

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

Wakhyuni, Indrianti^{1*}, C. Wulandari, Putri², Adam, Elisa³, Purnama, Darmawan⁴

¹⁻³ BPJS Kesehatan, e-mail: indrianti@bpjs-kesehatan.go.id

⁴ TKMKB Jakarta Utara, e-mail: dharmawan@purnama.de

Abstract: In the era of the National Health Security (Jaminan Kesehatan Nasional-JKN) program, the Primary Care Health Facility (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama-FKTP) has become a frontline to management of non specialistic diagnoses, although it is still possible for non specialistic diagnoses to be referred to hospitals on the grounds of Time, Age, Complication, and Comorbidity (TACC) at National Health Insurance (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial- BPJS Kesehatan) application system, but it is not yet known whether TACC is only used as for passing referrals, even though the actual condition of the patient can still be handled completely at the first level, or FKTP is actually not able to handle the diagnosis.

Purposes: Data collection for this study was carried out through medical audit activities aimed at detecting whether TACC has been used according to the actual patient's condition or only as a means for passing referrals. **Methods:** Medical audit has compare the suitability between the choice of TACC in the BPJS Health application system and the patient's medical record. **Results:** The results of the medical audit, it was found that 32,8% of participants had discrepancy between the diagnosis writing and the TACC choice in the BPJS Health application system and medical records; medical records of 35,75% of participants have not been written in full in accordance with Regulation of the Minister of Health No. 269/2008 concerning Medical Records; and 44,62% of participants still received medical treatment that did not refer to the prevailing medical consensus.

Keywords: TACC; application system; medical record

Abstrak: Pada era Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah garda terdepan yang berwenang untuk mengelola diagnosis non spesialisik, namun masih dimungkinkan diagnosis non spesialisik tersebut dirujuk ke rumah sakit apabila terdapat kondisi yang masuk kedalam kategori *Time, Age, Complication, and Comorbidity* (TACC) dan diinput kedalam aplikasi BPJS

Kesehatan, namun belum diketahui secara pasti apakah TACC hanya digunakan untuk meloloskan rujukan bagi diagnosis yang sebenarnya mampu ditangani FKTP, atau memang FKTP secara nyata tidak mampu menangani diagnosis tersebut. **Tujuan:** Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui kegiatan audit medis untuk mengetahui apakah TACC sudah tepat penggunaannya atau hanya untuk meloloskan rujukan. **Metode:** Audit Medis dilakukan dengan cara membandingkan antara pilihan TACC pada aplikasi BPJS Kesehatan dengan rekam medis pasien. **Hasil:** Hasil dari audit medis ditemukan bahwa 32,8% sampel memiliki ketidaksesuaian penulisan diagnosis dan pilihan TACC pada aplikasi BPJS dengan rekam medis; 35,75% rekam medis sampel tidak dituliskan secara lengkap sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/2008 tentang Rekam medis; dan 44,62% sampel mendapatkan tata laksana medis yang belum sesuai konsensus.

Kata kunci: TACC; sistem aplikasi; rekam medis

PENDAHULUAN

Program JKN telah memberikan banyak manfaat kepada masyarakat yang telah terdaftar sebagai peserta dan juga terhadap pertumbuhan ekonomi bangsa. Manfaat penjaminan dasar yang diberikan oleh Program JKN mengacu pada ketentuan yang berlaku. Pelayanan terhadap manfaat jaminan kesehatan tersebut diberikan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan komprehensif, dibutuhkan koordinasi optimal dari kedua tingkat pemberi pelayanan kesehatan tersebut, salah satunya dalam penanganan rujukan vertikal. Data BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jakarta Utara menunjukkan tingginya rasio rujukan pada tahun 2018 yaitu sebesar 23,61% atau melebihi 8% dari target yang diharapkan, dengan hasil tersebut Kantor Cabang Jakarta Utara tercatat sebagai salah satu dari 20 kantor cabang dengan rasio rujukan tertinggi nasional.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, disebutkan bahwa terdapat 144 diagnosis (821 sub kode diagnosis) yang wajib tuntas ditangani di tingkat pertama, namun tidak menutup kemungkinan, diagnosis – diagnosis tersebut dirujuk dengan menggunakan kekhususan kondisi *Time, Age, Complicaton*, dan *Comorbidity* (TACC). Pilihan diagnosis pada aplikasi BPJS Kesehatan adalah diagnosis spesialisik dan non spesialisik. Dalam melakukan rujukan non spesialisik, aplikasi BPJS Kesehatan telah menyediakan fitur pilihan TACC sesuai kondisi peserta. Kantor Cabang Jakarta Utara pada tahun 2018 memiliki proporsi penggunaan TACC yang cukup tinggi bila dibandingkan rujukan non spesialisik yaitu sebesar 78,57%.

Saat ini, belum pernah dilakukan evaluasi penggunaan TACC oleh FKTP yang mencakup tujuan penggunaan TACC (sesuai kondisi medis pasien atau hanya sebagai alat untuk meloloskan rujukan ke rumah sakit), kesesuaian pilihan TACC, ketepatan pilihan diagnosis yang menjadi komplikasi/komorbidity, dan kelengkapan serta kebenaran cara pencatatan rekam medis di FKTP dengan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2015 tentang Rekam Medis.

