

Kode/351 Nama Rumpun Ilmu :
Kesehatan Masyarakat

RISET UNGGULAN POLTEKKES KEMENKES TAHUN 2015



Metoda Hatta untuk Analisis Kelengkapan dan Pemanfaatan Pendokumentasian Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik

Suatu Studi pada Laboratorium Klinik OP pada Politeknik Kemenkes Jakarta I

Ketua:

Gemala Hatta (NIP. 1952 0302 1976 12201)

Anggota:

Jusuf Kristianto (NIP.1966. 03 14199 302 1001)

Tini Sekarwati, (NIP 195105031978022002)

Yopi Harwinanda Ardesa, M.Kes, (NIP 1975 05142 0060 41003)

**POLITEKNIS KESEHATAN KEMENKES JAKARTA I
JURUSAN ORTOTIK PROSTETIK**

Oktober 2015

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Metoda Hatta untuk Analisis Kelengkapan dan Pemanfaatan Pendokumentasian Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik
Suatu Studi pada Laboratorium Klinik OP pada Politeknik Kemenkes Jakarta I

Peneliti Utama	
Nama Lengkap	: Dr., Dra. Gemala Hatta, MRA, MKes
NIP/NIDN	: 1952 0302 1976 12201/ 400 203 5201
Jabatan Fungsional	: Lektor
Program Studi	: DIV Ortotik Prostetik
Poltekkes	: Jakarta I
Nomor HP	: 0815 9424 338
Alamat (e-mail)	: <u>g_hatta@yahoo.com</u>
Anggota (1)	
Nama Lengkap	: Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MQIH, Ph.D
NIP	: 1966 0314 199302 1001
Program Studi	: D-IV Jurusan Orotik Prostetik
tekkes	: Jakarta Selatan
Anggota (2)	:
Nama Lengkap	: dr. Tini Sekarwati MM
NIP	: 195105031978022002
Program Studi	: D-IV Prtotik Prostetik
Poltekkes	: Jakarta I
Anggota (3)	:
Nama Lengkap	: dr. Yopi Harwinanda Ardesa, M.Kes
NIP	: 1975051420060410003
Program Studi	: D-III Prtotik Prostetik
Poltekkes	: Surakarta, Jawa Tengah
Tahun Pelaksanaan	: 6 (enam) bulan
Biaya Penelitian yang diusulkan dan sumbernya:	Rp.39.996.000

Jakarta, 30 Oktober 2015

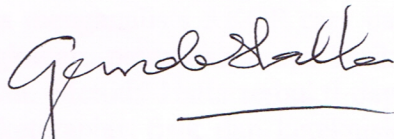
Mengetahui,

Yang menyatakan,

Kepala Unit Penelitian Poltekkes



Dr.Jusuf_Kristianto,MM,MHA,MQIH,Ph.D
NIP. 19660314 199302 1001



Dr_Dra_Gemala Hatta_MRA,MKes
NIP. 1952 0302 1976 12201

Mengesahkan,
Direktur Poltekkes Kemenkes Jakarta I



Ani Nuraeni, S.Kp, M.Kes
NIP. 196108281984102001

ABSTRAK

Absennya data disabilitas ortotik prostetik (OP) di Indonesia pada 2 kementerian berdampak pada nihilnya data OP Indonesia di tingkat internasional seperti pada laporan Bank Dunia, WHO dan organisasi kemanusiaan. Seyogyanya Pemerintah RI prihatin. Padahal tingginya angka disabilitas global hingga 15 % atau 1 milyar penduduk bumi ini harus dianalisis dengan cermat oleh setiap pemerintahan (WHO 2011, UNESCAP 2012). Untuk itu akses data dan informasi yang berkualitas memegang peranan tinggi (Deklarasi WSIS 2003, HIFA 2015). Namun mengapa kita tidak memiliki data disabilitas tentang OP seperti di negara lain ? padahal 5 % atau 11.5 juta orang adalah disabilitas, termasuk 3 juta yang mengalami gangguan fisik. (Sensus Penduduk Indonesia (2010) – ILO sesuai sumber data Pusdatin Kementerian Sosial (2008). Sayangnya data gangguan fisik itu bersifat umum dan tidak jelas menggambarkan tentang eksistensi kualitas data OP. Disini, Metoda Hatta menawarkan solusi untuk mengetahui kualitas kondisi yang ada melalui pentahapan berjenjang, dengan teknologi dan metoda terbaru dalam analisis rekam kesehatan OP (RKOP) yang original. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kelengkapan dan pemanfaatan pendokumentasian sumber data primer yakni dari rekam kesehatan OP (RKOP) di klinik, sebagai pos awal pendataan disabilitas. Metode penelitian dengan survei analitis deskriptif berdasarkan data retrospektif. Penelitian ini dilakukan dalam 5 pentahapan. Tahap I : a) Membuat angket dengan metoda Hatta untuk menganalisis RKOP secara kuantitatif dan b) menganalisis apakah variabel RKOP yang digunakan sesuai dengan butiran indikator kriteria ICF (WHO). c) menganalisis kelengkapan pendokumentasian. Tahap II: Menganalisis kelengkapan pendokumentasian JSOP dengan teknik rekaman cara SOAP. Selanjutnya Tahap III : dilanjutkan dengan inti dari metoda Hatta yaitu analisis kualitatif administratif dan medis pada aspek pemanfaatan pendokumentasian. Tahap IV: aksi multivariat analisis faktor untuk mengetahui kelompok informasi yang lengkap dan dimanfaatkan yang serumpun dan menindaklanjutinya dengan analisis Metoda Hatta pada Klinik OP di Solo sebagai dasar mendisain formulir unggulan OP tahap III. Tahap V menganalisis kelayakan data OP Solo dan membandingkannya dengan data JSOP untuk disain formulir RKOP baru dengan program Faktor Analisis. Melalui gabungan butiran Faktor Analisis yang dihasilkan terbentuk disain RKOP baru.

Dalam penelitian berikutnya, RKOP baru pada dua kota dianalisis kembali untuk mengetahui data progresnya. Sampel berasal dari RKOP Poltekkes Jakarta I pada klinik OP (2009-2014) dan sampel RKOP disabel Solo yang sedang berjalan. Strategi sampling menggunakan prinsip homogen dengan N Jakarta 30 RKOP dan N Solo 10 karena homogen. RKOP yang diambil disabilitas (*lower limb*). Teknik analisis: menggunakan tabel univariat dari setiap variabel ICF dan SOAP (subjektif, objektif, assesmen dan perencanaan). Lokasi penelitian : Poltekkes Jakarta I, klinik Lab OP dan di Poltekkes Solo jurusan OP. Hasil penelitian: Metoda Hatta menghasilkan RKOP cara baru dalam memperoleh data OP, menetapkan butiran variabel data, kelengkapan, pemanfaatannya yang dipakai dalam disain RKOP terbaru dengan indikatornya bagi pemangku kebijakan. Metoda Hatta terbukti dapat digunakan dalam menganalisis rekaman prosedur diagnostik, keterapian fisik dan keteknisian medis. Metoda Hatta bermanfaat pula dalam merubah pandangan bahwa audit medis hanya untuk tenaga medis. Selanjutnya analisis rekam kesehatan diagnosis maupun tindakan dapat dikerjakan oleh tenaga kesehatan terlatih non dokter, termasuk praktisi manajemen informasi kesehatan (perekam medis).

Kata Kunci: Rekam kesehatan ortotik prostetik (RKOP). ICF, SOAP, Metoda Hatta

PRAKATA

Puji syukur saya ucapkan dihadapan Allah YME bahwa akhirnya penyelesaian Riset Unggulan Poltekkes Kemenkes tahun 2015 sesuai Perjanjian Kerjasama antara Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan dengan Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi no. HK.05.01/IV.1/01052/2015 tentang Pelaksanaan Peneliitan Unggulan Perguruan Tinggi dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Riset ini berjudul Metoda Hatta untuk Analisis Kelengkapan dan Pemanfaatan Pedokumentasian Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik (OP) merupakan suatu studi pada Laboratorium Klinik OP pada Politeknik Kementerian Kesehatan Jakarta I. Dalam perjalanannya, peneliti juga mengunjungi dan meneliti RKOP di Politeknik Kemenkes Surakarta yang telah membuka Jurusan Ortotik Prostetik sejak 2002.

Ide dari penelitian ini adalah untuk memperbaiki kualitas data OP yang selama ini nyaris tidak muncul di Pemerintahan, baik di Kementerian Kesehatan ataupun Sosial. Hal ini dikarenakan profesi OP belum dikenal. Diharapkan dengan terbenahnya sumber data dan rekam kesehatan OP maka kualitas data yang akan disampaikan menjadi lebih baik. Metoda Hatta digunakan untuk membiasakan dilakukannya audit pendokumentasian sumber data dengan baik dan benar. Metoda Hatta memperkenalkan terobosan analisis kuantitatif medis untuk pemanfaatan data dan mengetahui kekuranganlengkapannya hingga ketindaklanjutan pemanfaatannya. Melalui analisis pemanfaatan data diperoleh variabel apa yang dibutuhkan bagi pembentukan disain RKOP yang terbaru dengan berbagai program statistik yang dipilih.

Peneliti mengucapkan banyak terima kasih kepada jajaran Kementerian Kesehatan cq. BPPSDM dan Poltekkes Kemenkes Jakarta I yang telah memberrikan jalan dan juga kepada narasumber dari NGO Exceed terutama Mr. Olle Hjelmström serta dan praktisi OP senior JSPO yang telah ikut menelaah berkas serta Ketua Jurusan OP Poltekkes Surakarta dan staff. Juga kepada sesama peneliti dan juga Ruth, Cindy, Alan. Tanpa semua bantuan, tidak mungkin kegiatan ini dapat terlaksana. Semoga Allah SW semata yang dapat membalasnya. Amin.

Jakarta, 31 Oktober 2015

Gemala Hatta

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
BAB 3. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	16
BAB 4. METODA PENELITIAN	18
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	30
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN	99
DAFTAR PUSTAKA	111
LAMPIRAN	113

DAFTAR TABEL

Bab	No	Judul Tabel	Hlmn
Bab	I		
	1.1	Tingkat Posisi Impairment/ Disabilittas Indonesia di SEAR (2012)	2
Bab V			
	5.1	Kelengkapan Informasi Analisis Kuantitatif pada 30 RKOP	30
	5.2	Analisis Kuantitatif - Informasi Identitas Disabel	34
	5.3	Kelengkapan Informasi Analisis Kuantitatif pada 30 RKOP	38
	5.4	Tata Cara Mencatat - Analisis Kuantitatif Pendokumen- tasian RKOP	39
	5.4.0	Rangkuman Analisis Kuantitatif Pendokumentasian RKOP	41
	5.5	Kelengkapan Analisis Kualitatif Administratif RKOP Jakarta	42
	5.6	Analisis Kelengkapan Variabel ICF	47
	5.6.0	Gabungan ANALISIS Kelengkapan Variabel ICF	50
	5.7	Analisis Kualitatif Kelengkapan SOAP JSPO Jakarta	52
	5.8	Metoda Hatta untuk Analisis Kuanlitatif Medis	56
	5.9	Nilai Angket dan Skoring Metoda Hatta	57, 74
	5.10	Rangkuman Pemanfaatan Data ICF Analisis Kualitatif Medis di JSPO Jakarta	58
	5.11	Subjektif Pemanfaatan Data JSPO Jakarta	59

Bab	No	Judul Tabel	Hlmn
V	5.12	Objektif Pemanfaatan Data JSPO Jakarta	61
	5.13	Assessment Pelayanan Data JSPO Jakarta	61
	5.14	Perencanaan Pemanfaatan Data JSPO Jakarta	62
	5.14.1	Rangkuman Pemanfaatan Data RKOP JSPO Jakarta	64
	5.15	Tabel Eigenvalues	66
	5.16	Metoda Varimax 0.5 Klinik JSPO	67
	5.17.0	Analisis Kualitatif Medis untuk Pemanfaatan Data SOAP di Solo (n = 10)	68
	5.17.1	Analisis Kualitatif Medis SOAP SOLO	70
	5.17.2	Analisis Kualitatif Medis SOAP JSPO Jakarta SOLO	71
	5.18	Hasil Pemanfaatan Data SOAP – JSPO Jakarta Solo	72
	5.19	Hasil Pemanfaatan Data Scoring 3,4 JSPO Jakarta Solo	76
	5.20	Daftar Singkatan Variabel Pemanfaatan Data Metoda Hatta	78
	5.21	Faktor Analisis 0.3 untuk Jakarta – Solo	79
	5.22	Kolom Faktor Analisis JSPO Jakarta – Solo Hasil Akhir	81
	5.23	Rangkuman Hasil Faktor Analisis JSPO Jakarta – Solo	83

DAFTAR GAMBAR

Urut No	Judul Tabel	Halaman
Bab V		
G 5.1	Informasi Identitas Disabel untuk 30 RKOP JSPO Jakarta - bar chart	36
G 5.2	Kelengkapan Informasi Identitas Disabel untuk 30 RKOP JSPO Jakarta– pie chart	37
G. 5.3	Tata Cara Mencatat - Analisis Kuantitatif Pendokumentasian RKOP	40
G 5.4	Registration (Ringkasan Riwayat Klinik)	86
G 5.5	Authorization (Lembar Hak Kuasa)	87
G 5.6	Subjective	88
G 5.7	Lower Limb	90
G 5.8	Activities and Participation	92
G 5.9	Planning	95
G 5.10	Progress Notes	97

DAFTAR LAMPIRAN

No. J u d u l L a m p i r a n

1	Instrumen Penelitian – Angket (18 halaman)	113	L1
2	Keluaran Produk – Formulir RKOP terbaru (7 halaman)	113	L2
	Adapun hasilnya berupa berbagai lembaran gambar yaitu		
	• Patient Registration (Ringkasan Riwayat Klinik)	131	
	• Authorization (Lembar Hak Kuasa)	132	
	• Subjective	133	
	• Lower Limb	134	
	• Activities and Participation ICF)	135	
	• Planning	136	
	• Progress Notes	137	
3	Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas Personalia Tenaga Peneliti beserta kualifikasinya dan Publikasi (11 halaman)	138	L 3
4	Alur Sistem Penelitian	149	L4
-	Bukti Proses Faktor Analisis Untuk Solo Tidak Keluar	150	L5
-	Syntax	151	L5.1
-	Foto	154	L6
-	Ethical Clearance	155	L7
-	Pernyataan Peneliti	165	L8
-	Dokument Penelitian Kerjasama	166	L9
-	Kerjasama dengan OP Surakarta	168	L10

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Absen dan nihilnya data/informasi kondisi disabel ortotik dan prostetik (OP) di Indonesia dalam laporan internasional Bank Dunia, WHO (2008-2010) dan beberapa organisasi kemanusiaan tingkat dunia lainnya, rupanya disebabkan karena ketiadaan laporan tentang disabel OP pada beberapa Kementerian dan Badan terkait. Bila demikian, mustahil Pemerintah RI dapat mengerti kebutuhan manajemen OP di Indonesia. Tanpa data/informasi, bagaimana mungkin bisa mewartakan kondisi disabel OP Indonesia ke luar negeri. Padahal Pemerintah seharusnya memberi perhatian lebih pada perkembangan dan pembinaan terhadap disiplin OP. Terlebih juga karena pendidikan OP di Indonesia baru memiliki 2 (dua) tempat pendidikan yaitu di Surakarta (2003) dan Jakarta. Khususnya pendidikan di Jakarta yang dinamakan Jakarta School of Prosthetics Orthotics (JSPO) telah memiliki Klinik Laboratorium pada (2009). Kini, pendidikan program D III telah berkembang hingga program D IV dan telah mendapat predikat bertaraf internasional karena sesuai dengan standar WHO, ISPO.

