

ISSN : 2722 - 9831 (Online)

ISSN : 2715 - 9817 (Printed)

2022



JRMIK

JURNAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
Journal Of Medical Records and Health information

VOLUME 3, NOMOR 2 | JUNI 2022

SEKOLAH TINGGI ILMU ADMINISTRASI MALANG

ISSN : 2722 - 9831 (Online)

ISSN : 2715 - 9817 (Printed)

JURNAL REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
Journal Of Medical Records and Health information



VOLUME 3, NOMOR 2 | JUNI 2022
SEKOLAH TINGGI ILMU ADMINISTRASI MALANG

Susunan Redaksi

Pengarah / Pelindung

Dr. Ir. Ali Hanafiah.,MM

Chief Editor

Suhartina, SE., MM

Editorial Boards

M. Arief Rachman, SE., M.Kes

Adi Santoso, SKM, MKM

Femy Anggriani, SKM, MM

Robiatud Daniyah,S.ST,MM

Reviewers

Dr. Tri Murni, M.Si

Dr. Tri Marhaeni Widiastuti,M.Si

Dr. Ir. Ali Hanafiah,MM

Dr. Hadiwiyono,M.Si

Dr. Yuni Hartono, M.Si

Technical Editor

Mohammad Archi Maulyda, S.Pd, M.Pd

Penerbit

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang

Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM)



Alamat Redaksi :

Jl. Baiduri Bulan 1 Malang

Telp. 0341 – 553401

Email : info@stia-malang.ac.id

Website : www.stia-malang.ac.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadiran Allah SWT, atas berkat dan rahmat Nya kamidapat kembali hadir untuk menyajikan artikel-artikel terkini pada JRMik: Jurnal Rekam Medis & Informasi Kesehatan Volume 03 Nomor 02 Edisi Juni, Tahun 2022. Semua artikel yang dimuat pada Jurnal ini telah diseleksi dan ditelaah oleh Dewan Editor . Hanya artikel-artikel berkualitas baik dan sangat baik yang dapat dimuat pada JRMik: Jurnal Rekam Medis & Informasi Kesehatan.

Topik-topik yang disajikan pada edisi ini meliputi: klasifikasi dan kodefikasi rekam medis, komunikasi rekam medis, dan manajemen rekam medis.

Kepada penulis yang telah berkontribusi pada penerbitan jurnal edisi ini, kami menyampaikan terima kasih yang mendalam, selanjutnya kami mengundang rekan sejawat peneliti perekam medis dan informasi kesehatan mengirimkan naskah untuk disajikan pada jurnal ini. Saran dan kritik yang membangun, pembaca dan para pihak lainnya sangat kami harapkan. Selamat membaca.

Ketua Dewan Editor

DAFTAR ISI

TINJAUAN PELAKSANAAN KODEFIKASI DIAGNOSIS PENYEBAB DASAR KEMATIAN (UNDERLYING CAUSE OF DEATH/UCOD) DI RSUD. DR. R. SOEDARSON KOTA PASURUAN.....34-39

Putri Nabila Ramadhani Jaya Winata, Sri Erna Utami , Robiatud Daniyah

ANALISIS KETEPATAN DAN KELENGKAPAN KODEFIKASI PENYAKIT PADA PASIEN TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS PANDANWANGI KOTA MALANG.....40-47

Iftinan Rasyidah, Tri Marhaeni W

MODEL KOMUNIKASI SISTEM ALUR BADAN PENYELENGGARAN JAMINAN SOSIAL (BPJS) DALAM UPAYA MENINGKATKAN PENGETAHUAN PELAYANAN PASIEN BPJS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT UMUM UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG.....48-55

Siti Khomaria Fahriss, Soraya

PENERAPAN KOMUNIKASI EFEKTIF DI UNIT PUSAT ADMINSTRASI TERPADU RSUD KANJURUHAN KABUPATEN MALANG.....56-62

Miftachul 'Ulum

ANALISIS ASPEK ERGONOMI BERDASARKAN ANTROPOMETRI DI RUMAH SAKIT RAHMAN RAHIM SIDOARJO.....63-69

Olifianti Novita Ramadhani, Amir Ali, Alfina Aisatus Saadah, Hawarina Rosadah

TINJAUAN PELAKSANAAN KODEFIKASI DIAGNOSIS PENYEBAB DASAR KEMATIAN (UNDERLYING CAUSE OF DEATH/UCOD) DI RSUD. DR. R. SOEDARSONO KOTA PASURUAN

Putri Nabila Ramadhani Jaya Winata¹, Sri Erna Utami², Robiatud Daniyah³

^{1,2,3} Perekam Medis & Informasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang
Email : putrinabila0023@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Rumah sakit adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Pada menurut UU No 44 Tahun 2004 tentang rumah sakit disebutkan bahwa tujuan dari rumah sakit adalah meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Salah satu indikator dari mutu pelayanan tersebut adalah dengan adanya rekam medis yang baik, di dalam rekam medis terdapat lembar surat keterangan sebab kematian yang berguna pada pelaporan data mortalitas rumah sakit. Sebab dasar kematian/underlying cause of death adalah urutan sebab mati seseorang karena suatu penyakit, cedera, kecelakaan atau kekerasan yang dialami seseorang sehingga menyebabkan kematian. Pengisian diagnosis sebab mati pada lembar surat keterangan sebab kematian dilakukan oleh dokter, lalu akan di koding oleh pihak koder sesuai ICD-10 dan penerapan prinsip umum, Rule 1 sampai 3, serta Rule Modification A sampai F.

Tujuan: Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat keterisian, prosedur pemilihan, faktor penyebab ketidakterisian kode penyebab dasar kematian (underlying cause of death/UCOD), serta mengetahui kendala pelaksanaan pemilihan diagnosis penyebab dasar kematian (underlying cause of death/UCOD) di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan.

Metode: Jenis Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dilakukan untuk mendeskripsikan pelaksanaan kodefikasi dan diagnosis penyebab dasar kematian serta menghitung data yang telah dikumpulkan melalui observasi berkas rekam medis periode tahun 2020 dengan sampel sebanyak 86 berkas rekam medis pasien meninggal dari total populasi 627 berkas, serta melakukan wawancara pada pihak koder dan Kepala unit rekam medis.

Hasil: Hasil Penelitian ini diketahui bahwa penulisan sebab kematian di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan tidak dilakukan pada lembar surat keterangan sebab kematian dan dilakukan pada ringkasan pasien rawat inap. Pada periode tahun 2020 terdapat ketidakterisian kode sebanyak 17 berkas (20%) dari 86 berkas rekam medis pasien meninggal. Sedangkan berkas rekam medis pasien meninggal yang terisi kodenya sebanyak 69 berkas (80%). Penyebab ketidakterisian kode tersebut karena terjadinya perbedaan waktu antara pengisian kode antara pasien BPJS dan yang lainnya sehingga saat dilakukan penelitian, berkas dokumen tersebut belum terisi.

Kesimpulan: Dari kesimpulan tersebut maka saran yang akan disampaikan yaitu sebaiknya mengisi diagnosis yang terkait dengan penyebab dasar kematian (underlying cause of death/UCOD) pada lembar surat keterangan sebab kematian untuk memudahkan petugas koding dalam mengkode diagnosis sebab mati.

Kata kunci: Penyebab Dasar Kematian, Rekam Medis, Rumah Sakit

Abstract

Background: A hospital is a health service facility that provides outpatient, inpatient and emergency services. According to Law No. 44 of 2004 concerning hospitals, it is stated that the purpose of the hospital is to improve the quality of hospital services. One indicator of the quality of these services is the existence of a good medical record, in the medical record there is a cause of death certificate sheet that is useful in reporting hospital mortality data. The underlying cause of death is the order in which a person dies due to an illness, injury, accident or violence experienced by a person causing death. Filling in the cause of death diagnosis on the cause of death certificate sheet is carried out by a doctor, then it will be coded by the coder according to ICD-10 and the application of general principles, Rules 1 to 3, and Modification Rules A to F.

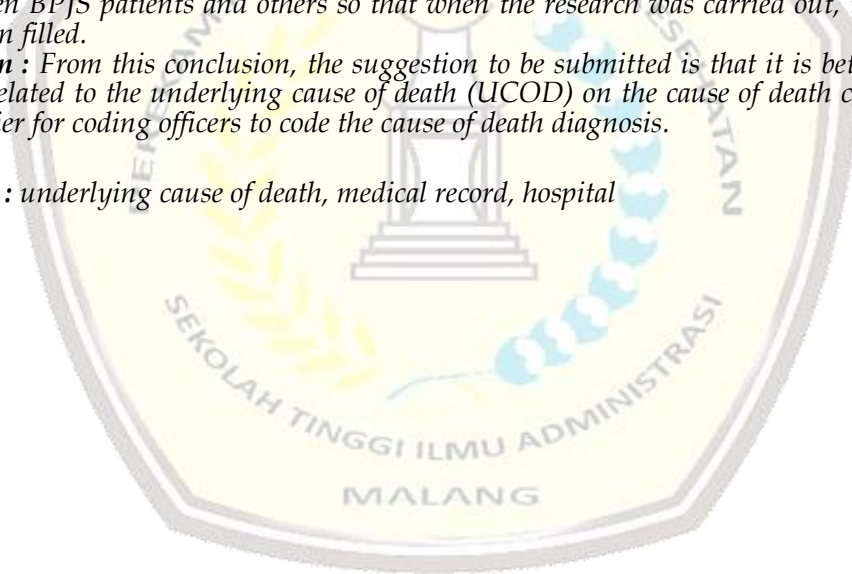
Objective : The purpose of this study was to determine the level of occupancy, the selection procedure, the factors causing the underlying cause of death (UCOD) code to be unfilled, and to find out the obstacles to implementing the selection of the underlying cause of death (UCOD) diagnosis in RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan.

Methods : This type of research uses descriptive research with a quantitative approach. This study was conducted to describe the implementation of the codification and diagnosis of the basic cause of death and calculate the data that has been collected through observation of medical record files for the 2020 period with a sample of 86 medical record files of patients who died from a total population of 627 files, as well as conducting interviews with the coder and the head of the record unit. medical.

Results : The results of this study note that the writing of the cause of death in RSUD dr. R. Soedarsono Pasuruan City was not carried out on the cause of death certificate sheet and carried out on the summary of inpatients. In the 2020 period, 17 files (20%) of the 86 medical record files of patients died were unfilled. While the medical record files of patients who died filled with codes were 69 files (80%). The cause of the unfilled code was due to the time difference between filling in the code between BPJS patients and others so that when the research was carried out, the document file had not been filled.

Conclusion : From this conclusion, the suggestion to be submitted is that it is better to fill out the diagnosis related to the underlying cause of death (UCOD) on the cause of death certificate sheet to make it easier for coding officers to code the cause of death diagnosis.

Keywords : underlying cause of death, medical record, hospital



PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan adalah menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang terdiri dari pengobatan dan pemulihan serta sebagai sarana pelayanan Kesehatan yang terdiri dari pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan gawat darurat dan pelayanan rujukan. Berdasarkan Undang-Undang No. 44 tahun 2009, rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu 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 (Marwanto et al., 2021); (Portase et al., 2021).

Pengertian Rekam Medis menurut PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang memuat identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah dilakukan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Silalahi, 2021). Dari beberapa penjelasan dapat diketahui jika rekam medis mengandung berbagai data pasien baik data medis maupun non medis yang berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Dari tersebut bisa menghasilkan sebuah informasi yang akurat apabila pencatatannya dilakukan secara tepat (Mratskova, 2021).

Salah satu dari isi rekam medis yang wajib diisi yaitu koding. Menurut Permenkes No 76, 2016 pengkodean merupakan kegiatan memberikan kode diagnosis primer dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) yang diterbitkan oleh WHO, serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (International Classification of Diseases Revision Clinical Modification) (Daniel et al., 2021). Dengan adanya pengkodean pada rekam medis pasien, petugas akan mudah mengetahui kode dari penyakit yang diderita pasien

maupun kode tindakan yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien (Chesmedzhieva et al., 2021).

Penyebab Dasar Kematian (Underlying Cause of Death) adalah keadaan penyakit atau cedera sebagai pemicu urutan kejadian yang mengakibatkan kematian, serta kecelakaan atau kekerasan yang menghasilkan cedera fatal hingga mengakibatkan kematian (Perdani & Berawi, 2021). Kode penyebab dasar kematian sangat penting bagi rumah sakit karena dapat mempengaruhi laporan mortalitas rumah sakit dan mempengaruhi validasi dan akurasi dari informasi 10 besar penyebab kematian, selain itu penyebab dasar kematian juga dapat mempengaruhi upaya yang dilakukan oleh rumah sakit untuk tindakan pencegahan terhadap penyakit mematikan secara optimal, oleh karena itu kode penyebab dasar kematian harus diisi secara tepat dan akurat agar mencegah terjadinya kesalahan pada laporan rumah sakit dan Tindakan pencegahannya (Riskayanti et al., 2021).

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, dimana dalam penelitian ini menggunakan data yang berupa angka sebagai alat untuk menganalisis keterangan mengenai apa yang ingin diteliti. Jenis penelitian ini digunakan untuk mengetahui tingkat keterisian, prosedur pemilihan, faktor penyebab ketidakterisian kode penyebab dasar kematian (underlying cause of death/UCOD), serta mengetahui kendala pelaksanaan pemilihan diagnosis penyebab dasar kematian (underlying cause of death/UCOD) di RSUD. dr. R Soedarsono Kota Pasuruan dengan cara mendeskripsikan pelaksanaan kodefikasi dan diagnosis penyebab dasar kematian serta menghitung

data-data dari hasil pengumpulan dan analisis data yang telah dilakukan (Hamudin & Atik, 2021).

Penelitian dilakukan di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan bagian bidang rekam medis (koding) periode 2020, waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 2 Agustus sampai dengan 31 Agustus 2021. Penelitian dilakukan di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan karena penulis sempat melakukan studi pendahuluan pada saat pelaksanaan PKL dan dikarenakan adanya masalah pada kodefikasi penyebab dasar kematian (Underlying Cause of Death/UCOD) sehingga peneliti ingin memahami mengenai masalah tersebut.

