Rumah Sakit Salak Bogor dilaksanakan dengan cara sistem komputerisasi. Pelaksanaan indeks penyakit rawat jalan di Rumah Sakit Salak dilakukan oleh petugas pengindeksan dan pengkodean dengan cara menginputkan data-data dari rekam medis pasien yang sudah pulang, lalu menghasilkan informasi yang kemudian digunakan untuk pelaporan 10 besar penyakit sehingga dapat memudahkan petugas dalam mendapatkan data-data untuk pelaporan. Dari hasil penelitian yang telah dilakukan, laporan 10 besar penyakit rawat jalan yang didapat dari pelaksanaan indeks penyakit masih kurang efektif dikarenakan masih terjadi kesalahan pembacaan data diagnosa yang tidak jelas sebanyak 13% dan untuk kode penyakit sebanyak 16% sehingga akan menjadi indikasi terhadap kesalahan penginputan data yang nantinya berpengaruh terhadap kebenaran dan kesesuaian pelaporan. Pelaporan 10 besar penyakit di Rumah Sakit Salak Bogor belum efektif karena terjadi keterlambatan dibagian pengolahan data sehingga pelaksanaan penyusunan laporan 10 besar penyakit dapat terhambat dan berdampak negatif terhadap efektivitas sistem kesehatan secara keseluruhan.

Menurut Defri (2021), Pelayanan kesehatan rawat jalan merupakan bagian dari sistem kesehatan yang berfokus pada diagnosis, perawatan, dan rehabilitasi pasien tanpa memerlukan rawat inap di rumah sakit. Layanan ini mencakup berbagai jenis intervensi medis, mulai dari konsultasi dokter, pemeriksaan diagnostik, hingga prosedur bedah minor. Keberadaan pelayanan kesehatan rawat jalan yang efektif dan efisien sangat penting dalam menjaga kesehatan masyarakat dan mencegah perkembangan penyakit menjadi lebih parah yang memerlukan rawat inap.

Menurut PERMENKES No 11 tahun 2016 tentang penyelenggaraan pelayanan rawat jalan eksekutif di rumah sakit

adalah pemberian pelayanan kesehatan rawat jalan nonreguler di rumah sakit yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa menginap di rumah sakit dengan sarana dan prasarana di atas standar. Pelayanan rawat jalan reguler adalah pemberian pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis.

Menurut penelitian Nugraheni, (2017) Pemanfaatan layanan rawat jalan dan karakteristik sosio demografi responden penelitian. Dari 58.304 responden yang berhasil diwawancara, sebanyak 14,98% responden sakit yang memanfaatkan layanan rawat jalan di fasilitas kesehatan. Proporsi kelompok usia responden paling besar pada kategori usia 41-60 tahun. Proporsi penduduk perempuan lebih banyak dibandingkan dengan penduduk laki-laki yaitu sebesar 50,97%. Sebagian besar responden tinggal di wilayah perkotaan yaitu sebesar 59,70%. Usia responden yang melakukan akses ke pelayanan kesehatan rawat jalan paling banyak pada rentang usia 0-18 tahun sebanyak 36,99%. Penduduk berjenis kelamin perempuan lebih banyak melakukan akses rawat jalan dibandingkan penduduk laki-laki. Sebanyak lebih dari 60% masyarakat daerah perkotaan lebih banyak mengakses pelayanan kesehatan rawat jalan dibandingkan dengan penduduk pedesaan. Sebanyak 44,08% pekerja yang melakukan akses pelayanan kesehatan rawat jalan. Berdasarkan status ekonomi, masyarakat sangat miskin (kuintil 1) hanya 12,90% yang melakukan akses rawat jalan ke pelayanan kesehatan. Sedangkan sebagian besar responden yang memanfaatkan layanan kesehatan rawat jalan pada kuintil (status ekonomi kaya sebanyak 26,73)

Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu adalah rumah sakit umum milik swasta tipe C yang terletak di wilayah kota Bengkulu yang melayani pasien umum, BPJS dan asuransi lainnya. Rumah Sakit Rafflesia dilengkapi dengan fasilitas untuk menunjang pelayanan

kesehatan baik fasilitas klinis maupun non-klinis. Salah satu fasilitas non klinisnya adalah unit rekam medis. Unit rekam medis di Rumah Sakit Rafflesia memiliki jumlah petugas rekam medis dan pendaftaran sebanyak 11 petugas dengan kualifikasi pendidikan Ahli Madya Rekam Medis 3 orang dan 8 orang dengan kualifikasi non Rekam Medis. 1 orang bertugas sebagai kepala instalasi rekam medis, 1 orang dibagian pembuatan pelaporan statistik rumah sakit dan 9 orang dibagian pendaftaran, distribusi, *assembling*, *coding*, dan *filling* secara bergantian sesuai dengan jam kerjanya.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh staf rekam medis Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu tentang pelaksanaan pelaporan data 10 besar penyakit, Rumah Sakit Rafflesia telah menggunakan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) berbasis online sejak tahun 2019. Dengan adanya SIRS, Rumah Sakit Rafflesia mampu mengumpulkan data pasien secara *real-time* dari berbagai unit pelayanan di rumah sakit. Data ini mencakup diagnosis, jenis penyakit, jumlah kasus, dan data demografi pasien. Pada proses pengumpulan data penyakit, hasil pemeriksaan dan diagnosis diinputkan ke dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) oleh tenaga medis atau perawat. Data akan dikelompokkan berdasarkan kategori penyakit yang telah ditentukan sesuai dengan ICD-10. Data yang telah terstruktur di analisis dan menghasilkan laporan berkala yang menampilkan 10 besar penyakit yang paling banyak terjadi dalam periode tertentu. Setiap bulan, petugas rekam medis khususnya dibagian pelaporan statistik rumah sakit mengumpulkan data 10 besar penyakit rawat jalan dan direkapitulasi secara internal di Rumah Sakit Rafflesia, Namun, untuk pelaporan resmi ke pihak eksternal tetap mengikuti periode tahunan, yaitu 1 Januari hingga 31 Desember sesuai dengan petunjuk dalam juknis tahun 2011.

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Rafflesia kota Bengkulu menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pasien rawat jalan tahun 2022 berjumlah 30.198 dan

mengalami peningkatan pada tahun 2023 dengan total kunjungan mencapai 32.476. Pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia memberikan pelayanan dalam tiga sesi mulai dari jam 08.00 hingga 21.00 dengan layanan rawat jalan terdiri dari 15 poliklinik yaitu, poli penyakit dalam, poli mata, poli jantung, poli urologi, poli tht, poli jiwa, poli kulit, poli bedah, poli obgyn, poli saraf, poli anak, poli gigi dan poli nyeri, poli paru dan umum. Pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit rafflesia melibatkan berbagai aspek penting untuk menilai efektivitas dan efisiensi layanan yang diberikan. Perlu dilakukan pengumpulan data pasien rawat jalan, termasuk jumlah kunjungan, usia, jenis kelamin, diagnosis, dan prosedur medis yang dilakukan. Koordinasi antar poliklinik menjadi tantangan tersendiri, yang berpotensi mengakibatkan perbedaan dalam standar pelayanan dan kualitas layanan.

Berdasarkan dengan data kunjungan dan diagnosa penyakit yang dikumpulkan untuk pelaporan 10 besar penyakit dengan format kode ICD, diketahui bahwa data yang diinput pada SIMRS Khanza masih ada beberapa yang tidak akurat. Hal ini disebabkan karena banyaknya pengunjung pasien rawat jalan khususnya pada poli penyakit dalam yang menyebabkan perawat di poliklinik sering mengalami kesalahan dalam menginputkan data, hal lain juga dikarenakan Rumah Sakit Rafflesia ini sudah menggunakan sistem komputerisasi yang mana masih terdapat kendala seperti gangguan jaringan yang mengakibatkan sistem lambat saat mengakses atau menginput data.

Hal ini berdampak kepada penurunan efisiensi dan efektivitas pelayanan, menurunnya kualitas pelayanan kesehatan, serta kemungkinan turunnya kepuasan pasien dan kesejahteraan tenaga medis. Untuk mengatasi masalah ini, perlu adanya pengelolaan sumber daya yang lebih baik, penerapan sistem informasi manajemen data yang efisien, peningkatan koordinasi antar poliklinik, serta

pelatihan dan dukungan bagi tenaga medis untuk mencegah burnout dan meningkatkan kualitas layanan.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik mengambil judul penelitian tentang **“Analisis Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan di Rumah Sakit Rafflesia kota Bengkulu tahun 2023”**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dengan latar belakang masalah yang telah dijelaskan di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah **“Bagaimana Analisis Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan di Rumah Sakit Rafflesia kota Bengkulu”**

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui analisis pelayanan kesehatan rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis jumlah kunjungan rawat jalan berdasarkan jenis kunjungan, cara pembayaran, jenis kelamin, dan umur di Rumah Sakit Rafflesia kota Bengkulu
- b. Menganalisis ketepatan penulisan diagnosa penyakit pasien rawat jalan Di Rumah Sakit Raflesia
- c. Menganalisis keakuratan kode diagnosa penyakit pasien rawat jalan di Rumah Sakit Raflesia Kota Bengkulu

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Memberikan informasi dan perkembangan dalam ilmu pengetahuan untuk kemajuan ilmu terkait dengan pelaporan 10 besar penyakit.

