

# **Analisis Keefektifan Pengelolaan Informasi Kesehatan Berdasarkan Sistem Case-mix INA-CBGs Pasien Jamkesmas Pada Bangsal Bedah Di RSUP Dr. M. Djamil Padang**

Oktamianiza

Dosen Pada Program Studi D3 Rekam Medis STIKES Dhrama Lanbau Padang

[oktamianiza@gmail.com](mailto:oktamianiza@gmail.com)

## **ABSTRAK**

*Case-mix* merupakan sistem pembayaran kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Permasalahannya masih tinggi biaya pelayanan kesehatan, sehingga pemerintah melalui program *case-mix* menetapkan standarisasi biaya pelayanan kesehatan pada pasien Jamkesmas. Penerapannya sudah dilaksanakan pada RSUP Dr. M. Djamil Padang sejak tahun 2008, permasalahan dalam pelaksanaannya adalah kualitas informasi yang tidak efektif, diantaranya kelengkapan dan kejelasan penulisan diagnosis serta ketepatan kode. Hasil penelitian kualitatif, diketahui bahwa kebijakan secara operasional belum ada, Tim *case-mix* sudah dibentuk, motivasi dan edukasi belum optimal, monitoring/evaluasi belum diterapkan. Analisa kuantitatif didapatkan 75,3% kinerja pengode tidak baik, 78,7% kinerja dokter tidak baik dan 48,3% pengelolaan informasi tidak efektif. Tidak ada hubungan antara kinerja pengode dengan keefektifan informasi ( $pvalue = 0,124$ ) dan ada hubungan kinerja dokter dengan keefektifan informasi ( $pvalue = 0,024$ ). Oleh sebab itu diharapkan kepada manajemen rumah sakit untuk menetapkan Standar Operasional Prosedur, mengoptimalkan tim *case-mix*, melakukan sosialisasi, motivasi dan edukasi dalam pelaksanaan *case-mix*. Disamping itu didalam pengisian rekam medis (penulisan diagnosis) sebaiknya *legible* (mudah terbaca), sehingga memudahkan kegiatan pengkodean.

**Kata kunci :** *Case-mix* INA-CBGs, Jamkesmas, Pembiayaan kesehatan dan efektifitas

## **PENDAHULUAN**

Tingkat kesehatan penduduk Indonesia masih relatif rendah jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga di Asia Tenggara. Angka kematian ibu masih sekitar 390 per 100.000 kelahiran hidup, sementara di Philipina 170, Vietnam 160, Thailand 44 dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini berkaitan secara langsung maupun tidak langsung dengan besarnya biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah ataupun masyarakat untuk kesehatan dan besarnya cakupan asuransi kesehatan. (Hozizah, 2009).

Sebuah solusi yang efektif diperlukan untuk menanggulangi masalah tersebut. Departemen Kesehatan RI menetapkan sebuah solusi yang dapat menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan yang memadai dan terjangkau yaitu dengan menetapkan standar biaya pelayanan kesehatan berdasarkan sistem yang dikenal dengan nama *Case-mix INA-CBGs (Indonesian Case Base Groups)* (Depkes RI, 2008).

Namun, pelaksanaan *Case-mix* pun tidak lepas dari berbagai kendala. Salah satunya adalah kendala tentang kelengkapan dan ketepatan data, diantaranya seperti kelengkapan dan ketepatan dalam mencantumkan diagnosis dan pengkodeannya. Sampai sekarang, selain ke-15 rumah sakit berpartisipasi dalam sistem *case mix* ini sebagian rumah sakit di Indonesia (sekitar 65%) belum membuat diagnosis yang lengkap dan jelas berdasarkan ICD-10 serta belum tepat

pengkodeannya. Hal ini menunjukkan bahwa data yang tersedia belum tepat sehingga akan berdampak terhadap keefektifan pengelolaan data dan informasi pelayanan kesehatan tersebut. Kunci sukses dari penyusunan *Case-mix* adalah pada diagnosis dan pengkodean yang teliti.