Data global meyakini adanya 1 milyar jiwa disabel (WHO 2010, UNESCAP 2012) dan tentunya dari data itu "termasuk" data disabel OP. Sayangnya, Pemerintah dan praktisi OP di Indonesia tidak menemukan data profesi ini di Indonesia. (Meity Trisnowati, M Sunusi dan Nur Budi Handayani, 2013). Padahal, masih ada laporan OP datang dari berbagai negara kecuali dari Indonesia. Pertanyaannya mengapa data OP Indonesia tidak mendapat tempat di rumah sendiri ? seperti yang disebut oleh Melly dkk .. bahkan terkesan tidak diperhatikan keberadaannya. Ketidadaan data ini tentunya bukan karena Indonesia telah bebas dari disabel OP. Bila dilihat dari Sensus Penduduk Indonesia tahun 2010 diketahui disabel kurang dari 5% jumlah penduduk namun sayangnnya tidak ada rincian tentang data disabel yang spesifik untuk OP. Menurut ILO, berdasarkan data PUSDATIN Kementerian Sosial RI, terdapat 11.508117 juta disabel, termasuk 3.010.830 dengan masalah gangguan fisik (*physical impairment*). Sayangnya, data itu pun cenderung merupakan kondisi disabel umum, gabungan dari praktik keteknisian medis dan keterampilan fisik. Berarti, data disabel untuk OP di Indonesia belum menjadi perhatian dunia

kesehatan kita. Juga, belum diketahui apakah butiran variabel OP yang ada sudah jelas dan apakah data OP sudah ditelaah dan bagaimana jalur informasinya ?.

Ketiadaan data kesehatan OP (lihat Tabel 1.1), di jajaran kementerian terkait di Indonesia hingga ke tingkat internasional menunjukkan lemahnya keberadaan data OP di Indonesia. Tentu hal ini menjadi pertanyaan apa sebabnya data OP di Indonesia begitu vakum?. Agaknya, bila ditelusuri asal muasal lemahnya data OP di jajaran pemerintahan seperti pada Kementerian Kesehatan dan Sosial, maka ujung tombak permasalahannya adalah tentang keberadaan dan keakuratan sumber data OP itu sendiri. Pertanyaannya adalah bagaimana kualitas sumber data OP yakni rekam kesehatan OP? Bukankah dalam World Summit on the Information Society (WSIS) di Geneva tahun 2003 sudah ditetapkan bahwa pada tahun 2015 semua sarana pelayanan kesehatan di dunia diminta untuk sudah terhubung dengan teknologi informasi. Kekurangan data OP di Indonesia di atas berlawanan dengan slogan WHO yaitu *HIFA 2015* atau “*Healthcare*

Tabel 1.1 TINGKAT POSISI IMPAIRMENT/ DIFABEL INDONESIA di SEAR (2012)

Ranking of impairment/disability based on prevalence in South-East Asia Region countries^a

Country	Rank 1 impairment	Rank 2 impairment	Rank 3 impairment	Rank 4 impairment
Bhutan	speech and hearing	visual impairment	mobility	intellectual disability
Democratic People's Republic of Korea	mobility disability	visual impairment	speech and hearing	intellectual disability
India	visual disability	mobility impairment	speech and hearing	intellectual disability
Indonesia	mobility disability	speech and hearing	visual impairment	intellectual disability
Maldives	mobility disability	speech and hearing	intellectual disability	visual impairment
Myanmar	mobility disability	visual impairment	speech and hearing	intellectual disability
Nepal	mobility disability	speech and hearing	visual impairment	intellectual disability
Sri Lanka	mobility disability	speech and hearing	visual impairment	intellectual disability
Thailand	mobility disability	speech and hearing	visual impairment	intellectual disability
Timor-Leste	visual impairment	mobility impairment	speech and hearing	intellectual disability

^a Information from Bangladesh is not available. Source: Situation analysis of community based rehabilitation in the South-East Asia Region, WHO, New Delhi, 2012.

speech and hearing visual impairment mobility intellectual disability

Information for All in 2015” dan sepakat bahwa “By 2015, every person worldwide will have access to an informed healthcare provider”. Padahal, deklarasi ini diikuti oleh 167 negara, termasuk Indonesia. Bila saja persiapan Pemerintah Indonesia dilakukan dengan serius sejak awal tahun deklarasi dicanangkan dan secara konsisten ditingkatkannya kualitas data menjelang

tahun 2015, tentunya kini Pemerintah dan jaringannya tidak “kehilangan” data kesehatannya tentang OP.

Sayangnya, ikrar deklarasi internasional tahun 2003 di atas menjadi tidak bermakna bagi OP akibat ketiadaan data dan informasi OP. Hal ini merupakan salah satu titik lemah bagi kelengkapan profil data kesehatan di Indonesia. Itulah sebabnya dalam penelitian ini peneliti akan langsung menganalisis bagaimana kondisi sumber data utama OP yakni pada rekam kesehatan OP (RKOP)? Bagaimana butiran variabel OP yang digunakan, bagaimana kelengkapannya dan bagaimana pemanfaatan data OP ? Pertanyaan ini adalah bagian dari rangkaian cara dalam Metoda Hatta.

Bila dalam kegiatan memperoleh data dan informasi dalam konsep HIFA 2015 adalah mahasiswa (bidan) karena merekalah sebagai *health care provider* yang diibina dan diberdayakan, maka penelitian ini akan menganalisis RKOP yang juga dibuat oleh mahasiswa program D3-D4 OP yang praktik di Klinik Jurusan OP pada Politeknik Kesehatan Jakarta I (2009-2014). Asumsinya, bila mahasiswa sejak awal dibudayakan dengan pendokumentasian yang berkualitas dan mempelajari analisis rekam kesehatan dengan Metoda Hatta, maka kualitas rekaman terjaga dan kedepannya mereka akan menjadi pemasok data dan informasi disabel OP yang berkualitas. Apalagi Klinik Laboratorium OP di Jakarta I ini telah memiliki standar WHO/ISPO (International Society for Prosthetics Orthotics). Selain itu, Jakarta adalah ibu kota negara, sehingga kualitas rekam kesehatan OP di Jakarta dapat menjadi cerminan bagi pendidikan OP di tempat lainnya. Saat ini pendidikan OP pertama berada di Politeknik Surakarta. Bila kesadaran dalam melakukan rekaman data disabel OP di Indonesia terbina dengan baik sejak dini apalagi dari tingkat pendidikan, semoga kedepannya Pemerintah dan aparat jajaran kesehatannya akan memperoleh gambaran tentang profil disabel OP di Indonesia. Hal ini tentu seirama dan amat membantu dunia dalam gerakan global HIFA 2015 khususnya dalam perspektif OP.

Terobosan :

Apa keunikan dari Metoda Hatta ? Dalam penelitian ini, Metoda Hatta merupakan terobosan pembaharuan dari praktik analisis rekam medis yang telah berjalan sejak puluhan tahun

kebelakang. Di era sebelumnya berbagai buku teks luar negeri tentang Management Medical Record (misalnya 10 edisi buku Edna Huffman dari 1941 - 1994) hanya menganalisis kelengkapan rekam medis dari sisi non medis. Analisis rekam medis oleh praktisi rekam medis (sekarang disebut praktisi manajemen informasi kesehatan = MIK) kurang menyentuh aspek medis karena analisis rekaman yang membahas tentang medis dianggap sebagai tugas staff medis. Audit medis pun seakan tabu untuk praktisi rekam medis (lihat PMK 496/MenKes/SK/IV/2005 tentang Audit Medis). Selain itu konsep pemanfaatan data pada rekam medis/kesehatan (RM/RK) yang dikaitkan dengan indikator medis atau kondisi masalah yang ada belum pernah dianalisis. Itulah sebabnya kini pemanfaatan data diperkenalkan dalam Metoda Hatta.

B. Tujuan Penelitian

Tujuan umum : mendapat gambaran tentang kelengkapan dan pemanfaatan variabel Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik berdasarkan sistematika dalam Metoda Hatta

Tahap penelitian selanjutnya : tersusunnya model RKOP yang informatif yang dapat dipakai sebagai alat bantu efektif dalam terapi maksimal pasien disabel OP di Indonesia

Tujuan khusus :

Tahap I

1. Diketuainya kualitas tingkat keberadaan variabel berdasarkan SOAP (subjektif, objektif, assesmen dan plan) dalam RKOP melauai angket yang disusun khusus
2. Diketuainya mutu tingkat keberadaan variabel standar ICF (standard International Classification of Fuctioning, Disability & Health, WHO 2001) Activities and Participation dalam RK OP

Tahap II

1. Menganalisis kelengkapan informasi SOAP dan ICF dalam RKOP

2. Menganalisis tingkat kelengkapan pengisian dan pemanfaatan data dan informasi yang terdokumentasi dalam RKOP

Tahap III – V :

3. Melakukan analisis Metoda Hatta dengan analisis kualitatif administratif - Medis aspek pemanfaatan untuk standar ICF WHO, metoda SOAP (L.Weed).
4. Melakukan analisis faktor multivariat
5. Menyusun RKOP informatif yang dapat dipakai sebagai alat bantu efektif dalam terapi maksimal pasien disabel OP di Indonesia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Proses yang melandasi munculnya Metoda Hatta

Mengadakan pemeriksaan terhadap isi pendokumentasian dalam rekam medis atau rekam kesehatan sudah banyak dibicarakan. Istilah yang digunakan beragam dengan beberapa kata seperti analisis, audit atau *review* (=penelaahan) rekaman. Bahkan Edna Huffman yang amat terkenal berkat bukunya yang tersohor berjudul "Medical Record Management" yang disebut sebagai "kitab suci"nya profesi ini sudah menguraikan detail seluk beluk keprofesian ini sejak 1941 hingga edisi 10 tahun 1994. Namun dari banyak buku bacaan yang beredar, istilah analisis rekam medis lebih banyak dipakai. Analisis rekam medis lebih digunakan untuk rekaman pada rumah sakit atau *medical based*. Kalau istilah "*health*" *record* lebih ditekankan pada kepentingan tingkatan komunitas atau puskesmas (*primary care*). Itu sebabnya dalam era elektronik ini, sebutan *electronic health record* lebih luas cakupannya 1994nya daripada *electronic medical record*.

Dalam standard analisis rekaman diperkenalkan 2 (dua) cara yaitu analisis secara kualitatif maupun kuantitatif. Teori Huffman dan berbagai penulis buku manajemen rekam medis lainnya menjelaskan bahwa analisis rekaman itu tidak sampai **ke audit medis**. Hal mana sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 496/MenKes/SK/IV/2005 tanggal 5 April 2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit.

Dalam era keterbukaan seperti sekarang, cara itu perlu dipertanyakan. Bukankah praktisi lain di bidang kesehatan non medis yang tercantum dalam UU no. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, termasuk praktisi perekam medis dan informasi kesehatan atau yang dengan paradigma barunya disebut praktisi manajemen informasi kesehatan, telah mempelajari berbagai ilmu kesehatan/kedokteran? Jadi, bila tahu cara menganalisis atau melakukan audit rekam medis, tentu mereka tetap bisa melakukan eksplorasi lebih jauh dari sekedar hanya membaca kalimat medis dalam dokumentasi tumpukan halaman suatu rekam medis atau rekam kesehatan.

Menghadapi perkembangan jaman dari abad yang lampau ke abad 21 terkini, Metoda Hatta (2002) mengatakan bahwa audit medis bisa dilakukan sambil melakukan audit atau analisis rekam medis/kesehatan. Itulah sebabnya maka analisis yang dari abad 20 telah berusia 50an tahun kini dikembangkan secara berbeda dan disebut dengan nama **Metoda Hatta** yang

mengunggulkan pemanfaatan data dari suatu rekam medis. Tentu saja manfaatnya juga menjadi berbeda.

Adapun latar belakang dari munculnya Metoda Hatta, adalah berdasarkan pemikiran yang berproses sebagai berikut

1. Rekam Medis sarat dengan ilmu medis

Sudah barang tentu membaca kalimat medis harus dengan penguasaan keilmuan di bidang kesehatan. Dalam rekam medis ada keilmuan farmakologi, biologi, anatomi, embriologi, standard pelayanan, fisiologi, gizi dan lainnya yang kesemuanya merupakan bagian melekat dari kemunculannya diagnosis, gejala, tanda-tanda kesehatan. Demikian pula, pengetahuan kedokteran atau kesehatan dan masalah yang terkait dengan bidang kesehatan yang tertera dalam rekam medis memberi pemahaman akan asal usul terjadinya kelompok keilmuan dalam domain keterampilan fisik maupun keteknisian medis.

2. Terbitnya buku klasifikasi kepenyakit

Semua materi diagnosis, gejala dan problem yang terkait dengan kesehatan berjumlah ribuan. WHO menghimpunnya dalam buku klasifikasi yang paling terkenal yaitu yang tentang kepenyakit dan bersifat umum berjudul ICD (The International Classification of Diseases) versi 10. Buku ini memiliki pembaharuan tahunan atau update review ICD 10 dari sejak 1996-2012 secara of line yang bisa di-download di situs jaringan WHO. Sejak akhir 2014 disiarkan ICD 10 revision untuk tahun 2015 (on-line). Setiap 1 - 2 dasa warsa buku cetak ICD diganti revisinya dan untuk cetakan ICD revisi 10 dimulai sejak 1992, 1993, 1994, 2005, 2010. Adapun ICD 10 tahun 2008 hanya secara of line sebagai pendamping ICD 10 on-line training material. Selama ini ICD telah diterjemahkan dalam 43 bahasa pada 117 negara. Klasifikasi ICD 10 yang digunakan di RS di Indonesia harus menggunakan 3 volume edisi 2010. Sedangkan yang digunakan untuk klasifikasi INA CBG dari sistem JKN dari BPJS adalah dari tahun-tahun di bawahnya. Bahkan pada beberapa RS masih ada yang masih melakukan pengkodean diagnosis dengan buku saat era terbit ICD 10 dari tahun 1992 – 1994. Hal mana dalam ilmu kepenyakit apalagi bagi suatu riset sudah menjadi amat tertinggal.