2. Praktis

- a. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dan evaluasi bagi Rumah Sakit Rafflesia kota Bengkulu dalam melakukan kegiatan penyusunan laporan 10 besar penyakit rawat jalan.

b. Bagi Stikes Sapta Bakti

Diharapkan dapat menjadi referensi atau bahan acuan studi khusus bagi perkuliahan dan acuan mahasiswa lainnya.

c. Peneliti Selanjutnya

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan referensi untuk peneliti selanjutnya dengan variabel yang berbeda.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

NO	Judul Penelitian	Variabel Penelitian	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
1.	Analisis Pelaksanaan Indeks Penyakit Rawat Jalan Guna Menunjang Efektivitas Pelaporan 10 Besar Penyakit (RL 5.4) Di Rumah Sakit Salak Bogor	Pelaksanaan Indeks, Metode Pengumpulan Data, kode diagnosa	Deskriptif Kuantitatif	hasil penelitian yang telah dilakukan, ada beberapa masalah yaitu diagnosa tidak lengkap dan tidak jelas, kode penyakit tidak jelas atau sulit dibaca dan keterlambatan dalam penerapan indeks penyakit rawat jalan	Variabel dan Lokasi Penelitian
2.	Analisis Pola Layanan Kesehatan Rawat Jalan	sosiodemografi individu yang dilihat dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status	Deskriptif analitik	Proporsi kelompok usia responden paling besar pada kategori usia 41-60 tahun. Proporsi penduduk perempuan lebih banyak dibandingkan	Variabel dan Lokasi Penelitian

ekonomi, dan regional	dengan penduduk laki-laki yaitu sebesar 50,97%. Sebagian besar responden tinggal di wilayah perkotaan yaitu sebesar 59,70%. Usia responden yang melakukan akses ke pelayanan kesehatan rawat jalan paling banyak pada rentang usia 0-18 tahun sebanyak 36,99%.
--------------------------	--

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Rekam Medis

1. Pengertian

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 mengatakan bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan rekam medis untuk pemenuhan tertib administrasi. Berdasarkan Bab 1 pasal 1 mengatakan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Manajemen Pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah kegiatan menjaga, memelihara dan melayani rekam medis baik secara manual maupun elektronik sampai menyajikan informasi kesehatan di rumah sakit, praktik dokter klinik, asuransi kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan lainnya yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan menjaga rekaman.

Menurut Huffman, Rekam Medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini yang ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

2. Tujuan

Menurut Rustiyanto (2018) tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, tidak mungkin tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Pembuatan rekam medis di rumah sakit bertujuan untuk mendapatkan catatan atau dokumen yang akurat dan adekuat dari pasien mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan, riwayat penyakit dimasa lalu dan sekarang, juga pengobatan yang telah diberikan sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Kegunaan

Menurut Depkes RI (2006) kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, diantaranya aspek administrasi, legal, finansial, riset, edukasi dan dokumentasi, yang dijelaskan sebagai berikut :

- a. Aspek Administrasi Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggungjawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
- b. Aspek Medis Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta 11 keamanan /keselamatan pasien dan kendali biaya.
- c. Aspek Hukum Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai bahan bukti untuk menegakkan keadilan.
- d. Aspek Keuangan Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan yang berkaitan dalam hal pengobatan, terapi serta tindakan yang telah diberikan kepada pasien.

- e. Aspek Penelitian Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
- f. Aspek Pendidikan Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi pendidikan kesehatan.
- g. Aspek Dokumentasi Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit.

Menurut International Federation Health Organization (IFHRO) (2012), kegunaan rekam medis disimpan dengan tujuan:

- a. Fungsi komunikasi rekam medis disimpan untuk komunikasi diantara dua orang yang bertanggung jawab terhadap kesehatan pasien untuk kebutuhan pasien saat ini dan yang akan datang.
- b. Kesehatan pasien yang berkesinambungan rekam medis dihasilkan atau dibuat untuk penyembuhan pasien setiap waktu dan sesegera mungkin.
- c. Evaluasi kesehatan pasien rekam medis merupakan salah satu mekanisme yang memungkinkan evaluasi terhadap standar penyembuhan yang telah diberikan.
- d. Rekaman bersejarah rekam medis merupakan contoh yang menggambarkan tipe dan metode pengobatan yang dilakukan pada waktu tertentu.

- e. *Medisolegal* rekam medis merupakan bukti dari opini yang bersifat prasangka mengenai kondisi, sejarah dan prognosi pasien.
- f. Tujuan statistik rekam medis dapat digunakan untuk menghitung jumlah penyakit prosedur pembedahan dan insiden yang ditemukan setelah pengobatan khusus.

Berdasarkan aspek diatas maka rekam medis mempunyai nilai kegunaan yang sangat luas, yaitu:

- a) Dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien.
- b) Bahan pembuktian dalam hukum.
- c) Bahan untuk kepentingan penelitian dan pendidikan.
- d) Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan.
- e) Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.
- f) Fungsi komunikasi Kegunaan rekam medis secara umum.
- g) Kesehatan pasien yang berkesinambungan.
- h) Rekaman bersejarah.

4. Dasar Hukum

Rekam medis sebagai alat bukti rekam medis dapat digunakan sebagai salah satu alat bukti tertulis di pengadilan. Kerahasiaan rekam medis setiap tenaga kesehatan dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka hanya untuk kepentingan pasien untuk memenuhi permintaan aparat penegak hukum (hakim majelis), permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundangundangan yang berlaku.

Berdasarkan kitab undang-undang hukum acara pidana, rahasia kedokteran (isi rekam medis) baru dapat dibuka bila diminta oleh hakim majelis di hadapan sidang majelis. Dokter dan dokter gigi bertanggung jawab atas kerahasiaan rekam medis sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggung jawab menyimpan rekam medis. Sanksi Hukum Dalam Pasal 79 UU

Praktik Kedokteran secara tegas mengatur bahwa setiap tenaga kesehatan yang dengan sengaja tidak membuat rekam medis dapat dipidana dengan pidana kurungan paling lama 1 (satu) tahun atau denda paling banyak Rp 50.000.000,- (lima puluh juta rupiah).

Selain tanggung jawab pidana, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis juga dapat dikenakan sanksi secara perdata, karena dokter dan dokter gigi tidak melakukan yang seharusnya dilakukan (ingkar janji/wanprestasi) dalam hubungan dokter dengan pasien. Sanksi Disiplin dan Etik Tenaga kesehatan yang tidak membuat rekam medis selain mendapat sanksi hukum juga dapat dikenakan sanksi disiplin dan etik sesuai dengan Undang-undang Praktik Kedokteran, Peraturan KKI, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) dan Kode Etik Kedokteran Gigi Indonesia (KODEKGI). 5. Alur Rekam Medis.

5. Alur Rekam Medis

Dalam sistem rekam medis ada beberapa proses untuk melancarkan pelayanan terhadap kunjungan pasien maka diperlukan alur dan prosedur yang tetap, baik untuk mendapatkan pelayanan kesehatan maupun sekedar mendapat keterangan kasus. Alur rekam medis pasien dimulai dari pendaftaran sampai penyimpanan rekam medis, secara garis besar menurut Savitri (2011), dalam buku Manajemen Rekam Medis sebagai berikut :

a. Pendaftaran

Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

- 1) Pasien mendaftar ketempat penerimaan pasien, petugas pendaftaran mencatat pada buku register pasien, nomor rekam medis dan data identitas pasien, membuat KIB (Kartu Identitas Berobat) untuk diberikan kepada pasien, yang harus dibawa apabila pasien tersebut berobat ulang.
- 2) Bagi pasien kunjungan ulang, diminta untuk menunjukan KIB kepada petugas pendaftaran, bila tidak membawa maka data pasien dicari melalui KIUP (Kartu Indeks Utama

Pasien), setelah itu petugas mengambil berkas pasien sesuai dengan nomor rekam medisnya.

- 3) Bila pasien membawa surat rujukan maka surat rujukan tersebut dilampirkan pada berkas rekam medisnya.
- 4) Petugas rekam medis mengantar berkas rekam medis pasien ke poliklinik/IGD.
- 5) Setelah dilakukan pemeriksaan maka dokter akan mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosa dan terapi pada kartu lembar rekam medis pasien.
- 6) Petugas IRJ/ poliklinik membuat sensus harian pasien rawat jalan.
- 7) Keesokan harinya seluruh berkas rekam medis rawat jalan berikut rekapitulasi pasien diambil petugas rekam medis.
- 8) Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan pengisian rekam medis dan yang belum lengkap dikembalikan ke unit pelayanan untuk dilengkapi.
- 9) Petugas rekam medis mengolah berkas rekam medis yang sudah lengkap, dikoding, dimasukkan dalam kartu indeks.
- 10) Berkas rekam medis disimpan di ruang penyimpanan sesuai urutan nomor rekam medis.

Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap

- 1) Setiap pasien yang dinyatakan mondok oleh dokter poliklinik/ IGD menghubungi tempat pendaftaran pasien.
- 2) Apabila ruang rawat inap yang dimaksud masih tersedia, maka petugas rekam medis mencatat dalam buku rawat inap, serta mengisi identitas pasien pada lembar masuk surat perawatan.
- 3) Petugas rekam medis mengirim berkas rekam medis ke unit pelayanan yang meminta rawat inap untuk digabungkan dengan berkas rekam medis yang telah ada.
- 4) Petugas poliklinik/ IGD mengantar pasien berikut berkas rekam medisnya ke ruang rawat inap yang dimaksud.