Berkenaan dengan hal tersebut, BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Utara bersama Tim Koordinasi Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB) dan Suku Dinas Kesehatan wilayah Jakarta Utara menyusun formulir *Self Assessment* FKTP dan formulir pelaksanaan audit medis RNS – TACC ke FKTP. Tujuan pelaksanaan kegiatan adalah untuk mendapatkan gambaran mutu layanan di FKTP wilayah Jakarta Utara dalam hal penulisan rekam medis, kesesuaian dengan luaran aplikasi BPJS Kesehatan, serta ketepatan penggunaan TACC. Dengan didapatkannya gambaran penggunaan TACC oleh FKTP wilayah Kota Administrasi Jakarta Utara, TKMKB Bersama Suku Dinas

Kesehatan telah menyusun rekomendasi perbaikan mutu bagi FKTP, BPJS Kesehatan, dan pihak terkait lainnya.

METODE

Penelitian ini bersifat kualitatif melalui metode wawancara serta melakukan konfirmasi kepada FKTP terhadap kesesuaian data RNS – TACC yang terekam pada aplikasi BPJS Kesehatan dengan rekam medis di FKTP.

Sepuluh diagnosis non spesialisik yang menjadi fokus yaitu *Essential (Primary) Hypertension, Non-insulin dependent Diabetes Melytus, Dengue Haemorrhagic Fever (DHF), Typhoid Fever, Anaemia unspecified, Bronchitis nit specified as acute or chronic, Impacted Cerumen, urinary Tract Infection site not specified, Dermatitis unspecified, Epistaxis*. Dasar pemilihan adalah diagnosis non spesialisik tertinggi yang paling sering dirujuk.

Sampel penelitian terbagi menjadi dua tahap, pertama adalah sampel FKTP untuk pengisian *Self Assessment* terkait penggunaan TACC. FKTP dipilih melalui metode *purposive sampling* dengan kriteria FKTP memiliki riwayat melakukan rujukan top 10 diagnosis non spesialisik yang menggunakan TACC selama tahun 2018. Jumlah sampel yang didapatkan adalah sebanyak 62 sampel FKTP. Sedangkan untuk pelaksanaan audit medis, sampel berupa berkas rekam medis yang dipilih berdasarkan metode random sampling dari 62 FKTP sampel *Self Assessment*. Jumlah sampel audit medis sebanyak 400 rekam medis.

Formulir *Self Assessment* FKTP terkait RNS dengan TACC disusun dengan tujuan menumbuhkan *awareness* FKTP terhadap data dasar terkait pelayanan kesehatan tingkat pertama yang seharusnya dipahami oleh FKTP, data rujukan non spesialisik baik menggunakan TACC maupun tidak, dan untuk mendapatkan gambaran tingkat pemahaman FKTP terhadap kesesuaian penatalaksanaan medis diagnosis dengan panduan KMK 514/2015. Instrumen *Self Assessment* FKTP terdiri dari isian identitas FKTP, jumlah kunjungan dan rujukan di FKTP, asesmen manajemen data di FKTP, indikator struktur (penilaian terhadap sarana prasarana), indikator proses (pendataan RNS dengan/tanpa TACC), lembar validasi kesesuaian penanganan pasien dibandingkan dengan KMK 514/2015, indikator luaran dan catatan hasil asesmen.

Sebelum pelaksanaan audit medis, dilakukan pertemuan antara BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Utara bersama TKMKB dengan tujuan menyamakan persepsi antar auditor dalam menggunakan instrumen sebagai panduan melakukan konfirmasi, pengecekan, dan wawancara kepada FKTP sampel. Instrumen audit medis terdiri dari *checklist* kelengkapan isian rekam medis sesuai dengan standar minimal yang tertera dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis, daftar pilihan dan alasan TACC, *checklist* kesesuaian tata laksana medis mengacu

pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 514 tahun 2015. Data dalam instrumen ini kemudian dibandingkan kesesuaiannya dengan isi rekam medis sampel. Auditor dalam kegiatan audit medis adalah anggota TKMKB yang berasal dari unsur Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Perhimpunan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), dan Perhimpunan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

Pengumpulan data pada instrumen *Self Assessment* dilakukan selama bulan Juni sampai dengan Juli 2019. Sebelum dilakukan pengumpulan data, diselenggarakan pertemuan dengan 62 FKTP sampel *Self Assessment* untuk dijelaskan cara pengisian instrumen *Self Assessment* tersebut. Analisis data dilakukan berdasarkan isian FKTP.

Pengumpulan data instrumen audit medis dilaksanakan setelah dilakukan analisis terhadap hasil isian FKTP terhadap instrumen *Self Assessment*. Hal yang membutuhkan penjelasan lebih lanjut dari FKTP dicatat dan dikonfirmasi kepada FKTP bersamaan dengan pelaksanaan audit medis.

Analisis yang dilakukan adalah deskriptif analisis yaitu dengan menjabarkan data kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh.

