

**KEBIJAKAN DAN PENERAPAN DIGITAL KESEHATAN DI RSIJ
CEMPAKA PUTIH : TINJAUAN DESKRIPTIF****Rupi Sri Wahyuni¹, Dewi Roesmayanti², Sumiyati³, Imam Santiko⁴**
Universitas Muhammadiyah Jakarta^{1,2,3,4}¹upikatt2019@gmail.com²roesmayantidewi@gmail.com³sumiut191@gmail.com⁴imam.santiko@gmail.com**Informasi artikel**

Diterima :

09 Januari 2025

Direvisi :

12 Januari 2025

Disetujui :

13 Januari 2025

ABSTRACT

Social Health Insurance or Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) program in Indonesia has started on January 1, 2014. In order for the JKN program to be implemented properly, BPJS Kesehatan as the organizer collaborates with FKTP and FKTL. RSIJ Cempaka Putih is one of the FKTL that provides services to BPJS patients. As an implication of the services that have been provided to BPJS patients, RSIJCP makes payment claims that are submitted in accordance with the terms and conditions of BPJS.

In relation to the work activities of the patient's disease coding process, there are two processes, namely the process of providing a diagnosis by a doctor with freetext and then recording by a coder according to the ICD X diagnosis standardization and ICD 9cm medical procedure. This diagnosis data is then summarized as Claim data. The continued formation of patient diagnoses and coding that is not optimal has prompted us to conduct research.

The research was conducted at RSIJ Cempaka Putih using a descriptive review method and focused on the Implementation of the RME Application. The decision to implement RME as the main tool is considered to be able to accelerate the claim process to BPJS.

Keywords : *Electronic Medical Record, BPJS claim, BPJS coding, BPJS claim diagnosis, prosedur klaim*

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diresmikan pembukaannya oleh Presiden Susilo Bambang Yudoyono mulai 1 Januari 2014 di Istana Bogor. Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) sesuai aturan Undang-Undang No.24 tahun 2011 yang bertujuan memberikan perlindungan kepada semua peserta

mendapatkan penjaminan pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan produktifitas dan kesejahteraan peserta. BPJS diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dengan tujuan mewujudkan pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang sudah menjadi hak dasar manusia, oleh karena itu dilaksanakan secara merata melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama (FKTP) dan pelayanan rujukan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKTL) diseluruh Indonesia. Data yang disampaikan BPJS Kesehatan per 1 Januari 2023 tentang jumlah peserta JKN mencapai 249,6 juta atau sebesar 91% dari seluruh penduduk Indonesia. Sedangkan Data per 1 Februari 2023 merinci tentang jumlah FKTP yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan telah mencapai 23.341, sedangkan FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mencapai 4318, sehingga total Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sebanyak 27.659 (Julianda Z, Mochammad E, 2023).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PMK) nomor 001 tahun 2012 pasal 2 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan dalam program JKN menerapkan pelayanan berjenjang berupa pelayanan pada FKTP dan pelayanan rujukan pada FKTL. FKTP merupakan Kesehatan dasar yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi dipuskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum dibalai/Lembaga pelayanan Kesehatan dan rumah sakit pratama sedangkan FKTL merupakan pelayanan Kesehatan spesialis yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi Kesehatan spesialis. Program JKN dapat terlaksana dengan baik apabila BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara melakukan Kerjasama dengan FKTP dan FKTL yang bertujuan untuk menjamin pelayanan kesehatan dasar bagi peserta BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan dasar tersebut meliputi pencegahan, pengobatan, perawatan, dan peningkatan Kesehatan, selain itu tujuan Kerjasama BPJS Kesehatan dan FKTP adalah untuk meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan peserta JKN.