- 5) Dokter yang bertugas mencatat tentang riwayat penyakit hasil pemeriksaan fisik, terapi serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada lembar- lembar rekam medis dan menandatangani.
- 6) Perawat/bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang mereka berikan pada pasien ke dalam catatan perawatan/bidan dan membubuhkan tanda tangannya serta mengisi lembar grafik tentang suhu, nadi dan pernafasan seorang pasien.
- 7) Selama di rawat inap perawat/ bidan menambah lembar- lembar rekam medis sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan pada pasien.
- 8) Perawat/ bidan berkewajiban membuat sensus harian pada lembaran mutasi pasien mulai jam 00.00 sampai dengan jam 24.00 di tandatangi oleh kepala ruang.
- 9) Petugas rekam medis setiap pagi mengambil sensus harian serta berkas rekam medis pasien pulang dengan buku ekspedisi.
- 10) Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan berkas rekam medis apabila ada ketidaklengkapan, batas waktu untuk pengisian ketidaklengkapan rekam medis adalah 14 hari.
- 11) Apabila berkas lengkap maka dilakukan pengkodean dan diindex untuk membuat laporan dan statistic rawat inap.
- 12) Berkas rekam medis disimpan diruang penyimpanan.

Unit Gawat Darurat

- 1) Pasien telah diterima di IGD, maka pengantar mendaftarkan tempat penerimaan pasien, petugas pendaftaran mencatat pada buku register, nama pasien, nomor rekam medis dan data identitas pasien, serta membuat KIB untuk pasien yang dapat digunakan bila pasien berobat ulang.
- 2) Bila data penderita ternyata menunjukkan bahwa penderita pernah menginap di rumah sakit, maka nomor rekam

medisnya dicari melalui KIUP setelah itu petugas mengambil berkas rekam medis pasien sesuai nomor rekam medisnya.

- 3) Bila pasien membawa surat rujukan maka surat rujukan tersebut dilampirkan pada berkas rekam medisnya.
- 4) Petugas rekam medis mengantar berkas rekam medis pasien ke IGD.
- 5) Setelah dilakukan pemeriksaan maka dokter akan mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosa dan terapi pada kartu lembar rekam medis pasien.
- 6) Petugas IGD membuat sensus harian pasien IGD.
- 7) Keesokan harinya seluruh berkas rekam medis rawat jalan berikut rekapitulasi pasien diambil petugas rekam medis.
- 8) Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan pengisian rekam medis dan yang belum lengkap dikembalikan ke IGD untuk dilengkapi.
- 9) Petugas rekam medis mengolah berkas rekam medis yang sudah lengkap, dikoding, dimasukkan dalam kartu index.
- 10) Berkas rekam medis disimpan diruang penyimpanan sesuai urutan nomor rekam medis.

b. Perakitan (*Assembling*)

Penyusunan lembaran-lembaran rekam medis berdasarkan urutan yang telah di tentukan. Cara meyusun urutan dari lembaran RM (*assembling*) dapat di susun sebagai berikut:

- 1) Berdasarkan urutan secara kronologis dari pelayanan medis yang di berikan kepada penderita.
- 2) Berdasarkan urutan nomor kode lembaran RM yang telah di tentukan sebelumnya, misalnya RM-1, RM-2, RM-3 dst. Yang penting ialah bahwa identifikasi harus selalu menjadi halaman yang paling depan, barulah di susul lembaran-lembaran yang lainnya. Sesudah lembaranlembaran tersebut disusun dengan ketentuan yang berlaku, kemudian di lakukan pengemapan.

c. Koding (*Coding*)

Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosa yang ada dalam rekam medis harus di beri kode dan selanjutnya di indeks agar memudahkan pelayanan penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen, dan riset di bidang kesehatan. Setiap pasien setelah selesai mendapat pelayanan baik di rumah sakit dan rumah sakit maka dokter harus membuat diagnosa akhir. Kemudian petugas rekam medis mengkode sesuai dengan koding yang ada di buku ICD-10. Setelah melakukan kegiatan koding maka petugas akan melakukan kegiatan indeks, deskripsi tugas pokok kegiatan koding dan indeks penyakit.

- 1) Mencatat dan meneliti kode penyakit dan diagnosis yang ditulis dokter kode operasi dari tindakan medis yang ditulis dokter atau petugas kesehatan lainnya dan kode sebab kematian yang ditetapkan dokter.
- 2) Mencatat hasil pelayanan ke dalam formulir indeks penyakit, indeks operasi atau tindakan medis, indeks kematian dan indeks dokter sesuai dengan ketentuan mencatat indeks.
- 3) Menyimpan indeks tersebut sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
- 4) Membuat laporan penyakit (morbiditas) dan laporan kematian (mortalitas) berdasarkan indeks penyakit, indeks operasi dan indeks sebab kematian. (Depkes, RI, 2006)

Adapun coding yang di lakukan di rumah sakit antara lain:

- 1) Kode Diagnosa
- 2) Kode Tindakan
- 3) Kode Dokter

d. Pengelompokkan (*Indeks*)

1) Definisi

Indeks adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang dibuat dalam indeks (menggunakan kartu indeks).

2) Fungsi

Kegunaan dari Indeks yaitu segala sesuatu yang berfungsi untuk mengarahkan, menjadi petunjuk, perunut atau yang membantu refensi. Di dalam indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien.

3) Jenis Indeks

Jenis indeks yang dibuat oleh rumah sakit adalah indeks pasien, indeks penyakit, indeks operasi, indeks dokter, indeks kematian. Dalam rekam medis indeks penting karena kegunaan indeks sendiri sebagai acuan dalam beberapa kegiatan rekam medis. Jenis index yang di buat di rumah sakit:

a) Indeks penyakit Kartu catalog yang berisikan kode penyakit pasien yang berobat di rumah sakit. Cara penyimpanan:

1. Di susun berdasarkan nomor urut.
2. Pengisian dengan tinta pada akhir tahun baris terakhir di bawahnya di buat garis warna merah.

b) Indeks operasi Kartu katalog yang beerisikan kode tindakan/operasi pasien yang berobat di rumah sakit. Cara penyimpanan:

1. Disusun berdasarkan nomor urut.
2. Pengisian dengan tinta pada akhir tahun baris terakhir dibawahnya di beri warna merah.

c) Indeks dokter

Kartu katalog berisi nama dokter yang memberikan pelayanan medis kepada pasien. Kegunaan:

1. Untuk menilai pekerjaan dokter.
2. Bukti pengadilan.

- d) Indeks kematian Informasi yang tepat dalam indeks kematian. Cara penyimpanan, disusun menurut nomor indeks kematian.

4) Contoh Indeks

Indeks penyakit untuk retensi, laporan statistik, pembuatan 10 besar penyakit, indeks pasien untuk memudahkan dalam mencari data identitas pasien, alat bantu penyusunan laporan kunjungan, indeks operasi berguna untuk menyusun laporan jenis operasi, dokter yang menangani serta pelayanan yang diberikan, indeks dokter untuk menyediakan catatan kepada dokter tentang pasien yang telah ditangani, indeks kematian untuk audit kematian, serta menyusun laporan kematian (Mortalitas) (Dewanti, 2016).

- 5) Kegunaan Indeks Indeks berisi banyak informasi yang berharga dalam penggunaan indeks yang paling dipahami untuk mengarahkan lokasi informasi kesehatan digunakan dokter dalam manajemen asuhan pasien, riset dan administrasi fasilitas telah menjadi pengguna utama ketika lebih banyak informasi dibutuhkan untuk mengambil keputusan manajemen dan keuangan. Peningkatan tuntutan akan informasi kesehatan ini mengharuskan fasilitas untuk memelihara sistem informasi yang efektif dan efisien dengan menggunakan indeks yang semestinya (Huffman, 1999).

e. Analising dan Pelaporan

Bagian ini bertanggung jawab terhadap analisis data dan informasi Rekam Medis yang sudah terkumpul untuk diolah menjadi laporan yang dibutuhkan oleh manajemen rumah sakit. (Depkes RI, 2012).

- 1) Tugas Pokok Mengumpulkan, menyajikan/ menganalisa/ melaporkan data kegiatan pelayanan rumah sakit.
- 2) Uraian Tugas Mengumpulkan data yang dibutuhkan untuk pembuatan laporan diseluruh unit yang terkait di rumah

sakit dan membuat laporan, sewaktu, bulanan, tribulan, semester, tahunan SIRS sesuai ketentuan dari Permenkes RI No. 1171/Menkes/Per/VI/2011 ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

B. Rekam Medis Elektronik

a. Pengertian Rekam Medis Elektronik

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan sebuah dokumen yang berisikan data identitas, hasil pemeriksaan, catatan pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diterima oleh pasien di sebuah fasilitas layanan kesehatan yang dibuat dengan menggunakan system elektronik yang didesain khusus bagi penyelenggara rekam medis. Adapun manfaat dari RME bagi masyarakat adalah untuk meningkatkan kualitas layanan efisiensi, biaya, waktu, tenaga dan memudahkan akses mengikuti program kesehatan milik pemerintah serta untuk mewujudkan system kesehatan nasional yang lebih kuat.

