

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU RI, 2009). Selain memberikan pelayanan kesehatan, rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan serta tempat penelitian biososial (Budi, 2011) *dalam* (Munawaroh, 2018). Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tidak hanya berkewajiban untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan bermutu kepada pasiennya, sesuai dengan standar yang ada tetapi rumah sakit juga mempunyai kewajiban untuk membuat dan memelihara rekam medis.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (*Permenkes, 2008*). *Rekam medis merupakan dokumen atau rekaman data pasien dalam bentuk sistem informasi yang memuat seluruh catatan segala informasi pasien terkait pelayanan yang diberikan di fasilitas pelayanan kesehatan. Rekam medis harus dibuat secara tertulis lengkap dan jelas atau secara elektronik sehingga setiap rumah sakit mempunyai kewajiban untuk menyelenggarakan SIMRS dan melakukan pembinaan dan pengawasan sehingga rumah sakit yang ada di Indonesia wajib menerapkan sistem manajemen informasi rumah sakit (SIMRS) yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Permenkes, 2014).*

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2013 Tentang Sistem Manajemen Informasi Rumah Sakit yang disingkat SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan

merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan. Penggunaan SIMRS di rumah sakit berguna untuk menyimpan data pasien yang berupa data medis dan non medis, yang selanjutnya data tersebut akan diolah menjadi laporan, dan laporan tersebut nantinya akan digunakan untuk pengambilan kebijakan terkait organisasi oleh pihak manajemen rumah sakit. Tujuan utama dari sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) adalah untuk membantu proses manajemen dari suatu organisasi dalam perencanaan dan pengambilan keputusan (Gaoll, 2008) *dalam* (Wahyu, 2018).

Berdasarkan data dari Bagian Program dan Informasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, dari 2.734 total keseluruhan Rumah Sakit di Indonesia, baru terdapat 1.423 Rumah Sakit yang memiliki SIMRS dan berfungsi. Sedangkan, 134 diantaranya sudah memiliki SIMRS namun tidak berfungsi dan sebanyak 1.177 Rumah Sakit masih belum memiliki SIMRS (Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan, 2017). Salah satu rumah sakit milik pemerintah di Provinsi DKI Jakarta adalah Rumah Sakit Pusat Nasional Umum Dr. Cipto Mangunkusumo yang merupakan salah satu rumah sakit di Kota Jakarta Pusat yang sudah menyandang tipe A dan sudah menerapkan SIMRS dalam melakukan pelayanan. SIMRS yang digunakan di RSCM bernama *Electronic Health Record* (EHR) aplikasi yang berbasis web yang pertama kali dioperasikan pada tahun 2013 sebagai pendukung *Joint Commission International* (JCI) yang dikembangkan oleh tim unit manajemen sistem informasi (UMSI). Manfaat *Electronic Health Record* (EHR) yang utama adalah kelengkapan catatan medis pasien yang baik sehingga sangat mendukung penegakan keputusan klinis serta dapat meningkatkan keamanan pasien (Erawantini, 2013) *dalam* (Indrawati et al., 2020).

Salah satu unit pelayanan yang membutuhkan kecepatan, ketepatan, dan keakuratan akses data pasien yaitu pada bagian penanggung jawab rekam medis dan koding (PJRM). Penanggung jawab rekam medis merupakan petugas yang ditempatkan di unit rekam medis untuk mengerjakan rekam medis pasien selama pasien dirawat hingga pasien pulang. Koding adalah salah satu bagian unit rekam medis yang bertugas meneliti dan menetapkan kode penyakit yang dilakukan melalui *Electronic Health Record* (EHR) dan INA-CBGs. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis penyakit

dilakukan dengan bantuan *elektronik health record* (EHR) yang didalamnya sudah memuat ICD-10 secara sistem. Kode diagnosis yang telah diinputkan ke dalam sistem EHR akan langsung tervalidasi dengan INACBGS saat dilakukan grouping. Kode diagnosis pada INACBG's juga telah disesuaikan dengan penggunaan ICD 10 revisi tahun 2010 sesuai dengan peraturan terbaru Permenkes No. 76 tahun 2016.