RS Islam Jakarta Cempaka Putih (RSIJCP) merupakan salah satu rumah sakit swasta yang berfungsi sebagai FKRTL dan telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sejak tahun 2014 sampai dengan saat ini. Kunjungan pasien di RSIJCP saat ini 85% - 90% nya adalah pasien BPJS Kesehatan sehingga memerlukan pengelolaan yang baik dan efisien dalam memproses klaim sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku untuk mendapatkan pembayaran sebagai implikasi dari pelayanan yang telah diberikan kepada pasien BPJS Kesehatan. Pengelolaan klaim dilakukan oleh Tim Casemix RSIJCP yang meliputi pemberkasan klaim, proses koding diagnosa penyakit sesuai INA-CBG's (*Indonesia Case Based Groups*), verifikasi, proses input ke sistem komputer dan final klaim dengan melakukan rekapitulasi klaim dalam bentuk Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Pekerjaan tersebut dilakukan secara manual karena RSIJCP belum menggunakan sistem Rekam Medis Elektronik (RME). Proses pengelolaan klaim hingga siap untuk diajukan ke BPJS Kesehatan memerlukan waktu yang cukup lama dan tenaga yang cukup banyak serta penggunaan kertas yang berlebihan.

Proses terpenting dalam melakukan penghitungan klaim adalah koding diagnosa penyakit pasien yang terdiri dari dua proses. Proses pertama adalah pemberian diagnosa oleh dokter (berupa text) melalui fasilitas Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) dalam bentuk freetext. Proses kedua dilakukan pencatatan oleh koder sesuai freetext dokter dengan menggunakan standarisasi *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision* (ICD-10) atau klasifikasi statistik internasional tentang penyakit dan masalah kesehatan revisi ke 10 dan standarisasi prosedur tindakan medis menggunakan *International Classification of Procedure Code, 9th Revision, Clinical Modification* (ICD-9 CM) atau klasifikasi dan kodefikasi prosedur internasional revisi ke 9 modifikasi klinis. Proses koding masih terkendala karena di pelayanan rawat inap, RSIJCP

belum menerapkan implementasi Aplikasi RME, sehingga dokumen catatan medis pasien rawat inap masih dalam bentuk manual dokumen (kertas).

Waktu yang dibutuhkan untuk pengiriman berkas pasien BPJS rawat jalan ke Bagian Casemix adalah H+1 setelah pasien pulang, dan berkas pasien BPJS rawat inap dikirim ke Bagian Casemix H+3 setelah pasien pulang. Lamanya proses pada pencatatan koding diagnosa pasien ditambah jumlah pasien yang cukup besar membuat proses penyelesaian klaim ke BPJS menjadi pekerjaan 'tambahan' di minggu-minggu terakhir setiap bulan, dalam melengkapi berkas klaim BPJS agar sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan oleh BPJS yaitu setiap tanggal 10. Sehingga, perlu kiranya dilakukan analisis secara lebih mendalam untuk mengetahui bagaimana kemungkinannya jika dilakukan perbaikan prosedur kerja dalam rangka percepatan proses klaim ke BPJS.

Pengelolaan klaim sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 pasal 3, mewajibkan setiap fasilitas Kesehatan menggunakan RME didalam pemberian pelayanan kepada pasien. RME adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis. Hal ini yang kemudian membuat Manajemen RSIJCP menetapkan kebijakan penerapan digital kesehatan melalui implementasi Aplikasi RME sejak tahun 2012. Penggunaan RME dengan vendor baru resmi dilaksanakan di RSIJCP pada tanggal 1 November 2024.

KAJIAN LITERATUR

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

PMK nomor 71 tahun 2013 pasal 1 menyebutkan bahwa Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah, selain itu BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.