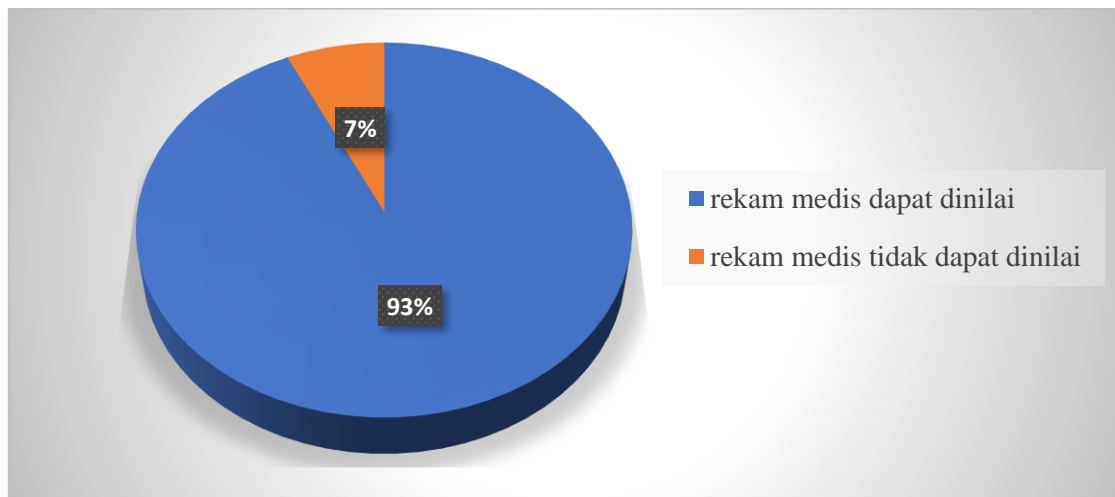
HASIL

Hasil penelitian kuantitatif dari pengisian instrumen *Self Assessment* adalah 100% FKTP sampel (62 FKTP). Hasil kualitatif yang didapatkan antara lain *awareness* FKTP terhadap data masih rendah meskipun terhadap data dasar yang seharusnya diketahui, yakni data jumlah peserta terdaftar setiap bulan, data *profiling* penyakit pada peserta terdaftar (proporsi peserta terdaftar memiliki penyakit kronis, berisiko, dan sehat optimal), data jumlah peserta yang dirujuk setiap bulan meskipun informasi tersebut sudah disediakan pada aplikasi BPJS Kesehatan. FKTP juga tidak memiliki tenaga kesehatan yang memiliki pemahaman akan TACC secara baik.

Audit medis ke FKTP dilakukan untuk mengkonfirmasi dan memvalidasi isian formulir *Self Assessment* yang telah dilakukan oleh FKTP. Pelaksanaan Audit Medis dilakukan kepada 400 rekam medis terpilih yang memiliki riwayat dirujuk menggunakan TACC pada tahun 2018. Pemilihan rekam medis dilakukan menggunakan rumus slovin dan metode random sampling. 400 sampel rekam medis tersebut terdata pada 25 FKTP dengan 300 rekam medis (75%) merupakan rekam medis peserta yang terdaftar pada 13 Puskesmas dan 100 rekam medis (25%) berasal dari 12 FKTP Klinik Pratama.

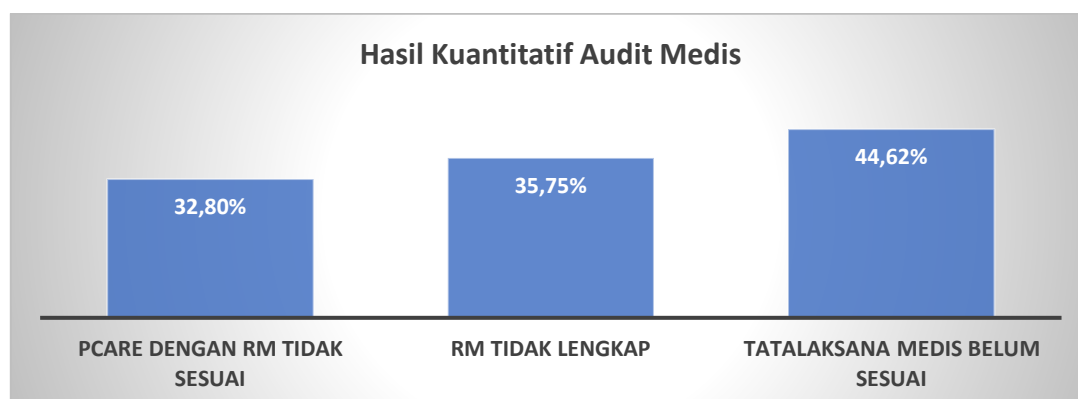
Hasil kuantitatif yang ditemukan dari pelaksanaan audit medis adalah sebanyak 28 rekam medis (7%) tidak dapat dilakukan penilaian karena 23 rekam medis tidak berhasil ditemukan dan 5 rekam medis merupakan pengulangan sampel. Hasil wawancara terhadap FKTP dengan rekam medis tidak ditemukan, FKTP menyatakan bahwa sedang dilakukan pemindahan arsip rekam medis yang

menyebabkan sejumlah rekam medis hilang/terselip. FKTP lainnya mengakui bahwa sistem pengarsipan rekam medis di kantor mereka belum rapi dan belum sesuai kaidah pengarsipan dokumen legal. FKTP berikutnya bahkan mengakui bahwa belum semua peserta yang mengakses layanan kesehatan di tempatnya telah dibuatkan rekam medis. Gambaran kondisi rekam medis yang menjadi sampel sebagaimana ditunjukkan oleh Gambar 1 berikut:



Gambar 1. Proporsi Rekam Medis Dapat/Tidak Dapat Dinilai

Penilaian dilakukan pada rekam medis yang dapat ditemukan dan didapatkan hasil bahwa sebanyak 32,80% (122 rekam medis) memiliki ketidaksesuaian antara penulisan diagnosis dan pilihan TACC pada aplikasi BPJS Kesehatan dengan yang tertera di dalam rekam medis. Sejumlah 35,75% (133 rekam medis) belum dituliskan dengan lengkap rekam medisnya sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis. Data lain yang didapatkan 44,62% peserta masih mendapatkan tata laksana medis yang belum mengacu pada KMK 514/2015, sebagaimana tertera pada Gambar 2 berikut ini:



Gambar 2. Hasil Kuantitatif Audit Medis

Pada isian format *Self Assessment*, FKTP menyatakan kesulitan ketika diminta membandingkan antara riwayat pemeriksaan atau terapi yang telah diberikan kepada pasien dengan tata laksana yang seharusnya dilakukan dengan mengacu pada KMK 514/2015. Dalam konfirmasi yang disampaikan, FKTP mampu mengidentifikasi penyebab hal tersebut, diantaranya karena isian dari rekam medis tidak lengkap, kurang *update*-nya tenaga dokter umum terhadap standar acuan tata laksana medis dalam KMK 514/2015, dan adanya keterbatasan sarana prasarana penunjang penegakan diagnosis.