Apabila diagnosis dan kode yang dicantumkan pada berkas rekam medis tidak tepat, maka dapat berdampak terhadap biaya pelayanan kesehatan. Hal ini dapat menunjukkan ketidakefektifan pengelolaan data pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan pada RSUP Dr. M. Djamil Padang tentang penyelenggaraan sistem *case mix INA-CBGs* pasien Jamkesmas, dimana didapatkan bahwa belum sepenuhnya terlaksana sesuai dengan ketentuan yang ada. Rekam medis sebagai sumber data dalam penyelenggaraan sistem *case-mix* ini belum terisi dengan lengkap dan akurat. Sehingga hampir 30% pasien Jamkesmas yang telah diverifikasi kebenaran atau kesesuaian datanya dikembalikan ke unit pengolah Jamkesmas (unit rekam medis), hal ini dikarenakan adanya ketidaksesuaian data pada formulir verifikasi dengan data pada berkas rekam medis.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Pendekatan kualitatif menggunakan metoda wawancara mendalam yaitu untuk mendapatkan informasi yang

mendalam tentang kebijakan rumah sakit tentang pendokumentasian rekam medis serta pelaksanaan sistem *case-mix INA-CBGs* di RSUP Dr. M. Djamil Padang Pada Pasien Jamkesmas Bangsal Bedah tahun 2011. Sedangkan untuk pendekatan kuantitatif menggunakan metoda telaah dokumen (studi dokumentasi) terhadap berkas rekam medis pasien Jamkesmas Bangsal Bedah di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2011. Jenis penelitian kuantitatif ini adalah analitik dengan desain *Cross sectional*.

## HASIL

Hasil penelitian kualitatif, diketahui bahwa pada komponen input didapatkan informasi bahwa kebijakan secara operasional belum ada, Tim *case-mix* sudah dibentuk namun berjalan secara sebagaimana mestinya, sedangkan pada komponen proses pada upaya pelaksanaan diketahui bahwa tingkat motivasi petugas/staf masih rendah dan edukasi belum merata pada setiap orang/staf yang terlibat serta belum berkelanjutan. Kemudian pelaksanaan monitoring/evaluasi belum diterapkan dan bahkan belum ada pemberian reward dan punishment. Komponen output terdapat sekitar 30% pengelolaan informasi belum efektif.

Sedangkan hasil analisa secara kuantitatif didapatkan 75,3% kinerja pengode tidak baik, 78,7% kinerja dokter tidak baik dan 48,3% pengelolaan informasi tidak efektif. Tidak ada hubungan antara kinerja pengode dengan keefektifan

informasi (pvalue = 0,124) dan ada hubungan kinerja dokter dengan keefektifan informasi (pvalue = 0,024).

## PEMBAHASAN

### **Kebijakan Rumah Sakit Terhadap Pengisian Rekam Medis dan Pelaksanaan *Case-Mix INA-CBGs***

Kebijakan Rumah Sakit Umum Pemerintah (RSUP) Dr. M. Djamil Padang tentang pelaksanaan pengisian rekam medis pada saat ini berpedoman kepada Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang Edisi ke IV RSUP Dr. M. Djamil Padang, melalui Keputusan Direktur Utama No. OT 01.01.04/II/397a//2011. Disamping itu dalam penerapan *case-mix INA-CBGs* di RSUP Dr. M. Djamil Padang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama No.KP.02.07/11/369A/2011 tentang Pembentukan/Penunjukkan Tim *Case-Mix*. Pada dasarnya ketentuan-ketentuan pelaksanaan juga mengacu kepada Surat Keputusan Departemen Kesehatan tentang pola pembiayaan kesehatan peserta Jamkesmas di rumah sakit menggunakan sistem *casemix INA-CBGs* melalui Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 586/Menkes/VII/ 2008, tanggal 3 Juli 2008. Menurut Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Manlak) tahun 2009 ditekankan bagi rumah sakit yang melaksanakan pelayanan Jamkesmas agar pemberlakuan *INA-CBGs* dapat berjalan dengan baik, rumah sakit harus melaksanakan pelayanan sesuai dengan *clinical pathway* dan menggunakan sumber

daya yang paling efisien dan efektif (Depkes RI, 2009). Berdasarkan kebijakan pemerintah tersebut rumah sakit menyesuaikan pola pembiayaan kesehatan dari yang bersifat *fee for service* menjadi *Prospective Payment System*. Salah satu bentuk kebijakan yang harus ditetapkan oleh rumah sakit, diantaranya prosedur tetap pengisian rekam medis dalam pelaksanaan *case-mix INA-CBGs*, pengisian formulir *clinical pathway* serta bagaimana prosedur pelaksanaan *case-mix INA-CBGs* tersebut.