Tabel 1. Jenis-jenis program JKN

No.	Jenis	Peserta	Premi pembayar
1.	PBI JKN (JKN penerima manfaat)	Orang yang hidup dibawah garis kemiskinan atau berdasarkan kriteria lain yang terdaftar oleh pemerintah pusat.	Pemerintah pusat
		Orang yang hidup dibawah garis kemiskinan atau berdasarkan kriteria lain yang terdaftar oleh pemerintah setempat.	Pemerintah lokal
2.	JKN Non PBI (JKN Non-penerima manfaat)	Pekerja bergaji (termasuk PNS)	Pemberi kerja
		Pekerja mandiri atau bukan pekerja yang hidup diatas garis kemiskinan (sektor informal)	Dibayar sendiri

Sumber : Peraturan Presiden Republik Indonesia no.82/2018 tentang Jaminan Kesehatan

Program (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Unsur-unsur penyelenggaraan dalam JKN meliputi:

1. Regulator
Regulator meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain : Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).
2. Peserta Program JKN
Peserta Program JKN adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
3. Pemberi Pelayanan Kesehatan
Pemberi Pelayanan Kesehatan merupakan seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut)
4. Badan Penyelenggara
Badan Penyelenggara merupakan badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Rekam Medis Elektronik (EMR)

Sistem kesehatan digital seperti catatan kesehatan elektronik (EHR) dan sistem administrasi pasien yang digunakan di rumah sakit di negara-negara berpendapatan tinggi telah diadopsi dengan tujuan ganda untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dan memperbaiki keuangan rumah sakit melalui pengurangan biaya dan aliran pendapatan baru. Sistem ini umumnya diperkenalkan sebagai respons terhadap inisiatif pemerintah yang besar, seringkali dengan pendanaan publik yang signifikan (Halangka JD, et al, 2017). Meskipun menghadapi tantangan besar dan kegagalan yang menonjol (Price C, et al, 2019), HIC kini telah mencapai titik di mana penggunaan sekunder data dari sistem kesehatan digital, dalam beberapa kasus, dapat memungkinkan rumah sakit dan sistem perawatan kesehatan menjadikannya sistem pembelajaran kesehatan, menggunakan data yang dikumpulkan secara rutin untuk memfasilitasi penelitian dan peningkatan kualitas (Friedman C, et al, 2015). Dalam beberapa tahun terakhir, data dari sistem kesehatan digital berbasis rumah sakit telah digunakan untuk mengembangkan dan menerapkan sistem kecerdasan buatan (AI) yang inovatif untuk memantau pasien dan memberikan dukungan keputusan klinis (CDS) kepada penyedia layanan kesehatan (Friedman C, et al, 2015). Dalam beberapa tahun terakhir, data dari sistem kesehatan digital yang diterapkan di rumah sakit, telah digunakan untuk mengembangkan dan menerapkan sistem kecerdasan buatan (AI) yang inovatif untuk memantau pasien dan memberikan dukungan keputusan klinis (CDS) kepada penyedia layanan kesehatan (Paton C, et al, 2019).

Salah satu bentuk transformasi EHR adalah penggunaan Rekam Medis Manual menjadi Rekam Medis Elektronik. Sistem digital ini membantu dokter dan tenaga medis untuk mengelola data pasien lebih mudah, selain kemudahan bagi pasien untuk dapat mengakses data kesehatan mereka sehingga ketika dibutuhkan pasien tidak perlu meminta data fisik. Rekam medis elektronik (RME) di rumah sakit merupakan langkah mendasar dalam meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan kesehatan. RME berpotensi mengurangi kesalahan medis, meningkatkan koordinasi perawatan, dan menyediakan akses informasi pasien yang lebih mudah dan cepat (Awol et al., 2023; Hailegebreel et al., 2023). Aktivitas RME merupakan serangkaian langkah kerja yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengelola rekam medis elektronik (RME), mulai dari registrasi pasien hingga penyimpanan dan penjaminan mutu RME.