Untuk klasifikasi bidang keterampilan fisik terutama fisioterapi dan keteknisian medis semisal bidang ortotik dan prostetik dan lainnya, digunakan buku klasifikasi ICF atau International Classification of Functioning, Disability and Health yang terbagi dua yaitu untuk dewasa dan anak. Bukan hanya itu saja, sesungguhnya WHO memberikan kemudahan pada tenaga

kesehatan lain untuk mempelajari berbagai terbitan buku klasifikasi WHO yang disesuaikan untuk kebutuhan bidang kesehatannya. Misalnya, ada buku klasifikasi yang khusus untuk neoplasma (ICD O = oncology), gigi (ICD DA = dentistry adapted), ICD khusus untuk mental health, ICD untuk syaraf (ICD NA = neurology adapted) bahkan ICPC yaitu klasifikasi internasional untuk *Primary Care* atau untuk pengkodean kondisi di PUSKESMAS serta masih banyak lainnya.

Adapun arti dari semua aktifitas WHO dengan mengesahkan beragam buku klasifikasi ini adalah agar praktisi kesehatan siapapun, terlebih bagi praktisi Manajemen Informasi Kesehatan (MIK), beregula dalam menganalisis rekaman hingga data dan informasi berkualitas. Dalam hal ini, diagnosis dan tindakan yang ditegakkan harus diberi kode. Gunakan kode sebagai cara untuk mengevaluasi kinerja bidang pelayanan kesehatan ataupun klinik. Semuanya, demi perencanaan medis yang tepat. Sesungguhnya tanpa kode akan sulit dan lama saat mencari penggolongan diagnosis kepenyakitan, tindakan maupun problem yang terkait dengan kesehatan.

3. Pengkodean baik karena dokumentasi rekaman yang dianalisis sudah baik

Dengan ragam buku klasifikasi yang diterbitkan WHO itu maka tahap selanjutnya adalah diharuskannya dilakukan audit atau analisis rekaman demi pengkodean yang sempurna. Dengan kemudahan adanya berbagai buku klasifikasi WHO itu maka isi rekam medis sebagai dasar bukti "evidence based" harus di audit sehingga akan diketahui jenis kelebihan dan kekurangan yang ada sehingga menjadi dasar perencanaan di bidang medis. (Andrysek, Christensen dan Dupuis, Annie. 2011). Tidak sedikit tenaga kesehatan, termasuk staf medis di dunia yang kini mahir dalam pengkodean padahal, biasanya praktik pengkodean diajarkan disekolah Manajemen Informasi Kesehatan (dahulu School of Medical Record Administration). Oleh karena rekam medis disimpan dalam unit kerja Rekam Medis (Health Information Management Department) maka praktisi MIK itulah yang lebih bertanggungjawab untuk melakukan pengkodean. Dengan adanya rekam kesehatan elektronik maka pengkodean juga bisa menjadi lebih mudah dikerjakan secara on-line.

Jadi, bila rekaman manual ataupun on-line harus baik sebelum diberi kode klasifikasi, maka setiap tenaga kesehatan harus sadar bahwa kalimat dalam rekam medis yang tidak jelas berimbas pada penetapan diagnosis dokter yang bias dan hal itu akan berimbas pada kualitas keakuratan pengkodean. Inilah rentetan kualitas pengkodean yang amat harus diingat praktisi medis dan

tenaga kesehatan lainnya. Jelas inipun akan berdampak pada kualitas kode INA CBG dan efeknya pada penggantian klaim RS. itulah sebabnya ada baiknya bila tenaga medis juga mendalami tahapan pengkodean atau bahkan belajar mengkode seperti yang dilakukan oleh American Medical Association (ICD 10 CM, AMA, 2014) sehingga tahu kesalahan pendokumentasiannya yang tidak cocok dengan standar kode WHO dan sebaliknyaapun praktisi MIK juga harus melakukan audit medis berbareng dengan audit rekam medis lalu mengkodekannya. Inilah suatu proses informasi hingga menghasilkan pendataan yang untuk mencapainya memerlukan kerjasama sinergi. Inilah maksud WHO agar semua pihak mengerti akan maksud klasifikasi.

4. Bagaimana di Indonesia ?

a. Standar pelayanan dan klasifikasi WHO dan audit rekaman

Kebijakan Kementerian Kesehatan RI mengatakan bahwa audit medis hanya dikerjakan oleh tenaga medis (KMIK no. 496/MenKes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di RS). Padahal dalam kenyataannya, standar pelayanan medis yang dikeluarkan oleh berbagai profesi (medis) dapat diperiksa kebenaran implementasinya dalam rekam medis. Jadi, dengan disimpannya rekam medis dalam unit kerja Rekam Medis (Manajemen Informasi Kesehatan), maka menjadi kewajiban tenaga kesehatan non medis seperti praktisi manajemen rekam medis (MIK) untuk melakukan penelaahan terhadap rekaman sesuai standar yang dikeluarkan oleh badan yang syah tersebut (organisasi atau asosiasi profesi). Bahkan, dengan standar pelayanan yang dikeluarkan setiap organisasi kesehatan itu, seyogyanya setiap profesi kesehatan juga melakukan audit di bidangnya masing-masing. Disini, keselarasan rekaman dengan terminologi yang sesuai klasifikasi WHO di atas amat ditekankan. Bila tenaga medis melakukan audit medis yang bukan di bidangnyapun, tetap saja standar pelayanan di bidang yang lain itu tetap menjadi acuan. Contohnya, tenaga medis bisa menerapkan standar pelayanan gizi dalam memeriksa audit rekaman gizi. Selain akan tampak kelengkapan catatan yang kurang, iapun juga tahu standar gizi apa yang belum dijalankan sesuai ketentuan standar itu.

Dalam dunia yang global ini, terlebih dalam era berlimpahnya informasi yang harus dikelola dengan baik, sebagaimana konsep information governance (AHIMA, 2014) maka sejauh ada standar pelayanan yang sudah disyahkan oleh badan yang berwewenang seperti Kementerian Kesehatan atau organisasi/ asosiasi profesi maka standar sudah syah dan dapat dijadikan

rujukan oleh profesi lainnya untuk menelaah kinerja yang terjadi. Sudah barang tentu rekam medis memang menjadi tumpuan tempat analisis berkas. Melalui analisis akan diketahui kualitas rekaman dan ini mencerminkan pelayanan yang diberikan. Hal ini semakin penting karena sangat terkait dengan keselamatan (safety) pasien. Oleh karena analisis rekaman secara retrospektif ini merupakan juga salah satu upaya untuk mencegah medical error yang berulang. Hal ini juga selaras dengan maksud dari information governance yang mengatakan bahwa *information governance as an organization-wide framework for managing information throughout its lifecycle and supporting the organization's strategy, operations, regulatory, legal, risk, and environmental requirements*. (AHIMA 2014).

b. Persepsi audit medis vs audit rekam medis

Saat ini dalam Permenkes no. 496/MenKes/SK/IV/2005 tanggal 5 April 2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit mengatakan "Selain audit medis di RS juga ada kegiatan audit rekam medis. Ada persamaan berkas yang diaudit namun ada perbedaan prinsip antara audit medis (AM) dan audit rekam medis (ARM). ARM dilakukan oleh sub komite RM dan atau penanggungjawaban unit kerja RM. ARM terkait dengan kelengkapan pengisian RM sdgkan audit medis dilakukan oleh staf medis dg melihat diagnose dan pengobatan yang terdokumentasi dlm RM tsb telah sesuai dengan standar atau belum. Karena itu audit RM bukan merupakan audit medis" (Pedoman Audit Medis di RS bag II 2.2 Mutu Pelayanan Medis, Lampiran KMK no. 496/MenKes/SK/IV/2005).

Lebih lanjut dikatakan bahwa "Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis".

B. Tahapan dalam metoda Hatta untuk Ortotik Prostetik (OP)

Sejak tahun 2009 di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jakarta I telah terbentuk jurusan Ortotik Prostetik dan dengan bantuan Cambodia Trust yang kini bernama Exceed, suatu non govenment organization mendirikan sekolah bernama Jakarta School Prosthetic Orthothotics (JSPO) dan mahasiswa berbicara dalam bahasa Inggris karena pengajarnya orang asing. Sebelumnya, sejak tahun 2003 telah berdiri Jurusan Ortotik Prostetik di Poltekkes Surakarta. Meski dua sekolah itu sudah berdiri namun hanya di Jakarta yang memiliki Laboratorium Klinik

dan mahasiswa di JSPO memberi rekaman dalam RKOP. Sementara di Surakarta, mahasiswa mendatangi pasien di RS Surakarta. Keilmuan OP ini memang baru diajarkan di dua sekolah tersebut di Indonesia. Betapa langkanya untuk negara sebesar Indonesia

Apakah itu ortotik prostetik (OP) ? Keilmuan OP bisa diartikan sebagai bidang studi medis dan semi teknik. Dilakukan oleh tenaga ahli profesional yang disebut ortotis dan prostetis. Alat bantu bagi disabel disebut ortosis seperti sepatu sedangkan alat ganti disabel disebut protesis yang diaplikasikan sebagai alat artifisial atau tambahan ke anggota gerak tubuh. Digunakan sebagai pengganti anggota gerak tubuh yang tidak normal ataupun hilang. Sebagai contoh kondisi pasien yang mengalami amputasi di bawah lutut dan amputasi tungkai kanan agar dapat berjalan seperti sediakala membutuhkan protesis berupa kaki tiruan guna membantu pasien berjalan mandiri.((<http://orthopolist.com/ortotik-prostetik/>).

Dalam menjalankan praktiknya mahasiswa OP di JSPO melakukan RKOP terhadap pasiennya dengan bimbingan dari senior yang menjadi instruktur.

Dalam buku Medical Record Management yang ditulis oleh Edna Huffman (sejak 1941 hingga terbitannya ke 10 tahun 1994), rekaman (medical record) akan ditelaah berdasarkan analisis kuantitatif dan kualitatif. Namun dengan bergeraknya waktu, dikembangkan analisis rekam kesehatan ortotik prostetik (RKOP) di Klinik Laboratorium dengan menggunakan Metoda Hatta dengan pentahapan sebagai berikut.

Tahapan dalam metoda Hatta untuk Ortotik Prostetik (OP)

1. Analisis kuantitatif akan menelaah presisi kelengkapan atas 4 kriterianya yaitu informasi identitas pasien, bukti rekaman, keabsahan rekaman dan tata cara mencatat. Khususnya untuk informasi identitas disabel ditambahkan dengan jumlah tanggungan yang ditanggung disabel (situasi sosial), penjaga (caretaker), pendidikan disabel/keluarga dan jarak tempuh dan alat transportasi.
2. Analisis kualitatif dengan Metoda Hatta mengembangkan penelaahan rekaman dengan konsep berbeda sejak pedoman Edna Huffman terbit karena penelaahan dalam analisis kualitatif dibagi dalam 2 sisi yaitu dari sisi administratif dan medis.
 - a. Analisis kualitatif administratif: Dalam cara ini, analisis akan menelaah apakah isi RKOP dari klinik laboratorium JSPO telah menerapkan 6 kriteria meliputi (1) adanya

kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis, (2) masukan konsisten, (3) alasan pelayanan, (4) informed consent dan (5) telaah rekaman (terdiri dari 7 hal yaitu data mutakhir, tulisan terbaca, singkatan baku, hindari sindiran, pengisian tidak senjang, tinta dan catatan jelas) dan (6) informasi ganti rugi.

b. Analisis kualitatif medis (Akl M): Dalam analisis jenis ini, butiran variabel disabilitas (OP) akan ditelaah **kelengkapannya**.

Disini RKOP akan dipantau sejauh apa kelengkapan butiran informasi pelayanan yang terkait dengan OP yaitu sejauh apa kelengkapan informasinya berdasarkan praktik standar ICF dan SOAP dalam RKOP.

Apakah itu ICF? ICF adalah *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* dan WHO menjelaskannya sebagai "*a statistical tool for describing the lived experience of functioning and its restrictions in the context of diseases and other health conditions which are classified in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 2001).*"

Dalam Metoda Hatta yang menerapkan analisis kualitatif medis, (Akl M) maka bila data menunjukkan disabilitas itu bermasalah maka akan dianalisis sejauh apa praktisi OP telah memanfaatkan data bermasalah itu dengan suatu "informasi ekstra" yang artinya apakah ada informasi tambahan yang menunjukkan bahwa disabel telah ditindaklanjuti oleh praktisi OP. Bila ada, maka itulah kelengkapan RKOP yang terbaik.

C. Apa itu SOAP dalam rekaman

Teori SOAP yang dikembangkan oleh Lawrence Weed (1970) membagi pendokumentasian ke dalam bentuk subjektif, objektif, assesment dan perencanaan, disingkat SOAP.

Pendokumentasian cara subjektif adalah informasi yang diperoleh dari ucapan langsung pasien disabilitas dan praktisi OP memasukkan pandangan pasien itu ke dalam RKOP. Subjektif mencantumkan masukan pasien tentang keterbatasannya (limitasi), kecemasan dan problem/masalahnya.

Pendokumentasian secara objektif adalah dimasukkannya data/ informasi tentang hal yang dapat diukur, dikuantifikasi, diobservasi dalam pemeriksaan. Dapat dicantumkan juga

jumlah sesi pemeriksaan OP. Ketahui jenis material apa yang dibutuhkan dan apa yang ditiadakan. Tulis dengan lengkap (complete) dan ringkas (concise).

Pendokumentasian secara assessment (penilaian) adalah pandangan dan penilaian praktisi OP tentang kemajuan pasien, keterbatasan fungsi tubuh dan harapan dari praktik OP. Tulis 3 P yaitu tentang problem (masalah), progress (kemajuan) dan potensi keluaran praktik OP. Dapat dimasukkan juga tentang ketidakajegan (inconsistencies), diskusikan komponen emosi, alasan tentang sesuatu tidak dikerjakan seperti yang telah direncanakan.

Pendokumentasian secara perencanaan meliputi pencapaian cita-cita (goal). Biasanya perencanaan jangka pendek. Cita-cita itu ditulis dalam bentuk yang dapat diukur, objektif, menggunakan istilah behavioral termasuk fungsi tubuh dan batas waktu. Praktisi OP yang membuat perencanaan tidak boleh terputus, tidak absen, harus berkelanjutan.