Penelitian ini sebagai dasar pengambilan data dengan cara melakukan observasi/pengamatan yang difokuskan pada pelaksanaan diagnosis penyebab dasar kematian (underlying cause of death/UCOD) di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan, dan wawancara yang difokuskan untuk menggali informasi mengenai faktor-faktor penyebab ketidakterisian serta faktor-faktor kendala pelaksanaan kodefikasi diagnosis penyebab dasar kematian (underlying cause of death/UCoD) di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan R. Soedarsono Kota Pasuruan (Adityas & Putra, 2021). Pada penelitian ini yang merupakan populasinya adalah seluruh berkas dokumen rekam medis pasien meninggal pada tahun 2020 di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan. Sampel pada penelitian ini adalah sebagian dari berkas dokumen rekam medis pasien meninggal pada tahun 2020.

HASIL DAN PEMBAHASAN

ada beberapa perbedaan dari diagnosis utama yang dijadikan sebagai sebab mati dengan diagnosis yang seharusnya dipilih sebagai sebab mati (Fujiawanti et al., 2021). Adapun diagnosis utama yang sudah sesuai dengan diagnosis yang seharusnya dipilih sebagai sebab kematian ada 27 berkas dokumen rekam medis (31%) dan diagnosis yang tidak sesuai antara diagnosa utama dan sebab mati ada 57 berkas dokumen rekam medis pasien meninggal (69%).

Penyebab dasar kematian (underlying cause of death/UCoD) dapat digunakan sebagai dalam penyusunan laporan kematian yang berupa angka harapan hidup, angka kematian menurut penyebab dan umur sehingga dapat dilihat status kesehatan masyarakat tersebut, serta bahan pertimbangan dan keputusan dalam upaya mencegah penyakit yang menyebabkan kematian pada suatu masyarakat tersebut (Ningsih et al., 2021). Pada penelitian ini, di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan tidak menggunakan lembar sebab kematian dan apabila ada pasien yang meninggal, maka hanya menuliskan diagnosa serta kode kematian pada resume medis pasien saja.

A. Keterisian Kodefikasi Sebab Dasar Kematian

Tingkat keterisian kodefikasi sebab dasar kematian (underlying cause of death/UCoD) di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan tahun 2020 dsebanyak 86 dokumen rekam medis pasien meninggal yang terpilih sebagai sample (populsi) berdasarkan rumus Slovin diketahui dari seluruh total pasien meninggal ada 627 ditemukan jumlah berkas dokumen pasien meninggal yang terisi ada 69 berkas dokumen rekam medis (80%) sedangkan yang tidak terisi kodefikasinya ada 17 berkas dokumen rekam medis (20%) (Kharisma et al., 2021).

B. Faktor Penyebab Ketidakterisian Kodefikasi Sebab Dasar Kematian

Penyebab ketidakterisian kodefikasi sebab dasar kematian di RSUD dr. R. Soedarsono adalah adanya pemilahan waktu pengkodean antara pasien BPJS dengan yang lainnya, sehingga pada saat peneliti melakukan observasi dengan membuka berkas dokumen pasien meninggal ditemukan ada dokumen

yang belum dilakukannya pengkodingan untuk pasien yang status pembayarannya selain BPJS, akibatnya terdapat kode yang kosong atau tidak terisi pada ringkasan rawat inap pasien meninggal tersebut.

Namun saat peneliti melakukan wawancara dengan koder, dijelaskan bahwa semua berkas dokumen rekam medis pasien dengan penjamin BPJS, umum, kemenkes, maupun asuransi lainnya semua akan di kode, hanya waktunya saja yang dibedakan untuk melakukan pengkodingannya (Aulia, 2021). Dengan adanya pemilahan atau pembeda waktu pengkodingan antara pasien yang ditanggung oleh BPJS dengan pasien dengan penanggung jawab yang lainnya dapat mengakibatkan petugas lupa untuk melengkapi kode diagnosis pasien tersebut sehingga menyebabkan kosongnya atau ketidakterisian kode diagnosis pasien, dan hal ini akan menyebabkan terlupakannya pemberian kode ICD-10 oleh petugas koder.

C. Kendala Pelaksanaan Pemilihan Diagnosis Penyebab Dasar Kematian

Kendala pelaksanaan pemilihan diagnosis sebab dasar kematian (underlying cause of death/UCoD) di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan sesuai dengan apa yang sudah diteliti melalui wawancara dengan kepala rekam medis yaitu apabila pasien megidap lebih dari satu penyakit dan untuk menetapkan diagnosis tersebut dilihat dari penyakit mana yang lebih dominan yang di derita pasien tersebut dengan melihat catatan perkembangan pasiennya, sehingga biasanya terjadi perdebatan antara perekam medis dan dokternya mengenai pemilihan diagnosis yang menyebabkan pasien tersebut meninggal, dan yang menegakkan diagnosis tersebut adalah DPJPnya.

Selain itu pada penulisan diagnosis sebab mati yang dipilih sebagai diagnosis penyebab kematian dari pasien adalah diagnosis utama pasien, hal tersebut dapat mengakibatkan bayes atau penyimpangan mengenai diagnosis yang menyebabkan pasien meninggal, sehingga

terjadi perbedaan antara diagnosis utama dan diagnosis sebab mati. Namun terkadang yang merupakan diagnosis utama sama dengan diagnosis sebab kematiannya (Wibowo et al., 2021).

- a) Pemilihan diagnosis penyebab dasar kematian (underlying cause of death) adalah sebaiknya bukan dari diagnosis utama karena belum pasti diagnosis utama merupakan diagnosis sebab dasar kematian, sehingga akan terjadi bias, tetapi harus dipilih sesuai kaidah pemilihan kondisi kode mortalitas tidak hanya Rule 1,2,3 tetapi modification Rule, Rule A-F juga di pertimbangkan
- b) Penulisan diagnosis sebab mati sebaiknya ditulis pada formulir sertifikat sebab kematian, untuk memudahkan petugas koder menentukan kode mortalitas
- c) Pelaksanaan koding mortalitas sebaiknya diberlakukan pada semua pasien tidak hanya pasien BPJS

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan dari penelitian ini sebagai berikut:

- a) Di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan untuk menuliskan kodefikasi dan diagnosis sebab dasar kematian pasien dilakukan pada ringkasan rawat inap pasien, dan tidak dilakukan pada lembar sebab kematian
- b) Berdasarkan hasil observasi dari 86 berkas dokumen pasien meninggal, terdapat berkas dokumen pasien meninggal yang terisi kodenya ada 69 berkas dokumen rekam medis (80%) dan 17 berkas dokumen rekam medis (20%) yang belum terisi.
- c) Penyebab dari ketidakterisian kodefikasi sebab dasar kematian tersebut karena adanya pembeda waktu pengisian koding antara

- pasien yang penanggung jawab BPJS dengan yang lainnya sehingga saat dilakukannya penelitian, pasien dengan penanggung jawab diluar BPJS kodefikasi tersebut masih kosong
- d) Prosedur pemilihan penyebab dasar kematian (underlying causa of death/UCOD) dilakukan dengan menerapkan aturan rule 1-3, serta menggunakan kaidah modification rule yaitu aturan A sampai aturan F
- e) Kendala pada pelaksanaan pemilihan diagnosis di RSUD dr. R. Soedarsono Kota Pasuruan disebabkan oleh penyakit yang di idap pasien lebih dari satu diagnosis, sehingga seringkali terjadi perdebatan antara perekam medis dan dokter dalam penentuan diagnosis sebab dasar kematian pasien tersebut

DAFTAR PUSTAKA

- Adityas, I. P., & Putra, D. S. H. (2021). PEDOMAN FORMAT DOKUMENTASI PENGKAJIAN KEPERAWATAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ). *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 3(3), 243–250. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i3.2453>
- Aulia, S. C. I. (2021). PEMANFAATAN UML (UNIFIED MODELING LANGUAGE) DALAM PERANCANGAN SISTEM INFORMASI REKAM MEDIS SEDERHANA PADA KEGIATAN POSBINDU PTM. *Jurnal Ilmiah Sains Dan Teknologi*, 6(1), 38–44. <https://doi.org/10.47080/saintek.v6i1.1665>
- Chesmedzhieva, B., Stanev, S., & Dermendzhiev, T. (2021). MICROBIOLOGICAL ISOLATES AND IT'S RESISTOTYPE FROM CLINIC OF VASCULAR SURGERY FOR THE FIRST QUATER OF 2021. *MEDIS – International Journal of Medical Sciences and Research*, 1(2), 7–11. <https://doi.org/10.35120/medisij010207c>
- Daniel, D., Yustendi, D., Mulyadi, M., Fuadi, Z., Wardani, S., Fawwaraly, F., Savitri, S., & Rosa, E. (2021). Managemen dan Pelayanan Medis pada Kambing Milik Masyarakat di Desa Seureumo Kecamatan Indrapuri Aceh Besar. *BAKTIMAS: Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 3(2), 48–52. <https://doi.org/10.32672/btm.v3i2.3111>
- Fujiawanti, R., Novianty, D. E., & Gunawan, E. (2021). PELAKSANAAN PENYIMPANAN FAMILY FOLDER TERHADAP EFEKTIVITAS PENYIMPANAN BERKAS REKAM MEDIS DI PUSKESMAS CIKARO. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(11), 1574–1580. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i11.236>
- Hamudin, A., & Atik, N. (2021). Mechanism of action of metformin as an anti-aging agent: a literature review. *Intisari Sains Medis*, 12(2), 453. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i2.1058>
- Kharisma, I., Bachtiar, A., Hadistia, A., Savitri, S. I., & Rukmana, I. J. (2021). PELATIHAN PEMBUATAN MASKER NON MEDIS MANUAL SERTA SOSIALISASI MANAJEMEN PEMASARAN PADA ERA NEW NORMAL DI RUMAH PINTAR TANGERANG RAYA. *Jurnal Lokabmas Kreatif: Loyalitas Kreatifitas Abdi Masyarakat Kreatif*, 2(1), 36. <https://doi.org/10.32493/jlkkkk.v2i1.p36-47.9854>
- Marwanto, A. B., Afrianto, D. T., & Atmaja, N. R. A. C. D. (2021). “MONUMEN KREWENG” 3D ANIMATION VIDEO AS A VISUAL BRANDING STRATEGY FOR JURON TOURIST VILLAGE. *Capture: Jurnal Seni Media Rekam*, 12(2), 196–206. <https://doi.org/10.33153/capture.v12i2.3572>
- Ningsih, K. P., Purwanti, E., Sevtiyani, I.,

- Santoso, S., & Ma'arif, M. R. (2021). PELATIHAN MIGRASI DATA REKAM MEDIS MANUAL KE ELEKTRONIK. *LINK*, 18(1), 43-48. <https://doi.org/10.31983/link.v18i1.8433>
- Perdani, A. P., & Berawi, K. N. (2021). Manajemen Holistik dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga pada Pasien Wanita 37 Tahun dengan Hipertensi Primer. *Jurnal Ilmu Medis Indonesia*, 1(1), 17-24. <https://doi.org/10.35912/jimi.v1i1.505>
- Portase, R., Tolas, R., & Potolea, R. (2021). MEDIS: Analysis Methodology for Data with Multiple Complexities. *Proceedings of the 13th International Joint Conference on Knowledge Discovery, Knowledge Engineering and Knowledge Management*. <https://doi.org/10.5220/0010655100003064>
- Riskayanti, N. P., Riyanto, D., & Winias, S. (2021). Manajemen multidisiplin Oral Squamous Cell Carcinoma (OSCC): laporan kasus. *Intisari Sains Medis*, 12(2), 621. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i2.1076>
- Silalahi, M. B. (2021). MEMBANGUN APLIKASI REKAM MEDIS PASIEN PADA KLINIK PRATAMA MELANIA. *Semnas Ristek (Seminar Nasional Riset Dan Inovasi Teknologi)*, 6(1). <https://doi.org/10.30998/semnasristek.v6i1.5805>
- Wibowo, B. S., Saporin, S., Prayitnoadi, R. P., Setiawan, Y., & Wijiyanti, E. S. (2021). PEMBUATAN FACE SHIELD MEDIS COVID-19 BAGI PEDAGANG PASAR PAGI PANGKAL PINANG SEBAGAI UPAYA PENANGGULANGAN WABAH COVID-19. *Dharma Pengabdian Perguruan Tinggi (DEPATI)*, 2(1), 21-26. <https://doi.org/10.33019/depati.v2i1.2818>
- Mratskova, G. (2021). MUSCULOSKELETAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH POST COVID-19 SYNDROME AND OPPORTUNITIES FOR INCREASED FUNCTIONAL ACTIVITY. *MEDIS -*
- International Journal of Medical Sciences and Research*, 1(1), 1-7. <https://doi.org/10.35120/medisij010101m>

ANALISIS KETEPATAN DAN KELENGKAPAN KODEFIKASI PENYAKIT PADA PASIEN TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS PANDANWANGI KOTA MALANG

Iftinan Rasyidah¹ , Tri Marhaeni W²

^{1,2} Perkam Medis & Informasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang
Email : Iftinanrasyidah34@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Pentingnya ketepatan dan kelengkapan kodefikasi penyakit karena berkaitan dengan kualitas data rekam medis dan mutu pelayanan. Oleh karena itu, perekam medis harus dapat menentukan kode penyakit dan tindakan yang tepat menurut klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan. Permasalahan yang ditemukan adalah kode diagnosis tuberkulosis belum sesuai dengan ICD-10 dan tidak lengkapnya kodefikasi.

Tujuan: Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran tingkat ketepatan dan kelengkapan kodefikasi penyakit pada kasus tuberkulosis.

Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif, pengumpulan data menggunakan metode observasi dan dokumentasi. Seluruh penyakit tuberkulosis yang terdapat sebanyak 142 dokumen rekam medis, dengan sampel penelitian menggunakan teknik sensus atau sampel jenuh.

Hasil: Hasil penelitian di Puskesmas Pandanwangi Kota Malang menunjukkan bahwa ketepatan kodefikasi penyakit pasien tuberkulosis dari seluruh populasi diperoleh kode penyakit yang tepat sebanyak 0 dokumen rekam medis dan kode penyakit yang tidak tepat sebanyak 142 dokumen rekam medis. Sedangkan tingkat kelengkapan kodefikasi penyakit pasien tuberkulosis dari seluruh populasi diperoleh kode penyakit yang lengkap sebanyak 39 dokumen rekam medis dan kode penyakit tidak lengkap sebanyak 103 dokumen rekam medis.