Sebagian besar FKTP sampel pada hasil wawancara menyatakan bahwa *tool* TACC memberikan kemudahan dalam merujuk dan mengakui bahwa TACC digunakan hanya untuk meloloskan rujukan terhadap penyakit yang sebenarnya masih dapat dikelola oleh FKTP, sebagaimana informasi berikut: “*TACC memang kami pakai agar rujukan 144 diagnosis dapat lolos*” (Responden 16, 29, 44, 58).

Hasil kualitatif lain yang didapatkan adalah FKTP mengeluhkan belum adanya pilihan untuk penulisan diagnosis secara lengkap pada aplikasi BPJS Kesehatan yaitu pilihan diagnosis belum disertai dengan pilihan derajat beratnya penyakit, sebagaimana yang diungkapkan oleh responden yaitu “*Diagnosis pada Aplikasi PCare seharusnya memiliki pilihan derajat beratnya penyakit, jadi saat kami terpaksa memberikan rujukan, BPJS dan Rumah Sakit mengetahui mengapa kami harus rujuk*” (Responden 5, 21, 22). Penulisan diagnosis secara lengkap beserta derajat atau tingkat beratnya penyakit dapat menjadi penanda awal bahwa diagnosis tersebut dalam kondisi layak rujuk.

Disatu sisi, FKTP juga menyatakan bahwa saat dokter memutuskan merujuk menggunakan TACC, petugas administrasi di FKTP sering tidak mengetahui harus memilih kategori TACC yang mana karena dokter tidak secara jelas menuliskan alasan rujuk TACC. Pada akhirnya, ada kecenderungan petugas administrasi FKTP lebih sering memilih dua kriteria saja yaitu *Time* dan *Age* dengan tujuan agar rujukan bisa lolos ke rumah sakit (tanpa didahului konfirmasi ulang ke dokter), sebagaimana pernyataan responden berikut: “*Kadang dokternya menulisnya hanya rujuk tanpa disertai alasan, dan pasien lain yang antri banyak, ya udah lah pilih aja salah satu TACC nya biar langsung bisa dirujuk*” (Responden 10, 37).

Pada penulisan rekam medis, auditor menemukan bahwa beberapa FKTP melakukan penegakan diagnosis atau memutuskan merujuk tanpa melakukan pemeriksaan fisik dan/atau pemeriksaan penunjang terlebih dahulu. Menurut hasil wawancara, kondisi tersebut banyak dipengaruhi oleh keterbatasan sarana dan prasarana di FKTP, sebagaimana disampaikan responden yaitu: “*Kan di kita alatnya belum lengkap, jadi kesulitan juga mendiagnosis secara tepat, makanya kami rujuk*” (Responden 2, 23, 62, 11).

Dokter di FKTP harus memiliki kemampuan untuk menegakan diagnosis, namun pada hasil audit medis ditemukan bahwa beberapa dokter melakukan kekeliruan dalam menetapkan diagnosis

yang seharusnya masuk kedalam diagnosis spesialistik (berdasarkan data hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang tertera dalam rekam medis) justru ditetapkan sebagai diagnosis non spesialistik sehingga saat akan merujuk, FKTP wajib menentukan pilihan TACC. Dokter di FKTP memiliki persepsi pemahaman yang berbeda dalam melakukan perawatan sehingga kemampuan dokter melatarbelakangi rujukan ke rumah sakit, contoh hal tersebut dapat dilihat dari penelitian terdahulu tentang rujukan pada kasus gigi dimana ketepatan rujukan dari dokter gigi di FKTP dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu persepsi kemampuan dokter dalam merawat pasien, ketersediaan sarana dan prasarana, pemahaman penegakan diagnosis serta pemahaman terhadap kode ICDX (Hanung, dkk, 2018).

Temuan auditor yang lainnya adalah adanya perbedaan diagnosis pada aplikasi BPJS Kesehatan dengan diagnosis dalam rekam medis, sebagai contoh pasien dirujuk dengan diagnosis *impacted cerumen*, namun hasil pencatatan rekam medis, FKTP tidak menuliskan diagnosis *impacted cerumen* ataupun catatan medis adanya gangguan telinga atau pemeriksaan telinga pada pasien, keluhan yang dicatat dalam rekam medis adalah gatal bagian leher dan tangan dan diagnosis yang dituliskan adalah dermatitis.

PEMBAHASAN

Terwujudnya kondisi kesehatan masyarakat yang baik adalah tugas dan tanggung jawab dari negara sebagai bentuk amanah konstitusi yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945. Dalam pelaksanaannya negara berkewajiban menjaga mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh fasilitas kesehatan serta tenaga kesehatan yang berkualitas. Terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer bertujuan untuk menjadi acuan bagi dokter dalam memberikan pelayanan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer baik milik pemerintah maupun swasta dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan sekaligus menurunkan angka rujukan.