Berdasarkan hasil wawancara awal dengan Ibu X sebagai penanggung jawab bagian koding instalansi rekam medik dan admisi di RSCM dengan pertanyaan “Bagaimana menurut anda mengenai kecepatan akses *Electronic Health Record* (EHR) dan INA-CBGs?” beliau menyatakan sebagian besar sudah cukup puas dan terbantu pekerjaan dengan adanya *Electronic Health Record* (EHR) akan tetapi terkadang terdapat kendala yang ditemukan sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan. Permasalahan yang dihadapi oleh pengguna *Electronic Health Record* (EHR) didasarkan pada beberapa aspek, masalah pertama ditinjau dari segi kualitas sistem (*system quality*) dijumpai kendala *Electronic Health Record* (EHR) pada kegiatan koding terkadang masih sering loading yang diakibatkan karena akses jaringan internet yang kurang stabil sehingga hal tersebut dapat memungkinkan terhambatnya pekerjaan petugas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Leonard et al., (2020) bahwa terhambatnya pekerjaan petugas dalam menginput data pasien pada aplikasi INA-CBGs karena terdapat masalah pada jaringan yang terjadi sebanyak 2 kali dalam seminggu dan bermasalah kira-kira selama 1-2 jam sehingga mengakibatkan pekerjaan petugas menjadi tidak tepat waktu.

Tabel 1. 1 Data Primer Terjadi Loading EHR

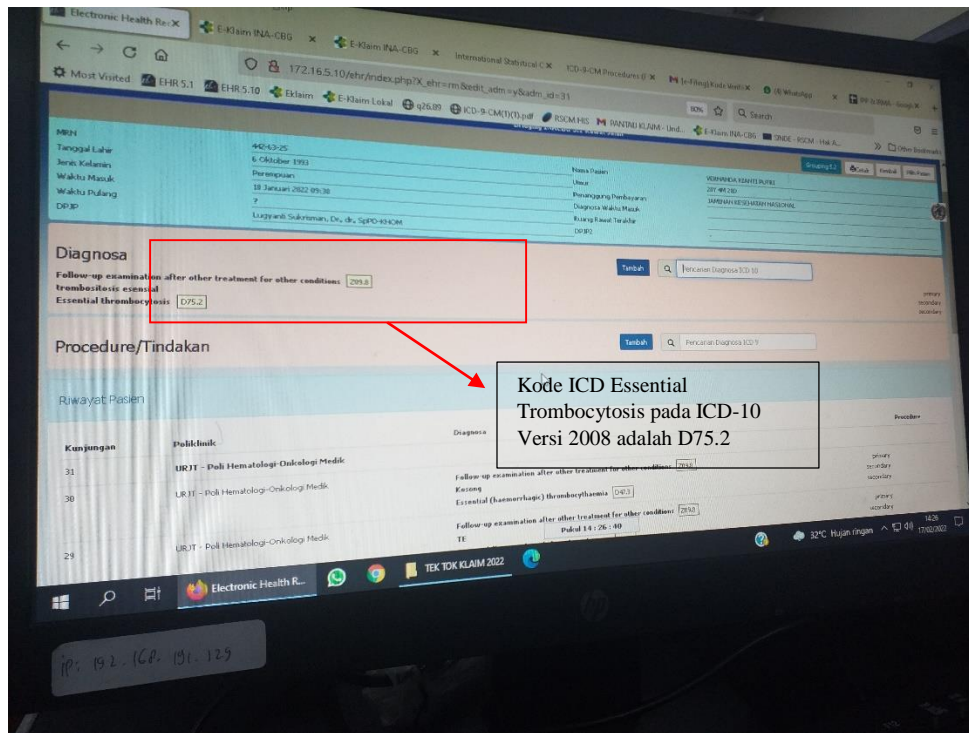
Hari/Tanggal	Banyaknya terjadi Loading	Lama Loading
		08.16-08.20
		09.12-09.17
Senin, 7 Maret 2022	6 kali	09.46-09.50
		10.11-10.15
		11.17-11.21
		13.16-13.21