Dalam meneliti kelengkapan pendokumentasian RKOP, akan dianalisis apakah dalam pendokumentasian OP sudah menggunakan butiran standar klasifikasi International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) yaitu Aktifitas dan Partisipasi yang terdiri dari 2 hal yaitu mobilitas (mobility) dan menangani diri sendiri (self care). Dalam mobilitas terdapat 4 kriteria yaitu a) perubahan dan menjaga posisi tubuh; b) membawa, memindahkan dan mengurus objek; c) jalan dan bergerak; d) berpindah menggunakan alat transportasi.

D. Analisis Kuantitatif dan Kualitatif dalam Pendokumentasian

1. Analisis kuantitatif dimaksudkan untuk mencari kekuranglengkapan rekaman yang mudah ditangkap mata (*obvious*). Penelaah akan mencocokkan urutan lembaran dan data/informasi inti rekaman yang ada apakah telah selengkap dengan daftar persyaratan kelengkapan berkas sesuai daftar yang harus dilengkapi. Semakin sedikit kekurangan, berarti kelengkapan menjadi semakin baik.

2. Analisis kualitatif dilakukan oleh seseorang yang lebih mendalami peristilahan medis, khususnya tentang koreksi terhadap rekaman tentang penyakit atau standar pelayanan

Tujuannya adalah untuk :

- a. mengidentifikasi ketidakajegan atau ketidakakuratan dalam pendokumentasian

- b. memperhatikan ketidaklengkapan pendokumentasian sehingga penambahan atau koreksi terhadap rekaman tertentu yang tidak pada tempatnya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan
- c. memperhatikan desain formulir, apabila ditemukan banyak kesalahan pendokumentasian mungkin formulir perlu dirancang ulang
- d. menghindari kesalahan yang tidak disengaja, Apabila informasi medis ada yang kurang (misalnya, tidak tercatatnya suatu komplikasi atau tertukarnya kata “kanan” dengan “kiri” dan lainnya), harus segera memberitahu tenaga kesehatan untuk diperbaiki.

Penggunaan Indikator Analisis Kualitatif

Huffman (1990) mengatakan bahwa indikator analisis kualitatif setidaknya mencakup hal-hal sebagai berikut

1. Adanya kejelasan masalah dan diagnosis
2. Adanya masukan yang harus konsisten
3. adanya alasan pemberian pelayanan yang jelas
4. adanya informed consent (bila diperlukan)
5. penulisan informasi yang memenuhi persyaratan
6. ada biaya pengganti (klaim)

E. Metoda Hatta: Melaksanakan Analisis Kualitatif Medis untuk Pemanfaatan Informasi

Latar belakang pemikiran

Berbeda dengan analisis kualitatif yang cenderung bersifat administratif di atas, Metoda Hatta memikirkan pengembangan analisis kualitatif ke arah audit medis. Yaitu untuk mengetahui seberapa jauh pemanfaatan informasi RKOP menjadi lebih informatif dan menjadi lebih bermanfaat. Hal ini terutama juga seiring dengan berkembangnya paradigma baru yang bernama manajemen informasi kesehatan dari yang tadinya hanya manajemen rekam medis. Disisi lain, tenaga praktisi MIIK di masa mendatang akan lebih maju karena selain sudah dibekali pendidikan dalam ilmu kesehatan, akan mampu melakukan analisis kualitatif medis. Hal mana lebih meningkat dari sekedar melakukan analisis kualitatif administratif.

Cara melakukan Pemanfaatan informasi dalam kualitatf medis.

Disiapkan formulir analisis kualitatif medis berisi variabel dalam kriteria yang ditentukan sebagai cara audit menganalisis kengkapan data/informasi pada setiap butiran yang bermasalah. Artinya, di bawah standar indikator yang ditetapkan, Bila data/informasi dari butiran yang bemasalah mempunyai catatan “pemanfaatan”, artinya pelayanan OP telah dijalankan dengan baik. Dengan cara ini akan terlihat berapa yang tidak dimanfaatkan dengan baik. Melalui cara ini dapat dilakukan pengurangan risiko error.

F. Butiran RKOP dalam mendapatkan Rekaman yang lebih baik

Model RKOP yang Informatif diperlukan sejalan dengan pendapat UNESCAP, 2011.

Pengembangan model RKOP yang informatif ditempuh dengan langkah-langkah kegiatan sebagai berikut.

1) Tahapan memperoleh model RKOP yang Informatif

Menggabungkan kelengkapan pengisian RKOP dengan informasi pemanfaatan dalam pengambilan keputusan (PIPK) sebagai variabel baru yang akan diuji. Setelah itu dilakukan uji statistik multivariat faktor analisis (FA), konsultasi dengan pakar OP untuk mendapatkan kelompok butiran yang lebih tepat. Dilakukan studi kepustakaan untuk menemukan adanya butiran lain yang menjadi trend atau kecenderungan pelayanan masa kini dan sesudahnya dibuat desain RKOP baru dengan menerapkan asas tata grafika (typography) dan prinsip kualitas rekaman yang baik. Dalam desain RKOP dicarikan solusi yang menjembatani hambatan yang biasanya terjadi pada pencatatan rekaman

2) Teknik Analisis Faktor (Factor Analysis) (FA).

Variabel yang dipilih sesuai dengan jumlah asli yang dimiliki variabel tersebut (N = 30). Untuk mengetahui kelompok informasi "lengkap dan dimanfaatkan" yang serumpun, dilakukan faktor analisis (FA) dengan metode ekstraksi principal component yang paling sering digunakan dan maximum likelihood. Sedangkan metode rotasi yaitu varimax, direct oblmin, quartimax serta equamax. Perolehan hasil menunjukkan bahwa principal component analysis secara tidak dirotasi menghasilkan nilai tertentu.

3) Butiran RKOP Informatif

Berdasarkan penggabungan informasi hasil kelengkapan pengisian dan pemanfaatan informasi untuk pengambilan keputusan akan dibedakan dalam kelompok yang terpilih.

BAB III TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah diterapkannya Metoda Hatta sebagai pemikiran baru yang original dan inovatif untuk mengganti konsep analisis rekaman dari teori Huffman (1960an).

Manfaat penelitian ini adalah

1. Bagi Pemerintah dan Birokat Pelayanan Kesehatan

a. Kode diagnostik yang tepat yang berasal dari rekaman yang berkualitas, Ini dibutuhkan dalam grouping penggolongan kepenyakit pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional dan klaim tagihan. Juga, pada pelaporan data Kementerian Kesehatan dan kepentingan pendataa dan pelaporan organisasi lainnya.

b. Metoda Hatta memperlancar sosialisasi standar pelayanan medis dan indikatornya. Bila belum ada, harus dibuat oleh organisasi profesi medis ataupun Kementerian Kesehatan. Tanpa itu, pelaksanaan patient care audit criteria tidak bermakna.

2. Bagi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

a. Rekaman yang berkualitas sebagai sumber data diagnostik dan tindakan, adalah hasil analisis secara kontinyu. Dengan Metoda Hatta, terjadi perluasan tugas keilmuan praktisi rekam medis (manajemen informasi kesehatan), dari sekedar mengaudit rekam medis menjadi melakukan audit medis dari rekaman.

b. SDM/Tenaga medis terbantuan: Era globalisasi ini membuat tenaga medis semakin sibuk dan kekurangan waktu. Dengan adanya bantuan tenaga keilmuan dari tenaga praktisi MIK maupun lainnya yang terlatih yang dapat melakukan audit medis dari rekaman maka hal ini menjadi suatu keberuntungan. Demi efisiensi waktu dan tenaga.

c. Bagi pendidikan di bidang kesehatan. Rekaman medis yang dianalisis dengan Metoda Hatta membutuhkan daftar standar pelayanan diagnosis dan indikator standar pelayanan medis. Ini semua harus diajarkan kepada tenaga kesehatan medis dan non medis, terutama kepada praktisi MIK.

d. Metoda Hatta perlu pelatihan berjenjang. Tenaga praktisi MIK dan kesehatan lain yang telah menguasai dasar ilmu kesehatan serta terampil harus diberikan kesempatan memperoleh pendidikan dan latihan dalam Metoda Hatta. Di perluasnya metoda keilmuan MIK dengan teknologi informasi akan diperkenalkannya antara lain analisis kualitatif dengan azas

pemanfaatan untuk audit medis pada rekaman medis. Inilah saatnya dilakukan transformasi konsep analisis rekaman rekam medis secara lebih up to date tidak saja pada tingkat Indonesia, tapi dapat pula secara global.

BAB IV. METODA PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metodologi *retospective study*, analitis deskriptif. Multivariat Faktor Analisis. Diharapkan setelah terbentuknya RKOP dengan disain baru, diadakan test untuk before and after test.

Tahapan Penelitian ini dilakukan dalam beberapa tahap yaitu :

Tahap I :

Metoda Hatta a) membuat angket untuk analisis RKOP dan b) akan menganalisisnya secara kuantitatif untuk melihat apakah variabel yang digunakan sesuai dengan butiran indikator kriteria International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO). Lalu, c) menganalisis kelengkapan pendokumentasian dengan teknik rekaman cara Subjektif, Objektif, Assesment dan Perencanaan hingga analisis pengisian variabel RKOP.

Tahap II :

dilanjutkan dengan inti dari metoda Hatta yaitu analisis kualitatif administratif dan medis pada aspek kelengkapan, pemanfaatan pendokumentasian. RKOP JSOP dengan teknik rekaman cara SOAP.

Tahap III :

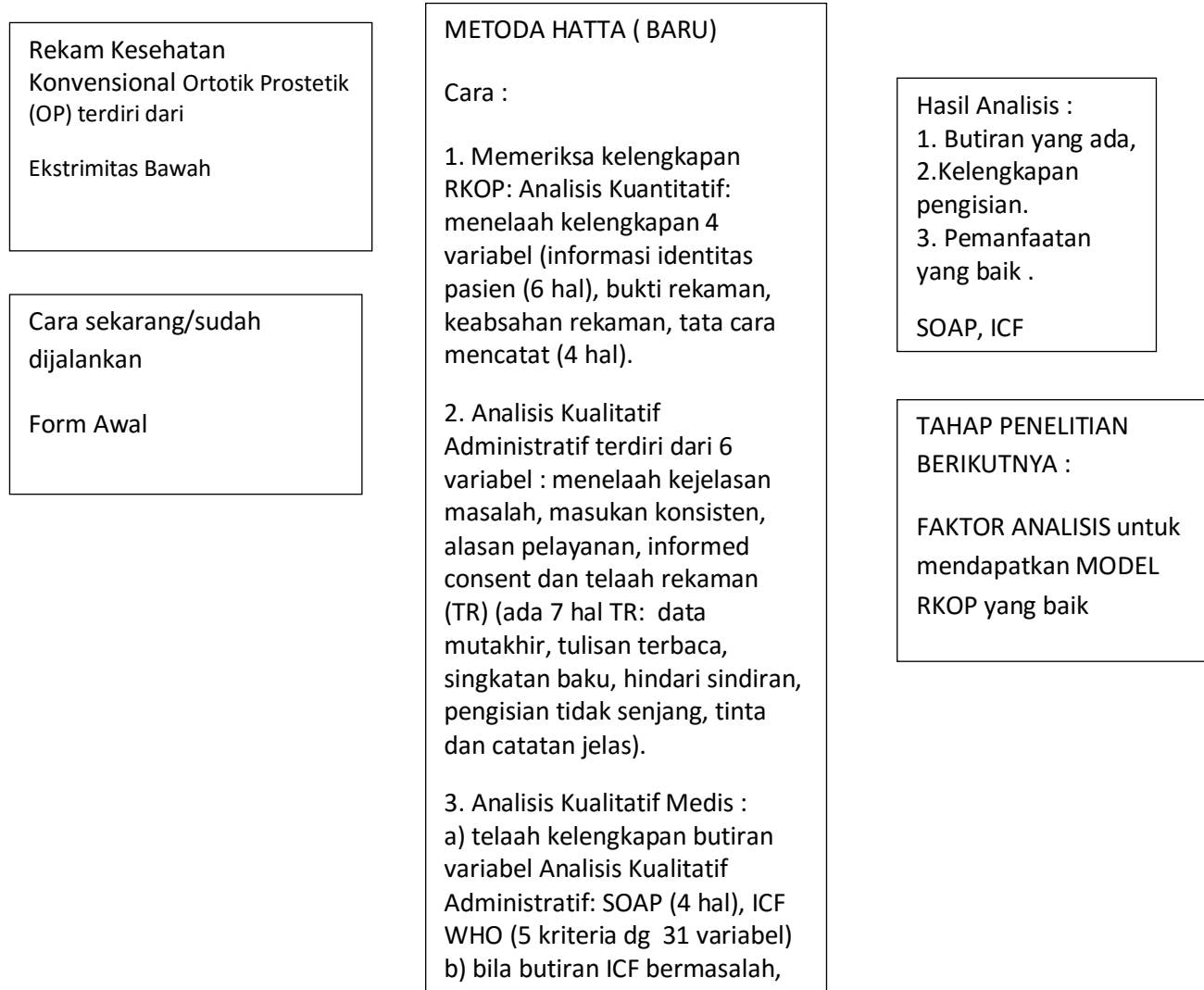
Melakukan analisis Metoda Hatta dengan analisis multivariat bernama analisis faktor untuk mengetahui kelompok informasi yang lengkap dan dimanfaatkan yang serumpun. Dari faktor yang terpilih akan dihasilkan variabel unggulan yang akan menentukan model formulir OP ke depan.

Tahap IV :

Aksi multivariat analisis faktor untuk mengetahui kelompok informasi yang lengkap dan dimanfaatkan dan menindaklanjutinya dengan analisis Metoda Hatta juga pada Klinik OP di Solo sebagai dasar mendisain formulir unggulan OP tahap III.

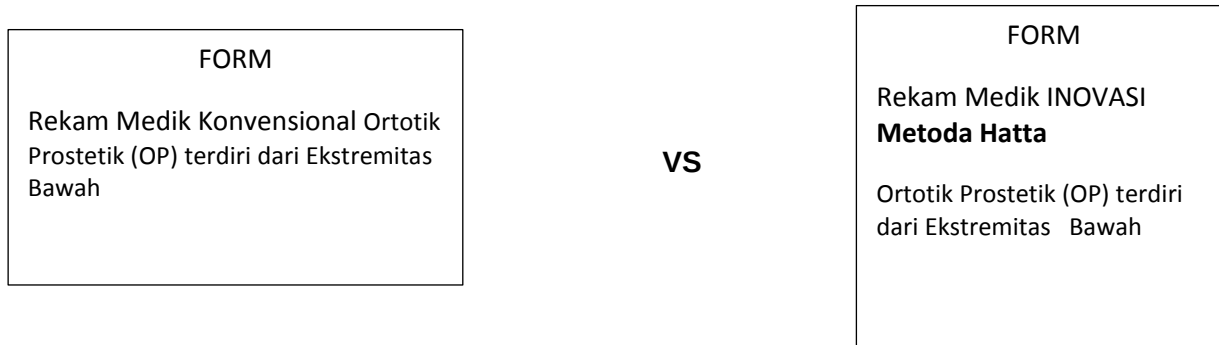
Tahap V : menganalisis kelayakan data OP Solo dan membandingkannya dengan data JSOP untuk disain formulir RKOP baru dengan program Faktor Analisis. Melalui gabungan butiran Faktor Analisis yang dihasilkan terbentuk disain RKOP baru.