Kesimpulan: Saran rekomendasi yang disampaikan adalah pembuatan standar operasional prosedur (SOP) tentang kodefikasi untuk mengatur jalannya pengkodefikasian dan mensosialisasikannya serta perlu diadakannya tenaga kerja khusus kodefikasi dalam menunjang pengkodean.

Kata kunci: Ketepatan, Kelengkapan, ICD-10, Tuberkulosis

Abstract

Background: The importance of accuracy and completeness of disease codification because it relates to the quality of medical record data and service quality. Therefore, the medical recorder must be able to determine the disease code and appropriate treatment according to the classification applied in Indonesia (ICD-10) regarding diseases and medical actions in health services and management. The problems found were the tuberculosis diagnosis code was not in accordance with the ICD-10 and the coding was incomplete.

Objective : The purpose of this study was to describe the level of accuracy and completeness of disease codification in tuberculosis cases.

Methods : This type of research is descriptive, data collection using observation and documentation methods. There are 142 medical record documents for tuberculosis, with research samples using census techniques or saturated samples.

Results : The results of the research at the Pandanwangi Public Health Center, Malang City, showed that the accuracy of the disease codification of tuberculosis patients from the entire population obtained the correct disease code as many as 0 medical record documents and 142 incorrect disease code documents. While the level of completeness of the disease codeification of tuberculosis patients from the entire population obtained complete disease codes as many as 39 medical record documents and incomplete disease codes as many as 103 medical record documents.

Conclusion : The recommendations submitted are the making of standard operating procedures (SOPs) on codification to regulate the course of coding and socialize it and the need for a special workforce for coding to support coding.

Keywords : Accuracy, Completeness, ICD-10, Tuberculosis



PENDAHULUAN

Berdasarkan Permenkes Nomor 269 tahun 2008 rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dimana penulisan kodefikasi penyakit menjadi salah satu yang terpenting dalam berkas rekam medis. Kodefikasi penyakit harus sesuai dengan standar internasional yang ditetapkan World Health Organization (WHO), dimana sistem kodefikasi penyakit dikelola oleh organisasi kesehatan dunia (Blencisca & Nuriyatman, 2021); (Idasugiarti et al., 2021).

Menurut Permenkes 269/MENKES/PER/2008, Rekam Medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Bentuk Rekam Medis bisa berupa manual ataupun elektronik sesuai dengan ketentuan. Selain itu, rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamneses pemeriksaan fisik laboratorium, diagnose seluruh pelayanan dan tindakan medis yang diberikan pada pasien dan pengobatan di instalasi manapun (Ningsih et al., 2021).

Menurut Hatta (2013) ICD ialah sistem klasifikasi yang komprehensif dan diakui secara internasional. ICD merupakan alat diagnosis standar untuk epidemiologi manajemen kesehatan dan tujuan klinis. ICD dibawah naungan organisasi kesehatan dunia WHO, yang bertugas mengarahkan dan mengkoordinasikan kewenangan untuk kesehatan dalam sistem organisasi Persatuan Bangsa-bangsa. ICD dirancang untuk sistem klasifikasi perawatan kesehatan, menyediakan sistem kode diagnosis untuk mengklasifikasikan suatu penyakit, termasuk klasifikasi berbagai tanda, gejala, temuan abnormal, keluhan, situasi sosial dan penyebab eksternal cedera atau penyakit (Bahri, 2021).

Pengkodean dan ketepatan kode diagnosis merupakan tanggung jawab coder, hal ini sesuai dengan (Wiratama, 2021), perekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab penuh terhadap ketepatan kode dari suatu diagnosis yang telah ditetapkan oleh tenaga medis. Jika tenaga medis (dokter) tidak melakukan pemberian diagnosis secara tepat dan lengkap maka pengkodean pada berkas rekam medis tersebut dinyatakan tidak akurat. Ketepatan pemberian kodefikasi penyakit dikatakan tepat dan akurat jika sesuai aturan ICD-10. Pelaksanaan pengkodean diagnosis harus lengkap dan akurat sesuai ICD-10 (WHO, 2020). Kode yang tepat mutlak harus diperoleh agar laporan dibuat dapat dipertanggung jawabkan, kode yang tepat harus mencerminkan seluruh tindakan yang terjadi dan lengkap dengan aturan klasifikasi yang berlaku (NURFIDAH, 2021); (Sutarto, 2021).

Dalam undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek kedokteran dinyatakan bahwa setiap dokter dan dokter gigi wajib mengacu standar, pedoman dan prosedur yang berlaku agar masyarakat mendapat pelayanan medis secara profesional dan aman termasuk kewajiban membuat rekam medis yang harus segera dilengkapi oleh dokter selesai melakukan pelayanan kesehatan (pasal 46) (Wahyuni, 2021). Membuat berkas medis harus dilengkapi dengan yaitu kelengkapan informasi medis termasuk pada penulisan diagnosis, dimana penetapan dan penulisan diagnosis hanya dilakukan oleh tenaga medis (dokter). Berdasarkan Permenkes 269/MENKES/PER/III/2008, isi pada dokumen rekam medis harus lah memuat diagnosa akhir (Togatorop et al., 2021).

Pemberian kode diagnosis adalah sistem kategori jenis penyakit sesuai

dengan kelompok yang ditentukan (WHO, 2005). Menurut salah satu fungsi ICD-10, pemberian kode diagnosis untuk pelaporan nasional dan internasional morbiditas dan mortalitas, dimana dijelaskan bahwa pentingnya melakukan kodefikasi penyakit secara lengkap dan menyeluruh. Sesuai dengan standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan bahwa perekam medis harus menetapkan kode penyakit dengan tepat dan lengkap. Kelengkapan kodefikasi penyakit dan penulisan diagnosis oleh dokter sangatlah berkesinambungan, seperti dijelaskan diatas bahwa penetapan oleh tenaga medis (dokter) dan pemberian kodefikasi oleh perekam medis harus dilaksanakan secara lengkap dan menyeluruh (Sitepu & Agsmy, 2021).

Tuberkulosis ialah kelompok penyakit menular akut ataupun kronis yang biasanya menyerang paru-paru atau saluran pernapasan. Tuberkulosis disebabkan oleh bakteri batang gram positif, mycobacterium tuberculosis. Infeksi mycobacterium tuberculosis memiliki ciri tersendiri, karena bakteri itu hidup intraselular (Maharani & Santoso, 2021). Kondisi ini menjadi salah satu faktor yang mempersulit pasien dalam pengobatan. Berdasarkan klasifikasi penyakit tuberkulosis berdasarkan organ tubuh (anatomical site) yang terkena dibagi menjadi 2 kelompok yaitu tuberkulosis paru dan tuberkulosis ekstraparu.

Perekam medis adalah penunjang sumber daya manusia yang terlibat di puskesmas dan harus memenuhi standar kompetensi perekam medis. Menurut Kepmenkes RI Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, seorang perekam medis harus mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD-10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan (Vidhisvara et al., 2021).

Data yang dikode sangat penting bagi

pelayanan kesehatan, Oleh karena itu data yang dikode harus tepat (sesuai ICD 10) dan lengkap. Data kodefikasi yang ditentukan harus dapat dipertanggungjawabkan, valid, dan lengkap. Hasil pengkodean harus mencerminkan kondisi pasien dan tindakan atau prosedur yang diterima pasien (valid). Selain itu, pengkodean harus lengkap atau harus mencerminkan semua diagnosis dan semua prosedur yang didapatkan oleh pasien (Divisekera et al., 2021). Dibutuhkan pengendalian dalam kegiatan dokumen resume medis dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, serta mengingat pentingnya resume medis (Suhartinah, 2019).

Permasalahan kodefikasi di Puskesmas Pandanwangi Malang adalah belum sesuai dengan ICD 10 dan belum lengkap. Ketidaklengkapan kodefikasi maupun diagnosis dapat menghambat dalam menunjang ketepatan kodefikasi penyakit. Mendeskripsikan ketepatan kode diagnosa penyakit tuberkulosis di Puskesmas Pandanwangi Malang. Menganalisa kelengkapan penulisan kode diagnosa penyakit tuberkulosis di Puskesmas Pandanwangi Malang (Ulfa, 2021). Manfaat Praktis Diharapkan hasil peneltitan ini bisa digunakan sebagai bahan evaluasi dalam ketepatan dan kelengkapan kode diagnosa penyakit tuberkulosis berdasarkan ICD-10 di Puskesmas Pandanwangi Malang. Manfaat Teoritis Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan Ilmu Rekam Medis khususnya terkait dengan Kodefikasi Penyakit Tuberkulosis di Puskesmas.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif. Populasi sebanyak 142 dokumen rekam medis dengan pengambilan sampel penlitian menggunakan teknik

sensus atau sampel jenuh. Pengumpulan data menggunakan observasi dan dokumentasi. Analisa data menggunakan analisis deskriptif (Wakhyuni et al., 2021).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ketepatan Kodefikasi Penyakit Tuberkulosis di Puskesmas Pandanwangi sebanyak 0 dokumen rekam medis. Dari hasil pengamatan menunjukkan ketepatan kodefikasi diagnosa tuberkulosis terbilang rendah dan pengkodean diagnosa tuberkulosis belum sesuai dengan ICD-10, dimana ICD-10 merupakan klasifikasi penyakit yang berlaku di Indonesia (Triyani & Herfiyanti, 2021).

Tabel 1. Rekapitulasi Persentase Ketepatan Kodefikasi Penyakit Tuberkulosis di Puskesmas Pandanwangi

Kode Diagnosis Tuberkulosis	Jumlah	Persentase
Tepat	0	0%
Tidak Tepat	142	100%
Jumlah	142	100%

Sumber : Data Diolah, 2021

Faktor penyebab ketidaktepatan kodefikasi penyakit tuberkulosis yaitu: Belum adanya standar operasional prosedur (SOP) tentang Kodefikasi, penggunaan kode yang tidak spesifik hingga ke empat karakter sehingga dapat memperlambat ketepatan kode penyakit, selain itu penulisan diagnosis oleh dokter langsung pada kode diagnosis tanpa adanya penulisan diagnosis yang jelas (non kode) dan hal ini dilakukan secara turun menurun oleh puskesmas tetapi hal ini sangat bertentangan dengan Permenkes 269/MENKES /PER/III/2008 yang dimana isi pada dokumen rekam medis harus lah memuat diagnosa akhir dengan jelas, penggunaan sarana dan prasarana yang tidak maksimal seperti tidak mengkoreksi ulang padahal di

Puskesmas Pandanwangi telah menyediakan buku ICD-10 maupun aplikasi kodefikasi dalam menunjang ketepatan kodefikasi. Kelengkapan diagnosa penyakit tuberkulosis di Puskesmas Pandanwangi dari 142 dokumen rekam medis, hanya 39 dokumen rekam medis yang lengkap dalam penulisan diagnosis dan kodefikasi sedangkan 103 dokumen rekam medis belum lengkap (Sartika & Gunawan, 2021).

Tabel 2. Rekapitulasi Persentase Kelengkapan Kodefikasi Penyakit Tuberkulosis di Puskesmas Pandanwangi

Kode Diagnosis	Jumlah	Persentase
Lengkap	39	27,5%
Tidak Lengkap	103	72,5%
Jumlah	142	100%

Sumber : Data Diolah, 2021

Didapatkan penyebab faktor ketidaklengkapan kodefikasi penyakit tuberkulosis di Puskesmas Pandanwangi yaitu: tidak adanya pemberian kode diagnosis sebanyak 21 dokumen dan tidak adanya penulisan diagnosis oleh dokter tetapi hanya dengan kode diagnosis langsung oleh dokter yang bersangkutan sebanyak 82 dokumen. Dari faktor-faktor diatas sangat tidak sesuai dengan undang-undang Nomor 29 Tahun 2004, dimana dokter (tenaga kesehatan) diwajibkan untuk membuat rekam medis dan segera dilengkapi sesuai dengan pelayanan (Valentina & Sinaga, 2021).

PENUTUP

Kesimpulan pada penelitian ini adalah ketepatan dan kelengkapan kodefikasi penyakit pada pasien tuberkulosis masih “belum sesuai” menurut ICD-10 dan pedoman penyelenggaraan perekam medis

dan informasi kesehatan serta praktik kedokteran. Hal ini didukung oleh data yang didapatkan saat peneliti melakukan penelitian, sehingga ketepatan dan kelengkapan kodifikasi penyakit pada pasien tuberkulosis di Puskesmas Pandanwangi masih rendah.