		08.19-08.24
		09.10-09.14
		10.11-10.16
Selasa, 8 Maret 2022	7 kali	10.46-10.49
		11.09-11.11
		11.27-11.31
		13.10-13.13
		08.11-08.14
Rabu, 9 Maret 2022	4 kali	09.16-09.22
		10.16-10.30
		11.36-11.41
		08.21-08.26
Kamis, 10 Maret 2022	5 kali	09.31-09.35
		09.47-09.50
		10.11-10.16
		11.31-11.35
		08.17-08.21
		09.12-09.17
Jumat, 11 Maret 2022	6 kali	09.37-09.41
		10.34-10.39
		10.57-11.01
		11.19-11.21

Sumber: Data primer hasil observasi terhadap sistem EHR *loading*

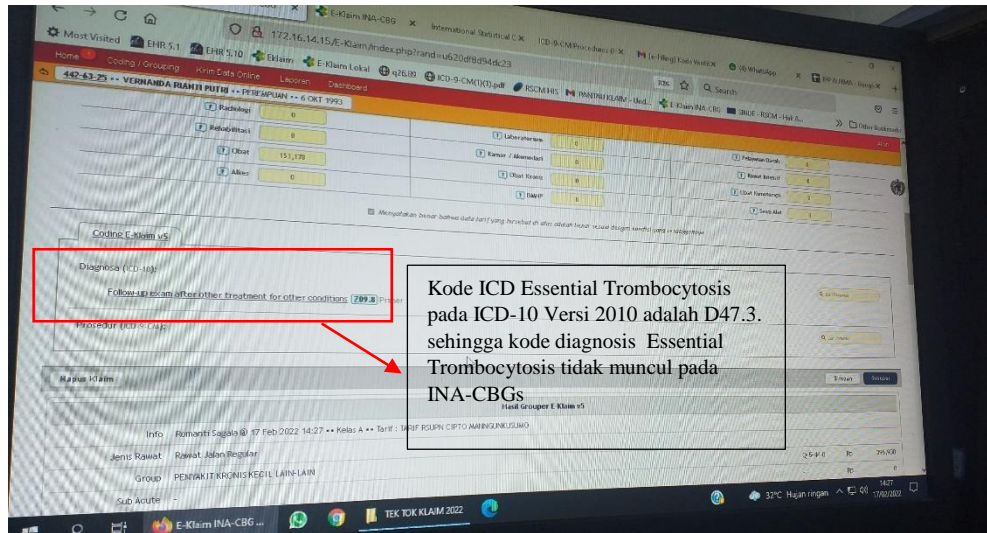
Masalah yang kedua berkaitan dengan kualitas informasi (*information quality*) dari hasil wawancara dengan Ibu X sebagai penanggung jawab bagian koding instalansi rekam medik dan admisi di RSCM dengan pertanyaan “apakah informasi yang diberikan antara *Electronic Health Record* (EHR) dengan INA-CBGs sudah akurat?” beliau menyatakan kendala ICD-10 yang dipakai dalam *Electronic Health Record* (EHR) memiliki perbedaan versi dengan ICD-10 yang terdapat di INA-CBGs, sehingga memungkinkan perbedaan output kode pada *Electronic Health Record* (EHR) dengan INA-CBGs. Kode diagnosis yang sudah di inputkan pada *Electronic Health Record* (EHR) terkadang tidak muncul pada INA-CBGs. Hal tersebut sejalan dengan hasil

penelitian yang dilakukan oleh Leonard et al., (2020) bahwa pada kualitas sistem terdapat kendala seperti data tidak muncul pada *software* dan No SEP yang tidak bisa diakses pada sistem. Pada kualitas informasi, adanya selisih biaya antara tarif rumah sakit dengan INA-CBGs.



Gambar 1.1 Output kode diagnosis pada EHR

Gambar di atas adalah tampilan output kode diagnosis pada *Electronic Health Record* (EHR) menggunakan ICD-10 versi 2008 yang terdiri dari diagnosa *Follow-up examination after other treatment for other condition* (Z09.8) dan *Essential thrombocytosis* (D75.2).