Kerangka Pikir Penelitian



Dari Kerangka Pikir disusun kerangka konsep seperti di bawah ini.

KERANGKA KONSEP



Evaluasi FORM
Menambah opsi
Indikator dan review dikembangkan menjadi Rekam Kesehatan versi Metoda Hatta

Faktor Analisis
dengan membandingkan kelengkapan data dan pemanfaatan rekam kesehatan OP
antara RKOP Solo dan RKOP JSPO
menghasilkan produk baru
Rekam Kesehatan OP baru dengan Metode Hatta

B. Hipotesis penelitian

Ada perbedaan antara metoda konvensional dan metoda Hatta

Hipotesa kerja :

Menelaah variabel RKOP yang sangat penting menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat

C. Definisi Operasional

Analisis Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik ada 3 hal: **Butiran yang ada, kelengkapan pengisian, pemanfaatan yang baik**

1. Kelengkapan butiran informasi RKOP merupakan keterangan tentang ada tidaknya informasi pokok yang diperlukan pada praktik OP. Hasilnya adalah :
 - a. Informasi pokok ada.
 - b. Informasi pokok tidak adaSkala data : ordinal
2. Kelengkapan pengisian informasi merupakan keterangan tentang lengkap tidaknya pengisian informasi formulir RKOP. Hasilnya adalah :
 - a. Informasi diisi lengkap
 - b. Informasi tidak diisi lengkap
 - c. Informasi tidak pernah terisiSkala data : ordinal
3. Pemanfaatan informasi dalam pengambilan keputusan merupakan keterangan tentang pemanfaatan informasi dalam pengambilan keputusan. Hasilnya:
 - a. Informasi dimanfaatkan
 - b. Informasi tidak dimanfaatkanSkala data : ordinal

Butiran Variabel dalam kelengkapan dan pemanfaatan pendokumentasian RKOP dengan SOAP dan ICF sebagai bagian dari Metoda Hatta.

Dalam analisis RKOP, butiran variabel dipersiapkan sesuai dengan:

- a. Adapun 4 (empat) tahapan pendokumentasian cara SOAP (Lawrence Weed, 1971) yaitu pendokumentasian berdasarkan azas subjektif, objektif, assesment dan perencanaan.
- b. Sedangkan dari klasifikasi International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) tentang Activities and Participation terdapat 2 kriteria yaitu Mobilitas dan Kemampuan menangani diri sendiri (*self care*). (ICF = International

Adapun 2 (dua) kriteria dari Activities dan Participation dijabarkan dalam 31 hal:

1. Kriteria Mobilitas ICF dengan ke-4 hal rinciannya yaitu

a) perubahan dan menjaga posisi tubuh (4 sub)

- Perubahan posisi badan = changing basic body position
- Menjaga posisi badan = maintaining a body position
- Memindahkan diri sendiri = Transferring oneself
- Merubah dan menjaga posisi badan, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.

b) membawa, memindahkan dan mengurus objek (6 sub);

- Mengangkat dan membawa objek
- Memindahkan objek dengan tungkai badan bawah
- Menggunakan tangan
- Menggunakan tangan dan lengan
- Menggunakan kaki dan merawat kaki, spesifikasi lainnya
- Membawa, memindahkan dan menangani objek, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.

c) jalan dan bergerak (5 sub);

- Berjalan
- Berjalan berpindah
- Berputar sambil berjalan di beberapa lokasi
- Berpindah sambil menggunakan alat
- Berjalan dan berpindah. spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan

d) berpindah menggunakan alat transportasi (6 sub).

- Menggunakan transportasi
- Menyetir
- Menunggang binatang untuk transportasi
- Bergerak menggunakan sarana transportasi, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan
- Mobilitas, spesifikasi lainnya
- Mobilitas, tidak dispesifikasikan

2. Kriteria Kemampuan menangani diri sendiri (self care) ada 10 sub:

- Membasuh diri sendiri
- Merawat bagian tubuh
- Menggunakan toilet
- Berpakaian
- Makan
- Minum
- Mengurus kesehatan orang lain
- Merawat diri sendiri, dispesifikasikan lainnya
- Merawat diri sendiri, tidak dispesifikasikan lainnya

Univariat : Deskriptif Analisis

1. Mengetahui analisis pendokumentasian RKOP dengan standar SOAP
 - a. Mengetahui kualitas pendokumentaian RKOP ekstremitas atas terhadap SOAP
 - b. Mengetahui kualitas pendokumentasian RKOP ekstemitas bawah terhadap SOAP
 - c. Mengetahui kualitas pendokumentasian RKOP spinal pada SOAP
2. Mengetahui analisis kelengkapan butiran RKOP terhadap standar ICF WHO
 - a. Mengetahui pendokumentasian RKOP ekstremitas atas terhadap standar ICF WHO
 - b. Mengetahui pendokumentasian RKOP ekstemitas bawah terhadap standari ICF WHO
 - c. Mengetahui pendokumentasian RKOP spinal terhadap standari ICF WHO
3. Mengetahui analisis pemanfaatan butiran RKOP
 - a. Mengetahui analisis pendokumentasian RKOP ekstremitas atas terhadap pemanfaatan butiran
 - b. Mengetahui analisis pendokumentasian RKOP ekstemitas bawah terhadap pemanfaatan butiran
 - c. Mengetahui analisis pendokumentasian RKOP spinal terhadap pemanfaatan butiran

Dalam penelitian ini akan diambil RKOP ekstremitas bawah karena jumlahnya yang terbanyak (80%).

Bivariat/multivariat :

Pemanfaatan informasi RKOP dengan Metoda Hatta, kelengkapan butiran RKOP dengan standar ICF, kelengkapan butiran RKOP dengan SOAP menggunakan faktor analisis.

Definisi Operasional:

Kelengkapan rekam kesehatan OP:

- RKOP dikatakan lengkap bilamana indikator kriteria OP diisi semua (100 %)
 - RKOP dikatakan hampir lengkap bilamana indikator kriteria OP hampir diisi semua (> 80% - <100 %)
 - RKOP dikatakan kurang lengkap bilamana indikator kriteria OP diisi (> 60% - < 80 %)
 - RKOP dikatakan buruk bilamana indikator kriteria OP diisi (< 60 %)
- Skala : Ordinal

Kelengkapan pemanfaatan RKOP

- Indikasi rekaman OP membutuhkan kelengkapan dan pemanfaatan
1 = tidak tercatat (*not recorded*)
2 = ya
Skala : nominal
- Indikasi dengan SOAP dan ICF pada disabilitas ekstremitas bawah.
Semua sub dikategorikan :
1 = tidak tercatat (*not recorded*)
2 = ya tercatat
Skala : nominal

Contoh Angket

Angket di bagi dalam dua bagian, lajur kiri dan kanan seperti model di bawah ini

<i>ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI</i>	<i>PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (= Pemanfaatan Data =PD) ini adalah Analisis Kualitatif Medis</i>
42 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – problem disabel:</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP terdapat problem/catatan keluhan disabel ? 1 = tidak 2 = ya	44 <u>PD Subjektif SOAP Problem Disabel</u> Bila subyektif SOAP mencantumkan problem/ keluhan disabel, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ?. 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan

Selanjutnya dilakukan nilai angket dan skoring pada Metoda Hatta sebagai berikut :

Nilai Angket dan Skoring Metoda Hatta

Angket Kolom kiri = Kelengkapan Data	Angket Kolom Kanan = Analisis Kualitatif Medis = Pemanfaatan Data)	Nilai Skor
1 = tidak	9 = tidak ada keterangan (TAK)	1 !
2 = ya	0 = bukan kasus ini	3
	1 = TIDAK ADA informasi lanjutan	2 !
	2 = ADA informasi lanjutan	4

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Klinik Laboratorium Ortotik Prostetik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jakarta I di Jalan Wijaya Kusuma no. 47-48, Jakarta I. Merupakan satu-satunya klinik Laboratorium OP di Indonesia. Keberhasilannya dapat dijadikan barometer untuk klinik OP lainnya di Surakarta.

2. Waktu Penelitian : 6 bulan. Sesuai skema pada bab IV,
Periode waktu : April hingga 31 Oktober 2015

E. Populasi dan Sampel

1. Populasi penelitian adalah semua RKOP dengan kondisi pasien disabilitas dengan gangguan tungkai badan/ekstremitas bawah yang ada di Klinik Lab Ortotik Prostetik. Jumlah populasi RKOP selama 5 tahun (2009 – 2014) berjumlah 750 dan bila dikaitkan dengan tingkat signifikansi 5% dibutuhkan 238 berkas.

Strategi sampling menggunakan simple random sampling.

2. Besar sampel :

Ada beberapa pertimbangan dalam memilih besarnya sampel. Dari perhitungan sampel sesuai teori besaran sampel dari rumus formula sederhana dari Daniel, WW (1999).

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

$$\alpha = 5\% \rightarrow z=1.96$$

$$p = 50\% ; d=10$$

$$n = 97 \text{ (dibulatkan menjadi 100 RKOP)}$$

n = sample size, Z = Z statistic for a level of confidence, P = expected prevalence or proportion (P = 0.5), d = precision.

(Lihat: http://www.kck.usm.my/ppsg/aos/Vol_1/09_14_Ayub.pdf),

Namun demi pertimbangan karena data adalah homogen dan adanya keterbatasan waktu penelitian, maka n yang diambil adalah = 30 buah Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik (RKOP). Hal ini juga sudah dikatakan memadai sesuai berbagai masukan. Lihat

(<http://www.jedcampbell.com/?p=262> dan .
[http://www.chuckchakrapani.com/art\(icles/pdf/0411chakrapani.pdf](http://www.chuckchakrapani.com/art(icles/pdf/0411chakrapani.pdf) dan ;,
http://www.researchgate.net/post/What_is_the_rationale_behind_the_magic_number_30_in_statistics) .

Bahkan, jumlah sampel sebanyak 30 buah RKOP dari JSOP Jakarta ini juga sudah di masukan konsep Kisch (1965) yang mengatakan cukup ≥ 24 buah.

F. Tehnik pengambilan sampel

- Teknik pengambilan sampel disabilitas Klinik Lab Ortotik Prostetik Politeknik Jakarta I dari Kementerian Kesehatan ini dilakukan secara proporsional random sampling dari tahun yang berjalan 2009 – 2014 sebanyak 30 buah.
- Disabilitas OP terjadi pada gangguan tungkai badan (ekstrimitas) bawah.

G. Responden penelitian ini adalah rekam kesehatan ortotik prostetik

Adapun tenaga penelaah (reviewer RKOP) adalah peneliti utama dengan anggota penelitian.

Tenaga kesehatan dan instruktur maupun dosen OP adalah pihak yang dapat ditanyai bila ada masalah di lapangan.

Akan dilakukan pelatihan kepada pengumpul data yang akan membantu proses pengumpulan data

Menyebarkan instrument penelitian kepada penelaah\

H. Teknik Pengumpulan Data

Menggunakan beberapa instrumen penelitian untuk memeriksa kelengkapan RKOP:

1. Analisis Kuantitatif: instrumen untuk menelaah kelengkapan 4 variabel + sub variabelnya:

a	b	c	d
informasi identitas pasien dgn 6 hal :	bukti rekaman	keabsahan rekaman	tata cara mencatat
* nama lengkap * nomor pasien * alamat lengkap * usia, * orang yang dapat dihubungi * tandatangan persetujuan	----	----	* tanggal, * waktu, * baris tetap * cara koreksi.

2. Analisis Kualitatif Administratif terdiri dari 6 variabel :

a. menelaah kejelasan masalah & kondisi/diagnosis	b. masukan konsisten
c. alasan pelayanan,	d. informed consent
e.. telaah rekaman (TR)) ada 7 hal TR: data mutakhir, tulisan terbaca, singkatan baku, hindari sindiran, pengisian tidak senjang, tinta dan catatan jelas.	
f. Informasi ganti rugi	

3. Analisis Kualitatif Medis :

Data pertanyaan disusun dalam formulir angket/kuesioner khusus (lihat Lampiran 1) yang dalam Metoda Hatta menggabungkan cara SOAP dan kriteria ICF.(lihat halaman 21, 22 dan halaman 55 – 57, dan tabel 5.8 dan tabel 5.9).

Digunakannya cara tersebut karena pendokumentasian memang menggunakan cara SOAP dan kriteria ICF. Adapun ICF adalah klasifikasi internasional bagi disabilitas.(lihat

halaman 21, 22). Keduanya adalah perpaduan yang terbaik dalam penggabungan dengan Metoda Hatta.

Dalam tahapannya maka RKOP akan dilakukan :

a. penelaahan kelengkapan butiran variabel :

SOAP (subjektif, objektif, assesment, plan) dan catatan perkembangan (progress note) ,

ICF WHO (5 kriteria - 31 variabel (lihat halaman 21, 22),

b. bila butiran ICF bermasalah

Dalam Metoda Hatta, setiap butiran yang ditelaah secara analisis kualitatif medis akan diperiksa dengan teliti apakah butiran bermasalah memiliki informasi ekstra. .

Jawaban yang terbaik yaitu bila ada butiran (variabel) dan ada informasi ekstra.