Rekam medis pasien mulai beralih menjadi Rekam Medis Elektronik (RME) dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam

Medis, dan mewajibkan fasilitas pelayanan Kesehatan (fasyankes) untuk menjalankan pencatatan riwayat medis pasien secara elektronik. RME berperan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan dengan cara terintegrasi dengan E-Claim, yang memungkinkan rumah sakit untuk mengajukan klaim secara elektronik langsung ke BPJS Kesehatan. RME merujuk pada penyimpanan data medis pasien secara digital, yang mencakup catatan kesehatan, riwayat medis, hasil pemeriksaan, resep obat, dan informasi penting lainnya yang terkait dengan perawatan pasien. Seiring dengan kemajuan teknologi informasi dan meningkatnya kebutuhan akan aksesibilitas dan keterpaduan informasi medis, RME menjadi solusi yang menarik bagi rumah sakit untuk meningkatkan efisiensi, akurasi, dan kualitas pelayanan kesehatan (Uslu & Stausberg, 2021).

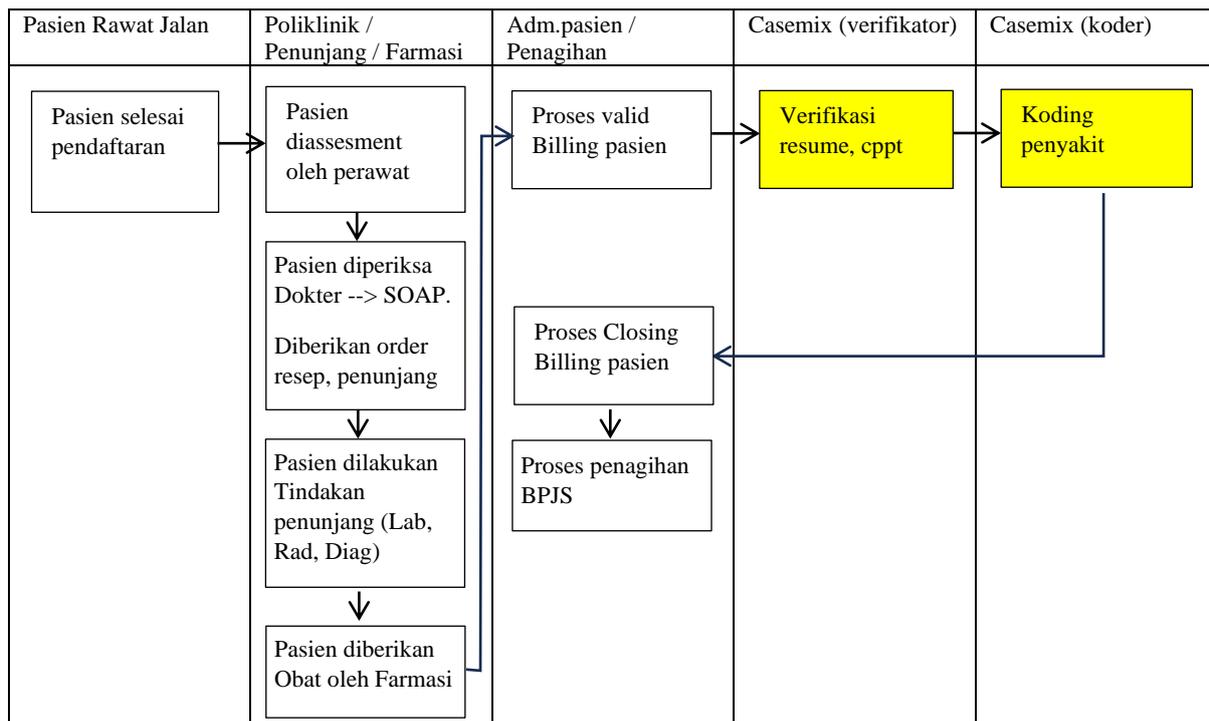
METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk menggambarkan secara mendalam mulai dari proses pra implementasi Aplikasi RME sampai *Go Live* implementasi dilaksanakan pada 1 November 2024. Waktu pelaksanaan penelitian pada 1 Juni sampai 31 November 2024 di RS Islam Jakarta Cempaka Putih (RSIJ Cempaka Putih). Penelitian ini dilakukan dengan observasi proses Program Aplikasi RME dan menjelaskan proses layanan kesehatan di RS dengan metode digital. Hasil observasi disusun dalam bentuk bagan proses tentang alur kegiatan sebelum dan sesudah penelitian. Unit yang diobservasi dimulai dari unit pelayanan pendaftaran, pelayanan medis pasien, penutupan billing di administrasi pasien hingga proses pengiriman tagihan BPJS di unit Casemix.