Dari hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan di RSUP Dr. M. Djamil Padang, dapat disimpulkan bahwa pihak manajemen rumah sakit sangat mendukung pelaksanaan pengisian rekam medis (*resume*, RM1 dan *clinical pathway*) dalam penerapan *case-mix INA-CBGs*. Hal ini diketahui dengan telah dilakukan sosialisasi di lingkungan rumah sakit dengan mengeluarkan surat Keputusan Direktur tentang pembentukan tim *Case-mix* dan telah memasukan kegiatan *case-mix* dalam Rencana Strategik Rumah Sakit. Namun dalam pelaksanaannya belum ada kebijakan operasional rumah sakit yang mendukung, sehingga implementasi belum terlaksana sebagaimana mestinya.

Menurut penulis, langkah awal dan mendasar yang harus dilaksanakan adalah kebijakan yang telah diambil oleh manajemen perlu disosialisasikan lagi dan ditegaskan lagi dalam bentuk kebijakan operasional yaitu kebijakan yang terdiri dari kegiatan-kegiatan secara nyata dalam menggerakkan organisasi dalam memenuhi

tujuannya. Kebijakan dalam hal ini adalah berupa prosedur tetap terkait implementasi pengisian rekam medis dan pelaksanaan *case-mix INA-CBGs* ini.

### **Sumber Daya Manusia**

Sumber daya manusia merupakan salah satu komponen yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan sebuah sistem. Sumber daya manusia (SDM) yang handal, dibutuhkan didalam pengelolaan data dan informasi kesehatan, sehingga kualitas informasi yang didapatkan oleh rumah sakit akan efektif. Penerapan *case-mix INA-DRGs/INA-CBGs*, diperlukan ketersediaan dan kemampuan sumber daya manusia dalam mengelola potensi yang ada di rumah sakit secara efektif sehingga dapat memberikan hasil yang positif.

Hasil wawancara mendalam tentang sumber daya tenaga untuk penerapan *Case-mix INA-CBGs* diketahui bahwa tenaga yang ada cukup memadai dari segi kualitas dan kuantitas. Masalah yang ditemui bahwa masih banyaknya rekam medis pasien Jamkesmas yang tidak jelas penulisan diagnosisnya, tidak lengkapnya diagnosis yang dicantumkan sehingga hal ini akan berdampak terhadap ketepatan kode yang akan ditetapkan oleh petugas pengodean.

Pengisian rekam medis (*diagnosis pada resume keluar, Ringkasan masuk dan keluar (RM1) dan formulir clinical pathway serta pengkodean*) seyogyanya dikembangkan dengan melibatkan secara aktif SDM yang terlibat dalam pengisian rekam medis. Penanganan pasien dan keterlibatan semua SDM dalam pelaksanaan pengisian tersebut

merupakan kunci sukses penerapan pelayanan sehari-hari (Pearson, dkk, 1995).

Berdasarkan Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis dalam PORMIKI tahun 2011, dinyatakan diantaranya ; semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter /tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal, pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbing, catatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.

Menurut penulis, bahwa salah satu upaya yang dapat dikembangkan dalam meningkatkan kinerja SDM, yaitu memberdayakan SDM tersebut pada berbagai kegiatan/program yang dikembangkan rumah sakit. Disamping itu uraian kerja dari pada tiap-tiap SDM yang terlibat dalam pelaksanaan *case-mix* ini sebaiknya dirumuskan secara terperinci. Upaya edukasi penting untuk dilaksanakan dalam meningkatkan kualitas SDM dan sebaiknya dilaksanakan secara bergilir serta berkelanjutan. Disamping itu pemberian reward dan puhnismen juga harus tetap dipertahankan dan dilaksanakan, supaya SDM agar lebih termotivasi dan apresiatif dalam bekerja.