Saran yang disampaikan adalah pembuatan standar operasional prosedur (SOP) tentang kodifikasi untuk mengatur jalannya pengkodefikasian serta dapat memudahkan petugas dan peneliti juga telah membuat standar operasional prosedur (SOP) tentang kodifikasi tuberkulosis yang mungkin saja bisa menjadi referensi kedepannya. Selain itu, petugas koding harus lebih teliti dan mengacu pada aturan ICD-10 dan tidak lagi mengacu pada kebiasaan atau hafalan diagnosa yang dilakukan secara turun-menurun dan apabila diduplikasinya dokumen rekam medis yang tidak lengkap agar menghubungi langsung kepada dokter yang bersangkutan agar pengkodean dan proses selanjutnya dapat berjalan dengan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

- Bahri, S. (2021). PENDIDIKAN SUFISTIK SAID NURSI DAN IMAM AL-GHAZALI; SOLUSI NON MEDIS DI MASA PANDEMIC. *QATHRUNA*, 8(1), 121.
<https://doi.org/10.32678/qathruna.v8i1.4867>
- Blencisca, T. E., & Nuriyatman, E. (2021). PEMBUKAAN RAHASIA MEDIS PASIEN COVID-19 SEBAGAI IMPLEMENTASI DI ERA NEW NORMAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN. *Mendapo: Journal of Administrative Law*, 2(2), 86–98.
<https://doi.org/10.22437/mendapo.v2i2.11402>
- Divisekera, D. M. W. D., Madage, S. S. K., Jayawardana, T. M. D. A., Medis, W. U. D., Indunil, R. K. P. N., & Gooneratne, J. (2021). Pathogenic and Spoilage Causing Microorganisms Associated with Traditional Seafood Product Jaadi Manufactured in Southern and Western Coastal Belt of Sri Lanka. *Asian Food Science Journal*, 25–35.
<https://doi.org/10.9734/afsj/2021/v20i1030356>
- Idasugiarti, Iman, A. T., & Junaedi, F. A. (2021). PENDAMPINGAN PENGELOLAAN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN DI PUSKESMAS CIBEUREUM KOTA TASIMALAYA TAHUN 2021. *Indonesian Journal of Health Information Management Services*, 1(1).
<https://doi.org/10.33560/ijhims.v1i1.20>
- Maharani, I., & Santoso, D. (2021). Pansinusitis kronis dengan komplikasi abses serebri dan selulitis preseptal: laporan kasus. *Intisari Sains Medis*, 12(2), 477.
<https://doi.org/10.15562/ism.v12i2.1014>
- Ningsih, K. P., Pramono, A. E., Santoso, D. B., Ilmi, L. R., & Hernawan, H. (2021). PENDAMPINGAN PROSES TRANSFORMASI SISTEM PENJAJARAN REKAM MEDIS MENGGUNAKAN TERMINAL DIGIT FILING. *LINK*, 17(1), 61–66.
<https://doi.org/10.31983/link.v17i1.6819>
- NURFIDAH, N. (2021). PENERAPAN PEMBELAJARAN BERBASIS LABORATORIUM VIRTUAL DENGAN BANTUAN APLIKASI REKAM LAYAR PADA MATERI ROUTING. *VOCATIONAL: Jurnal Inovasi Pendidikan Kejuruan*, 1(3), 87–92.
<https://doi.org/10.51878/vocational.v1i3.349>
- Sartika, R., & Gunawan, E. (2021). Pelaksanaan Pelayanan Pasien Menggunakan Rekam Medis Elektronik di Klinik Utama Cahaya Qalbu pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Sosial Sains*, 1(9).
<https://doi.org/10.36418/sosains.v1i9.200>
- Sitepu, Q. F., & Aagsmy, A. A. (2021).

- Pandemi COVID-19 dan Diplomasi Medis Tiongkok: Manifestasi Nilai Kemanusiaan atau Kepentingan Politik. *Jurnal Hubungan Internasional*, 15(1), 112–129.
<https://doi.org/10.20473/jhi.v15i1.29111>
- Sutarto, S. (2021). PENERAPAN REHABILITASI MEDIS DAN REHABILITASI SOSIAL TERHADAP KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOTIKA DITINJAU DARI TEORI PEMIDANAAN RELATIF. *Jurnal Penegakan Hukum Indonesia*, 2(1), 115–135.
<https://doi.org/10.51749/jphi.v2i1.18>
- Togatorop, S., Fitriani, A. D., & Suroyo, R. B. (2021). PENGARUH KARAKTERISTIK DAN AKSES INFORMASI TERHADAP PEMBERIAN PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT) DI PUSKESMAS SAMBAS KOTA SIBOLGA TAHUN 2020. *JURNAL KESMAS DAN GIZI (JKG)*, 4(1), 30–37.
<https://doi.org/10.35451/jkg.v4i1.825>
- Triyani, R., & Herfiyanti, L. (2021). Pelaksanaan K3 di Ruang Penyimpanan Rekam Medis RSUD Bina Sehat. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(9), 1207–1216.
<https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i9.185>
- Ulfa, H. M. (2021). Pelaksanaan Assembling Rekam Medis di Rumah Sakit. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 4(2), 57–62.
<https://doi.org/10.31983/jrmik.v4i2.6708>
- Valentina, & Sinaga, W. A. (2021). Pelaksanaan Penyimpanan Rekam Medis Berdasarkan Unsur Manajemen 5M di Puskesmas Medan Johor. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 6(2), 152–160.
<https://doi.org/10.52943/jipiki.v6i2.590>
- Vidhisvara, I. B. Y. A., Widiarsa, I. B. P., Helena, M. G., & Himawan, I. P. I. C. (2021). Parametrial hematoma following fetal craniotomy and curettage in intrauterine fetal death: a case report. *Intisari Sains Medis*, 12(3), 749.
<https://doi.org/10.15562/ism.v12i3.1108>
- Wahyuni, I. F. (2021). PENGARUH KELENGKAPAN PENGISIAN FORMULIR TRANSFER PASIEN INTERNAL TERHADAP MUTU REKAM MEDIS. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 10(2), 124–131.
<https://doi.org/10.33475/jikmh.v10i2.267>
- Wakhyuni, I., Wulandari, P., Purnama, D., & Adam, E. (2021). Pelaksanaan Audit Medis Rujukan Non Spesialistik (RNS) dengan Time, Age, Comorbid, Complication (TACC) pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di wilayah Kota Administrasi Jakarta Utara. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 1(2), 107–122.
<https://doi.org/10.53756/jjkn.v1i2.33>
- Wiratama, R. K. P. (2021). PENERAPAN GENERALIZED ASSOCIATION RULE MINNING SEBAGAI ANALISA PASIEN PENDERITA KANKER PARU PARU BERDASARKAN DATA REKAM MEDIS. *Jurnal Repositor*, 4(3).
<https://doi.org/10.22219/repositor.v4i3.1475>

MODEL KOMUNIKASI SISTEM ALUR BADAN PENYELENGGARAN JAMINAN SOSIAL (BPJS) DALAM UPAYA MENINGKATKAN PENGETAHUAN PELAYANAN PASIEN BPJS RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT UMUM UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG

Siti Khomaria Fahris¹, Soraya²

^{1,2} Perakam Medis & Informasi Kesehatan
Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang
email Sitikhomariafahris89879@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Berdasarkan hasil penelitian pendahuluan yang dilakukan, menemukan beberapa hal yang menjadi masalah dalam hubungan dengan model komunikasi sistem alur BPJS dalam upaya meningkatkan pengetahuan pelayanan pasien BPJS rawat jalan, diantaranya kurangnya pemahaman pasien BPJS rawat jalan di Rumah sakit umum univerristas muhammadiyah malang sehingga memperlambat proses pendaftaran rawat jalan. Terdapat permasalahan banyak masyarakat yang belum tahu tentang teknis pelayanan yang sesuai dengan aturan BPJS kesehatan. Tidak semua pasien yang menggunakan kartu BPJS kesehatan mengetahui alur pendaftaran rawat jalan.

Tujuan: Tujuan ditetapkan penelitian adalah untuk mendapatkan gambaran tentang peranan data rekam medis dalam model komunikasi sistem alur BPJS dalam upaya meningkatkan pengetahuan pelayanan pasien BPJS rawat jalan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang dan untuk mengetahui siapakah aktor yang bertanggung jawab dalam melaksanakan model komunikasi alur dalam pelayanan pasien BPJS rawat jalan dan untuk mengetahui apa yang menjadi penghambat pelaksanaan model komunikasi sistem alur BPJS dalam upaya meningkatkan pengetahuan pelayanan pasien BPJS rawat jalan.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, penelitian yang dimaksud adalah untuk mengumpulkan informasi status atau gejala yang ada yaitu keadaan menurut apa adanya pada saat penelitian dilakukan. Pendekatan kualitatif digunakan untuk menjelaskan fenomena dengan aturan berfikir ilmiah yang diterapkan secara sistematis.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang dalam melayani pendaftaran pasien BPJS rawat jalan menggunakan model komunikasi interaksional dimana adanya timbal balik antara petugas dengan pasien BPJS rawat jalan. Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang dalam penyelenggaraan rekam medis khususnya di tempat pendaftaran pasien BPJS rawat jalan sudah menggunakan model komunikasi yang baik.

Kesimpulan: Dimana setiap pasien yang belum mengetahui alur sistem BPJS petugas akan menjelaskan tentang alur sistem BPJS agar pasien paham dengan sistem alur BPJS tersebut karena tidak semua pasien yang menggunakan kartu BPJS mengetahui alur pendaftaran pasien BPJS rawat jalan.

Kata kunci: Model komunikasi sistem alur BPJS Dalam upayan meningkatkan pengetahuan pelayanan pasien BPJS rawat jalan

Abstract

Background: Based on the results of the preliminary research conducted, found several problems in relation to the communication model of the BPJS flow system in an effort to increase knowledge of outpatient BPJS patient services, including the lack of understanding of outpatient BPJS patients at the general hospital of the Muhammadiyah University of Malang so that it slowed down outpatient registration process. There is a problem that many people do not know about the technical services in accordance with BPJS health regulations. Not all patients who use BPJS health cards know the outpatient registration flow.

Objective : The purpose of this research is to get an overview of the role of medical record data in the communication model of the BPJS flow system in an effort to increase knowledge of outpatient BPJS patient services at the General Hospital of the University of Muhammadiyah Malang and to find out who the actors are responsible for implementing the flow communication model in outpatient services for BPJS patients and to find out what are the obstacles to implementing the BPJS flow system communication model in an effort to increase knowledge of outpatient BPJS patient services.

Methods : The type of research used is qualitative research, the research in question is to collect information on existing status or symptoms, namely the situation according to what it was at the time the research was conducted. A qualitative approach is used to explain phenomena with the rules of scientific thinking that are applied systematically.

Results : The results showed that the General Hospital of the University of Muhammadiyah Malang in serving the registration of outpatient BPJS patients uses an interactional communication model where there is reciprocity between officers and outpatient BPJS patients. The General Hospital of the University of Muhammadiyah Malang in organizing medical records, especially at the outpatient BPJS patient registration area, has used a good communication model.

Conclusion : Where every patient who does not know the BPJS system flow, the officer will explain the BPJS system flow so that patients understand the BPJS flow system because not all patients who use BPJS cards know the outpatient BPJS patient registration flow.

Keywords : BPJS flow system communication model In an effort to increase knowledge of BPJS outpatient services



PENDAHULUAN

Manusia sebagai makhluk individu maupun makhluk sosial, memiliki dorongan ingin tahu, ingin maju dan berkembang, maka salah satu saranya adalah komunikasi. Komunikasi mempunyai peranan penting bagi kehidupan manusia. Karenanya komunikasi merupakan kebutuhan yang mutlak bagi kehidupan manusia (Putra et al., 2021). Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi (Purwowiyoto & Surya, 2021).

Rumah Sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang bermutu. Salah satu aspek dalam pelayanan kesehatan merupakan faktor yang penting dalam mencapai kepuasan pasien. Tentunya banyak sekali permasalahan dalam proses pelayanan di Rumah Sakit banyaknya pasien yang belum mengetahui sistem alur BPJS kesehatan, oleh karena itu akan menjadi penghambat dalam sistem pelayanan rawat jalan yang timbul sebagai kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkan dengan apa yang diharapkan (Hardi, 2021).

Komunikasi merupakan aktivitas dasar manusia. Dengan berkomunikasi manusia dapat saling berhubungan satu sama lain baik dalam kehidupan sehari-hari di rumah tangga, ditempat pekerja dipasar, dalam masyarakat atau dimana saja manusia berada (Nuraulia et al., 2021). Tidak ada manusia yang tidak akan terlibat dalam komunikasi. Komunikasi sangat penting dalam kehidupan manusia. Berkembangnya pengetahuan manusia dari hari ke hari karena komunikasi. Komunikasi juga membentuk sistem sosial yang saling membutuhkan satu sama lain, maka

dari itu komunikasi dan masyarakat tidak dapat dipisahkan (Nur'aini et al., 2021).

Secara garis besar Model Komunikasi merupakan cara untuk menunjukkan sebuah obyek dimana didalamnya dijelaskan kompleksitas sebuah proses pemikiran dan hubungan antara unsur-unsur yang mendukung. Berikut adalah pengertian model komunikasi menurut para ahli (Ramadhanty et al., 2021):

Model Komunikasi merupakan alat untuk menjelaskan atau untuk mempermudah penjelasan komunikasi. Dalam pandangan Serenondan Mortensen dalam (Nurchayati, 2021), suatu model komunikasi merupakan deskripsi ideal mengenai apa yang dibutuhkan untuk terjadinya komunikasi. Oleh karena itu model bisa disebut sebagai gambaran informal untuk menjelaskan atau menerapkan teori penyederhanaan teori. Komunikasi dinamakan pesan (message) orang yang menyampaikan pesan disebut komunikator (communicator) sedangkan orang yang menerima pernyataan diberi nama (communicate) (Prahesti & Putriningrum, 2021).

Model Wastley dan Maclean merupakan model perluasan dari model Lasswel dan model Shannon and Weaver, yaitu dengan menambahkan jumlah peristiwa, gagasa, dan objek yang tidak terbatas, tepatnya model ini tidak membatasi pada tingkat individu, bisa juga terjadi pada aktivitas suatu kelompok atau suatu lembaga sosial, karena menurut pendapat Westley setiap individu, kelompok atau sistem mempunyai kebutuhan untuk mengirim pesan sebagai sarana orientasi kepada lingkungan. Lebih singkatnya model ini merumuskan antara komunikasi antar pribadi dan komunikasi massa (Prestiyanti et al., 2021).

Model riskuler Osgood dan Schramm menggambarkan suatu proses yang

dinamis. Pada model ini sumber dan penerima mempunyai kedudukan yang sederajat. Pesan distramisikan melalui proses encoding dan decoding. Hubungan antara encoding dan decoding layaknya sumber (encoder) dan penerima (decoder) yang saling mempengaruhi satu sama lain. Namun pada tahap berikutnya penerima (encoder) dan sumber (decoder), interpreter berfungsi ganda sebagai pengirim dan penerima pesan (Narendra et al., 2021).

Model interaksional berbeda dengan model lainnya, model ini menganggap manusia jauh lebih aktif. Para komunikasi menurut model interaksional adalah orang-orang yang mengembangkan potensi manusiawinya melalui interaksi sosial, tepatnya melalui apa yang disebut sebagai pengambilan peran orang lain. Diri berkembang lewat interaksi dengan orang lain, dimulai dengan orang terdekatnya seperti keluarga dalam suatu tahap yang disebut tahap permainan terus berlanjut hingga ke lingkungan luas dalam suatu tahap yang disebut tahap permainan.