Gambar 1. 2 Output kode diagnosis pada INA-CBGs

Gambar di atas adalah output kode diagnosis pada INA-CBGs yang menggunakan ICD-10 versi 2010, output pada INA-CBGs hanya muncul satu kode diagnosis yaitu *Follow-up examination after other treatment for other condition (Z09.8)* hal tersebut terjadi karena untuk kode diagnosis *Essential thrombocytosis* pada ICD-10 versi 2010 adalah *D47.3*, sedangkan pada aplikasi *Electronic Health Record (EHR)* yang telah ter-bridging dengan INA-CBGs masih menggunakan ICD-10 versi 2008 sehingga hal tersebut memungkinkan tidak munculnya output untuk kode diagnosis *Essential thrombocytosis*.

Masalah yang ketiga berkaitan dengan kepuasan pengguna (*user satisfaction*) bahwa menurut Ibu X sebagai penanggung jawab bagian instalansi rekam medik dan admisi di RSCM dengan pertanyaan “Apakah anda puas dengan kinerja sistem EHR dan INA-CBGs?” beliau menyatakan sudah cukup puas dengan fitur dan tampilan sistem *Electronic Health Record (EHR)* hanya saja perlu dilakukan perbaikan dengan menyetarakan versi ICD-10 pada *Electronic Health Record (EHR)* dengan INA-CBGs karena versi ICD-10 yang terdapat dalam *Electronic Health Record (EHR)* masih revisi 2008 sedangkan versi ICD-10 yang terdapat pada INA-CBGs adalah revisi 2010. Hal tersebut sudah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan

Kesehatan Nasional Tahun 2016 yang menyatakan dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodefikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 Revisi Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM Revisi Tahun 2010 untuk tindakan/Prosedur (Permenkes, 2016).

Terdapat beberapa metode yang dapat digunakan untuk menganalisis kepuasan pengguna terhadap sistem informasi salah satunya dengan menggunakan metode *DeLone and McLean*. Metode *DeLone and McLean* memuat beberapa aspek yang mempengaruhi kualitas informasi meliputi kualitas sistem (*system quality*), kualitas informasi (*information quality*), penggunaan (*use*), kepuasan pengguna (*user satisfaction*), dampak individu (*individual impact*) dan dampak organisasi (*Organizational Impact*). Putra et al., (2017) mengatakan metode DeLone and McLean digunakan untuk mendeskripsikan dan menganalisis kualitas sistem, kualitas informasi, kualitas layanan, intensitas pengguna, pengguna sistem, kepuasan pengguna, dan *net benefit*.

Analisis Kepuasan Pengguna ICD-10 Di *Electronic Health Record* (EHR) dan INA-CBGs dalam Penyelesaian Koding di Instalansi Rekam Medik Dan Admisi RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo dengan Menggunakan Metode *DeLone And McLean*. Analisis perlu dilakukan terhadap sistem untuk mengetahui aspek positif yang mendorong penggunaan sistem sehingga dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan di rumah sakit pada instalansi rekam medik dan admisi khususnya pada bagian koding. Berdasarkan uraian permasalahan tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap Analisis Kepuasan Pengguna ICD-10 di *Electronic Health Record* (EHR) dan INA-CBGs dalam Penyelesaian Koding di Instalansi Rekam Medik dan Admisi RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo dengan Menggunakan Metode *DeLone And McLean* yang diukur melalui indikator kualitas sistem (*system quality*), kualitas informasi (*information quality*), penggunaan (*use*), kepuasan pengguna (*user satisfaction*), dampak individu (*individual impact*) dan dampak organisasi (*Organizational Impact*).