#### **Metode**

Pelaksanaan Case-mix pun tidak lepas dari berbagai kendala. Salah satunya adalah kendala dalam melakukan diagnosa dan

pengkodeannya. Sampai dengan sekarang, selain ke-15 rumah sakit berpartisipasi, rumah sakit di Indonesia banyak yang belum mulai menggunakan pengkodean medis. padahal, kunci sukses dari penyusunan *Case-mix* adalah pada diagnosa dan pengkodean yang teliti.(Depkes RI, 2008)

Hasil wawancara mendalam didapatkan, pengisian rekam medis pasien Jamkesmas dilakukan oleh dokter residen, dan tidak semua permasalahan pengisian rekam medis diketahui oleh dokter yang merawat atau yang bertanggung jawab terhadap pengobatan pasien. Hanya satu orang informan menyatakan ada konfirmasi ulang yang dilakukan oleh petugas rekam medis terhadap dokter yang merawat pasien apabila ditemui ada permasalahan pengisian rekam medis. Disamping itu belum tersosialisasinya standar prosedur operasional (SPO) setiap kegiatan secara keseluruhan, bahkan SPO tersebut baru didistribusikan dalam baru-baru ini.

Menurut penulis untuk penerapan penulisan diagnosis dan pengisian formulir *clinical pathway* serta *coding* ini perlu pendekatan manajemen sumber daya manusia dengan dibentuknya tim *casemix* di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Menurut tim *center of casemix* Depkes RI (2009) salah satunya dinyatakan, bahwa pelaksanaan *case-mix* melibatkan berbagai profesi medis setiap kelompok Staf Medis/ Staf Medis Fungsional (SMF), profesi keperawatan dengan asuhan keperawatan serta profesi farmasi serta bagian penunjang.

Disamping itu data yang lengkap dan akurat dalam penerapan *Case-Mix* juga dapat berfungsi sebagai rujukan bagi Rumah Sakit dalam melakukan penilaian terhadap berbagai pelayanan yang telah diberikan. Dengan demikian, keefektifan pelayanan kesehatan dapat terkontrol dan dievaluasi karena sistem yang ada sudah memiliki standar dalam hal penggunaan berbagai sumber dayanya. Sehingga, rumah sakit memiliki acuan yang jelas dalam usaha meningkatkan mutu pelayanan mereka.

#### **Proses (*Process*)**

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang terdiri dari prosedur pelaksanaan atau upaya penerapan *case-mix INA-CBGs*, yaitu:

##### 1. Perencanaan

Menurut Gomes, 2003 ; perencanaan merupakan langkah-langkah tertentu yang diambil oleh manajemen bahwa organisasi dapat menjalankan pekerjaannya dengan tepat waktu. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, diperoleh bahwa pihak rumah sakit sudah menyusun rencana strategik dalam penerapan program *case-mix INA-CBGs*, dimana langkah awal yang dilakukan dengan pembentukan tim *case-mix INA-CBGs* yang telah dimulai sejak tahun 2006. Akan tetapi hambatan ditemui belum terwujudnya komitmen bersama dari pada seluruh staf ataupun pihak manajemen dalam

pelaksanaan program *case-mix INA-CBGs* ini dengan sepenuhnya. Menurut penulis pembentukan komitmen secara tertulis untuk penerapan *case-mix* ini perlu dilakukan pihak manajemen beserta seluruh staf pengelola medis dan non medis manajemen dan profesi. Adapun hal-hal yang dapat dikembangkan dalam pembentukan komitmen ini dengan melibatkan staf sejak dari awal secara bersama-sama menyusun perencanaan pelayanan pasien yang efisien dan efektif, sehingga semua staf/ unit di rumah sakit akan melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dengan sepenuhnya.