Berdasarkan macam-macam dalam model komunikasi di atas dapat disimpulkan bahwa model komunikasi disebut model teori informasi, karena mempunyai pengaruh paling kuat dengan menambahkan jumlah peristiwa gagasan dan objek yang tidak terbatas, tepatnya tidak membatasi pada tingkat individu bisa juga terjadi pada aktivitas suatu kelompok atau suatu lembaga sosial karena model merumuskan antara komunikasi antar pribadi dan komunikasi massa (Masuku et al., 2021). Pada model ini sumber dan penerima mempunyai kedudukan yang sederajat. Agar mencapai tujuan komunikasi yang sukses, orang-orang yang terlibat akan meningkatkan keterampilan dan pengetahuan jika mereka mengikuti proses komunikasi. Oleh karena itu kita harus menggunakan model-model komunikasi yang pas dalam

berkomunikasi (Kriswibowo et al., 2021)

Di Indonesia pada tanggal 1 Januari 2014 telah didirikan suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selaras dengan tujuan Organisasi Kesehatan Dunia dalam mengembangkan jaminan kesehatan untuk semua penduduk. BPJS Kesehatan ini merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program kesehatan (Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014). BPJS Kesehatan harus memahami kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat yang dilayaninya dalam menentukan cara yang paling efektif menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Zeithaml et al (dalam Rangkuti 2006) menyatakan bahwa pelayanan yang bermutu berbentuk dari lima dimensi Service Quality (Serqual) yaitu, kehandalan, daya tangkap, jaminan empati dan bukti fisik (Husna, 2021).

Selama melaksanakan Praktek Kerja Lapangan di RSUD umum Universitas Muhammadiyah Malang, penulis menemukan beberapa hal yang menjadi masalah dalam hubungan dengan Model Komunikasi Sistem Alur BPJS Dalam Upaya Meningkatkan Pengetahuan Pelayanan Pasien BPJS Rawat Jalan di antaranya kurangnya pemahaman pasien BPJS Kesehatan dimana terdapat permasalahan banyak masyarakat yang belum tahu tentang teknis pelayanan sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan, Sehingga banyak peserta BPJS kesehatan yang mengeluh dengan sistem pelayanan alur rawat jalan yang ditetapkan BPJS Kesehatan. Tidak semua pasien yang menggunakan kartu BPJS mengetahui alur pendaftaran rawat jalan. Di atas merupakan masalah yang dapat menghambat pelayanan pasien BPJS rawat jalan Pengetahuan pasien tentang alur BPJS bisa ditingkatkan melalui penyuluhan dari petugas kesehatan akan lebih membawa pengaruh terhadap pasien supaya lebih

memahami apakah kegunaan BPJS, dan manfaat dari BPJS (Husna, 2021).

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, penelitian yang dimaksud adalah untuk mengumpulkan informasi status atau gejala yang ada yaitu keadaan menurut apa adanya pada saat penelitian dilakukan. Pendekatan kualitatif digunakan untuk menjelaskan fenomena dengan aturan berfikir ilmiah yang diterapkan secara sistematis, sebagaimana dikatakan Lincoln and Guba dalam (Wijayanti et al., 2021) bahwa penelitian kualitatif atau naturalistic inquiry adalah suatu cara penelitian yang dimaksudkan untuk memahami aktualitas, realitas sosial, dan persepsi manusia yang ada.

Lokasi yang digunakan sebagai tempat penelitian untuk pengambilan data ini adalah dilaksanakan di Rumah Sakit umum Universitas Muhammadiyah Malang. Waktu pelaksanaan penelitian adalah tgl 30 bulan juli 2021. Pengumpulan data adalah langkah yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena data yang dihasilkan ini diusahakan dapat digunakan dalam pengumpulan data dalam penelitian data adalah (Sari et al., 2021):

1. Observasi, yaitu kegiatan pengamatan dengan menggunakan mata tanpa ada pertolongan alat standart lain. Pengamatan direncanakan dan dicatat secara sistematis, berkaitan dengan tujuan penelitian serta dapat dicek validitasnya.
2. Interview/Wawancara. Wawancara merupakan bentuk komunikasi antara dua orang, dengan cara tatap muka dan tanya jawab secara lisan dengan pihak-pihak yang terkait dalam penelitian ini.
3. Dokumentasi. Suatu teknik pengumpulan data yang mengambil data dari dokumen, arsip, brosur, majalah, koran dan internet yang sesuai dengan masalah yang diteliti. Secara umum kegiatan dokumentasi tersebut dilaksanakan dengan cara

klasifikasi dan kategori dokumen

Proses analisis data merupakan usaha untuk menemukan jawaban atas pertanyaan yang diperoleh dari hasil penelitian. Sehingga diperlukan suatu proses penyederhanaan data, agar data-data yang telah diperoleh akan lebih mudah untuk dibicarakan dan diinterpretasikan. Dengan demikian akan diperoleh suatu data yang lebih akurat. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan analisa kualitatif model Miles dan Huberman dalam (Nurulfadillah & Herfiyanti, 2021) yang terdiri dari beberapa komponen dan tahapan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Model komunikasi yang digunakan alur sistem BPJS dalam upaya meningkatkan pengetahuan pelayanan pasien BPJS Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang yaitu

1. Model Komunikasi Interaksional. Petugas pendaftaran pasien Rawat Jalan menggunakan model komunikasi Interaksional karena petugas pendaftaran memberikan pertanyaan dan pasien menjawab dan sebaliknya pasien bertanya petugas yang menjawab jadi adanya timbal balik antara petugas dan pasien tersebut
2. Alur Pendaftaran Pasien BP Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang sebagai berikut:
 - Pasien datang di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang pasien dibedakan menjadi
 - Pasien rawat jalan dan Emergency, pasien datang menggunakan kartu BPJS dan bisa juga menggunakan surat rujukan: puskesmas atau dari keluarga. Apabila pasien rawat jalan pasien langsung ke tempat pendaftaran rawat jalan untuk mendaftar dan memvalidasi

kartu BPJS, validasi surat rujukan form verifikasi, cetak kartu berobat dan cetak SEP. Sehingga pasien dibedakan menjadi menjadi pasien baru dan pasien lama selanjutnya pasien diarahkan ke klinik/poli spesialis kemudian pasien mendapatkan pemeriksaan penunjang sehingga pasien dapat melakukan rawat inap atau tidak.

- Pasien diberikan resep oleh dokter untuk menuju ke instalasi farmasi setelah mendapatkan obat pasien menuju ke kasir untuk menyelesaikan administrasi kartu berobat dan ceklis kemudian pasien pulang.
- Sedangkan pasien Emergency pasien langsung menuju ke instalasi gawat darurat (konsul dokter spesialis) pasien melakukan pemeriksaan penunjang sehingga pasien dapat melakukan rawat inap atau tidak, apabila tidak melakukan rawat inap maka pasien langsung diarahkan untuk pulang.

B. Faktor-Faktor yang menjadi penghambat dalam pelayanan komunikasi alur dalam upaya meningkatkan pengetahuan pelayanan pasien BPJS Rawat Jalan

1. Sistem BPJS. Adanya gangguan jaringan dari pusat sehingga memperlambat proses pendaftaran pasien BPJS rawat jalan
2. Printer dan jaringan wifi tidak selalu berjalan dengan baik karena kondisi yang tak terduga seperti printer yang rusak, wifi jaringan mati. Hal ini tentu menghambat dalam proses pelayanan pendaftaran pasien BPJS rawa jalan.

C. Pemecahan Masalah

1. Apabila gangguan jaringan dari pusat sehingga petugas kesulitan dalam memproses pendaftaran pasien BPJS rawat jalan maka petugas pendaftaran mendaftarkan

pasien menggunakan slip pendaftaran manual yang ditulis dengan rangkap empat yang berisi identitas pasien, No kartu BPJS dan poliklinik yang dituju.

2. Apabila pasien yang belum mengetahui alur sistem BPJS rawat jalan maka petugas harus lebih menjelaskan secara rinci karena akan lebih membawa pengaruh terhadap pasien supaya lebih memahami apakah kegunaan BPJS, dan manfaat dari BPJS agar tidak terjadi kesalahan dan kebingungan kepada pasien
3. Apabila printer dan jaringan wifi tidak berjalan normal maka petugas harus melakukan pemeriksaan rutin untuk printer setiap hari

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Model komunikasi yang digunakan petugas dalam menjelaskan alur sistem BPJS rawat jalan yaitu model komunikasi Interaksional dimana adanya timbal balik antara petugas pendaftaran dengan pasien. Dengan adanya komunikasi pasien akan memahami tentang alur pasien BPJS rawat jalan.
2. Aktor yang bertanggung jawab dalam melaksanakan model komunikasi dalam pelayanan pasien BPJS rawat jalan yaitu dari semua staf terutama staf yang bertugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Nama-nama yang bertugas di tempat pendaftaran rawat jalan sebagai berikut:
 - Windy Arum Ningtiyas
 - Anna Sofiyati Safitri
 - Alamsyah Kurniawan
 - Meika Lusua
3. Faktor-faktor yang menjadi penghambat dalam pelayanan komunikasi alur dalam upaya meningkatkan pengetahuan

- elayanan pasien BPJS rawat jalan
- Adanya gangguan jaringan dari pusat sehingga memperlambat proses pendaftaran pasien BPJS rawat jalan dan di tempat pendaftaran tidak selalu berjalan dengan baik karena kondisi yang tidak terduga seperti printer yang rusak, wifi jaringan mati hal ini tentu menjadi penghambat dalam pelayanan pendaftaran pasien BPJS rawat jalan

DAFTAR PUSTAKA

- Hardi, V. A. (2021). Pelatihan Pembuatan Media Pembelajaran Berbasis Teknik Rekam Layar bagi Guru. *Jurnal Abdidas*, 2(4), 884-888. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v2i4.362>
- Husna, A. S. (2021). Penatalaksanaan Holistik Scabies pada Anak Usia 4 Tahun di Puskesmas Panjang melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga. *Jurnal Ilmu Medis Indonesia*, 1(1), 25-38. <https://doi.org/10.35912/jimi.v1i1.533>
- Kriswibowo, A., Sintawati, B., Kristianto, C. I. P., & Hidayati, T. N. (2021). Penanggulangan Sampah Masker Medis Sekali Pakai dengan Pendekatan "Village Health Volunteers" di Kota Surabaya Pada Masa Pandemi Covid-19. *Journal of Education, Humaniora and Social Sciences (JEHSS)*, 4(2), 982-989. <https://doi.org/10.34007/jehss.v4i2.788>
- Masuku, W. D. M., Angriany, D., Winias, S., & Parmadiati, A. E. (2021). Penanganan kandidiasis orofaring pada pasien Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) dengan nilai CD4 dibawah 10 sel/ μ L: laporan kasus. *Intisari Sains Medis*, 12(2), 627. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i2.1077>
- Narendra, I., Dewi, H. I. R., & Ismiyati. (2021). Pemenuhan Aspek Hukum Kerahasiaan Rekam Medis Pada Proses Pelepasan Informasi Medis di Rumah Sakit XY Sleman. *Jurnal Amanah Kesehatan*, 2(2), 27-34. <https://doi.org/10.55866/jak.v2i2.76>
- Nur'aini, N., Septiani, S., & Sonia, D. (2021). Pelayanan Rekam Medis Saat Pelaksanaan PKL Mahasiswa DIII RMIK di Rumah Sakit Dustira Cimahi. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(8), 1037-1044. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i8.170>
- Nuraulia, A., Setiatin, S., & Aulia, A. (2021). Pelayanan Rekam Medis Rawat Jalan pada Masa Pandemi Covid-19 di Klinik X Kota Bandung. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(9), 1108-1120. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i9.195>
- Nurchayati, S. (2021). Pemanfaatan Data Rekam Medis Dalam Pelaporan Bulanan Di Puskesmas Kejaksan Cirebon. *Indonesian Journal of Health Information Management*, 2(1). <https://doi.org/10.54877/ijhim.v2i1.40>
- Nurulfadillah, R., & Herfiyanti, L. (2021). Pencegahan dan Pengendalian Infeksi COVID-19 di Pelayanan Rekam Medis Puskesmas Haurwangi. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 12(1), 62-70. <https://doi.org/10.52643/jbik.v12i1.1483>
- Prahesti, R., & Putriningrum, E. (2021). Pemberian Informasi dan Kelengkapan Pengisian Informed Consent Pada Pasien Sectio Caesarea Di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 4(1), 1-7. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v4i1.6778>
- Prestiyanti, N. M. I., Adiatmika, I. P. G., & Muliarta, I. M. (2021). Pemberian pasta ekstrak daun pegagan 10% lebih meningkatkan jumlah sel fibroblas dan reepitelisasi pada soket mandibula daripada pasta ekstrak

daun mengkudu 10% pasca pencabutan gigi marmut jantan. *Intisari Sains Medis*, 12(3), 718. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i3.114>

Purwowiyoto, S. L., & Surya, S. P. (2021). Pelatihan Kardiovaskular untuk Kalangan Non-Medis dengan Media Daring di Era Pandemi Covid-19. *PengabdianMu: Jurnal Ilmiah Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(3), 438-443.