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis elektronik. Kewajiban penyelenggaraan rekam medis elektronik juga berlaku bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan *telemedicine*. Penyelenggaraan rekam medis elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh unit kerja tersendiri atau disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes RI No 24, 2022).

b. Tujuan dan Kegunaan

Rekam medis elektronik menjadi bagian penting dalam era sistem informasi kesehatan berbasis digital. Tujuan rekam medis elektronik adalah meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien, dapat meningkatkan efisiensi dan memangkas biaya, memudahkan penagihan pembayaran, menyediakan dokumen

pasien, mengurangi hilangnya arsip data dan kesalahan medis (Pribadi *et al.*, 2018)

Sedangkan kegunaan rekam medis elektronik terdiri dari :

a. Peningkatan produktivitas

Penggunaan sistem rekam medis elektronik dapat mengurangi biaya operasional

b. Efisiensi

Sistem rekam medis elektronik yang diadopsi, dapat mengurangi sumber daya yang ada untuk meningkatkan kualitas pelayanan

c. Mengurangi kejadian kesalahan pemberian obat dalam perawatan rawat inap dan rawat jalan

C. Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik

Menurut Permenkes (2022), kegiatan penyelenggaraan rekam medis elektronik paling sedikit terdiri atas :

a. Registrasi Pasien

Kegiatan pendaftaran berupa pengisian data identitas dan data social pasien rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap.

1) Data identitas berisi nomor rekam medis, nama pasien, dan Nomor Induk Kependudukan (NIK).

2) Data social paling sedikit meliputi agama, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan.

b. Pendistribusian data Rekam Medis Elektronik

Merupakan kegiatan pengiriman data rekam medis elektronik dari satu unit pelayanan ke unit pelayanan lain di fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Pengisian informasi klinis;

Berupa kegiatan pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan kesehatan lain yang telah dan akan diberikan kepada pasien.

- 1) Pencatatan dan pendokumentasian harus lengkap, jelas, dan dilakukan setelah pasien menerima pelayanan kesehatan dengan mencantumkan nama, waktu, dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.
 - 2) Pencatatan dan pendokumentasian harus dilakukan secara berurutan pada catatan masing-masing tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan waktu pelayanan kesehatan yang diberikan.
- d. Pengolahan informasi rekam medis elektronik, terdiri atas :
- 1) Pengkodean
Merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - 2) Pelaporan
Pelaporan internal fasilitas pelayanan kesehatan; dan pelaporan eksternal dari fasilitas pelayanan kesehatan kepada dinas kesehatan, kementerian kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait.
 - 3) Penganalisisan dilakukan terhadap data rekam medis elektronik secara kuantitatif dan kualitatif.
 - 4) Penginputan data untuk klaim pembiayaan;
Merupakan kegiatan penginputan kode klasifikasi penyakit pada aplikasi pembiayaan berdasarkan hasil diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan sesuai dengan rekam medis dalam rangka pengajuan penagihan biaya pelayanan.
- e. Penyimpanan Rekam Medis Elektronik
Merupakan kegiatan penyimpanan data rekam medis pada media penyimpanan berbasis digital pada fasilitas pelayanan kesehatan, harus menjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan,

dan ketersediaan data rekam medis elektronik dan media penyimpanan berbasis digital seperti server, system komputasi awan (*cloud computing*) yang tersertifikasi dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; serta media penyimpanan berbasis digital yang lain berdasarkan perkembangan teknologi dan informasi yang tersertifikasi.

f. Penjaminan mutu Rekam Medis Elektronik

Merupakan audit mutu rekam medis elektronik yang dilakukan berkala oleh tim review rekam medis yang dibentuk oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan dilakukan sesuai dengan pedoman rekam medis elektronik.

g. Transfer isi Rekam Medis Elektronik

Merupakan kegiatan pengiriman rekam medis dalam rangka rujukan pelayanan kesehatan perorangan ke fasilitas pelayanan kesehatan penerima rujukan. Dilakukan melalui *platform* layanan interoperabilitas dan integrasi data kesehatan yang dikelola oleh Kementerian Kesehatan.

D. Profil Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu

Rumah Sakit Rafflesia adalah Rumah Sakit tipe C yang berdiri pada tahun 1979, dibawah naungan Yayasan Rafflesia, dan mendapat izin RSU pada 5 November 1990. Memiliki visi menjadi rumah sakit dengan pelayanan prima (prima dalam melayani, prima dalam sikap dan prima dalam kualitas). Dengan misi memberikan pelayanan kesehatan secara prima, memberikan pelayanan dengan keramahan yang dilandasi profesionalisme serta mewujudkan sumber daya rumah sakit yang berkualitas.

Rumah Sakit Rafflesia merupakan fasilitas kesehatan yang dilengkapi dengan 15 poliklinik yang menawarkan layanan kesehatan komprehensif. Terdapat 24 dokter spesialis yang terdiri dari 1 dokter umum, 5 dokter bedah, 2 dokter spesialis THT, 3 dokter spesialis penyakit dalam, 2 dokter spesialis mata, 1 dokter spesialis nyeri, 1

dokter spesialis jiwa, 1 dokter spesialis saraf, 1 dokter spesialis kulit dan kelamin, 1 dokter spesialis jantung, 1 dokter spesialis paru, 1 dokter gigi, 1 dokter spesialis kebidanan dan kandungan (Obgyn), 2 dokter spesialis anak, dan 1 dokter spesialis urologi. Rumah sakit ini beroperasi dalam tiga sesi yang dimulai dari pukul 08.00 hingga 21.00 setiap harinya, memberikan fleksibilitas bagi pasien untuk mengatur jadwal kunjungan. Fasilitas yang tersedia meliputi ruang tunggu, ruang konsultasi dokter, ruang perawatan, laboratorium, radiologi, apotek, instalasi gawat darurat (IGD), hemodialisis, serta layanan pendaftaran dan rekam medis, semuanya dirancang untuk memberikan kenyamanan dan pelayanan terbaik bagi pasien.

E. Gambaran dan Tampilan Rekam Medis Elektronik (RME) pada Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu

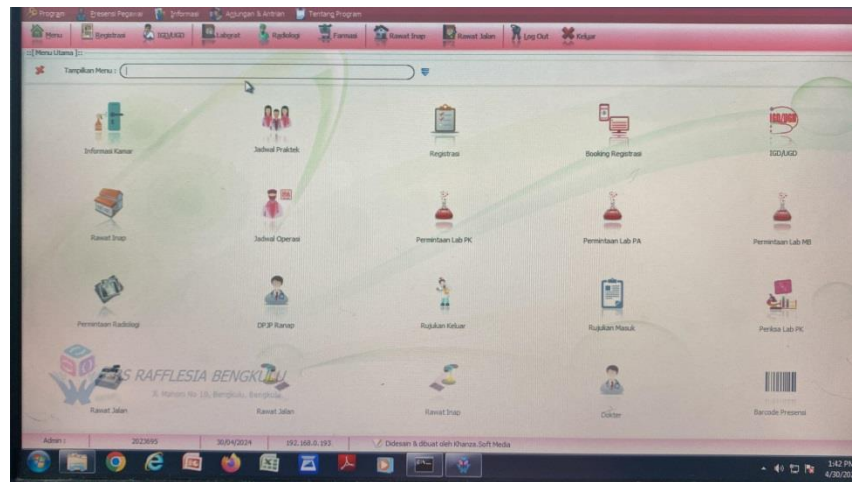
Rumah Sakit Rafflesia kota Bengkulu menggunakan sistem informasi Khanza yang sudah di implementasikan sejak tahun 2019 sebagai Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Sejalan dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang kewajiban seluruh fasilitas pelayanan kesehatan untuk menggunakan rekam medis elektronik paling lambat pada tanggal 31 Desember 2023, maka Rumah Sakit Rafflesia kota Bengkulu mengintegrasikan Khanza dengan rekam medis elektronik pada unit pelayanan rawat jalan pada bulan September 2023. Berikut adalah tampilan awal Sistem Khanza :



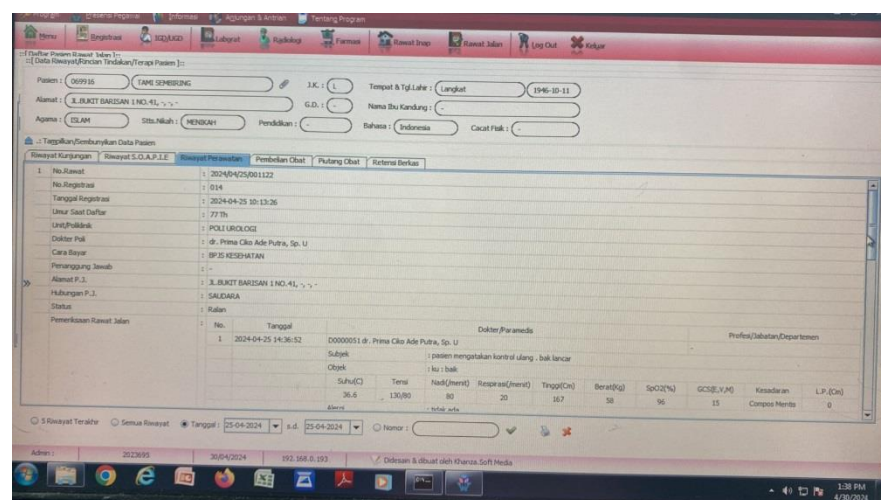
Gambar 2. 1 Tampilan Awal Khanza

Gambar di atas merupakan tampilan awal dari sistem Khanza, yang mana petugas yang akan menjalankan sistem ini memiliki akses berupa *ID Admin* dan *password* yang digunakan untuk log in ke sistemnya. Tampilan menu pada setiap unit kesehatan di Rumah Sakit Rafflesia berbeda disesuaikan dengan kebutuhan di setiap unitnya.

Khanza terintegrasi penuh dengan alur kerja rumah sakit seperti terintegrasi dengan pelaporan, Vklaim untuk pencetakan SEP, mobile JKN untuk pendaftaran dan INACBG's untuk klaim pembayaran.