##### 2. Upaya Penerapan

Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan/atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azrul A, 1996). Menurut Gillies (1986) fungsi dasar manajemen pada tahap *actuating* adalah pengarahan (edukasi) dan motivasi. Berdasarkan hal diatas maka perlu dilihat bagaimana edukasi dan motivasi untuk penerapan *case-mix INA-CBGs* yang telah dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan didapatkan hasil bahwa pihak rumah sakit belum melakukan upaya

edukasi (pendidikan atau pelatihan) kepada staf medis dan coding dalam rangka penerapan *case-mix INA-CBGs* ini, edukasi ini baru diberikan terhadap petugas Jamkesmas yang mengelola *case-mix INA-CBGs*. Sejak dicanangkan RSUP Dr. M. Djamil Padang, sebagai salah satu rumah sakit percontohan dalam penerapan *case-mix INA-CBGs* sejak tahun 2005 sampai saat ini sudah berkembang dan bahkan tidak dijadikan sebagai *pilot project*-nya Depkes lagi telah dilakukan kegiatan-kegiatan edukasi bagi petugas Jamkesmas dan pihak manajemen dalam menerapkan *case-mix INA-CBGs* dalam bentuk pelatihan dengan mengadakan *workshop* maupun dengan mengirim petugas mengikuti pelatihan dan seminar tentang *casemix* yang diadakan Departemen Kesehatan. Pada tahun 2011, ada 13 paket pelatihan yang diikuti oleh rumah sakit dalam upaya pengembangan *case-mix* ini.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan beberapa orang informan didapatkan hasil bahwa upaya untuk memotivasi staf agar melakukan penerapan *case-mix* ini belum dilakukan oleh pihak manajemen. Motivasi adalah suatu set atau kumpulan perilaku yang memberi landasan bagi seseorang untuk bertindak, dalam suatu cara yang diarahkan kepada tujuan spesifik tertentu (*spesifik goal directed way*) (Armstrong, 1991). Berdasarkan hal diatas menurut penulis motivasi merupakan hal mendasar yang harus diberikan pada staf. Upaya yang dilakukan adalah memberikan pengertian tentang pentingnya penerapan

*case-mx*, dalam teori mengatakan bahwa staf akan bekerja bila ada kejelasan dan pemahaman terhadap persoalan (Djojodibroto, 1997). Upaya lain adalah dengan cara staf dilibatkan sejak awal supaya merasa dihargai aktualisasinya. Selain itu perlu diberikan *reward* bukan hanya uang tapi juga pujian (pengakuan), serta pemberian sanksi bagi yang tidak menerapkan upaya-upaya yang terkait dalam pelaksanaan *case-mix*.

Evaluasi merupakan bagian penting dari proses manajemen, karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (*feed back*) terhadap pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan. Tanpa adanya evaluasi sulit rasanya untuk mengetahui sejauh mana tujuan-tujuan yang direncanakan tercapai atau belum. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan tentang evaluasi terhadap upaya pelaksanaan pengisian rekam medis dalam penerapan *case-mix* di RSUP Dr. M. Djamil Padang, dimana evaluasi atau monitoring dan evaluasi belum sepenuhnya dilakukan.

Menurut peneliti upaya evaluasi yang telah dilaksanakan oleh pihak rumah sakit baru pada tahap evaluasi kesiapan, jadi yang perlu dilakukan adalah mengidentifikasi dan evaluasi dukungan rumah sakit terhadap proses manajemen dalam melaksanakan *case-mix*. Kemudian dalam penerapannya permasalahan yang ada hanya dilakukan pembahasan pada forum rapat, akan tetapi apa yang didiskusikan pada forum tersebut belum di *feedback* ke seluruh komponen

yang terkait dalam penerapan sistem tersebut.

#### **Keluaran (*output*)**

Hasil yang didapatkan tentang pengelolaan informasi berdasarkan *case-mix INA-CBGs* ini belum efektif, sebagaimana mestinya. Hal ini disebabkan oleh karena sumber data untuk pelaksanaan *case-mix* ini yang belum lengkap bahkan kurang tepat. Data akan menghasilkan sebuah informasi, dimana kebutuhan terhadap informasi untuk mendukung kegiatan manajemen dan sebagai dasar pengambilan keputusan oleh pihak manajer, sehingga diperlukan suatu informasi yang mempunyai kualitas yang dapat ditentukan oleh kelengkapan, keakuratan, ketepatan makna serta kejelasan data (Daihani, 2001).