Tingkat kemampuan dokter dalam pengelolaan penyakit di dalam Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) dikelompokkan menjadi 4 tingkatan, yakni tingkat kemampuan 1, tingkat kemampuan 2, tingkat kemampuan 3A, tingkat kemampuan 3B dan tingkat kemampuan 4A serta tingkat kemampuan 4B. Pada tingkat kemampuan 4A, lulusan dokter harus mampu membuat diagnosis klinik dan melakukan penatalaksanaan penyakit secara mandiri dan tuntas. Pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia tahun 2012, dari 736 daftar penyakit terdapat 144 penyakit yang harus dikuasai penuh oleh para lulusan karena diharapkan dokter layanan primer dapat mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan secara mandiri dan tuntas (SKDI, 2012). Saat ini, kasus rujukan ke

layanan sekunder untuk kasus-kasus yang seharusnya dapat dituntaskan di layanan primer masih cukup tinggi. Berbagai faktor mempengaruhi diantaranya kompetensi dokter, pembiayaan, dan sarana prasarana yang belum mendukung.

Diagnosis non spesialisik harus dapat dituntaskan oleh FKTP namun masih terbuka peluang untuk merujuk diagnosis tersebut atas alasan *Time, Age, Complication* dan *Comorbidity* (TACC). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama dijelaskan bahwa TACC dapat digunakan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. *Time* jika perjalanan penyakit dapat digolongkan kepada kondisi kronis atau melewati *Golden Time Standard*.
2. *Age* jika usia pasien masuk dalam kategori yang dikhawatirkan meningkatkan risiko komplikasi serta risiko kondisi penyakit lebih berat.
3. *Complication* jika komplikasi yang ditemui dapat memperberat kondisi pasien.
4. *Comorbidity* jika terdapat keluhan atau gejala penyakit lain yang memperberat kondisi pasien.

Data BPJS Kesehatan Cabang Jakarta Utara menyebutkan bahwa jumlah rujukan non spesialisik pada tahun 2018 adalah sebesar 4.91% dari total rujukan yang ada (16.929 kasus dari 1.320.867 kunjungan). Dari rujukan non spesialisik tersebut terdapat 78.57% diantaranya menggunakan TACC. Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa fenomena yang terjadi adalah adanya kecenderungan FKTP menggunakan TACC untuk tetap dapat merujuk diagnosis non spesialisik. Daftar 10 diagnosis non spesialisik yang paling sering dirujuk diantaranya dan akan menjadi fokus dalam pelaksanaan *Self Assessment* dan Audit Medis yaitu:

1. *Essential (primary) hypertension*
2. *Non-insulin dependent Diabetes Mellitus*
3. *Dengue Haemorrhagic Fever*
4. *Typhoid Fever*
5. *Anemia, unspecified*
6. *Bronchitis, not specified as acute or chronic*
7. *Impacted cerumen*
8. *Urinary tract infection, site not specified*
9. *Dermatitis, unspecified*
10. *Epistaxis*.

Hasil *Self Assessment* FKTP menunjukkan bahwa FKTP belum memiliki *awareness* terhadap data rutin yang seharusnya diketahui, sebagai contoh setiap bulan, maksimal tanggal 15, FKTP

menerima pembayaran kapitasi dari BPJS Kesehatan dimana pembayaran kapitasi tersebut dapat menggambarkan jumlah peserta terdaftar. Hal tersebut juga sudah disediakan pada aplikasi BPJS Kesehatan. Begitupun untuk data jumlah peserta yang dirujuk setiap bulan, aplikasi BPJS Kesehatan juga sudah menyediakan rincian datanya. Sedangkan untuk data *profiling* kesehatan memang dibutuhkan kemampuan FKTP untuk melakukan pencatatan dan analisis kondisi kesehatan peserta, namun dalam aplikasi BPJS Kesehatan sekurang-kurangnya telah terdapat data jumlah peserta terdaftar di FKTP yang menyangang penyakit diabetes melitus dan hipertensi.

Dalam formulir *Self Assessment* dan berdasarkan konfirmasi auditor, Sebagian besar FKTP belum mempunyai petugas administrasi yang memahami tentang TACC. Dalam Formulir kredensialing bagi calon fasilitas kesehatan yang ingin bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan formulir rekredensialing terdapat poin bagi FKTP yang memiliki tenaga administrasi minimal 1 orang, namun tidak diketahui dengan pasti apakah disetiap FKTP dilakukan *briefing* atau uji pemahaman bagi petugas administrasi tersebut tentang TACC. Hal ini menjadi kekhawatiran dari auditor dan yang harus menjadi perhatian BPJS Kesehatan adalah bukan hanya petugas administrasi FKTP yang tidak memahami TACC namun pimpinan bahkan dokter yang bertugas di FKTP pun belum memiliki kesamaan pemahaman tentang TACC tersebut.

Temuan lain adalah beberapa sampel FKTP pada formulir *Self Assessment* dan konfirmasi menyatakan secara jelas bahwa *tool* TACC dipergunakan hanya untuk meloloskan rujukan meskipun secara aktual penyakit yang diderita peserta masih mampu ditangani oleh FKTP. Hal tersebut tidak sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 tahun 2012 pasal 9 dimana rujukan vertikal dapat diberikan apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau sub spesialistik dan perujuk dalam hal ini FKTP tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan. Kesengajaan FKTP dalam memilih TACC sebagai alat untuk meloloskan rujukan merupakan hal yang tidak dapat dibenarkan.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Hendrartini & Pramono (2016) tentang Faktor – faktor yang berhubungan dengan rasio rujukan non spesialistik pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas di Propinsi DIY dan Jawa Tengah menyebutkan bahwa rasio rujukan non spesialistik dipengaruhi oleh beberapa faktor baik langsung maupun tidak langsung yaitu kemampuan dokter, ketersediaan alat, ketersediaan obat, permintaan pasien, jarak dengan FKRTL, dan akses ke FKRTL.