Gambar 2. 2 tampilan menu utama Khanza



Gambar 2. 3 Tampilan riwayat pemeriksaan pasien rawat jalan

F. Pelaporan Rawat Jalan (RL 5.4)

1. Definisi Pelaporan Rawat Jalan

Pelaporan kegiatan pelayanan rawat jalan merupakan pengolahan sumber data dari pelayanan kesehatan untuk melaporkan segala bentuk kegiatan yang dilakukan setiap hari pada suatu unit pelayanan rawat jalan. Pelaporan ini meliputi kunjungan pasien, pelayanan dokter dan 10 besar penyakit rawat jalan.

2. Tujuan Pelaporan Rawat Jalan

a. Pemantauan dan Evaluasi

Pelaporan rawat jalan membantu dalam memantau dan mengevaluasi kondisi kesehatan pasien secara berkelanjutan. Informasi ini penting untuk mengetahui perkembangan penyakit dan efektivitas pengobatan.

b. Perencanaan Kesehatan

Data dari pelaporan rawat jalan dapat digunakan untuk merencanakan kebutuhan layanan kesehatan, termasuk alokasi sumber daya dan perencanaan program kesehatan masyarakat.

c. Pengambilan Keputusan Klinis

Informasi yang tercatat dalam pelaporan rawat jalan membantu dokter dan tenaga medis dalam membuat keputusan klinis yang lebih tepat dan terinformasi.

d. Pemenuhan Regulasi dan Akreditasi

Pelaporan rawat jalan sering kali merupakan persyaratan regulasi yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan untuk mendapatkan akreditasi dan memastikan kepatuhan terhadap standar kesehatan.

e. Pengendalian Penyakit

Dengan memonitor data rawat jalan, fasilitas kesehatan dapat mendeteksi tren penyakit dan potensi wabah lebih awal, memungkinkan respon yang cepat dan efektif.

3. Manfaat Pelaporan Rawat Jalan

a. Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Dengan adanya pelaporan yang sistematis, tenaga medis dapat memantau perkembangan pasien secara lebih efektif, sehingga dapat memberikan perawatan yang lebih baik dan tepat sasaran.

b. Efisiensi Administrasi

Pelaporan rawat jalan yang baik membantu mengurangi kesalahan administratif dan memudahkan proses dokumentasi, sehingga meningkatkan efisiensi operasional fasilitas kesehatan.

c. Pengambilan Keputusan yang Lebih Baik

Data yang akurat dan terperinci memungkinkan dokter dan tim medis membuat keputusan berdasarkan bukti, yang dapat meningkatkan hasil pengobatan dan perawatan pasien.

d. Pemantauan Penyakit

Pelaporan rawat jalan memungkinkan pemantauan yang lebih baik terhadap penyebaran dan pola penyakit, yang sangat penting untuk pengendalian wabah dan penanganan penyakit menular.

4. Isi Pelaporan Rawat Jalan

a. Kode Diagnosa

Sistem pengkodean yang digunakan untuk mengklasifikasikan dan mendokumentasikan diagnosis medis, penyakit, gangguan, kondisi dan prosedur yang diberikan kepada pasien oleh tenaga medis. Kode ini biasanya didasarkan pada standar internasional atau nasional dan digunakan dalam berbagai aspek administrasi dan manajemen pelayanan kesehatan.

b. Jumlah Penyakit Berdasarkan Jenis Kelamin dan Umur

Pelaporan mengenai jumlah penyakit berdasarkan umur dan jenis kelamin merupakan bagian penting dari laporan RL 5.4. Jumlah penyakit mengelompokkan jumlah kasus penyakit menurut kelompok umur pasien yang berkunjung ke rumah sakit. Kelompok umur yang digunakan :

- 0-4 tahun : Bayi dan Balita
- 5-14 tahun : Anak-anak
- 15-24 tahun : Remaja
- 25-44 tahun : dewasa muda
- 45-64 tahun : Dewasa menengah
- 65 tahun ke atas : Lansia

Mengelompokkan jumlah kasus penyakit berdasarkan jenis kelamin pasien, yaitu laki-laki dan perempuan. Menurut Juenger, *et al* (2019), jenis kelamin pria lebih cenderung memiliki kemampuan fungsi tubuh yang lebih baik daripada wanita terutama dalam hal fisik.

c. Kunjungan Pasien

Kunjungan merupakan perihai, perbuatan, proses, hasil lawatan, kepergian, kedatangan disatu tempat atau kegiatan. Kunjungan rawat jalan adalah jumlah kunjungan baru dan kunjungan lama di rawat jalan (Kemenkes RI, 2011).

Kunjungan rawat jalan terdiri dari dua bagian yakni :

- 1) Kunjungan baru merupakan pasien yang datang pertama kali berkunjung ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun yang sedang berjalan.
- 2) Kunjungan lama merupakan kunjungan berikutnya atau lebih dari suatu kunjungan baru ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun yang berjalan (Kemenkes RI, 2011).

3) Ketepatan Penulisan Diagnosa

Menurut Maryati W (2016), hal terpenting yang harus diperhatikan koder adalah dalam menentukan ketepatan kode diagnosa. Dimana dalam proses pengkodean koder juga memerlukan kelengkapan dan ketepatan penulisan diagnosis agar menghasilkan keakuratan kode diagnosa. Pengkodean yang akurat memerlukan penulisan diagnosa yang sesuai dengan ICD-10. Diagnosis yang ditulis dengan lengkap dan

tepat oleh seorang dokter sangat berpengaruh terhadap ketepatan dan keakuratan kodefikasi penyakit.

Ketepatan terminologi medis pada penulisan diagnosis harus sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Terminologi medis terbentuk dari tiga unsur kata yaitu *root*, *prefix*, dan *suffix* akan tetapi tidak semua istilah medis mengandung *root*, *prefix* dan *suffix* (Nuryati,2011)

d. Keakuratan Kode

Keakuratan kode diagnosa merupakan penulisan kode diagnosa penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan.

Klasifikasi ketidakakuratan kode diagnosis antara lain :

- 1) Tidak dikode, jika didalam resume medis berkas rekam medis tidak dikode oleh dokter (kosong)
- 2) Salah karakter ke tiga
- 3) Salah karakter ke empat dan ke lima

G. Pelayanan Rawat Jalan

a. Definisi Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan merupakan pemberian pelayanan kesehatan rumah sakit di rawat jalan yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis dan subspesialis (Permenkes RI No. 11, 2016)

b. Fungsi Pelayanan Rawat Jalan

Sebagai sarana konsultasi, penyelidikan, pemeriksaan dan pengobatan pasien oleh tenaga medis yang sesuai dengan keahliannya yang disediakan untuk pasien yang membutuhkan kesembuhan dalam waktu yang tidak lama atau tidak memerlukan pelayanan kedokteran. Pelayanan di unit rawat jalan, dimana dokter dan tim kesehatan lainnya mampu untuk bekerjasama

serta mampu untuk mengkoordinasikan semua jenis pelayanan kesehatan pasien misalnya : pelayanan penunjang, apotek, dan lainnya (Kemenkes, RI, 2012)

c. Standar Pelayanan Rawat Jalan

Berdasarkan standar pelayanan minimal rumah sakit, standar pelayanan minimal rawat jalan yakni :

- a. Dokter yang melayani di poliklinik spesialis harus 100% dokter spesialis.
- b. Rumah sakit harus minimal menyediakan pelayanan klinik anak, pelayanan klinik bedah, pelayanan klinik penyakit dalam, dan pelayanan klinik kebidanan.
- c. Jam buka pelayanan adalah pukul 08.00 – 13.00 setiap hari kerja, kecuali hari jumat puku 08.00 – 11.00
- d. Waktu tunggu untuk dirawat jalan tidak kurang dari 60 menit
- e. Kepuasan pelanggan lebih dari 90% (Permenkes RI No. 1224, 2022)

d. Alur Pelayanan Rawat Jalan

- a. Pasien datang ke rumah sakit, alasan pasien datang kerumah sakit yakni :
- b. Dirujuk oleh rumah sakit lain, puskesmas tau jenis pelayanan kesehatan lain.
- c. Rujukan dari praktik dokter, bidan, atau tenaga kesehatan lain diluar rumah sakit.
- d. Datang atas kemauan sendiri.
- e. Pasien atau keluarga melakukan pendaftaran diloket pendaftaran (*medical record*)
- f. Pasien menuju ke poliklinik yang dibutuhkan dan diterima oleh petugas kesehatan yang bertugas.
- g. Petugas atau perawat melakukan pengkajian terhadap pasien, kegiatan pengkajian minimal yang harus dilakukan meliputi data fokus pasien.

- h. Dokter menentukan diagnosis, rencana serta tindakan sesuai dengan kondisi pasien saat ini dan didampingi perawat saat dilakukan pemeriksaan medis.
- i. Setelah pasien dilakukan pemeriksaan medis, perawat melanjutkan intervensi yang berhubungan dengan masalah kolaborasi.
- j. Evaluasi pelayanan yang diberikan selama pasien di rawat jalan meliputi : evaluasi berdasarkan respon pasien setelah diberikan intervensi, meningkatnya pengetahuan pasien tentang gaya hidup yang terkait dengan penyakitnya, meningkatnya kepatuhan pasien untuk menjalani pengobatan.
- k. Jika pasien dirawat inap yang harus dilakukan oleh perawat dengan memberikan penjelasan prosedur dan koordinasi dengan unit yang terkait.
- l. Jika pasien harus dirujuk, rujukan bisa dilakukan berdasarkan indikasi medis ke pelayanan internal rumah sakit (pelayanan spesialis/sub-spesialis) atau pelayanan eksternal rumah sakit.
- m. Perawat perlu pendidikan kesehatan dan memberikan informasi mulai pasien masuk rumah sakit selama perawatan dan sampai pasien pulang (Kemenkes RI, 2012).