<https://doi.org/10.33084/pengabdianmu.v7i3.2817>

Putra, H. N., Sari, D., Putra, D. M., Mardawati, D., Anisa, D. P., Helmi, N., Sari, A. E. S., & Swara, R. (2021). Pelaksanaan Penyuluhan pada Tenaga Rekam Medis di TPPRJ terhadap Terjadinya Penomoran Ganda di Rumah Sakit Ibnu Sina Padang. *Jurnal Abdidas*, 2(3), 720-724. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v2i3.350>

Ramadhanty, A., Rumana, N. A., Dewi, D. R., & Yulia, N. (2021). Pelepasan Informasi Medis Kepada Pihak Ketiga Di Rumah Sakit (Literature Review). *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 1(1), 16-24. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v1i1.30>

Sari, T. P., Astika, F., & Asrin, R. (2021). Pencegahan Dan Pemeliharaan Rekam Medis Dari Resiko Kerusakan Di Klinik Pratama Uwa Medika Pekanbaru. *Community Engagement and Emergence Journal (CEEJ)*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.37385/ceej.v3i1.336>

Wijayanti, L. K. S. U., Kurniawan, A., Srikandi, A. F., Daniko, J. L., & Kurniawan, S. B. (2021). Pencapaian vaksinasi COVID-19 pada anak usia 12 - 18 tahun periode Agustus - September 2021 di Puskesmas Kelurahan Cililitan. *Intisari Sains Medis*, 12(3), 981. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i3.1210>

PENERAPAN KOMUNIKASI EFEKTIF DI UNIT PUSAT ADMINSTRASI TERPADU RSUD KANJURUHAN KABUPATEN MALANG

Miftachul 'Ulum¹⁾

¹⁾D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
STIKes Widya Cipta Husada Malang
miftachululum70@gmail.com

ABSTRAK

Komunikasi efektif merupakan sebuah komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap (*attitude change*) pada orang yang terlibat komunikasi. *General Consent* atau lembar persetujuan umum merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada pasien atau keluarga setelah mendapat penjelasan secara lengkap dari petugas pendaftaran. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui apakah para petugas di bagian PAT telah menerapkan komunikasi efektif dalam menjelaskan isi dan maksud dari *General Consent* kepada pasien. Pada penelitian kali ini, peneliti menggunakan kuisioner yang dibagikan kepada 62 pasien dan 5 petugas PAT RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Dari hasil pembagian kuisioner kepada 62 pasien, terdapat hasil bahwasanya 65% pasien mengerti apakah itu *General Consent*. Akan tetapi walaupun mereka mengetahui apa itu *General Consent* mereka belum paham benar apakah maksud dan isi dari *General Consent*. Terbukti hanya 23% pasien yang menjawab "YA" atau mereka mengetahui apakah maksud dan tujuan dari *General Consent*. Sedangkan identifikasi petugas ditemukan hasil bahwasanya dari kelima petugas hanya 2 orang yang mengerti SPO tentang penjelasan *General Consent*. Dan hanya 2 orang yang menjawab telah menerapkan komunikasi efektif dalam pengisian *General Consent*.

Kata Kunci: Komunikasi Efektif, *General Consent*, dan PAT

ABSTRACT

Effective communication is a communication that is able to produce attitude changes in the people involved in communication. General Consent or general consent form is the approval letter given to the patient or family after getting a complete explanation from the registrar. The purpose of this study was to determine whether the officers in the PAT section had applied effective communication in explaining the content and purpose of the General Consent to patients. In this study, researchers used questionnaires distributed to 62 patients and 5 PAT officers at RSUD Kanjuruhan Malang Regency. This study used descriptive qualitative method. From the results of the distribution of questionnaires to 62 patients, there is a result that 65% of patients understand whether it is General Consent. However, although they know what General Consent is, they do not really understand what the purpose and contents of General Consent are. Evidently only 23% of patients answered "YES" or they knew what the aims and objectives of the General Consent were. While the identification of officers found that only five people from the five officers understood the SPO about the General Consent's explanation. And only 2 people who answered have implemented effective communication in filling the General Consent.

Keywords: *Effective Communicataion, General Consent, and PAT*

PENDAHULUAN

Pada umumnya banyak jenis pelayanan yang dapat digunakan untuk pelayanan pada rumah sakit, salah satu pusat pelayanan tersebut diantaranya adalah Pusat Administrasi Terpadu (PAT), merupakan tempat pertama kali dimana pasien bertemu dengan petugas, diharapkan petugas pendaftaran mampu memberikan pelayanan yang baik kepada pasien karena baik buruknya pelayanan rumah sakit dapat dinilai dari awal pelayanan yakni pada bagian pendaftaran pasien.

Pada unit pelayanan Pusat Administrasi Terpadu (PAT) terdapat satu unit yang sangat penting, yakni pengisian *General consent*. Lembar persetujuan umum pelayanan kesehatan atau yang lebih sering disebut dengan *General consent* merupakan suatu proses pemberian kewenangan pada pasien dan keluarganya untuk mengetahui dan mengerti tentang ruang lingkup dari persetujuan umum yang telah dibuat oleh rumah sakit.

General consent menurut Hidayah (2016) adalah persetujuan yang diberikan kepada pasien atau keluarga pasien setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai jenis pelayanan kesehatan yang akan dilakukan terhadap pasien terkait dengan proses pemeriksaan, perawatan, dan pengobatan.

General consent termasuk bagian penting dari rekam medis pasien. *General Consent* merupakan salah satu formulir yang wajib diisi guna menunjang akreditasi dan hendaknya dapat diketahui dan dimengerti isinya oleh keluarga dan pasien dirumah sakit.

Komunikasi efektif merupakan sebuah komunikasi yang mampu menghasilkan

perubahan sikap (*attitude change*) pada orang yang terlibat dalam komunikasi. Tujuannya adalah memberi kemudahan dalam memahami pesan yang di sampaikan antara pemberi dan penerima sehingga bahasa lebih jelas, lengkap, pengiriman umpan balik seimbang dan melatih penggunaan bahasa *non* verbal secara baik. salah satu cara rumah sakit agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan (Firdausi, 2018). Berdasarkan hasil pengamatan terlihat rendahnya komunikasi efektif antara petugas pendaftaran dengan pasien di Pusat Administrasi Terpadu (PAT) .

METODE PENELITIAN

1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian di lakukan di Pusat Administrasi Terpadu (PAT) RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang. Waktu penelitian dan pengambilan data dilaksanakan pada Mei-juli 2020.

3. Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian kali ini adalah pasien rawatjalan sejumlah 165 pasien dengan sampel sebanyak 62 pasien. Dan petugas PAT yang berjumlah 12 orang dengan jumlah sampel sebanyak 5 orang.

4. Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan alat pengumpulan data berupa lembar observasi dan lembar kuisioner.

5. Analisis Data

Data diolah dan dianalisis dengan metode analisis kualitatif. Analisis data kualitatif adalah proses analisis kualitatif yang mendasarkan pada adanya hubungan semantik antar variabel yang sedang diteliti.

Lembar Persetujuan Umum (*General Consent*)

Lembar persetujuan umum atau *General Consent* merupakan sebuah persetujuan umum untuk pengobatan. *General Consent* diperoleh pasien pada saat pasien mendaftar untuk rawat inap atau saat pertama kali pasien mendaftar untuk rawat jalan. Formulir *General Consent* wajib di isikan di mengerti oleh pasien dan keluarga dengan bantuan penjelasan dari petugas pendaftaran. Sayangnya banyak pasien yang masih belum paham dan tau betul apa itu *General Consent* dan apa isinya.

Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif adalah proses penyampaian informasi atau pikiran mengenai keadaan pasien, tindakan medis dan *non* medis, rencana pengobatan dan hak-hak pasien serta kewajiban pasien selama dirawat atau melakukan pemeriksaan di rumah sakit. Tujuan dilaksanakannya komunikasi efektif yakni untuk memfasilitasi komunikasi antara pasien dan pemberi layanan kesehatan agar terjaga hak serta kejelasan informasi yang disampaikan oleh petugas kesehatan. Dalam menjaga mutu rumah sakit, RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang pun telah menetapkannya pada SOP tersendiri.

Karakteristik Responden Pasien Rawat Jalan RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang

Dari hasil pembagian kuisioner kepada 62 pasien didapatkan data identitas pasien yakni pasien yang berobat menggunakan BPJS sebesar 49 pasien, dan yang berobat menggunakan umum sebanyak 11 orang dengan karakteristik sebagai berikut:

a. Usia

Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur keberadaan suatu benda atau

mahkluk, baik yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu di hitung.

Dari hasil pembagian kuisioner kepada 60 pasien di dapatkan usia responden paling tinggi adalah usia kurang dari 30 tahun dengan jumlah 22 responden dengan presentase sebesar 37%. Sedangkan untuk usia paling rendah adalah responden dengan rentang usia 41-50 tahun dengan jumlah 11 responden dengan presentase sebesar 18%

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi.

Dari hasil pembagian kuisioner kepada 60 pasien di dapatkan bahwa jenis kelamin responden paling banyak adalah perempuan dengan jumlah 32 responden dengan persentase sebesar 53%. Sedangkan untuk jenis kelamin laki-laki berjumlah 28 responden dengan presentase sebesar 47%.

c. Pendidikan Terakhir

Pendidikan terakhir adalah pendidikan terakhir yang di tempuh oleh masing-masing responden. Dalam hal ini

pendidikan dibagi menjadi 4 tingkatan yakni, SD,SMP, SMA dan Sarjana.

Dari hasil pembagian kuisioner kepada a 60 pasien di dapatkan bahwa pendidikan terakhir responden paling banyak adalah SMA sederajat dengan jumlah 35 responden dengan jumlah presentase sebesar 58%. Sedangkan paling rendah adalah responden dengan pendidikan SMP dan Sarjana, dengan masing masing berjumlah 8 responden dan dengan presentase sebesar 13%.

d. JenisPekerjaan

Dari hasil pembagian kuisioner kepada 60 responden di dapatkan hasil paling tinggi adalah responden dengan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dengan jumlah 18 orang dengan presentase sebesar 30%. Sedangkan yang paling rendah adalah responden dengan pekerjaan sebagai pedagang dan buruh, dengan masing-masing berjumlah 1 orang, dengan presentase masing-masing sebesar 2%.

Pembahasan hasil jawaban responden

Pada lembar kuisioner terdapat 3 pertanyaan mendasar untuk mengetahui apakah pasien paham akan isi dari *General Consent*, diantaranya adalah:

a. Pertama

Pada lembar kuisioner, peneliti menanyakan tentang lembar persetujuan umum atau *General Consent* kepada pasien. Dari hasil pembagian kuisioner kepada 62 pasien, terdapat 65% pasien yang menjawab “ya” yang berarti pasien tersebut mengetahui akan lembar persetujuan umum. Sedangkan untuk yang menjawab “Tidak” sebanyak 35% orang.

Maksud dari peneliti menanyakan hal tersebut kepada pasien, peneliti ingin mengetahui sebrapa banyak pasien yang

mengetahui tentang lembar persetujuan umum atau *General Consent*.

Dari hasil diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden mengetahui tentang lembar persetujuan umum atau *General Consent*.

b. Kedua

Pertanyaan kedua peneliti menanyakan kepada pasien tentang apakah petugas telah memberikan penjelasan kepada pasien terkait isi dan maksud *General Consent*. Dari hasil analisis diketahui bahwa pasien yang menjawab “Ya” sebanyak 40%, sedangkan yang menjawab “Tidak” Sebanyak 60%.

Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien tidak mengetahui isi dan maksud general consent. Padahal sudah menjadi kewajiban seorang petugas di bagian pendaftaran untuk menjelaskan lembar persetujuan umum atau *General Consent* kepada pasien. Mengingat hal tersebut telah tertulis dengan jelas dalam SPO *General Consent* dan telah di sah kan oleh direktur rumah sakit.

Ditambah lagi dari hasil observasi di lapangan peneliti menemukan bahwasanya para petugas pendaftaran sudah di beri pelatihan komunikasi efektif guna memperlancar penyampaian isi dan informasi yang terdapat dalam *General Consent*.

c. Ketiga

Pada pertanyaan ketiga peneliti bertanya kepada responden mengenai apakah responden mengetahui maksud dan tujuan dari mengisi *General Consent*. Hasil analisis menunjukkan bahwa sebanyak 77% responden menjawab “Tidak” yang artinya pasien tidak mengetahui maksud dan tujuan dari pengisian *General Consent*, dan hanya 23%

yang menjawab "Ya". Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien tidak mengetahui apa tujuan dan maksud dari pengisian *General Consent*.

Dalam hal ini peneliti sangat menyangkan adanya hal tersebut. Pasalnya *General Consent* sangatlah penting untuk diketahui dan dipahami oleh pasien. Karena *General Consent* adalah sebuah ikatan kontrak antara pasien dengan rumah sakit yang di bahas dan disetujui oleh pasien dan petugas terkait dari awal ketika pasien mendaftar di bagian pendaftaran dan hendak melakukan perawatan.

Di dalam *General Consent* juga terdapat beberapa item penting yang harus dipahami dan dimengerti oleh pasien yang diantaranya adalah persetujuan untuk perawatan dan pengobatan, persetujuan pelepasan informasi, hak dan kewajiban pasien dan lain sebagainya.

Maka dari itu peneliti sangat menyangkan jika sebagian pasien tidak mengerti dan mengetahui apa maksud dan tujuan dari pengisian lembar persetujuan umum. Karena kembali lagi, *General Consent* bisa dikatakan sebagai kontrak awal pasien dengan rumah sakit yang harus dimengerti dan disetujui sebelum mendapatkan perawatan di rumah sakit.

Pembahasan Jawaban Petugas

Pada penelitian ini peneliti tidak hanya memberikan kuisioner kepada pasien, akan tetapi peneliti juga memberikan kuisioner kepada petugas di bagian pendaftaran. Untuk petugas pendaftaran peneliti memberikan 5 pertanyaan mendasar yang telah peneliti susun berdasarkan masalah

yang peneliti temui pada saat observasi, diantaranya adalah:

a. Pertama

Pada pertanyaan pertama penelitimenanyakan "apakah petugas mengetahui SPO tentang pengisian dan penjelasan lembar persetujuan umum atau *General Consent*?"

Dari hasil analisis diketahui bahwa terdapat 3 petugas pendaftaran yang menjawab "Tidak" dan 2 petugas lainnya menjawab "Ya". Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa 3 petugas tidak mengetahui dan memahami tentang SPO pengisian dan penjelasan *General Consent*.

Padahal hal tersebut merupakan hal yang sangat krusial. Pasalnya, seseorang bekerja harus berdasarkan SPO yang telah di buat dan disepakati oleh atasan. Jika karyawan tidak mengerti mengenai SPO, bagaimana seorang karyawan bisa melaksanakan tugas dengan benar dan sesuai dengan prosedur?.

b. Kedua

Pada pertanyaan kedua peneliti menanyakan tentang "apakah petugas telah mendapatkan sosialisai tentang SPO pengisian dan penjelasan lembar persetujuan umum?"