Berdasarkan hasil yang didapatkan dari pengisian formulir *Self Assessment* dan Audit Medis dimana FKTP mengalami kesulitan melakukan perbandingan antara luaran aplikasi BPJS Kesehatan dengan rekam medis, penyebabnya adalah isian rekam medis kurang lengkap. Penyebab dari kurang lengkapnya isian rekam medis dapat beragam, diantaranya karena dokter di FKTP malas menuliskan

secara lengkap, belum adanya standar penulisan yang berlaku di FKTP untuk tata laksana pencatatan rekam medis, atau kurangnya kompetensi dokter yang melakukan tata laksana medis sehingga dokter di FKTP tidak melakukan pemeriksaan fisik/penunjang kepada pasien.

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. terdapat standar pengisian rekam medis baik rawat jalan maupun rawat inap. Pengisian pencatatan rekam medis rawat jalan sekurang – kurangnya memuat:

1. identitas pasien;
2. tanggal dan waktu;
3. hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
4. hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
5. diagnosis;
6. rencana penatalaksanaan;
7. pengobatan dan/atau tindakan;
8. pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
9. untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
10. persetujuan tindakan bila diperlukan.

Pada formulir audit medis, *checklist* yang disajikan adalah poin 1 sampai dengan 7. Sedangkan untuk poin 8 sampai 10 tidak disertakan karena diluar batasan audit medis yang ditetapkan.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan rekam medis yang dilihat dari faktor SDM, alat, metode, material, keuangan, kurangnya komunikasi, kesibukan dokter, ada atau tidaknya petugas khusus yang memastikan kelengkapan rekam medis, dan sebagainya (Wirajaya, 2019). Peran dokter sangat penting dalam penulisan rekam medis, dan hal tersebut dilatarbelakangi oleh pengetahuan, sikap dan tindakan itu sendiri. Kelengkapan data resume medis, kelengkapan data tersebut sangat mendukung tercapainya mutu pelayanan dan kinerja dokter yang baik (Purba, 2016). Dalam penelitiannya didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh perilaku dokter terhadap kelengkapan penulisan data rekam medis pada resume pasien rawat inap di RSUD IPI Medan tahun 2015.

FKTP diminta menyiapkan rekam medis sampel sesuai dengan random sampling yang dilakukan auditor, namun terdapat 28 rekam medis tidak dapat dinilai. Salah satu alasan rekam medis tersebut tidak dapat dinilai adalah rekam medis tidak dapat ditemukan karena proses pengarsipan di FKTP yang belum sesuai kaidah pengarsipan/penyimpanan/koding rekam medis. Pernyataan lain

dari sebagian kecil FKTP sampel adalah terdapat beberapa peserta yang belum dibuatkan rekam medisnya, hal tersebut merupakan pelanggaran terhadap regulasi yang berlaku dan pelanggaran terhadap etika kedokteran yang berlaku.

Hasil audit medis menyatakan 35,75% FKTP sampel belum menuliskan rekam medis secara lengkap catatan hasil pemeriksaan pasien sesuai regulasi tersebut, bahkan penulisan identitas pun kadang tidak disertai dengan data tanggal lahir atau usia pasien. Pada kondisi yang sangat buruk, pencatatan rekam medis hanya berisi nama pasien, tanggal pelayanan kesehatan diberikan, dan keterangan bahwa pasien dirujuk, penjelasan tentang pemeriksaan yang sudah diberikan, diagnosis ataupun pengobatan tidak ditulis kedalam rekam medis. Hal ini yang menyebabkan ambiguitas apakah hal pelayanan tersebut (pemeriksaan penunjang dan pengobatan) diberikan kepada pasien atau tidak. Penelitian yang ditulis oleh Pepo & Yulia (2015) dalam Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa tanggung jawab terhadap kelengkapan dan kebenaran data rekam medis ada pada dokter yang merawat. Kelengkapan dalam rekam medik tersebut dapat mempengaruhi mutu pelayanan bagi pasien dikemudian hari jika pasien tersebut hendak melakukan kunjungan ulang.

Sebanyak 32,80% rekam medis memiliki ketidaksesuaian diagnosis dengan aplikasi BPJS Kesehatan, sebagai contoh pada aplikasi BPJS Kesehatan, diagnosis yang tertulis adalah *impacted serumen* dirujuk dengan pilihan TACC nya adalah *Age*, namun saat dilakukan telaah pada rekam medis, diagnosis yang tertera adalah *impacted cerumen* namun alasan rujuk TACC tidak menggambarkan kondisi *Age* sebagai alasan rujukan (usia tidak tercantum dalam rekam medis). Contoh lainnya adalah pada aplikasi BPJS Kesehatan tercatat diagnosis *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan pilihan TACC adalah *Complication*, namun didalam rekam medis, tidak tercatat komplikasi yang terjadi pada peserta dengan diagnosis DHF tersebut. Auditor juga menemukan kondisi dimana terdapat diagnosis pada aplikasi BPJS Kesehatan ternyata berbeda jauh dengan isi rekam medis, sebagai contoh pilihan diagnosis pada aplikasi BPJS Kesehatan adalah *impacted cerumen*, namun pada catatan rekam medis, diagnosisnya bukan *impacted cerumen*, melainkan dermatitis (dua penyakit yang tidak saling berhubungan). Analisis penyebabnya sangat beragam, diantaranya petugas administrasi FKTP salah meng-klik pilihan diagnosis pada aplikasi BPJS Kesehatan, tulisan dokter FKTP gagal terbaca, atau bahkan unsur kesengajaan untuk meloloskan rujukan ke rumah sakit.