H. Metode Pembayaran Menggunakan Asuransi Kesehatan dan Umum

Metode pembayaran dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat dibedakan berdasarkan sumber pembiayaan, seperti asuransi kesehatan BPJS, asuransi kesehatan lainnya, dan pembayaran umum.

1. Asuransi Kesehatan BPJS

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan program jaminan kesehatan nasional yang

diselenggarakan oleh pemerintah Indonesia dengan tujuan memberikan akses pelayanan kesehatan yang merata dan adil bagi seluruh warga negara (BPJS Kesehatan, 2020). Program ini mencakup berbagai jenis pelayanan kesehatan mulai dari layanan dasar di puskesmas hingga layanan spesialis di rumah sakit. Setiap peserta BPJS Kesehatan diwajibkan membayar iuran bulanan dengan besaran yang bervariasi tergantung pada kelas layanan yang dipilih (Kelas I, II, atau III). Sistem rujukan BPJS mengharuskan pasien mendapatkan layanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama sebelum dirujuk ke rumah sakit (World Bank, 2016).

Menurut Kemenkes (2020), Pembayaran klaim BPJS menggunakan metode prospektif seperti INA-CBG's (Indonesian Case Base Groups), di mana rumah sakit menerima pembayaran tetap untuk setiap kasus penyakit tertentu berdasarkan klasifikasi yang telah ditentukan. Sistem ini bertujuan untuk mengendalikan biaya dan memastikan efisiensi dalam pelayanan kesehatan.

2. Asuransi Kesehatan Lainnya

Asuransi kesehatan swasta atau komersial menawarkan berbagai metode pembayaran yang seringkali lebih fleksibel dibandingkan dengan BPJS, seperti *Fee-for-Service* (FFS) dimana pembayaran dilakukan berdasarkan layanan yang diberikan, serta *managed care* yang mengendalikan biaya dan kualitas layanan melalui perencanaan dan pengelolaan yang ketat.

3. Pembayaran Umum

Pembayaran umum adalah mekanisme di mana pasien membayar langsung untuk layanan kesehatan yang diterima tanpa melibatkan subsidi atau asuransi kesehatan nasional. Pasien membayar biaya layanan kesehatan secara langsung kepada penyedia layanan seperti rumah sakit, klinik, atau dokter. Mekanisme ini memungkinkan pasien untuk mendapatkan informasi biaya layanan sebelum menerima perawatan, yang

memungkinkan mereka membandingkan dan memilih penyedia layanan sesuai dengan anggaran mereka (Trisnantoro, 2017).

Pembayaran umum memungkinkan fleksibilitas bagi pasien dalam memilih layanan dan penyedia kesehatan berdasarkan preferensi pribadi tanpa dibatasi oleh sistem rujukan seperti BPJS. Pasien yang membayar secara umum mungkin memiliki akses lebih cepat ke layanan spesialis dan fasilitas kesehatan premium. Namun, biaya yang dikeluarkan bisa sangat tinggi tergantung pada jenis layanan yang diterima (*Journal of Pulic Health Research*, 2020)

I. Sistem Informasi Rumah Sakit

1. Pengertian Sistem Informasi Rumah Sakit

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan yang meliputi:

- a) Data identitas rumah sakit;
- b) Data ketenagaan yang bekerja di rumah sakit;
- c) Data rekapitulasi kegiatan pelayanan;
- d) Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap;
- e) Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan.

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009).

Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit se-Indonesia. Sistem Informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat sebagaimana diatur dalam Undang – Undang Republik

Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Kemenkes, 2011).

SIRS yang berlaku pada saat ini adalah SIRS revisi VI tahun 2011, dimana SIRS VI merupakan penyempurnaan dari SIRS Revisi V yang disusun berdasarkan masukan dari tiap Direktorat dan Sekretariat dilingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Hal ini diperlukan agar dapat menunjang pemanfaatan data yang optimal serta semakin meningkatnya kebutuhan data saat ini dan yang akan datang.

2. Fungsi Sistem Informasi Rumah Sakit

Menurut Gavinov dan Soemantri (2016) fungsi SIRS yaitu :

- a. Membantu mewujudkan visi dan misi Rumah Sakit
- b. Membangun dan mengembangkan infrastruktur teknologi informasi
- c. Mensosialisasikan dan meningkatkan kemampuan sumber daya manusia Rumah Sakit mengoperasikan teknologi informasi
- d. Meningkatkan kinerja rumah sakit menjadi lebih efisien dan efektif
- e. Meningkatkan mutu dan mempercepat proses pelayanan Rumah Sakit

3. Peranan Operasional Sistem Informasi Rumah Sakit

- a. Menghindari tercatatnya data medis secara berulang-ulang, sehingga menyebabkan duplikasi data yang berujung pada membengkaknya kapasitas penyimpanan data rumah sakit. Hal ini juga dapat mengganggu pelayanan menjadi lebih lambat, akibat banyaknya tumpukan berkas
- b. Jika menggunakan sistem manual, tentu data pasien harus dimasukkan di setiap unit secara manual. Penyimpanan yang tidak terintegrasi dapat mengakibatkan data tidak sinkron karena setiap kebutuhan setiap unit atau instalasi berbeda-

beda. Adanya SIMRS rumah sakit data hanya cukup sekali dimasukkan ke bagian pendaftaran saja.

- c. Mencegah terjadinya human error. Sebab, manusia dapat merasakan kelelahan yang berakibat menurunkan ketelitian. Hal ini dapat terjadi ketika pengolahan data dilakukan secara manual. Pemasukkan data yang tidak akurat tentu menyulitkan proses pengolahan data. Dengan SIMRS, dapat meminimalkan human error.
 - d. Pelayanan rumah sakit menjadi lebih cepat dan akurat. Pasien pun tidak perlu menunggu waktu lama untuk menyelesaikan administrasinya, baik rawat inap maupun rawat jalan. Data-data yang dibutuhkan tidak memakan waktu banyak dan relatif lebih singkat.
 - e. Memberikan kemudahan saat pelaporan. Sebab, proses pelaporan dengan menggunakan teknologi cukup dengan waktu yang singkat dan dapat berkonsentrasi untuk menganalisa laporan tersebut.
 - f. Penyusunan informasi atau rekapan data yang dilakukan secara manual, tentu akan menghambat proses penginputan data. SIMRS, membantu proses penyusunan informasi menjadi lebih efisien karena tidak perlu dilakukan secara manual lagi. Tentu, dapat mencegah terjadinya duplikasi data sekaligus kebenarannya bersifat kredibel.
4. Manfaat menggunakan Sistem Informasi Rumah Sakit
- a. Pengelolaan Rumah Sakit Lebih Efektif dan Efisien

Manfaat yang dapat dirasakan oleh rumah sakit, yakni membantu meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam mengelola rumah sakit. Mengingat, data pasien, data obat-obatan, data alat medis, hingga data tenaga medis begitu banyak. Tentu, diperlukan sistem yang dapat mengurusnya secara lebih teratur. Pengelolaan data yang lebih efisien dan

efektif tidak membuat rumah sakit menjadi kewalahan, sehingga lebih dapat berfokus pada hal-hal yang lebih penting.

b. Data tersajikan secara *real time*

Dapat membantu dalam penyajian data secara real time dengan menggunakan sistem informasi yang akurat. Hal ini sangat memudahkan tenaga kesehatan untuk mengelola maupun mengatasi kendala sistem dengan lebih cepat. Sistem antrian rumah sakit juga lebih tertata dan meminimalisir penumpukan antrian karena jumlah antrian pasien dapat dipantau secara real time.

c. Manajemen rumah sakit terintegrasi satu sama lain

Proses manajemen rumah sakit dapat menjadi satu kesatuan atau terhubung satu sama lain. Mengingat, banyaknya rumah sakit yang memiliki beragam cabang. Tentu, sesama manajemen harus saling mengkoordinasi. Pasalnya, sistem manajemennya tidak tertata, pasti akan muncul berbagai masalah yang mengganggu kinerja rumah sakit. Untuk itu, sistem informasi rumah sakit sangat wajib dimiliki guna mencegah terjadinya masalah yang dapat mengganggu.

d. Lebih mudah memantau proses pelaporan data

Bantuan sistem informasi, rumah sakit lebih mudah memantau proses pelaporan data. Pelaporan menggunakan komputer tidak akan memakan waktu banyak saat melakukan analisa, sehingga lebih efektif dan efisien. Alhasil, semua yang diperlukan dan dibutuhkan akan mudah diatasi. Tenaga medis, perawat, dan para staf lebih mudah menangani pasien secara profesional. Salah satunya, contoh sistem informasi rumah sakit berbasis website yang bertujuan mempermudah aktivitas manusia

J. Pelaporan Rumah Sakit

Pelaporan Rumah Sakit merupakan suatu alat organisasi yang bertujuan untuk dapat menghasilkan laporan secara cepat, tepat dan akurat (Gavinov dan Soemantri, 2016).