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan di RSIJ Cempaka Putih pada Implementasi Program Aplikasi RME untuk semua Bidang Pelayanan Pasien. Waktu penelitian dimulai pada 1 Juni – 31 November 2024, mulai dari proses pra implementasi sampai *Go Live* implementasi. Proses ini menggambarkan secara sistem komputer untuk melakukan input data rekam medis diagnosa dan tindakan yang diberikan kepada pasien oleh Dokter, yang terdiri dari pengisian data anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa, tindakan dan rencana kontrol lanjutan.

Sejak tahun 2020-2024 Modul pencatatan SOAP dokter sudah mulai dirintis penggunaannya di RSIJ Cempaka Putih. Modul ini baru berjalan untuk pasien rawat jalan dan belum terintegrasi catatannya ke rawat inap. Sedangkan proses pencatatan rekam medis di rawat inap dan IGD masih menggunakan berkas manual. Adapun alur proses yang berjalan sebelum penggantian aplikasi yaitu :



Gambar 1. Alur proses yang berjalan sebelum penggantian aplikasi

Sumber : Diolah penulis

Keterangan alur :

1. Proses dimulai dari pendaftaran pasien di loket pendaftaran rawat jalan
2. Kemudian dilanjutkan dengan pelayanan di Poliklinik :
 - a. Pengisian asesmen keperawatan : dilakukan oleh perawat yaitu nadi, berat badan, suhu, dll tanda-tanda vital lainnya
 - b. Pengisian asesmen medis oleh dokter dalam bentuk SOAP (Anamnesa – data Subjective, Pemeriksaan fisik - Objective, Diagnosa - Asesmen, Tindakan – Procedure).
 - c. Kemudian dilakukan pemberian resep dan pengantar pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi dan diagnostik).
 - d. Pasien kemudian dilakukan pemeriksaan penunjang sesuai surat pengantar dokter.
 - e. Pasien mengambil obat di Farmasi dan kemudian pulang.
3. Proses dilanjutkan oleh Bagian Adm.Pasien melakukan validasi billing pasien.
4. Kemudian proses dilanjutkan Bagian Casemix mulai dari verifikasi dokumen pendukung, cek kesesuaian diagnosa – obat – catatan SOAP
5. Coder melakukan pembuatan koding diagnosa dokter sesuai ICD-10 dan tindakan/prosedur ICD-9cm.

The screenshot shows a software interface for patient medical records. At the top, there are fields for registration number, patient name, date of birth, gender, religion, and address. A 'High Risk' status is indicated. Below this, there are tabs for 'Catatan Medis', 'Resep', 'Racikan', 'Laboratorium', 'Radiologi / Diagnostik', and 'Riwayat Kunjungan'. The 'Catatan Medis' tab is active, showing fields for 'Riwayat Penyakit', 'Riwayat Penyakit Keluarga', 'Alergi', 'Rasial Alergi', 'Anamnesa (S)', 'Pemeriksaan Fisik (O)', 'Diagnosa (A)', 'Tindakan (P)', 'Kondisi Pulang', and 'Planning'. The 'Diagnosa (A)' field is highlighted with a red box. To the right, there is a table for recording visits with columns for 'Tanggal', 'Klinik', 'Dokter', and 'Diagnosa'. The table is currently empty.