Petugas administrasi FKTP atau petugas rekam medis (apabila ada) harus dapat membantu dokter dalam pencatatan dan pengisian rekam medis yang lengkap dan akurat (Edy dan Sugiarto, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Duwi dan Dyah pada tahun 2015 mendapatkan hasil yaitu dari 64 dokumen rekam medis rawat inap pada pasien *dengue haemorrhagic fever* yang diteliti,

terdapat ketidaklengkapan dalam pengisian yaitu pada formulir RM 3, RM 5, RM 6B, RM 7, RM 7A, RM 9C, RM 13. Pencatatan hasil konsultasi dokter juga merupakan salah satu komponen yang tidak lengkap diisikan. Pengisian rekam medis tidak lengkap akan berdampak pada kualitas data yang dihasilkan tidak baik dan tidak akurat sehingga dapat merugikan manajemen pelayanan kesehatan dalam pengambilan keputusan.

Pada FKTP Puskesmas terdapat kecenderungan data luaran aplikasi BPJS Kesehatan sama dengan data yang tercatat dalam rekam medis dikarenakan Puskesmas telah memiliki e-rekam medis yang telah dilakukan *bridging* dengan aplikasi BPJS Kesehatan. Penulisan rekam medis peserta juga telah terstandarisasi mendekati standar ideal dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis. Contoh nyata manfaat dari adanya e-rekam medis disampaikan oleh Helling, dkk (2019) tentang Sistem Informasi Rekam Medis di Puskesmas Kecamatan Matraman Jakarta, yaitu sistem informasi rekam medis dapat membantu petugas-petugas yang bertugas di bagian loket, bagian poliklinik, dokter, dan khususnya bagian rekam medis dalam mendata dan melakukan pencarian data rekam medis untuk pasien, selain itu sistem tersebut dapat menghemat tempat penyimpanan data pasien yang terdapat dalam rekam medis.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 514 tahun 2015 dijabarkan tata laksana medis beberapa penyakit yang masuk kedalam ranah dan wewenang dokter di FKTP mencakup penjelasan tentang tanda dan gejala suatu penyakit, pemeriksaan fisik dan penunjang yang harus dilakukan oleh dokter di FKTP, dan rekomendasi pengobatan yang harus diberikan. Regulasi tersebut memutuskan bahwa Panduan Praktik Klinis (PPK) tersebut harus menjadi acuan bagi dokter di FKTP untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, modifikasi terhadap pemberian pelayanan diperbolehkan hanya berdasarkan keadaan tertentu untuk kepentingan pasien. Maknanya adalah isi dari PPK tersebut menjadi kewajiban bagi FKTP dalam memberikan tata laksana medis, sebagai contoh apabila didalam PPK suatu diagnosis penyakit harus dilakukan pemeriksaan penunjang A, maka FKTP harus melakukan pemeriksaan penunjang A tersebut sebelum mengambil keputusan untuk merujuk pasien. Dari hasil audit medis, didapatkan bahwa 44,62% peserta yang mengakses layanan FKTP belum mendapatkan tata laksana medis sesuai PPK.

Pilihan diagnosis pada aplikasi BPJS Kesehatan belum mengakomodir derajat beratnya suatu penyakit, dan seharusnya tata cara penulisan diagnosis pada aplikasi BPJS Kesehatan diperbaiki serta disesuaikan dengan algoritma penetapan diagnosis pada masing-masing penyakit, sebagai contoh diagnosis DHF perlu ditambahkan *grade* penyakitnya, agar ketika FKTP harus memberikan rujukan kepada pasien atas diagnosis tersebut, akan dapat terlihat apakah FKTP telah memberikan rujukan secara tepat bahwa diagnosis yang dirujuknya memang diluar kewenangan dan kompetensi FKTP. Jika hal tersebut mampu dipenuhi oleh BPJS Kesehatan, maka FKTP seharusnya tidak lagi

beralasan bahwa pilihan TACC digunakan hanya untuk meloloskan rujukan. Pada studi Evaluasi implementasi aplikasi Pcare dengan menggunakan metode *Task Technology Fit* di Puskesmas Patrang, Jember, yang dilakukan oleh Crystal, dkk pada tahun 2019 menemukan bahwa petugas administrasi pernah menemukan adanya ketidaksesuaian antara diagnosis penyakit yang ada di aplikasi Pcare dengan yang tertera dalam pedoman ICD 10, hal tersebut menimbulkan kebingungan pada petugas administrasi dalam memberikan kode diagnosis yang sesuai.

Hasil temuan auditor tentang kekeliruan FKTP dalam penegakan diagnosis ternyata telah ditemukan pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Pramono & Nuryati (2012) di Puskesmas Gondokusuman II Kota Yogyakarta 2012 dengan hasil analisis menunjukkan bahwa jumlah kode diagnosis yang tidak akurat sebesar 54,8%. Terdapat faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis tersebut yaitu tidak sesuainya kualifikasi SDM yang bertugas untuk menetapkan kode diagnosis, belum adanya *Standard Operating Procedure* (SOP) untuk menetapkan kode diagnosis, tidak optimalnya penggunaan buku ICD-10 sebagai panduan untuk menetapkan kode diagnosis penyakit, dan data diagnosis yang ada di sistem informasi manajemen puskesmas (SIMPUS) tidak lengkap. Untuk mengatasi permasalahan ini, diharapkan pimpinan atau manajemen FKTP dapat melakukan pelatihan secara berkala untuk selalu memperbarui pengetahuannya terhadap pengelolaan penyakit, karena hal tersebut merupakan wujud pelaksanaan undang – undang Nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan dimana pada pasal 30 ayat (1) dan (2) disebutkan bahwa Pengembangan Tenaga Kesehatan diarahkan untuk meningkatkan mutu dan karier Tenaga Kesehatan dan pengembangan tersebut dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan serta kesinambungan dalam menjalankan praktik.