I. Analisis Data

Tahapan analisis data:

1. Pembuatan program pembobotan (scoring)
2. Perangkat lunak . Data diproses dengan epidata dan SPSS.
3. Melakukan teknik analisis
 - analisis metode univariat, bivariat, multivariat
4. Pengembangan model RKOP yang informatif

Analisis data melakukan :

1. Pembuatan program pembobotan (scoring).
Pembobotan diberi nilai antara 1 – 5. Pembobotan dimaksudkan untuk memperoleh skala data kontinu yang kelak kemungkinan diperlukan dalam penganalisan data.
2. Perangkat lunak (*software*)
Digunakan fasilitas Epi Data dan SPSS 17.
3. Teknik Analisis menggunakan 3 metoda dengan maksud untuk pengembangan penelitian selanjutnya:
 - Analisis Univariat :mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian yaitu dengan melihat distribusi data pada semua variabelDalam analisis univariat akan dilakukan 3 pendekatan:
 - a. Nilai asli setiap variabel tanpa skor
 - b. Nilai variabel dengan skor

- c. Nilai variabel berdasarkan agregat per kondisi disabilitas
- Analisis Bivariat : dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan independen sesuai hipotesis penelitian. Bila digunakan, dapat dipakai korelasi Spearman Rank Test dengan melihat nilai hubungan yang bermakna $p < 0/05$. Untuk itu skala data harus ordinal sehingga obyek atau individu yang dipelajari dapat di rank (penjenjangan) dalam dua rangkaian berurut.
4. Mendisain RKOP yang baru dengan variabel pilihan dari analisis multivariat faktor analysis.(FA).Untuk membentuk RKOP yang informatif maka butiran RKOP yang banyak dapat dikurangi sesuai kriteria penelitian ini yaitu : dari prinsip **Metoda Hatta** yaitu :
- Adanya kelengkapan isi
 - Dimanfaatkannya butiran itu

Uji FA memang digunakan untuk menyederhanakan jumlah variabel yang banyak ke dalam pemikiran yang sama. Pada dasarnya FA merupakan cara untuk mengukur variabel umum atau faktor yang terdapat dalam satu set variabel yang luas atau besar.

4. Faktor Analisis pendekatan antara RKOP Jakarta dan Solo

Analisis Bivariat : melihat analisis kelengkapan dan pemanfaatan antara RKOP Jakarta dan Solo. Dilakukan pendekatan faktor analisis pada kedua tempat itu.

Proses Multivariat :

Perputaran rotasi pada faktor analisis menggunakan varimax 0.5 namun bila terlalu tinggi dapat digunakan nilai perputaran yang berbeda yaitu dengan menurunkannya ke nilai terendah yaitu 0.3 sehingga akan mengeluarkan eigen value dengan nilai di atas 1.

Bila hasil penilaian faktor analisis salah satu kota tidak menampilkan hasil akan dilakukan penggabungan sehingga jumlah N akan lebih besar dari 30. Karena sifat RKOP adalah homogen maka jumlah sampel yang akan diambil tidak perlu terlalu banyak.

Faktor analisis yang terbentuk akan menghasilkan bentuk KELOMPOK butiran (variabel) baru. Inilah yang menjadi dasar untuk melakukan pembentukan disain baru.

Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan dibandingkan pada kelompok form tradisional dan kelompok form Metoda Hatta.

BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik

Semua formulir pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, baik dilihat dari bentuk ataupun kepemilikannya senantiasa terbagi dalam dua hal yaitu adanya data identitas sosial dan data pelayanan kesehatan pasien.

Terkait dengan hal itu maka pertama-tama akan diteliti kelengkapan pengisian formulir rekam kesehatan ortotik prostetik (RKOP) pada Klinik Laboratorium Jurusan OP Poltekkes Kemenkes Jakarta I (Jakarta School of Prosthetic Orthotic = JSPO). Lokasinya di Jalan Wijaya Kusuma Raya no. 48, Cilandak Barat, Jakarta Selatan. Pengisian dalam RKOP dilakukan oleh para mahasiswa/instruktur JSPO. Maksud penelitian ini untuk mengetahui bagaimana hasil analisis kuantitatif pendokumentasian RKOP dan apakah standar klasifikasi International Classification of Functioning, Disability and Health dari WHO (2007) sudah terdapat dalam RKOP.

1. Analisis Kuantitatif Pendokumentasian

Adapun yang termasuk dengan hasil analisis kuantitatif pendokumentasian yaitu terdiri dari 4 informasi dasar suatu RKOP yaitu

1. Informasi identitas pasien;
2. Bukti rekaman;
3. Keabsahan rekaman dan
4. Tata cara mencatat rekaman dengan rinciannya sebagai berikut

Tabel 5.1 Kelengkapan Informasi Analisis Kuantitatif pada 30 RKOP JSPO Jakarta.

No	Variabel RKOP	Hasil non skoring					
		Tidak		Ya			
		n	%	N	%	N	%
1	Informasi Identitas Disabel	24	80	6	20	30	100
	a. Nama Lengkap	24	80	6	20	30	100
	b. Nomor Pasien	30	100	0	0	30	100
	c. Alamat Lengkap	28	93.3	2	6.7	30	100
	d. Usia	3	10	27	90	30	100
	e. Orang yang dapat dihubungi	3	10	27	90	30	100
	f. Tanda tangan persetujuan	28	93.3	2	6.7	30	100
	* Bila ya, apakah ada tandatangan persetujuan oleh diri sendiri atau wali?	0	0	2	100	2	100
	<i>Rata-rata Informasi Identitas a sd f</i>	16	53.3	14	46.7	30	100

Dari tabel di atas tampak bahwa hasil kelengkapan informasi analisis kuantitatif pada 30 RKOP tentang identitas disabel adalah sebagai berikut :

Dari hasil informasi yang diperoleh dari RKOP JSPO Jakarta maka tampak bahwa

1 a. Identitas disabel masih menunjukkan 80% (24) nama disabel tidak ditulis dengan lengkap. Jadi hanya 20 % nama saja yang ditulis lengkap. Pengertian nama lengkap yaitu adanya nama sendiri dan nama keluarga. Nama keluarga bisa dari nama ayah atau suami. Bagi ayah atau suami yang tidak bermarga diisi dengan bagian dari nama yang biasa diinginkan ayah atau suami. Misalnya Mohammad Toha tetapi inginnya justeru Mohammad yang ditetapkan sebagai nama yang bisasa disapa. Jadi, Mohammad ditulis diposisi nama "keluarga" disabel. Bagi nama keluarga yang bermarga seperti she pada orang turunan Tionghoa maka nama terdepan adalah nama keluarga. Misalnya Tan Guan Po maka Tan adalah nama keluarga. Namun bila sudah bercampur dengan nama non Tionghoa misalnya Ny. Nancy Tan maka Tan pindah ke sebelah nama yang bersangkutan. Jadi Tan tetap nama keluarga meski posisinya di kanan nama sendiri disabel. Alasannya karena nama she (Tan) itu sudah bercampur dengan nama non Tionghoa (Nancy). Demikian pula, nama marga Indonesia adalah nama ayah atau suami yang ada pada orang Batak, Manado, Ambon atau nama Eropa. Posisi nama itu ada disebelah kanan nama disabel. Misalnya John Simbolon maka John adalah nama sendiri dan Simbolon adalah marga. Bila disabel (pasien) menggunakan nama "alias" atau nama panggilan rumah atau dipergaulannya, maka nama alias itu dapat ditampilkan dalam RKOP. Lihat konsep baru RKOP di halaman belakang. (Gambar 5.4 tentang Registrasi Pasien/Ringkasan Riwayat Klinik).

Hal yang membuat hasil identitas disabel belum 100% karena penulis kolom Registrasi di RKOP adalah mahasiswa praktisi Ortotik Prostetik. Mereka agaknya hanya menulis nama sendiri pasien dan sering tidak disertai dengan nama orang tua atau nama suami sebagai kepala keluarga. Hal ini menyebabkan nama RKOP menjadi tidak lengkap. Padahal dalam standar penamaan internasional dan Arsip Nasional dalam buku Pedoman Arsip Dinamis (1978) juga sudah lama ditetapkan bahwa nama terdiri dari nama sendiri dan nama keluarga. Buku ini juga sudah menjelaskan bahwa oleh karena sistem nama keluarga di Indonesia tidak lazim, maka bagi pasien dengan suku yang tidak mempunyai marga maka tetapkan nama ayah/suami yang kuat. Ini yang harus kita ikuti di Indonesia untuk sistem penamaan bagi rekam medis. Bagi suku di Indonesia yang bermarga maka nama marga diletakkan sesudah nama diri sendiri. Bagi etnis lain, ikuti

sistem penamaan sesuai dengan kebiasaan asal etnis yang bersangkutan. Misalnya etnis Vietnam, Tionghoa, Eropa. Lihat nama keluarga dalam Pedoman Arsip Dinamis, Arsip Nasional RI, 1978 dan Undang-Undang RI Nomor 43 Tahun 2009 tentang Kearsipan.

Dalam formulir RKOP JSOP halaman pertama bernama *Patient Registration Form*, ada kolom *contact details* yang dapat dimasukkan nama orang yang dapat dihubungi. Nama yang tertera di dalamnya bisa salah satu dari nama orang tua atau lainnya (misalnya isteri, anak, adik, kakak paman atau orang yang dapat dihubungi lainnya). Akibatnya, pembaca RKOP bisa kehilangan jejak siapa kepala keluarganya ? Untuk mencegahnya ke dua nama sendiri dan keluarga harus disatukan dalam penulisan nama.

1 b. Dalam pertanyaan tentang nomor pasien terlihat bahwa variabel itu 100 % tidak menggunakan konsep 6 digit sebagai persiapan untuk pencapaian jumlah pasien yang banyak. Bila jumlah pasien masih sedikit maka hal ini tidak menjadi masalah, misalnya dalam praktik sore dokter swasta. Demikian pula di Klinik JSPO Jakarta belum banyak terdapat RKOP (kurang 800 RKOP disabel). Terlihat bahwa 100% sistem penomoran tidak menggunakan sistem metoda 6 digit tetapi masih menggunakan penomoran dari angka terendah dan berlanjut ke nomor yang lebih besar. Sejauh ini karena jumlah pasien masih di bawah 1000 orang maka selama ini registrasi hanya menggunakan metoda 3 digit.

Demikian juga penataan berkas juga menggunakan metoda sistem penjajaran dengan penomoran langsung atau *straight numerical filing system*. Artinya, rekaman kesehatan ortotik prostetik (RKOP) diletakkan berurutan dari nomor terendah hingga selanjutnya. Mis. 001, 002, 003, 004 dst hingga 700an dan bukan 00-00-01 dst. Sejauh ini jumlah disabel yang sudah ditangani dalam 6 tahun ini belum mencapai 800 disabel.

1 c. Dalam pencatatan tentang alamat disabel tampak hasil yang tidak melengkapi dengan baik (93.3%). Hal ini mengejutkan dan kecenderungannya pencatat registrasi hanya menulis sesuai dengan apa yang diungkapkan pasien. Harusnya mahasiswa praktisi RKOP mencatat alamat dengan jelas yang meliputi nama jalan, nomor rumah, wilayah apa. Bukankah dalam satu negara terlalu banyak nama yang sama pada tempat yang berbeda ? Bahkan dalam satu kotapun banyak nama yang sama pada wilayah sub kota yang berbeda. Sering terjadi praktisi RKOP mencatat sesuai kartu tanda penduduk (KTP) tanpa bertanya kepada pasien padahal data itu sering tidak akurat. Ditambah lagi informasi tempat tinggal terkini juga tidak diketahui. Bila

kelengkapan KTP saja juga tidak jelas, maka catatan alamat pada RKOP pasti menjadi tidak jelas. Ada kalanya saat ada keperluan untuk memanggil pasien, justru JSPO sendiri yang mengalami kesulitan. Seharusnya pada alamat juga ada kolom alamat lain. (lihat koreksinya pada Gambar 5.4 tentang Registrasi Pasien/Ringkasan Riwayat Klinik di akhir bab ini).

1 d. Pada keterangan tentang Usia ternyata kelengkapan hanya 90 % (27) dan masih ada 10 % (3) orang yang belum memiliki usia. Padahal variabel usia adalah informasi yang amat penting. Teristimewa saat mengaudit tentang kesesuaian terapi terhadap pasien. Kita perlu mengetahui dalam usia berapa disabel sudah mengunjungi klinik OP ? Bila itu terjadi pada anak balita maka kita bisa mendapatkan informasi RKOP sejak dini sampai dewasa. Kalau data itu hilang maka kitapun tidak akan mudah mengetahui keberhasilan program OP untuk disabel tersebut. Seharusnya usia ditulis dengan jelas karena dampaknya penting dalam terapi dan juga untuk pembandingan perkembangan terapi dan hasilnya dari waktu ke waktu.

1 e. Variabel tentang “orang yang dapat dihubungi” menjelaskan tentang nama seseorang yang bila terjadi sesuatu dengan pasien maka ia dapat dikontak oleh klinik pada JSPO. Itu sebabnya alamat menjadi penting. Kalau alamat orang yang dapat dihubungi berbeda dengan alamat disabel maka itupun harus dicantumkan sebagai alamat ke dua. (lihat koreksinya pada Gambar 5.4 tentang Registrasi Pasien/Ringkasan Riwayat Klinik di akhir bab ini).

1 f. Tanda tangan persetujuan

Dalam membahas tentang variabel “tandatangan persetujuan” di klinik JSPO maka hal itu dimaksudkan bahwa apa yang ingin praktisi OP lakukan kepada pasien adalah yang terbaik. Mahasiswa yang melakukan praktik senantiasa mendapat bimbingan dari tenaga ahli (expert) dari Cambodia Trust atau senior yang telah tamat pendidikan OP, baik dari dalam atau luar negeri. Bila pasien atau keluarganya setuju, maka penandatangan dapat dilakukan dengan membubuhkan tanda persetujuan itu ke dalam formulir yang telah disiapkan.

* Bila ya, apakah ada tandatangan persetujuan oleh diri sendiri atau wali? Ternyata ada 2 orang yang menyatakan memberikan tandatangan persetujuan. Artinya

Dari kesimpulan rata-rata Tabel 5.1 Kelengkapan Informasi Analisis Kuantitatif pada 30 RKOP JSPO Jakarta. yang memuat 6 sub variabel (a sd f), ternyata kelengkapan Registrasi

Pasien halaman pertama formulir RKOP ini hanya dilengkapi 46.7 % (14). Sedangkan yang tidak dilengkapi justru lebih besar atau sebanyak 53.3 % (16). Hal ini menunjukkan bahwa praktisi pengisi RKOP harus dibekali dengan pengetahuan yang baik tentang pendokumentasian dan melengkapi data identitas pasien untuk ke depannya.

Demikian juga dari 7 formulir RKOP JSPO yang dianalisis ternyata hanya 3 formulir yang didisain dengan kotak nama pasien pada kop formulir. Hal ini perlu diperbaiki sebab bila lembaran terjatuh dan berserakan, susah mengetahui lembaran itu milik pasien mana. (Lihat koreksi berupa konsep baru gambar 5.4 tentang Registrasi Pasien/Ringkasan Riwayat Klinik).