Gambar 2. Form Catatan Medis Pasien

Sumber : Diolah penulis

Identifikasi masalah yang ditemukan dalam proses aplikasi adalah :

- Pengisian diagnosa pasien berupa free text.
Kode Diagnosa pasien diisi menggunakan kode ICD-X yang berlaku secara internasional. Saat ini dokter mengisi dengan free text karena keterbatasan pengetahuan dalam mengidentifikasi kode diagnose ICD-X.
- Data tidak bisa dikirim ke Satu Sehat Kementerian Kesehatan secara langsung karena harus di koding terlebih dahulu (data yang ada free text).
Data yang dikirim ke Satu Sehat merupakan data Diagnosa ICD-X yang sudah distandarisasi sebagai identifikasi diagnosa penyakit pasien. Diluar kode diagnosa tersebut, data tidak dapat diterima.
- Proses pembentukan diagnosa pasien sebagai dasar klaim BPJS sangat lama
Pengisian Diagnosa pasien berupa free text menyebabkan koder RS (Bagian Rekam Medis yang melakukan penginputan data diagnosa ICD X) baru akan mengisi setelah berkas pasien Kembali ke Rekam Medis.
- Pengisian coding BPJS belum optimal oleh tenaga Kesehatan di rumah sakit. Dikarenakan diagnosa yang diisi berupa free text, maka asumsi masing-masing pengolah selanjutnya dapat berbeda-beda, yaitu Casemix sebagai verifikator dan Bagian Rekam Medis sebagai pengisi diagnosa pasien.

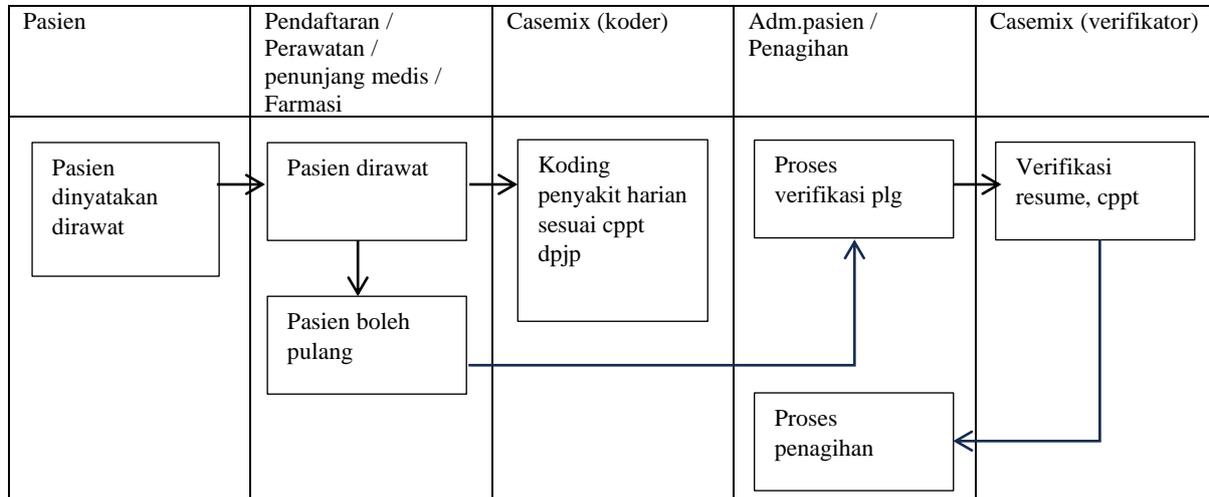
Besarnya jumlah Pasien JKN yang dirujuk ke RSIJ Cempaka Putih menjadi pemikiran manajemen untuk meningkatkan pelayanan dengan mengurangi waktu tunggu pasien. Salah satu upaya mengurangi waktu tunggu pasien adalah menggunakan digitalisasi pencatatan rekam medis pasien. Kondisi sebelum penerapan yang disampaikan di atas dibandingkan dengan flow proses saat penerapan pencatatan rekam medis secara elektronik tergambar sebagai berikut:

Beberapa usulan penyelesaian masalah yang ditujukan untuk perbaikan aplikasi yaitu :

- Terdapat pilihan pada pengisian diagnosa pasien dapat free text atau ICD-10.