1. Jenis laporan yang dibuat dibedakan menjadi 2 kelompok, yaitu :
 - a. Pelaporan internal rumah sakit, yaitu laporan yang dibuat sebagai masukan untuk dasar Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Laporan intern dibuat oleh pihak rumah sakit dan digunakan atau dimanfaatkan oleh pihak rumah sakit itu sendiri. Dilaksanakan dengan sensus harian yang meliputi : pasien masuk rumah sakit, pasien keluar rumah sakit, pasien meninggal di rumah sakit, lamanya pasien dirawat, hari perawatan, persentase pemakaian tempat tidur, kegiatan persalinan, kegiatan pembedahan dan tindakan medis lainnya serta kegiatan rawat jalan penunjang lainnya.
 - b. Pelaporan eksternal rumah sakit, yaitu pelaporan yang wajib dibuat oleh rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku, ditunjukkan kepada Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Menurut Petunjuk Teknis Sistem Informasi Rumah Sakit Tahun 2011 yang telah ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

Berikut merupakan isi dari pelaporan rumah sakit :

- 1) RL 1.1 Data Dasar Rumah Sakit
- 2) RL 1.2 Indikator Pelayanan Rumah Sakit
- 3) RL 1.3 Fasilitas tempat tidur rawat inap
- 4) RL 2 Data Ketenagaan
- 5) RL 3.1 Data Kegiatan Pelayanan Rawat Inap
 - a) Pasien Awal Tahun
 - b) Pasien Masuk
 - c) Pasien Keluar Hidup
 - d) Pasien Keluar Mati ≤ 48 Jam

- e) Pasien Keluar Mati > 48 Jam
- f) Jumlah Lama Dirawat
- g) Pasien Akhir Satu Tahun
- h) Jumlah Hari Perawatan i) Jumlah Hari Perawatan VVIP
- i) Jumlah Hari Perawatan VIP
- j) Jumlah Hari Perawatan Kelas
- k) Jumlah Hari Perawatan Kelas II
- l) Jumlah Hari Perawatan Kelas III
- m) Jumlah Hari Perawatan Kelas Khusus
- 6) RL 3.2 Data Kegiatan Pelayanan Gawat Darurat
- 7) RL 3.3 Data Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut
- 8) RL 3.4 Kegiatan Kebidanan
- 9) RL 3.5 Kegiatan Perinatologi
- 10) RL 3.6 Kegiatan Pembedahan
- 11) RL 3.7 Kegiatan Radiologi
- 12) RL 3.8 Pemeriksaan Laboratorium
- 13) RL 3.9 Pelayanan Rehabilitasi Medik
- 14) RL 3.10 Kegiatan Pelayanan Khusus
- 15) RL 3.11 Kegiatan Kesehatan Jiwa
- 16) RL 3.12 Kegiatan Keluarga Berencana
- 17) RL 3.13 Kegiatan Obat, Penulisan dan Pelayanan Resep
- 18) RL 3.14 Kegiatan Rujukan
- 19) RL 3.15 Cara Pembayaran
- 20) RL 4a Data Keadaan Morbiditas Rawat Inap Rumah Sakit
- 21) RL 4b Data Keadaan Morbiditas Rawat Jalan Rumah Sakit
- 22) RL 5.1 Pengunjung Rumah Sakit
- 23) RL 5.2 Kunjungan Rawat Jalan
- 24) RL 5.3 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Inap
- 25) RL 5.4 Daftar 10 Besar Penyakit Rawat Jalan

2. Sifat Pelaporan

Sifat pelaporan ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan

- a. Pelaporan yang bersifat terbaru, setiap saat *updated*, ditetapkan berdasarkan kebutuhan informasi untuk pengembangan program dan kebijakan dalam bidang rumah sakit.
- b. Pelaporan yang bersifat periodik 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun yang terdiri dari laporan tahunan dan rekapitulasi laporan bulanan (otomatis)

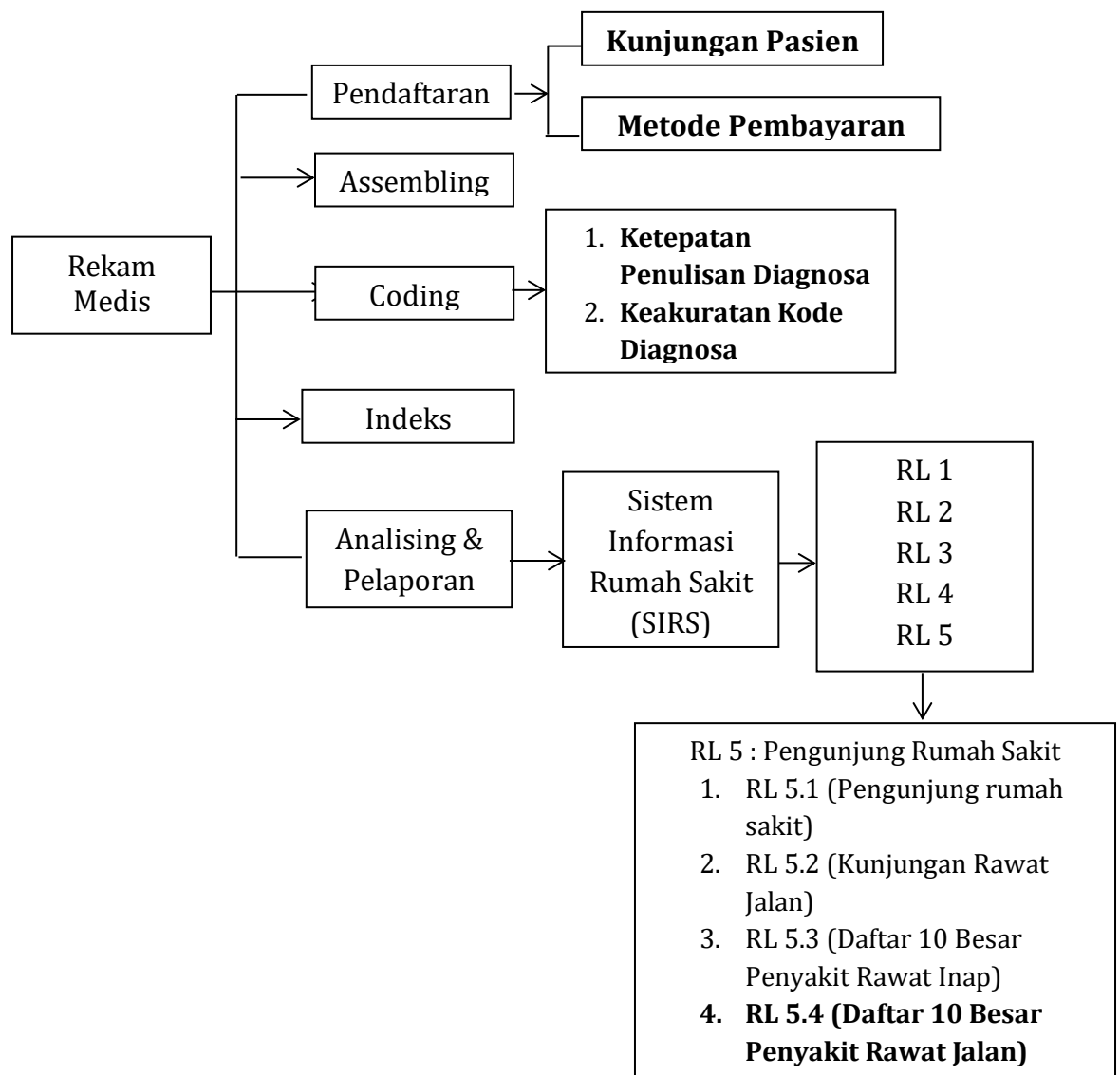
3. Pengisian Laporan

Pengisian laporan mengacu pada pedoman sistem informasi rumah sakit, yaitu :

- a. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan bersama Dinas Kesehatan Provinsi dan Diknas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan SIRS dirumah sakit.
- b. Pembinaan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, dilakukan melalui bimbingan teknis pelaksanaan SIRS kepada rumah sakit dan Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- c. Pengawasan pelaksanaan SIRS dilaksanakan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan bersama-sama seluruh Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- d. Dalam rangka pembinaan dan pengawasan untuk meningkatkan efektivitas pelaporan, Direktorat Jenderal dapat memberikan penghargaan kepada rumah sakit maupun Dinas Kesehatan dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

K. Kerangka Teori

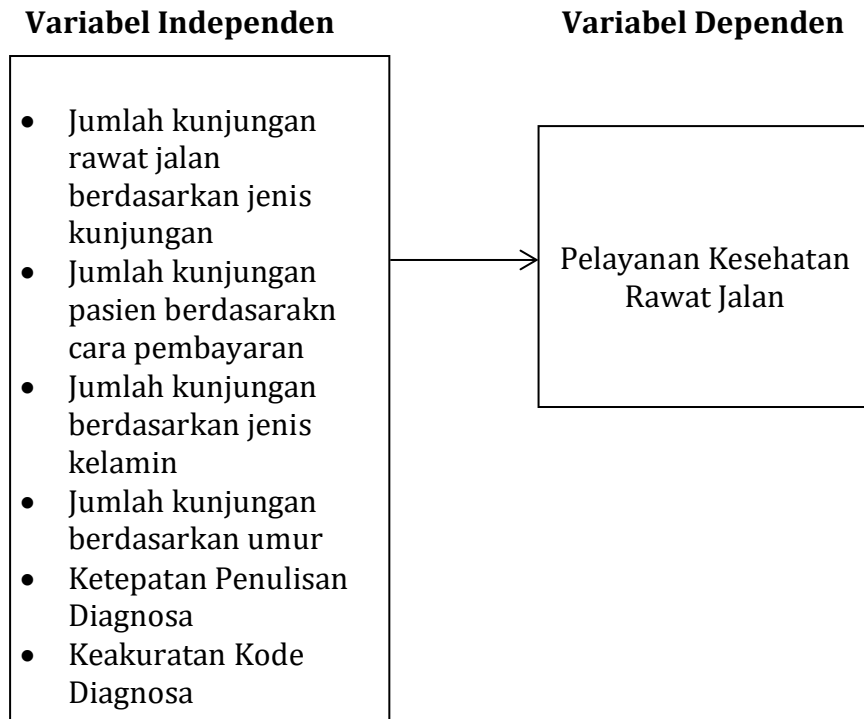
Menurut Sugiyono (2017), Teori adalah alur logika atau penalaran yang merupakan seperangkat konsep dan definisi yang disusun secara sistematis. Adapun kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 2. 4 Gambar Kerangka Teori

L. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori di atas, maka disusun kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2. 5 Kerangka Konsep

BAB III

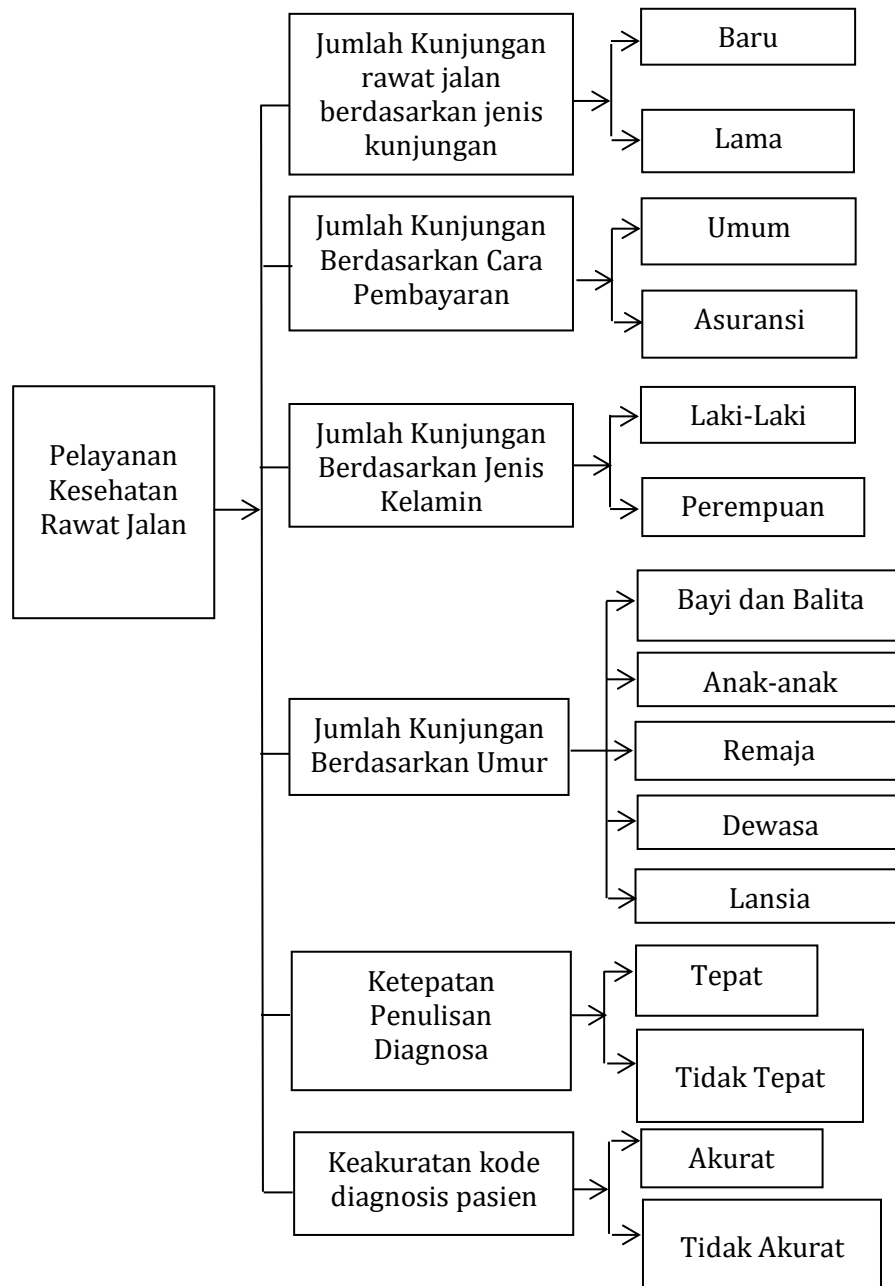
METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan metode observasional.

2. Rancangan Penelitian



Gambar 3. 1 Rancangan Penelitian

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Menurut Handayani (2020), populasi adalah total dari setiap elemen yang akan diteliti, bisa berupa individu dari suatu kelompok, peristiwa, atau sesuatu yang akan diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medis rawat jalan tahun 2023.

2. Sampel

Teknik sampling digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling. Dimana jumlah sampel yang digunakan yaitu seluruh berkas rekam medis rawat jalan pada tahun 2023

C. Definisi Operasional

Definisi Operasional pada penelitian merupakan unsur penelitian yang terkait dengan variabel yang terdapat dalam judul penelitian atau tercangkup dalam paradigma penelitian sesuai dengan hasil perumusan masalah. Teori ini dipergunakan sebagai landasan atau alasan mengapa suatu yang bersangkutan memang bisa mempengaruhi variabel

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Jumlah Kunjungan Pasien	Pasien yang berkunjung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit	Lembar Cheklist	Observasi	0 : Baru (pasien yang datang pertama kali berkunjung ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun berjalan) 1 : Lama (pasien dengan kunjungan berikutnya atau lebih dari satu kunjungan ke salah satu jenis pelayanan rawat jalan, pada tahun berjalan)	Nominal

Jumlah Kunjungan pasien berdasarkan cara pembayaran	Metode pembayaran pelayanan pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit	Lembar Checklist	Observasi	0 : Umum (metode pembayaran dimana pasien membayar langsung untuk layanan kesehatan tanpa asuransi) 1 : Asuransi (metode pembayaran menggunakan asuransi BPJS atau asuransi lainnya)	Nominal
Jumlah Kunjungan Berdasarkan Jenis Kelamin	Jumlah interaksi pasien terhadap suatu pelayanan rawat jalan berdasarkan jenis kelamin	Lembar Checklist	Observasi	0 : Laki-laki 1 : Perempuan	Nominal
Jumlah Kunjungan Berdasarkan Umur	Jumlah interaksi pasien terhadap suatu pelayanan rawat jalan berdasarkan Umur	Lembar Checklist	Observasi	0 : 0-4 Bayi dan Balita 1 : 5-14 Anak-anak 2 : 15-24 Remaja 3 : 25-64 Dewasa 4 : 65 tahun keatas : Lansia	Nominal
Ketepatan penulisan Diagnosa Pasien	Adalah penulisan diagnosis utama dengan menggunakan Bahasa terminologi medis yang ditegakkan berdasarkan tiga unsur (Prefix, Root dan Suffix) sesuai dengan ICD-10	-Lembar Check List, Buku ICD-10	-Observasi BRM -Melihat Resume medis	0 : Tepat (Apabila menggunakan istilah medis, tidak menggunakan singkatan dan terdapat Root atau dua unsur, yaitu prefix dan root atau root dan suffix) 1 : Tidak tepat (Apabila tidak	Nominal

D. Instrument Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penentuan bahwa data yang diambil akan akurat, ada hal lain yang mempengaruhi keakuratan data yang kita ambil yaitu teknik pengambilan data (Arikunto, 2010). Alat yang digunakan pada penelitian ini yaitu lembar checklist.

E. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan 12-20 Agustus 2024 di ruang rekam medis Rumah Sakit Rafflesia kota Bengkulu

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah data primer. Data primer yaitu data yang diperoleh dengan cara observasi langsung dengan menggunakan lembar checklist dan survei kepada petugas yang bertanggung jawab atas pengumpulan data untuk pelaporan

G. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

a. Editing

Kegiatan pengecekan atau perbaikan isian formulir (Notoadmojo, 2018). Peneliti melakukan pengecekan kembali pada lembar checklist yang telah diisi untuk melihat apakah pengisian sudah terisi lengkap

b. Coding

Peneliti melakukan koding pada hasil data lembar checklist yaitu proses dimana peneliti memberi tanda pada poin pernyataan di lembar checklist atau lembar observasi berupa tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing kategori

c. Tabulating

Peneliti menata kembali data yang telah di peroleh berdasarkan variabel yang diteliti guna memudahkan analisis data dimana setiap pernyataan yang sudah diberikan kode

dikelompokkan lalu dihitung dan dijumlahkan kemudian dituliskan dalam bentuk table

d. *Processing*

Data dimasukkan kedalam sistem komputerisasi dengan program *Ms. Excel*.

H. Analisis Data

Data akan dianalisis dengan menggunakan analisis univariat yaitu suatu teknik analisis data terhadap satu variabel secara mandiri, tiap variabel dianalisis tanpa dikaitkan dengan variabel lainnya. Analisis univariat dengan analisis deskriptif atau statistik deskriptif yang disajikan dalam distribusi frekuensi dan bobot presentase hasil penelitian.