Tabel 5.2 Analisis Kuantitatif - .Informasi Identitas Disabel di RKOP JSPO Jakarta

No	Variabel RKOP	Hasil non skoring					
		Tidak		Ya		N	Jmlh
		n	%	n	%		
1	Informasi Identitas Disabel						
	a. Nama Lengkap	24	80	6	20	30	100
	b. Nomor Pasien	30	100	0	0	30	100
	c. Alamat Lengkap	28	93.3	2	6.7	30	100
	d. Usia	3	10	27	90	30	100
	e. Orang yang dapat dihubungi	3	10	27	90	30	100
	j. Tanda tangan persetujuan	28	93.3	2	6.7	30	100
	* Bila ya, apakah ada tandatangan persetujuan oleh diri sendiri atau wali?	0	0	2	100	2	100
	Masukan khusus untuk disabel :						
	f. Tanggungan Disable	6	20	24	80	30	100
	g. Caretaker	5	16.7	25	83.3	30	100
	h. Pendidikan disabel	4	13.3	6	86.7	30	100
	i. Jarak tempuh dan alat transportasi	3	10	27	90	30	100
	<i>Rata-ratal Informasi Identitas</i>	134/10 13.4	44.66	146/10 14.6	55.34	30	100

Bila tabel sebelumnya no. 5.1 tentang Kelengkapan Informasi Analisis Kuantitatif pada 30 RKOP JSPO Jakarta. hanya membahas tentang Identitas disabel secara umum (butir 1a, b,c,d,e,j dan bila Ya) maka dalam Tabel 5.2 tentang Analisis Kuantitatif - .Informasi Identitas Disabel di RKOP JSPO Jakarta di atas ini dilengkapi dengan **kekhususan data untuk rekaman disabel**. Lihat butiran 1 f) tanggungan disabel, g) caretaker, h) pendidikan disabel, i) jarak tempuh dan

alat transportasi. Dari Tabel 5.2 diperoleh rata-rata kelengkapan kelompok informasi identitas disabel (butir 1) menjadi **55.34 %** (14.6 RKOP dari 30 RKOP). Bila Tabel 5.2 dibandingkan dengan Tabel 5.1 maka nilai rata-rata butir 1 ini menunjukkan adanya kenaikan sebesar $55.34\% - 47.7\% = 8.64\%$. Hal ini disebabkan pertambahan data kekhususan disabel l di Tabel 5.2 dicatat dengan lebih lengkap sedangkan di tabel 5.1 tentang data kekhususan (butir 1 f,g,h,i) tidak dimasukkan. Artinya, praktisi mahasiswa lebih fokus mengisi kelengkapan kolom kekhususan disabel dibandingkan mengisi kelengkapan identitas data umum.

Betapapun, dalam prinsip rekaman, kelengkapan informasi setiap data apapun jenisnya (pasien umum ataupun disabel) haruslah lengkap. Apalagi halaman pertama tentang Identitas atau Ringkasan Riwayat Klinik semua rekam kesehatan penting sekali karena menerangkan siapa pemilik dari informasi yang terdapat dihalaman berikutnya.

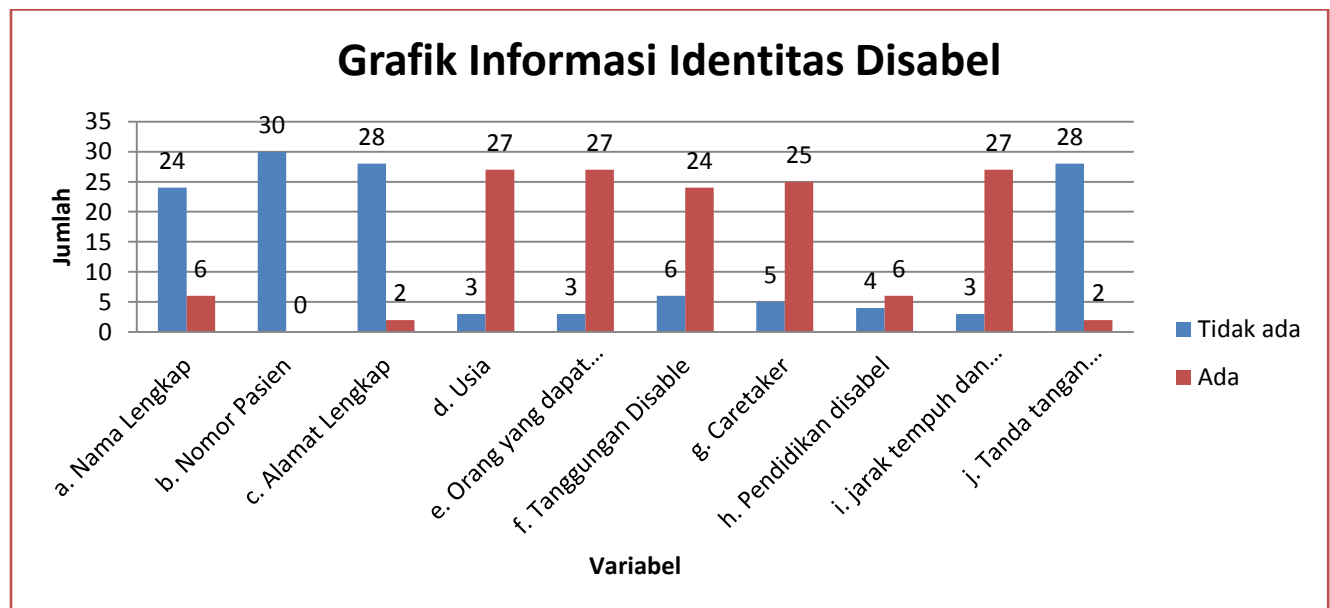
Dari data tabel 5.1 Kelengkapan Informasi Analisis Kuantitatif pada 30 RKOP JSPO Jakarta. dan tabel 5.2 Analisis Kuantitatif - Informasi Identitas Disabel di RKOP JSPO Jakarta di atas, kelengkapan rekaman dari halaman pertama RKOP tentang identitas disabel memang masih belum menggembirakan. Hal ini menunjukkan perlunya penataan ulang peletakan butiran dalam disain formulir RKOP demi memudahkan memperoleh data. Misalnya, antara nama sendiri dan keluarga harus sejajar. Dengan formulir yang lama, tidak diketahui siapa nama ayah atau kepala keluarga disabel. Sedangkan nama dalam kolom kontak person (orang yang dapat dihubungi) belum tentu adalah nama kepala keluarga (ayah atau suami). Itulah sebabnya data identitas perlu didisain ulang. Perlu ada tambahan pelatihan bagi pengisi agar kelengkapan rekaman menjadi lebih informatif. Demikian pula *caretaker* atau yang biasa merawat disabel belum tentu diri sendiri atau anggota keluarga. Bisa jadi *caretaker* adalah orang yang digaji (zuster atau pengasuh). Halaman pertama penting sebab merupakan kunci kepemilikan tentang siapa pemilik rekaman itu. Menurut Edna K. Huffman adalah tentang 5 W dan 1 H¹ dari disabel itu. Kurangnya informasi jelas menjadi suatu kendala yang harus segera diperbaiki. (lihat koreksinya pada Gambar 5.4 Registrasi Pasien/Ringkasan Riwayat Klinik di akhir bab V ini).

¹5 W dan 1 H = who, which, why, when, where dan how dari si orang itu (pasien).

Bila data dari tabel 5.1 Kelengkapan Informasi Analisis Kuantitatif pada 30 RKOP JSPO Jakarta. dan tabel 5.2 Analisis Kuantitatif - Informasi Identitas Disabel di RKOP JSPO Jakarta di atas, digabung maka akan terlihat gambaran lain sebagai gambar 1 di bawah ini.

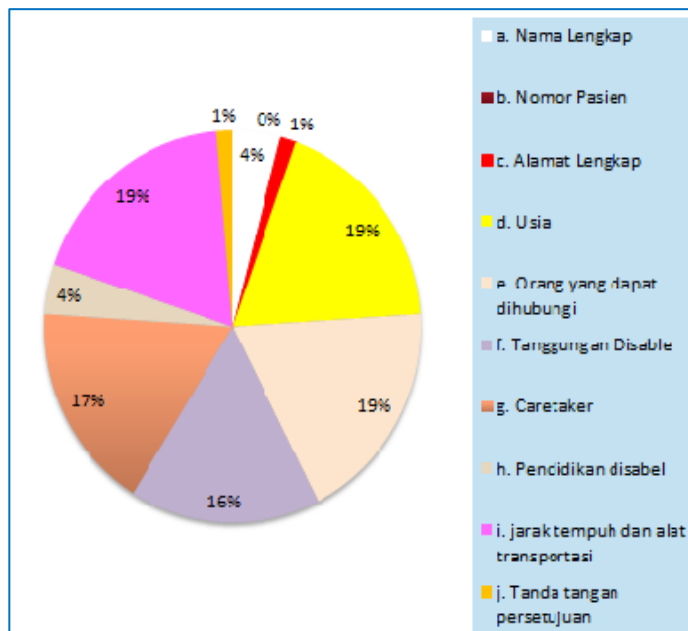
Dari gambar 5.1 tentang Informasi Identitas Disabel untuk 30 RKOP di bawah ini terlihat bahwa mayoritas disabel mempunyai data tentang (e) orang yang dapat dihubungi (f), tanggungan disabel, (g) caretaker dan (i) jarak tempuh dan alat transportasi yang digunakan. Sedangkan nilai kelengkapan yang paling sedikit adalah pada butiran (a) nama dan (b) nomor pasien disabel (c) alamat disabel. Nama tidak lengkap disebabkan kotak nama disabel tidak disambung dengan nama ayah atau marga/she. Juga, nomor tidak dalam kotak 6 digit (00 – 00 – 00 dst) namun dimulai dari 001 (tiga digit) dan seterusnya, sehingga tidak ada satupun penulisan nomor pasien yang benar sehingga hasilnya adalah 0%.

Gambar G 5.1 Informasi Identitas Disabel untuk 30 RKOP JSPO Jakarta – bar chart



Alamat disabel pada tampilan di atas tampak rendah karena informasinya cenderung tidak disertai dengan keterangan data lain (tidak lengkap 93.3 % = 28/30 lihat Tabel 5.1 dan Tabel 5.2) . Hal ini karena ketiadaan kejelasan akan unsur penting seperti nomor rumah, RT, RW, wilayah.

Gambar G 5.2 Kelengkapan Informasi Identitas Disabel untuk 30 RKOP JSPO Jakarta - pie chart



Sebaliknya nilai tanggungan disabel atau yang *dependent* (tergantung) kepada disabel jauh lebih tinggi dari data alamat. Tanggungan Disabel atau *Dependent* ini adalah jumlah orang yang pengurusan kehidupannya menjadi tanggungjawab disabel. Contoh, bila orang yang masih tergantung (*dependent*) kehidupannya oleh disabel ada "x" orang, artinya disabel harus menghidupi isteri dengan sekian anak ditambah dengan kemungkinan anggota lain di rumahnya. Bila disabel masih di bawah

umur (anak-anak) atau kondisi fisik sangat tidak memungkinkan menjadi normal (*cerebral palsy* dll) maka kolom *dependent* itu dapat ditulis "tidak ada" atau "none". Untuk *caretaker* artinya sebutkan siapa yang mengurus dirinya? mengurus diri sendiri (= *one self*) atau oleh orang lain seperti anggota keluarga (sebutkan): ayah, ibu, atau pengasuh (*zuster*) dan lainnya.

.Sementara itu, tandatangan persetujuan suatu tindakan rendah karena belum adanya surat pernyataan persetujuan (kolom Lembar Hak Kuasa atau *Authorization*) saat menjalani terapi yang digalakkan saat periode rekaman RKOP itu. Mengingat disabel akan cenderung ke klinik demi kesembuhannya berulang kali maka pernyataan persetujuan dari diri disabel/ wali terhadap Klinik JSOP perlu diadakan. Secara psikologis, hal ini juga untuk meyakinkan keseriusan disabel untuk patuh dalam menjalankan pelayanan yang akan diterimanya. Lihat koreksi Gambar *Authorization* pada Gambar .

G 5.2 Kelengkapan Informasi Identitas Disabel

Demikian pula nomor pasien 100% tidak dalam kolom 3 digit seperti standar sistem rekam medis tetapi ditulis langsung oleh karena jumlah pasien belum mencapai 1000 orang.

Tahapan berikutnya adalah ingin diketahuinya kelanjutan dari hasil kelengkapan informasi analisis kuantitatif dalam pendokumentasian RKOP untuk (2) bukti rekaman, (3) keabsahan rekaman dan (4) tata cara mencatat untuk 30 RKOP.

Dari tabel 5.3 tentang hasil analisis kuantitatif kelengkapan informasi pada 30 RKOP terlihat bahwa variabel/butir no. 2 tentang bukti rekaman dijawab dengan “ya” lebih sedikit dari pada tidak. Disini hanya 43.3 % (13) rekaman yang menjawab bahwa RKOP mengandung bukti rekaman yang dapat dipertanggungjawabkan dengan baik. Sebaliknya, nilai yang lebih besar pada 56.7 % adalah bahwa RKOP tidak dapat dipertanggungjawabkan dengan pembuktian rekaman yang baik. Maksud dari bukti rekaman RKOP yang dapat lebih dipertanggungjawabkan secara lengkap pada Klinik OP yaitu bila rekaman memiliki data/informasi tentang alasan kunjungan, keluhan (kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab/USG (bila ada/ dilakukan), diagnosis/kondisi, rujukan (bila ada).

Tabel 5.3 Kelengkapan Informasi Analisis Kuantitatif pada 30 RKOP.

No	Variabel RKOP	Hasil non skoring					
		Tidak		Ya		Jmlh	
		N	%	n	%	N	%
2	Bukti rekaman	17	56.7	13	43.3	30	100
3	Keabsahan Rekaman	24	80	6	20	30	100
4	Tata cara mencatat						
	a. Tanggal	4	13.3	26	86.7	30	100
	b. Waktu	29	96.7	1	3.3	30	100
	c. Baris Tetap	9	30	21	90	30	100
	d. Cara Koreksi	8	26.7	22	73.3	30	100
	* Bila ya, apakah dikoreksi sesuai aturan?	17	77.3	5	22.7	22	100
	Rata-rata Tata Cara Mencatat	12.5	41.6	17.5	58.4	30	100

Pada dasarnya, setiap pasien yang berkunjung harus memiliki data tersebut di atas. Klinik JSPO adalah klinik yang pasiennya cenderung datang karena rujukan fasilitas pelayanan kesehatan seperti kiriman RS Fatmawati atau akibat informasi “dari mulut ke mulut”.

Umumnya, pasien yang datang dengan rujukan, sudah diketahui latar belakang dan diagnosisnya. Sebaliknya, bila disabel datang tidak dengan rujukan maka hal ini akan membuat praktisi memeriksa banyak hal sebelum memastikan bahwa pasien dapat ditangani di klinik

JSPO. Sudah tentu hal ini akan membutuhkan waktu kerja praktisi klinik JSPO lebih lama dibandingkan dengan yang datang sudah dengan rujukan.