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan Dari Penelitian Ini adalah untuk Kepuasan Pengguna ICD-10 di *Electronic Health Record* (EHR) dan INA-CBGs dalam Penyelesaian Koding di Instalansi Rekam Medik dan Admisi RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo dengan Menggunakan Metode *DeLone And McLean*

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kepuasan pengguna berdasarkan indikator kualitas sistem (*system quality*) di bagian koding Instalansi Rekam Medik dan Admisi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- b. Menganalisis kepuasan pengguna berdasarkan indikator kualitas informasi (*information quality*) di bagian koding Instalansi Rekam Medik dan Admisi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- c. Menganalisis kepuasan pengguna berdasarkan indikator penggunaan (*use*) di bagian koding Instalansi Rekam Medik dan Admisi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- d. Menganalisis kepuasan pengguna berdasarkan indikator kepuasan pengguna (*user satisfaction*) di bagian koding Instalansi Rekam Medik dan Admisi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- e. Menganalisis kepuasan pengguna berdasarkan indikator dampak individu (*individual impact*) di bagian koding Instalansi Rekam Medik dan Admisi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- f. Menganalisis kepuasan pengguna berdasarkan indikator dampak organisasi (*Organizational Impact*) di bagian koding Instalansi Rekam Medik dan Admisi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo

1.2.3 Manfaat

- a. Bagi Rumah Sakit

1. Sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi pihak rumah sakit terhadap penerapan *Electronic Health Record* (EHR)
 2. Diperoleh suatu gambaran tentang kepuasan pengguna *Electronic Health Record* (EHR)
- b. Bagi Politeknik Negeri Jember
Sebagai referensi penelitian lebih lanjut mengenai analisis kepuasan EHR untuk penelitian selanjutnya
- c. Bagi Peneliti
1. Dapat menerapkan ilmu yang telah diterima di perkuliahan dan sebagai pembanding antara teori dengan kejaian dalam penyelenggaraan di rumah sakit
 2. Menambah pengetahuan peneliti dengan mengevaluasi *Electronic Health Record* (EHR)

1.3 Lokasi dan Waktu

- a. Lokasi Penelitian
Praktek Kerja Lapang (PKL) berlokasi di jalan Pangeran Diponegoro No. 71, Kecamatan Senen, Kota Madya, Provinsi DKI Jakarta, Nomor Telepon (021) 1500135, Fak (021) 3148991.
- b. Waktu Penelitian
Pelaksanaan Praktek Kerja Lapang (PKL) dilakukan selama 11 minggu di luar pembekalan PKL. PKL dilaksanakan tanggal 10 Januari – 25 Maret 2022.

1.4 Metode Pelaksanaan

1.4.1 Jenis Sumber Data

- a. Data Primer

Menurut (Masturoh & Anggita, 2018) data primer adalah yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi tentang kepuasan pengguna dalam penyelesaian koding pada *electronic health record* (EHR)

dengan INA-CBGs di instalansi rekam medik dan admisi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo menggunakan metode DeLone and McLean.

1.4.2 Teknik Pengumpulan Data

b. Wawancara

Menurut (Notoatmodjo, 2018) wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi dari sasaran penelitian (responden) secara lisan, atau dengan bercakap-cakap dan berhadapan dengan langsung dengan responden (*face to face*). Pada penelitian ini, wawancara dilakukan secara terstruktur, dimana peneliti melakukan wawancara dengan menyiapkan instrumen yang berisi daftar pertanyaan yang digunakan untuk mendapatkan data primer, dimana data primer tersebut diperoleh dari hasil melakukan wawancara langsung dengan sumbernya. Wawancara cara dalam penelitian ini akan dilakukan dengan 5 narasumber yang terdiri dari 1 penanggung jawab coding dan 4 petugas coding.

c. Observasi

Menurut (Notoatmodjo, 2018) observasi merupakan suatu prosedur yang terencana meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktifitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang akan diteliti. Observasi dalam penelitian ini diperoleh dengan mengamati secara langsung terhadap objek penelitian yaitu mengamati perbedaan output kode diagnosa antara pada *electronic health record* (EHR) dengan INA-CBGs

a. Dokumentasi

Menurut (Sugiyono, 2018) dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Data dapat diperoleh dalam bentuk tulisan, gambar, atau karya nonumental dari seseorang. Peneliti melakukan pendokumentasian terhadap perbedaan output kode diagnosa antara EHR dengan INA-CBGs.