Sistem pembayaran dilakukan berdasarkan diagnosis pasien pulang, yang ditetapkan oleh dokter yang merawat atau bertanggung jawab. Rumah sakit mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit untuk suatu diagnosis penyakit dan ketepatan kode oleh pengode. Permasalahan yang ada dilapangan ada sekitar 48,3% informasi yang dihasilkan oleh rumah sakit tidak efektif. Hal ini disebabkan diantaranya diagnosis yang dicantumkan pada berkas rekam medis berbeda dengan diagnosis yang ada pada entri data *case-mix INA-CBGs*, sehingga akan berdampak terhadap pembiayaan. Disamping itu terdapat ketidaksesuaian pemahaman penyedia program atau *software case-mix* ini, dimana pada database klasifikasi penyakit, didalam

mendefinisikan kode diagnosis penyakit berdasarkan ICD-10 hanya membaca kode subkategori/karakter ke-4nya saja. Padahal pemahaman dalam mendefinisikan kode dimulai dari definisi kode kategori tiga karakternya. Misalnya dalam program ditemui D36.7 “ *Other unspecified Site*”, seharusnya *Benign Neoplasm of Other Unspecified Site*). Hal ini dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam pemahaman sebuah data yaitu ketepatan pemahaman, sehingga juga berpengaruh terhadap kualitas informasi (Daihani, 2001)

#### **Kinerja Pengode dengan Keefektifan Pengelolaan Informasi**

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organizations*) bertujuan untuk menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan. Oleh sebab itu kecepatan dan ketepatan pemberian kode dari suatu diagnosis sangat tergantung kepada pelaksana yang menangani berkas rekam medis diantaranya dokter dan pengode. ICD-10 memudahkan pengode dalam pengelompokan penyakit agar tidak terjadi tumpang tindih. Alasan perlu adanya klasifikasi penyakit adalah bahwa rumah sakit memiliki banyak produk pelayanan kesehatan sehingga dengan adanya klasifikasi tersebut dapat menerangkan dari berbagai produk tersebut. Selain itu, dapat juga membantu klinisi dalam meningkatkan pelayanan, membantu dalam memahami pemakaian sumber daya dan menciptakan alokasi sumberdaya yang lebih adil, meningkatkan efisiensi dan efektifitas dalam

melayani pasien serta menyediakan informasi yang komparatif antar rumah sakit.(Hatta, 2006).

Petugas rekam medis bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis dan tindakan yang telah ditetapkan, dan perlu dikomunikasikan terlebih dahulu dengan dokter yang bersangkutan jika terdapat diagnosis yang tidak jelas dan lengkap. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan (PORMIKI, 2004). Menurut penulis, bahwa penetapan kode diagnosis tindakan dilakukan terhadap semua tindakan atau prosedur medis baik yang sifatnya operatif maupun non operatif. Namun yang ditemui dilapangan penetapan kode tindakan ini belum konsisten, dimana penetapan diagnosis yang akan dikode dan yang tidak dikode belum mengacu kepada standar pengkodean tindakan yang seharusnya. Hal ini akan berpengaruh terhadap informasi yang dihasilkan, karena ditemuinya adanya ketidaklengkapan data yang disajikan sehingga dapat berdampak terhadap kualitas informasi dan ketepatan kode.

### **Kinerja Dokter dengan Keefektifan Pengelolaan Informasi**

Penetapan diagnosis seorang pasien merupakan kewajiban, hak dan tanggung jawab dokter (tenaga medis) yang terkait tidak boleh diubah, oleh karenanya diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diisi dengan lengkap dan jelas sesuai dengan

arahan yang ada pada buku ICD-10.(Hatta, 2010)