SIMPULAN

Dari hasil dan pembahasan diatas, dapat disimpulkan bahwa gambaran mutu layanan di FKTP wilayah Jakarta Utara dalam hal penulisan rekam medis, kesesuaian dengan luaran aplikasi BPJS Kesehatan, serta ketepatan penggunaan TACC masih belum optimal dan membutuhkan perbaikan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis, pasal 13 disebutkan bahwa rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi. Artinya apabila terjadi tuntutan hukum dari pihak pasien atau pihak lainnya terkait riwayat pelayanan kesehatan yang telah diberikan sebelumnya, pihak pengadilan boleh meminta rekam medis sebagai alat bukti. Pencatatan dalam rekam medis yang tidak lengkap dan tidak mengacu pada regulasi yang berlaku dapat menjadikan posisi dokter menjadi lemah untuk membuktikan bahwa dokter tersebut telah memberikan pelayanan kesehatan dengan baik dan sesuai

ketentuan. Diharapkan seluruh komponen FKTP baik pimpinan, dokter, maupun petugas administrasi dapat melakukan perbaikan kualitas rekam medis dan kesesuaian dengan luaran aplikasi BPJS Kesehatan.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat mendorong perbaikan mutu pencatatan rekam medis di FKTP, dan juga menjadi dasar bagi BPJS Kesehatan dalam memilih dan menetapkan strategi untuk meningkatkan kesesuaian antara luaran aplikasi BPJS Kesehatan dengan rekam medis melalui pemberlakuan rekam medis elektronik yang telah *bridging* dengan aplikasi BPJS Kesehatan, terutama bagi FKTP dengan jumlah kepesertaan yang cukup besar.

Rekomendasi untuk penelitian selanjutnya adalah BPJS Kesehatan bersama *stakeholder* terkait perlu melaksanakan analisis evaluasi tentang ketersediaan sarana dan prasarana penunjang penegakan diagnosis di FKTP untuk melihat *complyment* FKTP terhadap Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 514 tahun 2015 serta untuk melihat pola rujukan yang dilakukan FKTP.

DAFTAR RUJUKAN

- Crystal, I. De, Farlinda, S., Nuraini, N., & Wicaksono, A. P. (2020). Evaluasi Implementasi Aplikasi Primary Care (P-Care) dengan Menggunakan Metode Task Technology Fit Di Puskesmas Patrang Kabupaten Jember Tahun 2019. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan E-ISSN:*, 1(4), 502–510.
- Hanung, G., Hepdrartinio, J., & Firman. (2018). *Evaluasi Ketepatan Rujukan Dokter Gigi Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Tingkat Lanjut GEOVANNI HANUNG, Dr.drg. Ju.lita Hepdrartinio M.Kes, AAK;Firman, S.E., S.Kep., MPH.* Universitas Gadjah Mada, 2018.
- Helling, L. S., Wahyudi, E., & Hasanudin. (2019). Siremis: Sistem Informasi Rekam Medis Puskesmas Kecamatan Matraman Jakarta. *INTENSIF: Jurnal Ilmiah Penelitian Dan Penerapan Teknologi Sistem Informasi*, 3(2), 116.
<https://doi.org/10.29407/intensif.v3i2.12597>
- Konsil Kedokteran Indonesia. (2012). Standar Kompetensi Dokter Indonesia. In *Peraturan Konsil Kedokteran nomor 11* (pp. 1–90). Konsil Kedokteran Indonesia.
- Leksana, Pramono, D., & Hendartini, J. (2016). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan rasio rujukan non spesialisistik pasien BPJS kesehatan di puskesmas di Provinsi DIY dan Jawa Tengah* (Issue 2010). Universitas Gadjah Mada.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2008a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008.*

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2008b). *Permenkes ri 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis* (Vol. 2008, p. 7).
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan* (p. 32).
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. In *Diseño De Un Modelo De Control Interno En La Empresa Prestadora De Servicios Hoteleros Eco Turisticos Nativos Activos Eco Hotel La Cocotera, Que Permitira El Mejoramiento De La Informacion Financiera* (p. 97).
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015* (Vol. 151, pp. 10–17).
- Pepo, A. A. H., & Yulia, N. (2015). Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2). <https://doi.org/10.33560/.v3i2.88>
- Pramono, A. E., & Nuryati. (2012). Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan Icd-. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 1(1), 42–61. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33560/.v1i1.58>
- Presiden Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesai Nomor 36 tahun Tentang Tenaga Kesehatan*.
- Purba, E. (2016). Pengaruh perilaku dokter terhadap kelengkapan penulisan data rekam medis pada resume pasien rawat inap di Rsu Ipi Medan tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 1(1), 70–74.
- Rani, D. L., & Ernawati, D. (2016). *Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada Pasien Dengue Haemoragic Fever di Rumah Sakit Permata Medika Semarang Periode Triwulan I Tahun 2015 Duwi* (Vol. 15, Issue July). UDINUS.
- Susanto, E., & Sugiharto. (2017). *Manajemen Informasi Kesehatan IV : Etika Profesi dan Hukum Kesehatan* (1st ed.). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Wirajaya, M. K. M. (2019). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 165. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.225>