Dari hasil analisis diketahui bahwa hanya satu orang yang menjawab sudah, dan 4 orang diantaranya menjawab belum. Hal tersebut menunjukkan bahwa rendahnya tingkat sosialisai SPO antara atasan dan bawahan. Karena sosialisai SPO yang baik adalah tiap 3 bulan sekali, baik ada pembaharuan atau tidak.

c. Ketiga

Pada pertanyaan ketiga peneliti menanyakan kepada petugas pendaftaran

mengenai “apakah petugas telah menjelaskan isi dan tujuan dari lembar persetujuan umum atau *General Consent* kepada pasien?”.

Hasil analisis menunjukkan bahwa 3 orang menjawab “Belum” dan 2 orang menjawab “Sudah”. Berdasarkan hal tersebut peneliti bertanya apa alasannya, salah satu petugas mengungkapkan bahwasanya ketika seseorang mendaftar di rumah sakit perasaan dan emosi yang menyertai mereka ini berbeda-beda. Ada yang senang, dan tidak sedikit pula yang panik, bingung dan sedih. Maka dari itu, daya tangkap mereka akan suatu informasi pun juga berbeda karena emosi yang menyertai mereka pun juga berbeda. Yang ada di pikiran mereka bagaimana pasien bisa cepat mendapat pelayanan.

d. Keempat

Pada pertanyaan ke empat, peneliti menanyakan apakah para petugas di bagian pendaftaran sudah mendapatkan pelatihan mengenai komunikasi efektif?. Jawaban dari kelima petugas pun sama, yakni ke lima petugas telah mendapatkan pelatihan komunikasi efektif.

e. Kelima

Pertanyaan kelima yakni, apakah para petugas telah menerapkan komunikasi efektif dalam penyampaian lembar persetujuan umum atau *General Consent* kepada pasien? hasil jawaban dari kelima responden yakni 3 orang menjawab belum, dan 2 orang lainnya menjawab sudah.

Hal ini sangat sulit untuk dipahami, faktanya seperti yang telah di bahas pada pertanyaan ke empat, bahwasanya pelatihan komunikasi efektif telah diselenggarakan oleh rumah sakit demi menunjang kinerja para petugas agar

tersampainya informasi yang ada dalam *General Consent*.

Dan fakta kedua yang peneliti temukan di lapangan, perihal komunikasi efektif pihak rumah sakit pun telah membuatkan SPO tersendiri mengenai komunikasi efektif dengan tujuan agar terjaga hak dan kejelasan informasi yang disampaikan oleh petugas kepada pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Pasien telah memahami *General Consent* dengan baik, terbukti yang menjawab mereka mengetahui *General Consent* sebesar 65% (41 responden). Sedangkan yang menjawab tidak sebanyak 35% (21 responden). Akan tetapi, walaupun mereka telah mengetahui apa itu *General Consent*, mereka belum benar-benar mengetahui apakah sebenarnya isi dan maksud dari *General Consent* tersebut. Terbukti responden yang menjawab mereka tidak mengetahui sebanyak 77% (47 responden). Dan yang menjawab ya atau mereka mengetahui isi dan maksud dari *General Consent* berjumlah 23% (15 responden)
2. Sebagian kecil responden memahami SPO pengisian penjelasan *General Consent*. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar petugas masih belum mengetahui bagaimana SPO tentang pengisian dan penjelasan *General Consent*.
3. Sebagian besar responden memahami komunikasi efektif dalam penyampaian *General Consent*. Hal tersebut menunjukkan bahwa implementasi

penerapan komunikasi efektif belum maksimal.

B. SARAN

1. Sebaiknya petugas di bagian pendaftaran diberi sosialisasi tentang SPO *General Consent* Secara rutin yakni minimal 3 bulan sekali. Karena sosialisasi yang baik dilakukan minimal 3 bulan sekali.
2. Sebaiknya para petugas tetap menjelaskan maksud dan isi dari *General Consent* tanpa melihat bagaimana keadaan pasien pada saat itu. Karena bagaimanapun juga menjelaskan isi dari *General Consent* kepada pasien sudah merupakan tanggung jawab dari petugas PAT.
3. Sebaiknya komunikasi efektif harap di terapkan, karena pelatihan komunikasi efektif telah diberikan guna menunjang tersampainya informasi kepada pasien.
4. Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian, disarankan untuk menambah jumlah sampel dan waktu penelitian, sehingga hasil penelitian selanjutnya akan semakin baik serta mnedapatkan pengetahuan yang lebih baru.

DAFTAR PUSTAKA

- Firdausi, Muhammad Alvi. 2018, *Komunikasi Efektif* (Online), (<https://docplayer.com/info/4758109-Komunikasi-efektif-disampaikan-pada-perkuliahan-ppkmuhammad-alvi-firdausi.html>, Diakses pada tanggal 26 Maret 2019)
- Gunarti, Rina. 2019, *Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* .Jakarta:Thema Publishing
- Hidayah, A. N. 2016, *General Consent*. (Online), (<https://aepnurulhidayat.wordpress.com/2016/08/27/konsep-informed-consent-by-aep-nurul-hidayah>, Diakses pada 29 Maret 2019)

ANALISIS ASPEK ERGONOMI BERDASARKAN ANTROPOMETRI DI RUMAH SAKIT RAHMAN RAHIM SIDOARJO

Olifianti Novita Ramadhani, Amir Ali¹, Alfina Aisatus Saadah², Hawarina Rosadah³

¹STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo Surabaya

³Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo

olifiantinovita@gmail.com , amir.consulting@gmail.com ¹

Abstrak

Latar Belakang : Ergonomi pada rak filling di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo belum mencukupi standar berdasarkan antropometri petugas rekam medis.

Tujuan : Tujuan dari penelitian ini antara lain untuk menganalisis aspek ergonomi berdasarkan antropometri petugas rekam medis, mengidentifikasi sumber variabilitas ukuran antropometri, mengidentifikasi ukuran dan jarak antar rak dan perhitungan pengukuran antropometri petugas filling.

Metode : Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yaitu dengan menganalisa dan menyajikan fakta secara sistematis. Sampel penelitian menggunakan teknik total sampling yaitu semua anggota populasi digunakan menjadi sampel. Sampel yang digunakan yaitu 9 orang petugas rekam medis. Pengumpulan data melalui wawancara dan observasi menggunakan alat meter ukur.

Hasil : Hasil penelitian di dapat dengan menggunakan 4 teori yang berbeda.

Kesimpulan : Hasil sumber variabilitas ukuran antropometri 8 orang berjenis kelamin perempuan dan 1 orang berjeniskelamin laki-laki, pada usia kurang dari 30 tahun berjumlah 8 orang dan diatas 30 tahun berjumlah 1 orang, pada 9 petugas rekam medis berasal dari Suku Jawa. Hasil pengukuran rak yaitu panjang rak 155cm, tinggi rak 270cm, lebar rak 35cm, tinggi sub rak 28cm, lebar sub rak 40cm. Pada jarak antar rak yaitu 40 cm dan dibagian lain yaitu 68 cm. Hasil pengukuran perhitungan antropometri petugas rekam medis yang didapat dari hasil rumus terakhir persentil ke-5 yaitu jangkauan tangan ke atas 160,9 cm, panjang depa yaitu 147,5 cm, sedangkan lebar bahu yaitu 30,4 cm.

Kata Kunci : Ergonomi, Filling, Antropometri, Rekam Medis, Rumah Sakit

Abstract

Background : Ergonomics on the filling rack at Rahman Rahim Hospital Sidoarjo has not met the standard based on the anthropometry of the medical record officer.

Objective : The aims of this study were to analyze ergonomic aspects based on the anthropometry of medical record officers, identify sources of anthropometric size variability, identify sizes and distances between shelves and calculate anthropometric measurements of filling officers.

Methods : This study uses descriptive research with a quantitative approach, namely by analyzing and presenting facts systematically. The research sample used a total sampling technique, that is, all members of the population were used as samples. The sample used is 9 medical record officers. Collecting data through interviews and observations using a measuring meter.

Results : The results of the study were obtained by using 4 different theories.

Conclusion : The results of the source of anthropometric size variability were 8 women and 1 man, at the age of less than 30 years there were 8 people and over 30 years there were 1 person, in 9 medical record officers came from the Javanese. The results of the shelf measurements are shelf length 155cm, shelf height 270cm, shelf width 35cm, sub shelf height 28cm, sub shelf width 40cm. The distance between the shelves is 40 cm and on the other it is 68 cm. The results of the anthropometric calculations of medical record officers obtained from the results of the last formula of the 5th percentile, namely the reach of the hands up 160.9 cm, fathom length 147.5 cm, while the shoulder width is 30.4 cm.

Keywords : Ergonomics, Filling, Anthropometry, Medical Records, Hospital

PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 7 tentang Rekam Medis, bahwa fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan untuk pengelolaan rekam medis. Rekam medis diselenggarakan oleh Unit Rekam Medis, salah satunya adalah filling yang merupakan sarana penyimpanan dokumen rekam medis yang berfungsi sebagai tempat menyimpan, menyerahkan dan melindungi dokumen rekam medis (PERMENKES RI, 2008)

Berdasarkan ilmu ergonomis, dapat didefinisikan sebagai studi mengenai aspek- aspek manusia dalam lingkungan kerja yang dilihat secara anatomi, fisiologi, psikologi, engineering, manajemen dan desain atau perancangan, seharusnya tempat penerimaan dapat didesain secara baik dan benar, seperti menempatkan dekat pintu utama rumah sakit dengan suasana yang cukup sepi dan harus dapat dengan mudah dicapai oleh semua pegawai rumah sakit (Putri, dyah cintami, & Setyowati, 2015)

Antropometri akan banyak digunakan untuk mempertimbangkan ergonomi yang membutuhkan interaksi manusia. Data antropometri yang diperoleh akan diterapkan secara luas. Data antropometri akan secara akurat menentukan bentuk, dimensi dan dimensi yang terkait dengan produk yang dirancang dan orang-orang yang akan mengoperasikan atau menggunakan produk tersebut (Putri, A.P., Triyanti, E., & Setiadi, 2014)

Berdasarkan observasi dan wawancara dengan petugas filling di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo bahwa Sumber ukuran variabilitas antropometri terhadap petugas filling menunjukkan hasil 8 orang berjenis kelamin wanita dan 1 orang berjenis kelamin laki-laki. Ukuran rak filling rekam medis yaitu, panjang rak 155cm, tinggi rak 270cm, lebar rak 35cm, tinggi sub rak 28cm, lebar sub rak 40cm. Sedangkan jarak antar rak yaitu

40cm.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan oleh peneliti ini adalah jenis penelitian dekriptif dengan pendekatan kuantitatif, yaitu dengan menganalisa dan menyajikan fakta secara sistematis sehingga dapat lebih mudah untuk dipahami dan disimpulkan. Lokasi dari penelitian ini adalah Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo. Populasi dan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh petugas Rekam Medis di RS Rahman Rahim Sidoarjo yang berjumlah 9 (sembilan) orang, Teknik pengambilan sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan total sampling. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini disesuaikan dengan data yang diperlukan peneliti dalam melakukan penelitian yaitu data primer yang diperoleh dari hasil wawancara dengan petugas Rekam Medis dan observasi di lapangan untuk mengamati dan melakukan penelitian langsung menggunakan alat meter ukur terkait proses pengukuran rak, jarak antar rak dan antropometri petugas filling.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian perhitungan sumber variabilitas ukuran antropometri

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo dapat diketahui sumber variabilitas ukuran antropometri petugas rekam medis dengan menggunakan teori dari Wignjosoebroto dalam tim dosen laboratorium ergonomi dan perancangan sistem kerja, 2009 sebagai berikut :

Tabel 1. Hasil Penelitian Perhitungan Sumber Variabilitas Ukuran Antropometri

Responden	Ukuran Antropometri		
	Usia	Jenis kelamin	Suku bangsa
1	21 tahun	Perempuan	Suku Jawa
2	22 tahun	Perempuan	Suku Jawa
3	22 tahun	Laki-laki	Suku Jawa
4	23 tahun	Perempuan	Suku Jawa
5	25 tahun	Perempuan	Suku Jawa
6	26 tahun	Perempuan	Suku Jawa
7	28 tahun	Perempuan	Suku Jawa
8	29 tahun	Perempuan	Suku Jawa
9	40 tahun	Perempuan	Suku Jawa

Hasil penelitian perhitungan ukuran rak

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo dapat diketahui memiliki 2 ukuran rak yang berbeda. Berikut perhitungan ukuran rak filling dengan menggunakan teori dari Ery Rustiyanto, 2011 sebagai berikut :

Tabel 2. Hasil Penelitian Perhitungan Ukuran Rak

No.	Ukuran	Ukuran Standar Menurut Teori (cm)	Ukuran Rak RS Rahman Rahim (cm)
1.	Panjang rak penyimpanan	115	155
2.	Tinggi rak penyimpanan	210	270
3.	Lebar rak penyimpanan	40	35
4.	Tinggi sub rak penyimpanan	30	28
5.	Lebar sub rak penyimpanan	40	40

Tabel 3. Hasil Penelitian Perhitungan Ukuran Rak

No.	Ukuran	Ukuran Standar Menurut Teori (cm)	Ukuran Rak RS Rahman Rahim (cm)
1.	Panjang rak penyimpanan	115	150
2.	Tinggi rak penyimpanan	210	200
3.	Lebar rak penyimpanan	40	35
4.	Tinggi sub rak penyimpanan	30	40
5.	Lebar sub rak penyimpanan	40	70

Hasil penelitian jarak antar rak penyimpanan

Berdasarkan hasil penelitian yang

dilakukan di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo dapat diketahui jarak antar rak filling yaitu 40 cm dan dibagian lain yaitu 68 cm. Sedangkan jarak antar rak menurut teori Depkes RI, 2006 yaitu jarak antara dua buah rak untuk lalu-lalang dianjurkan selebar 90 cm.