Berdasarkan hasil pengamatan penulis terhadap berkas rekam medis pasien tentang kinerja dokter dalam pengisian rekam medis, didapat sebahagian besar kinerja dokter tidak baik yaitu sebesar 78,7%. Kinerja dokter dalam pengisian rekam medis ini dilihat dari penulisan diagnosis pada resume keluar dan ringkasan masuk dan keluar pasien (RM1), didapatkan 29,3% penulisannya tidak jelas dan 49,4% penulisannya tidak lengkap. Hasil wawancara mendalam didapatkan informasi dari informan, bahwa salah satu faktor yang menyebabkan terjadi hal tersebut karena faktor kesibukan, dimana profesi dokter konsulen di RSUP Dr. M. Djamil memiliki tanggung jawab yang rangkap yaitu sebagai pemberi pelayanan dan pendidik/tenaga pengajar dari fakultas. Hal ini berdampak terhadap upaya penyelesaian pekerjaan dengan baik. Akibat terburu-buru akhirnya tidak terselesaikan dengan baik penulisan rekam medis.

Permasalahan yang terjadi, diperkuat oleh penulis dengan mendapatkan beberapa informasi dari informan yang menyatakan bahwa kebijakan belum tersosialisasi dengan tepat dan jelas, maka dari itu belum ada lagi tanggung jawab dari pada dokter konsulen/penanggungjawab untuk mensukseskan sistem ini dengan benar dan komprehensif. Pada saat ini kebijakan yang ada masih dalam bentuk kebijakan strategik, belum operasional, sehingga para praktisi dokter belum mengetahui secara pasti apa

tujuannya, manfaatnya dan apa dampak yang ditimbulkan apabila tidak dilaksanakan pengisian rekam medis dengan baik dan benar.

## SIMPULAN

Hasil penelitian kualitatif, didapatkan bahwa kebijakan secara operasional belum ada, Tim case-mix sudah dibentuk, motivasi dan edukasi belum semua petugas mendapatkan, monitoring/evaluasi belum diterapkan. Analisa kuantitatif didapatkan 75,3% kinerja pengode tidak baik, 78,7% kinerja dokter tidak baik dan 48,3% pengelolaan informasi tidak efektif. Tidak ada hubungan antara kinerja pengode dengan keefektifan informasi (pvalue = 0,124) dan ada hubungan kinerja dokter dengan keefektifan informasi (pvalue = 0,024). Diharapkan perlu dukungan dari manajemen dengan mengeluarkan prosedur tetap (protap), mengoperasionalkan tim *Case-mix* yang baru dibentuk, perlu diadakan sosialisasi terhadap semua kebijakan, perlu motivasi dan edukasi lanjutan bagi semua petugas, pembentukan komitmen bersama serta monitoring dan evaluasi dalam upaya penerapan *case-mix INA-CBGs*. Disamping itu juga diperlukan upaya nyata dengan mulai mengisi rekam medis dengan jelas dan lengkap serta mengisi formulir *clinical pathway*, menerapkan peran dokter sebagai DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien), pengisian rekam medis yang *legible* (terbaca dengan jelas) serta penggunaan ICD-10 dan

ICD-9 CM volume 2 sebagai pedoman dalam pengkodean secara benar dan tepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdelhak Mervat, *Health Information Management of Strategic Resources* Second Edition, W.B. Saunders Company, USA, 2001.
- Dana C. McWay, Jd, RRA., *Legal Aspects of Health Information Management*, Delmar Publishers, `1996
- Daihani, *Pengembangan Sistem Informasi Pembayaran Rawat Inap Pasien Keluarga Miskin Berbasis INA-DRGs Casemix Guna Monitoring Pembiayaan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Kalimantan Barat oleh Chandra Ibrahim (2009)*, 2001, [online] dari : <http://eprints.undip.ac.id>. (diakses tanggal 15 Desember 2011).
- Depkes RI, *Penggunaan Sistem Casemix untuk Tekan Biaya Kesehatan*, Jakarta, 2008.
- Firmanda, D., *Pengenalan Sistem Pembiayaan Casemix*. RSUP Fatmawati, Jakarta, 2009.
- Huffman, Edna, K., *Health Information Manajemen Terjemahan oleh Erkardius*. Padang, 1998.
- Hatta, R. Gemal, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Saran Pelayanan Kesehatan Revisi Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis (1991) dan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah*

*Sakit di Indonesia (1994, 1997),*  
Universitas Indonesia, Jakarta, 2011