- b. Data diagnosa dapat terbaca disemua order resep dan penunjang medis
- c. Data bisa dikirim ke Satu Sehat Kementerian Kesehatan secara langsung karena sudah berupa ICD-10.

Alur pelayanan yang diusulkan yaitu :



Gambar 3. Alur Pelayanan Yang Diusulkan

Sumber : Diolah penulis

Penjelasan :

1. Setelah pasien dinyatakan dirawat, pasien akan dilakukan proses pendaftaran, perawatan di ruang rawat inap, dilakukan pemeriksaan dokter, penunjang medis dan pemberian obat/alkes farmasi.
2. Selama pasien dirawat, casemix coder sudah melakukan pengisian koding diagnose setiap hari – menyesuaikan dengan kegiatan perawatan dan penunjang medis yang dilakukan terhadap pasien.
3. Setelah pasien dinyatakan boleh pulang, administrasi pasien akan melakukan verifikasi dokumen pasien untuk persetujuan pulang
4. Setelah pasien pulang, proses dari administrasi pasien dilanjutkan di casemix verifikator.
5. Kegiatan casemix verifikator : verifikasi diagnose yang sudah dibuat oleh koder (mempercepat proses penentuan diagnose utama dan sekunder).

SIMRS baru yang telah diterapkan telah dapat memberikan kebutuhan-kebutuhan percepatan pengisian diagnosa pasien.

Gambar 4. Form Pengirian RME
Sumber : Diolah penulis

Implementasi aplikasi RME telah dilaksanakan 1 November 2024 pada Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat jalan dan rawat inap. Proses pencatatan RME selain input data SOAP juga menyediakan fitur order resep dan order ke penunjang medis. Selain itu Aplikasi juga dilengkapi dengan tersedianya hasil penunjang medis yang sudah terkoneksi dengan *Laboratorium Information System* (LIS) dan *Picture Archiving System Radiologi* (PACs). Sehingga dokter dapat langsung melihat hasil penunjang medis pada riwayat berobat pasien.

Walaupun masih dilakukan perbaikan di beberapa fitur/fasilitas, diharapkan pencatatan RME dapat dilakukan secara benar, konsisten dan terus berkelanjutan. Beberapa keuntungan yang didapat antara lain :

1. Efisiensi Penyimpanan Data
RME memungkinkan RS menyimpan data medis pasien secara efisien. Pengelolaan data menjadi lebih praktis, aman, dan tidak mudah rusak atau hilang. Hal tersebut juga memastikan bahwa tenaga medis yang berwenang dapat mengakses, mengelola, dan memperbarui data medis dengan mudah, yang membantu mereka membuat keputusan yang lebih baik.
2. Pemantauan Pasien yang lebih Efektif
Dokter dan perawat dapat dengan mudah menemukan dan mengakses informasi kesehatan pasien secara digital yang sangat penting dalam keadaan darurat. Hal tersebut terjadi karena RME memiliki kemampuan terintegrasi untuk berbagi informasi medis antara berbagai unit perawatan kesehatan, dokter, dan spesialis.
3. Memudahkan aktivitas administrasi
RME memungkinkan staf medis untuk lebih fokus pada perawatan pasien dan meningkatkan penjadwalan dan administrasi fisik, yang menghasilkan waktu tunggu yang lebih pendek dan proses administrasi yang lebih cepat. RME juga dapat mengurangi kebutuhan akan kertas dan mengurangi kesalahan administrasi yang mahal.
4. Memastikan keamanan data terlindungi
Penerapan RME juga melahirkan regulasi standar keamanan data, khususnya perlindungan data pasien. Data pasien dalam RME dienkripsi dan dapat diakses dengan pengendalian akses yang ketat, memastikan bahwa informasi pribadi pasien tetap aman. RME juga memiliki sistem pencegahan kehilangan data, yang memungkinkan pemulihan dan backup data untuk mencegah informasi medis penting hilang.