Hasil penelitian antropometri petugas filling

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo dapat diketahui antropometri petugas filling dengan menggunakan teori dari Wignjosoebroto, 2000 sebagai berikut :

Tabel 4. Hasil Penelitian Antropometri Petugas Filling

Responden	Jangkauan Tangan Keatas	Hasil Kuadrat	Panjang Depa	Hasil Kuadrat	Lebar Bahu	Hasil Kuadrat
1	187	34969	151	22801	39	1521
2	168	28224	149	22201	32	1024
3	227	51529	160	25600	45	2025
4	205	42025	162	26224	48	2304
5	186	34596	154	23716	37	1369
6	170	28900	150	22500	35	1225
7	193	37249	167	27889	52	2704
8	175	30625	156	24336	37	1369
9	202	40804	162	26224	39	1521
Jumlah	1713	328921	1411	221491	364	15062

1) Jangkauan tangan ke atas

a. Rata-rata (mean)

$$\text{Mean } (x) = \frac{\sum \text{Jangkauan tangan keatas}}{n}$$

$$(x) = \frac{1713}{9} = 190,3 \text{ cm}$$

b. Standar Deviasi

$$\begin{aligned} SD &= \frac{1}{n} \sqrt{\sum(x^2) - (\sum x)^2} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{9. (328921) - (1713)^2} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{2960289 - 2934369} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{25920} \\ &= \frac{1}{9} \times 161 \\ &= 17,88 = 17,9 \end{aligned}$$

c. Persentil ke 5

$$\begin{aligned} \bar{x} - 1,645\sigma \\ = 190,3 - 1,645 (17,9) \\ = 190,3 - 29,4 = 160,9 \text{ cm} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \bar{x} - 1,645\sigma \\ = 40,4 - 1,645 (6,1) \\ = 40,4 - 10,03 \\ = 30,37 \text{ cm} = 30,4 \text{ cm} \end{aligned}$$

2) Panjang depa

a. Rata-rata (mean)

$$\begin{aligned} \text{Mean } (x) &= \frac{\sum \text{Panjang depa}}{n} \\ (x) &= \frac{1411}{9} = 156,7 \text{ cm} \end{aligned}$$

b. Standar Deviasi

$$\begin{aligned} SD &= \frac{1}{n} \sqrt{\sum(x^2) - (\sum x)^2} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{9 \cdot (221491) - (1411)^2} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{1993419 - 1990921} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{2498} \\ &= \frac{1}{9} \times 50 \\ &= 5,55 = 5,6 \end{aligned}$$

c. Persentil ke 5

$$\begin{aligned} \bar{x} - 1,645\sigma \\ = 156,7 - 1,645 (5,6) \\ = 156,7 - 9,212 = 147,48 \text{ cm} = 147,5 \text{ cm} \end{aligned}$$

3) Lebar bahu

a. Rata-rata (mean)

$$\begin{aligned} \text{Mean } (x) &= \frac{\sum \text{Lebar bahu}}{n} \\ (x) &= \frac{364}{9} = 40,4 \text{ cm} \end{aligned}$$

b. Standar Deviasi

$$\begin{aligned} SD &= \frac{1}{n} \sqrt{\sum(x^2) - (\sum x)^2} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{9 \cdot (15062) - (364)^2} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{135558 - 132496} \\ &= \frac{1}{9} \sqrt{3062} \\ &= \frac{1}{9} \times 55,3 \\ &= 6,1 \end{aligned}$$

c. Persentil ke 5

Hasil penelitian perbandingan data antropometri orang indonesia berdasarkan teori Wignjosoebroto, 2000 dengan antropometri petugas

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo dapat diketahui perbandingan data antropometri orang indonesia menurut teori Wignjosoebroto, 2000 dengan petugas filling di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo :

Tabel 5. Hasil Penelitian Perbandingan Data Antropometri Orang Indonesia Berdasarkan Teori Wignjosoebroto, 2000 Dengan Antropometri Petugas

No	Kriteria	Rata-rata Antropometri Orang Indonesia (cm)	Hasil Pengukuran Antropometri Petugas (cm)	Hasil Selisih Antropometri (cm)
1.	Tinggi jangkauan ke atas (diukur dari luar ujung jari tengah sampai dengan alas kaki dalam keadaan berdiri)	202	160,9	41,1
2.	Panjang depa (diukur dari ujung jari tengah kiri sampai dengan ujung jari tengah kanan)	165	147,5	17,5
3.	Lebar bahu (diukur dari bagian luar bahu kiri sampai ke bagian luar bahu kanan)	39,8	30,4	9,4

PEMBAHASAN

Pembahasan perhitungan sumber variabilitas ukuran antropometri

Menurut teori dari Wignjosoebroto dalam Tim Dosen Laboratorium Ergonomi dan Perancangan Sistem Kerja tahun 2009.

1. Faktor usia Dapat menyulitkan petugas dalam pengambilan rekam medis. Contohnya, susah dalam melakukan posisi tubuh berdiri terlalu lama dan susah mengambil berkas yang terlalu tinggi, maupun posisi tubuh jongkok saat pengambilan berkas yang terlalu rendah.

2. Faktor jenis kelamin Dapat mempengaruhi perbedaan dimensi tubuh manusia karena dimensi tubuh perempuan dan laki-laki berbeda.
3. Faktor suku bangsa Dapat mempengaruhi dimensi tubuh serta cara berkomunikasi.

Hasil penelitian perhitungan sumber variabilitas ukuran antropometri petugas filling di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo dihasilkan data yaitu 8 orang berjenis kelamin perempuan dan 1 orang berjenis kelamin laki-laki. Pada usia kurang dari 30 tahun berjumlah 8 orang dan diatas 30 tahun berjumlah 1 orang. Pada 9 orang petugas filling berasal dari Suku Jawa.

Menurut peneliti pada faktor usia sudah dapat dikatakan mencukupi karena jumlah usia tua sedikit, pada faktor jenis kelamin dapat dikatakan belum mencukupi karena jumlah petugas perempuan lebih banyak, dan pada faktor suku bangsa sudah dapat dikatakan baik karena petugas dapat melakukan komunikasi yang baik.

Pembahasan perhitungan ukuran rak

Menurut teori dari Ery Rustiyanto, 2011 standar panjang rak 115 cm, tinggi rak 210 cm, lebar rak 40 cm, tinggi sub rak 30 cm, lebar sub rak 40 cm. Rak filling di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo menggunakan rak berbahan besi dan memiliki 2 ukuran yang berbeda. Dengan total keseluruhan jumlah rak yaitu 30 rak.

Hasil penelitian perhitungan ukuran rak dapat dilihat perbandingan dari teori Ery Rustiyanto, 2011 dengan ukuran rak filling di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo. Yaitu, panjang rak 155 cm, tinggi rak 270 cm, lebar rak 35 cm, tinggi sub rak 28 cm, lebar sub rak 40 cm. Sedangkan ukuran rak yang lain yaitu, panjang rak 150 cm, tinggi rak 200 cm, lebar rak 35 cm, tinggi sub rak 40 cm, lebar sub rak 70 cm.

Menurut peneliti hasil menunjukkan bahwa rak filling di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo sudah dapat dikatakan memenuhi standar menurut teori karena hasil ukuran rak tidak kurang dari standar teori yang digunakan.

Pembahasan jarak antar rak penyimpanan

Menurut teori dari Depkes RI, 2006 jarak antara dua buah rak untuk lalu-lalang dianjurkan selebar 90 cm.

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo dapat diketahui jarak antar rak filling yaitu 40 cm dan dibagian lain yaitu 68 cm.

Menurut peneliti pada jarak antar rak di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo belum dapat dikatakan ergonomi.

Pembahasan antropometri petugas filling

Menurut teori Wignjosoebroto tahun 2000 cara menghitung antropometri petugas yaitu dengan menggunakan perhitungan antropometri dari hasil dari jangkauan tangan ke atas, panjang depa dan lebar bahu. Kemudian hasil didapat dari hasil akhir perhitungan rumus persentil ke-5.

Hasil penelitian perhitungan menggunakan rumus mean, standar deviasi, persentil ke-5, dari hasil jangkauan tangan ke atas yaitu 160,9 cm dan panjang depa yaitu 147,5 cm sedangkan lebar bahu yaitu 30,4 cm.

Pembahasan perbandingan data antropometri orang indonesia berdasarkan teori Wignjosoebroto, 2000 dengan antropometri petugas

Menurut standar yang sesuai dengan teori dari Wignjosoebroto tahun 2000 yaitu, tinggi jangkauan ke atas 202 cm, panjang depa 165 cm, lebar bahu 39,8 cm.

Hasil penelitian perhitungan antropometri petugas filling di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo yaitu, tinggi jangkauan ke atas 160,9 cm, panjang depa 147,5 cm, lebar bahu 30,4 cm.

Menurut peneliti hasil menunjukkan bahwa pengukuran antropometri petugas filling dikatakan belum cukup memenuhi standar jika menurut teori karena selisih perbandingan hasil antropometri petugas dengan teori yang digunakan sangat jauh.

PENUTUP Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo, peneliti mendapatkan banyak manfaat baik itu pengalaman, pengetahuan dan semua yang terkait dalam dunia kerja rekam medis terutama bagian filling. Sehingga dapat menambah wawasan yang di dapatkan selama ini. Kesimpulan yang dapat di ambil selama penelitian ini dilaksanakan ialah :

1. Diketahui sumber variabilitas ukuran antropometri petugas rekam medis dihasilkan data yaitu 8 orang berjenis kelamin perempuan dan 1 orang berjenis kelamin laki-laki. Pada usia kurang dari 30 tahun berjumlah 8 orang dan diatas 30 tahun berjumlah 1 orang. Pada 9 petugas rekam medis berasal dari Suku Jawa.
2. Diketahui rak filling memiliki 2 ukuran yang berbeda. Hasil ukuran rak yaitu panjang 155cm, tinggi 270cm, lebar 35cm, tinggi sub 28cm, lebar sub 40cm. Dan ukuran rak yang lain yaitu panjang rak 150 cm, tinggi rak 200 cm, lebar rak 35 cm, tinggi sub rak 40 cm, lebar sub rak 70 cm. Sehingga pada ukuran rak dapat dikatakan ergonomi. Pada jarak antar rak yaitu 40 cm dan dibagian lain yaitu 68 cm. Sehingga pada jarak antar rak belum dapat dikatakan ergonomi.
3. Diketahui pengukuran antropometri petugas filling yaitu hasil perhitungan jangkauan tangan ke atas rak yaitu 160,9 dan panjang depa yaitu 147,5 sedangkan lebar bahu yaitu 30,4.
4. Diketahui perbandingan ukuran antropometri petugas filling dengan standar menurut teori yaitu dapat dikatakan bahwa pengukuran antropometri petugas filling belum cukup memenuhi standar karena selisih perbandingan hasil antropometri petugas dengan teori yang digunakan sangat jauh.

Saran

Berdasarkan data yang ditemukan dan kesimpulan dari penelitian ini, saran yang dapat peneliti berikan adalah sebagai berikut :

1. Rumah sakit dapat memasukkan

karyawan baru agar pembentukan petugas filling dapat terbagi dan pengambilan filling dapat dilakukan secara bergantian.

2. Rumah sakit dapat melakukan perbaikan pada susunan rak agar jarak antar rak tidak terlalu dekat. Jika memiliki keuangan lebih dapat menambahkan luas ruang filling agar jarak antar rak lebih lebar.
3. Pada pengukuran antropometri petugas terlihat banyak kekurangan dalam hal rak yang digunakan mulai dari terlalu tinggi dan sempit, pada hal ini bisa dilakukan Rumah Sakit untuk revisi ulang ruang filling agar petugas lebih nyaman dalam bekerja.
4. Rumah Sakit dapat lebih memperhatikan ergonomi terutama pada ruang filling dengan menggunakan antropometri atau menggunakan rata-rata dari dimensi tubuh petugas yang bekerja di ruang filling Rumah Sakit Rahman Rahim Sidoarjo karena dapat membuat petugas merasa aman dan nyaman dalam bekerja.

Daftar Pustaka

- Depkes RI. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia.
- Eka Wilda Faida, SKM, M. K. (2019). Manajemen sumber daya manusia dan ergonomi unit kerja rekam medis. Indomedia Pustaka.
- Ery Rustiyanto, W. A. R. (2011). Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. In Politeknik Kesehatan Permata Indonesia. Politeknik Kesehatan Permata Indonesia.
- Faida, E. (2018). Dasar Organisasi dan manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Penerbit Indomedia Pustaka.
- Irmawati Mathar. (2018). Manajemen Informasi Kesehatan: Pengelolaan Dokumen Rekam Medis. Deepublish.
- Notoatmodjo. (2012). Metode Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta.
- Nurmianto, E. (2011). Perancangan

ISSN : 2722 - 9831 (Online)
ISSN : 2715 - 9817 (Printed)

Kursi Operator Spbu Yang Ergonomis Dengan Menggunakan Pendekatan Antropometri. Universitas Pancasila.

PERMENKES RI. (2008). Rekam Medis.

Putri, A.P., Triyanti, E., & Setiadi, D. (2014). Analisis Tata Ruang Tempat Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Pasien Ditinjau Dari Aspek Antropometri Petugas Rekam Medis. *Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol. 3. No, 41-48.

Putri, dyah cintami, & Setyowati, M. (2015). Deskripsi Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keluhan kerja TPPRJ di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang.

Putri, A. P., Triyanti, E., & Setiadi, D. (2014). Analisis Tata Ruang Tempat Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Pasien Ditinjau Dari Aspek Antropometri Petugas Rekam Medis. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 2(2), 41-49. <https://doi.org/10.33560/.v2i2.22>

Sugiyono. (2014). Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Alfabeta.

Sugiyono. (2016). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. PT Alfabet.

Tarwaka. (2014). ergonomi untuk keselamatan, kerja dan produktivitas.

Wignjosoebroto dalam Tim Dosen Laboratorium Ergonomi dan Perancangan Sistem Kerja.(2009).

Buku Ajar Ergonomi dan Perancangan Sistem. Wignjosoebroto, S. (2000). Prinsip-Prinsip Perancangan Berbasiskan Dimensi Tubuh(Antropometri) dan Perancangan Stasiun Kerja.

Windari, A., Susanto, E., Garmelia, E., & Maula, H. (2018). Tinjauan Aspek Ergonomi Berdasarkan Antropometri Petugas Filing Terhadap Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (K3) Petugas. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(2),81.<https://doi.org/10.31983/jrmik.v1i2.3845>