Dari proses perbaikan aplikasi, ada beberapa proses rekreatif yang dapat dibuat, yaitu :

1. Menghitung unit cost per pelayanan, per spesialis penyakit.
Proses E-Claim BPJS akan dapat melakukan proses hingga komponen biaya per pasien, dan dimungkinkan biaya hingga per spesialis penyakit.
2. Kinerja Dokter
Kinerja dokter dapat dimonitoring dan dievaluasi untuk melihat suatu pengobatan yang diberikan dokter menguntungkan atau merugikan.
3. Penentuan layanan unggulan
Prediksi layanan unggulan untuk kemajuan RS dapat ditentukan.
4. Integrasi data lanjutan
Program Satu Sehat Kementerian Kesehatan, Program Jasa Medis, Program Pelunasan Piutang BPJS

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Penerapan RME di RSIJ Cempaka Putih secara langsung ikut berpartisipasi dalam misi pemerintah untuk meningkatkan kualitas kesehatan di Indonesia. Hasil penelitian dan analisa mengenai implementasi RME dan implikasi pada pengolahan klaim BPJS di RSIJCP, diperoleh kesimpulan penerapan RME dapat mempercepat pengolahan waktu klaim BPJS di RS. Islam Jakarta Cempaka Putih dan beberapa keuntungan lainnya. Selain manfaat yang didapat tentunya dalam penerapan RME banyak tantangan dan kendala yang dihadapi baik dari sumber daya manusia dan infrastruktur yang digunakan.

Saran

Untuk mewujudkan Rekam Medis Elektronik yang efektif dan efisien tentunya kendala yang dihadapi harus dicari solusinya, Untuk SDM perlu diberikan sosialisasi, pengarahan, pelatihan yang simultan dan pemantauan kepatuhan dokter, tenaga medis dan staf lainnya dalam pengisian RME. Untuk alat perlu dialokasikan investasi hardware dan software yang menunjang implementasi RME.

REFERENSI

- Awol, S.M., Birhanu, A.Y., Mekonnen, Z.A., Gashu, K.D., Shiferaw, A.M., Endehabtu, B.F. and Tilahun, B., 2020. Health professionals' readiness and its associated factors to implement electronic medical record system in four selected primary hospitals in Ethiopia. *Advances in Medical Education and Practice*, pp.147-154.
- Friedman C, Rubin J, Brown J, Buntin M, Corn M, Etheredge L, et al. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning Learning Health System. *J Am Med Assoc* 2015 Jan;22(1):43-50 [FREE Full text] [doi: 10.1136/amiajnl-2014-002977] [Medline: 25342177]
- Halamka JD, Tripathi M. The HITECH era in retrospect. *N Engl J Med* 2017 Sep 07;377(10):907-909. [doi:10.1056/NEJMp1709851] [Medline: 28877012]
- Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PMK) nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PMK) nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PMK) nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PMK) nomor 24 tahun 2022 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.

- Price C, Green W, Suhomlinova O. Twenty-five years of national health IT: exploring strategy, structure, and systems in the English NHS. *J Am Med Inform Assoc* 2019 Mar 01;26(3):188-197 [FREE Full text] [doi: 10.1093/jamia/ocy162] [Medline: 30597001]
- Paton C, Kobayashi S. An open science approach to artificial intelligence in healthcare. *Yearb Med Inform* 2019 Aug 25;28(1):47-51 [FREE Full text] [doi: 10.1055/s-0039-1677898] [Medline: 31022753]
- Portal BPJS Kesehatan, <https://data.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs-portal/action/dash-publik-detail.cbi?id=22f081ce-419d-11eb-a5e7-b5beb99935c0#>
- Uslu A, Stausberg J. 2021. Value of the Electronic Medical Record for Hospital Care: Update from the Literature. *J Med Internet Res* ;23(12): e26323. doi: 10.2196/26323. PMID: 34941544; PMCID: PMC8738989.
- World Health Organization. Universal health coverage (UHC). 2022, 5 October 2023. Accessed January 2, 2025. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).