3, Keabsahan rekaman. Pengertian tentang kata ini adalah bila tenaga praktisi OP yang memeriksa disabel mengakhiri catatannya dengan membubuhkan tandatangan dalam RKOP. Hal ini mengandung arti sebagai melaksanakan aspek legal rekaman.

Dari hasil yang diperoleh ternyata sebanyak 80 % (24) RKOP tidak berisikan rekaman yang memiliki bukti pertanggungjawaban. Hanya 20 % (6) RKOP yang memiliki bukti pertanggungjawaban. Hal ini berbahaya manakala ada tuntutan pengadilan atau ada sengketa tentang akurasi pencatatan/ pendokumentasian.

4. Tata cara mencatat. Pengertian tentang kata ini yaitu adanya informasi yang menunjukkan bahwa tanggal, waktu, pencatatan pada baris yang tetap dan cara pengkoreksian RKOP mengikuti aturan yang baik dan benar.

Secara total keseluruhan (a sd d) terlihat bahwa sebanyak 46.7 % (14) RKOP memang menunjukkan tata cara mencatat yang benar namun lebih banyak yang melakukannya dengan tidak benar yaitu sebesar 53.33 % (16) RKOP. Hal ini menunjukkan perlunya pelatihan pengisian RKOP dengan serius karena kesalahan yang kerap terjadi membuka peluang urusan juridis terkait dengan aspek mediko legal.

Tabel 5.4 Tata cara Mencatat - Analisis Kuantitatif Pendokumentasian RKOP Jakarta

4	Tata cara mencatat	Hasil non skoring				Total N	%
		Tidak		Ya			
		n	%	n	%		
	a. Tanggal	4	13.3	26	86.7	30	100
	b. Waktu	29	96.7	1	3.3	30	100
	c. Baris Tetap	9	30	21	70	30	100
	d. Cara Koreksi	8	26.7	22	73.3	30	100
	* Bila ya, apakah dikoreksi sesuai aturan?	17	77.3	5	22.7	22	100
	Rata-rata Tata Cara Mencatat	50/4 12.5	41.6 %	70/4 17.5	58.4	30	100

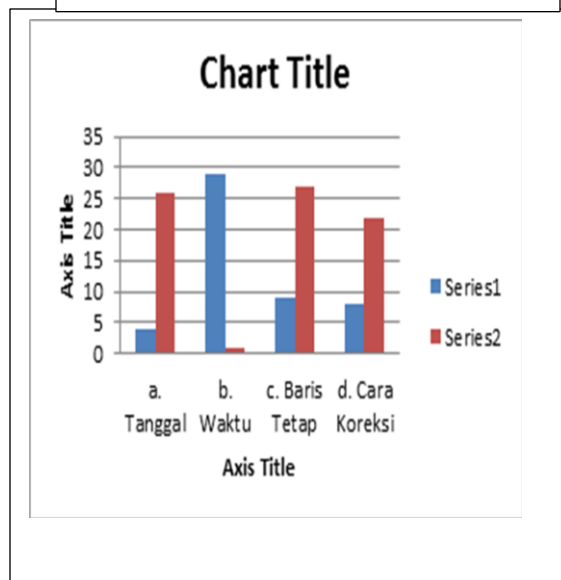
4 a. Bila kita telusuri rincian dari variabel Tata Cara Mencatat (TCM) itu maka pada sub variabel TCM tentang Tanggal, diharapkan bahwa RKOP memuat tanggal yang terdiri dari hari,

bulan, tahun Misalnya 18 Nopember 2012. Boleh ditulis sebagai 18/11/1012 atau 8/11/12. Dari analisis kuantitatif pendokumentasian diketahui bahwa kelompok “ya” masih belum sempurna 100 %. Tampak bahwa ya dijawab 86.7% (26) dan 13.33 % (4) RKOP yang mengatakan “tidak”. Diharapkan ke depannya kolom tanggal yang penting ini harus semua terisi dengan baik dan benar apa lagi kaitannya dekat dengan aspek hukum (medico legal).

4 b. Pada sub variabel Tata Cara Mencatat tentang Waktu, diharapkan dalam RKOP ada informasi mengenai waktu untuk menerangkan kapan tenaga kesehatan/praktisi OP memberikan pelayanan kesehatan kepada disabel (misal pukul 9.00 atau 11.45). Dari analisis kuantitatif pendokumentasian diketahui bahwa kelompok pengisi RKOP nyaris semua tidak mencantumkan waktu. Sebanyak 96.7 % atau 29 RKOP menyatakan waktu tidak dicantumkan saat melayani pasien. Hanya 3.3% (1) RKOP yang mencantumkan waktu. Hal ini tentu harus diperhatikan mengapa sebanyak itu tidak mengindahkan waktu padahal informasi itu amat dipentingkan untuk proses manajemen pelayanan kesehatan maupun dari sisi administratif yang terkait juridis.

4 c. Pada sub variabel Baris Tetap. Pengertian dari baris tetap yaitu: adanya aturan penulisan yang dilakukan dari baris teratas dan turun secara bertahap setingkat demi setingkat hingga baris terbawah. Selain itu, bentuk tulisan praktisi OP juga tidak boleh sesuka-sukanya misalnya bentuk huruf yang amat kecil sehingga menyulitkan akurasi pembacaan ataupun menulis dengan bentuk huruf yang sebesar-besarnya sehingga boros formulir. Dari data terlihat bahwa gap penulisan masih relatif terjaga dengan 90% (27) RKOP menjawab Ya untuk pertanyaan “baris tetap”. Praktisi penulis RKOP memang harus kontinyu diingatkan dan dipantau agar tulisannya tetap berada pada baris yang dilalui..

G 5.3 Tata Cara Mencatat - Analisis Kuantitatif Pendokumentasian RKOP



4 d. Pada sub variabel Cara Koreksi, hal ini menerangkan bahwa ketentuan tentang cara koreksi dilakukan dengan menarik garis lurus pada kesalahan, mencantumkan nama jelas dan tandatangan korektor, tanggal kejadian, tidak menghapus atau mencoret kata yang salah, misal dengan tip-pex atau disetip. Hal ini sudah ditetapkan pada PerMenKes 269/MenKes/Per/ III/ 2008 tentang Rekam Medis.

Dari data yang dihasilkan tampak bahwa lebih banyak RKOP yang mengalami koreksi yaitu sebanyak 73.3 % (22) RKOP. Namun bila diteliti ternyata hanya 22.7 % (5/22) atau 5 RKOP saja yang mengikuti tata cara pengoreksian sesuai Permenkes (PMK) di atas. Selebihnya sebanyak 77.3 % (17/22) RKOP masih ada kesalahan dalam mengikuti tata cara yang benar.

Artinya, praktisi OP yang mengisi RKOP masih amat memerlukan bimbingan demi mengurangi kekurangan yang ada. Sebaliknya RKOP yang tidak ada unsur koreksi jumlahnya lebih sedikit. Sesungguhnya semakin tidak ada unsur koreksi, hal ini semakin menandakan bahwa praktisi OP semakin memberikan masukan pendokumentasian dengan kepastian, tiada keraguan yang tidak memerlukan koreksi. Jadi, unsur “tidak ada unsur koreksi” disini mempunyai arti positif.

Tabel 5.4.0 Rangkuman Analisis Kuantitatif Pendokumentasian RKOP Jakarta

no	Analisis Kuantitatif Pendokumentasian	Tidak Lengkap		Ya Lengkap		Total	
		n	%	n	%	N	5
1	Rata-rata Informasi Identitas	134/10 13.4	44.66	146/10 14.6	55.34	30	100
2	Bukti rekaman	17	56.7	13	43.3	30	100
3	Keabsahan Rekaman	24	80	6	20	30	100
4	Rata-rata Tata Cara Mencatat	50/4 12.5	41.6 %	70/4 17.5	58.4	30	100
	RATA-RATA 1 – 4	16.73	55.74	12.78	44.26	30	100

Dari hasil rangkuman Tabel 5.4.0 di atas, terlihat bahwa nilai tertinggi saat melakukan analisis kuantitatif pendokumentasian dimulai dari a) butir 4 yaitu sesuai dengan tata cara mencatat (58.4%) diikuti dengan b) butir 1 yaitu kelengkapan informasi identitas (55.34%), selanjutnya c) butir 2 yaitu adanya bukti rekaman (43.4%) dan terakhir d) butir 3 yaitu kelengkapan keabsahan rekaman (20%). Bila dilihat rata-rata butir 1-4 berarti nilai analisis kuantitatif pendokumentasian di JSPO hanya mencapai nilai 44.26%. Sungguh jauh dari nilai baik WHO minimal 85%.

Data di atas tampak bahwa kualitas praktisi JSOP saat mengisi rekaman dan melengkapinya masih jauh dari standard WHO 85%. Untuk itu maka kewajiban instruktur untuk memperbaikinya melalui berbagai pelatihan.

3. Analisis Kualitatif Administratif

Dalam Metoda Hatta, analisis kualitatif lebih dikembangkan pada sisi administratif dan medis. Analisis kualitatif administratif dibagi dalam adanya pertanyaan yang terkait dengan unsur

- Kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis
- Masukan konsisten
- Alasan pelayanan
- Informed consent
- Telaah rekaman, apakah pendokumentasian itu
- Mutakhir, terbaca, memiliki singkatan baku, menghindari sindiran, pengisian tidak senjang, menggunakan tinta standar, memiliki catatan jelas ?

Berikut adalah hasil analisis rekam medis kualitatif administratif (Akl A).

Tabel 5.5 Kelengkapan Analisis Kualitatif Administratif RKOP Jakarta

No	Variabel Analisis Kualitatif Administratif	Hasil non Skoring					
		Tidak lengkap		Ya Isi Lengkap		Total N	%
		n	%	n	%		
1	Kejelasan Masalah & Kondisi/diagnosis	2	6.7	28	93.3	30	100
2	Masukan Konsisten	1	3.3	29	96.7	30	100
3	Alasan Pelayanan	6	20	24	80	30	100
4	Informed Consent	28	93.3	2	6.7	30	100
5.	Telaah Rekaman						
	a. Mutakhir	3	10	27	90	30	100
	b. Tulisan Terbaca	1	3.3	29	96.7	30	100

No	Variabel Analisis Kualitatif Administratif	Hasil non Skoring					
		Tidak lengkap		Ya Isi Lengkap		Total N	%
		n	%	n	%		
	c. Singkatan Baku	6	20	24	80	30	100
	d. Sindiran	28	93.3	2	6.7	30	100
	e. Pengisian Tidak Senjang	23	76.7	7	23.3	30	100
	f. Tinta	4	13.3	26	86.7	30	100
	g. Catatan Jelas	3	10	27	90	30	100
	Rata-ratal Telaah Rekaman	9.71	32.37	20.29	67.63	30	100
6	Informasi Ganti Rugi	30	100	0	0	30	100
	Rata-ratal Analisis Kualitatif Administratif (1 +2+3+4 + 5 total telaah rekaman +6) :12	135/12 11.25	37.5	225/12 18.75	62.5%	30	100

Kajian Analisis Kualitatif Administratif

1. Kelengkapan dalam analisis kualitatif administratif.

Dari tabel 5.5 di atas terlihat bahwa informasi dalam RKOP Jakarta tentang butiran variabel “Kejelasan Masalah & Kondisi/diagnosis” dijawab ada sebanyak 93.3% (28/30). Artinya, rekaman memuat dasar berobat yang jelas dengan kondisi/diagnosis pasien. Terdapat juga jawaban sebesar 96.7% (29/30) untuk “masukan yang konsisten”. Artinya, data/informasi dalam RKOP sudah konsisten tentang topik dan alasan pelayanan yang diberikan. Selain itu terdapat juga masukan untuk adanya “alasan pelayanan” yang jelas dalam RKOP sebanyak 80% (24/30) dalam RKOP.

Ketiga unsur ini menunjukkan bahwa pendokumentasian rekaman disabel sudah cukup lengkap dan cukup menjelaskan alasan pasien mendatangi JSPO memang setara dengan kondisinya.

Sebaliknya, hanya sedikit yang melakukan informed consent. Hal ini dapat dimengerti karena saat itu belum banyak yang membuat informed consent dalam RKOP.

Dalam hal telaahan rekaman yang terdiri dari sub variabel a. Mutakhir; b. Tulisan Terbaca; c. Singkatan Baku; d. Hindari Sindiran; e. Pengisian Tidak Senjang; f. Tinta; g. Catatan Jelas, ternyata total Analisis Kuantitatif Administratif dari butiran a sd g baru 56.7 % yang dapat diandalkan. Berarti perlu peningkatan keilmuan dan keterampilan berikutnya.

Bila dilihat pada analisis telaahan rekaman, ternyata pengisian masih ada yang senjang (gap) secara cukup tinggi yaitu sebesar 76.7 %. Adanya baris yang bercelah antara setiap baris harus dihindari oleh karena kesenjangan bisa berisiko dimasuki tulisan data atau informasi ilegal (palsu) yang bukan buah tangan si penulis (pemberi pelayanan kesehatan). Bila kebiasaan menulis dengan meloncat-loncat diantara dua baris itu didiamkan dan bahkan menjadi kebiasaan, hal ini dapat berakibat fatal manakalah ada data atau informasi palsu muncul. Hal ini jelas mengelabui data atau penambahan informasi yang tidak benar yang identik dengan pemalsuan pendokumentasi. Jadi, praktisi OP juga tidak boleh menulis dengan huruf besar-besar sehingga kesenjangan celah dalam penulisan harus dihindari. Dengan jalan begini, kondisi malpraktik dalam penulisan dapat dihindari. Bila jarak antara setiap baris ada kesenjangan, maka pihak yang ingin memalsukan rekaman dapat melakukannya dengan mudah. Kalimat sisipan bisa mengacaukan bentuk tulisan lain yang asli. Itulah sebabnya dalam rekaman, hal kesenjangan atau adanya *gap* dalam penulisan harus dihindari.

Bila masalah menghindari sindiran dalam RKOP mendapat pernyataan “tidak” sebanyak 93.3 % maka hal ini menunjukkan bahwa hal itu adalah baik.

Definisi Operasionalnya : Hindari sindiran adalah tulisan medis di RKOP yang tidak saling menjatuhkan sesama rekan.

Kuesioner menjadi : Apakah dalam RKOP ada kata sindiran terhadap rekan sejawat ?

1 = ya dan 2 = tidak

Jadi kata “tidak” yang diharapkan mendapat nilai terbanyak dan kata “ya” yang diharapkan mendapat nilai rendah. Ini bisa dimasukkan dalam program.

Jadi, simbol 1 dan 2 dapat disesuaikan dengan maksud angket itu sendiri.

Hal yang menarik, 100 % disabel belum terdaftar sebagai peserta asuransi Askes/BPJS karena fasilitas Askes/BPJS belum digunakan sehingga biaya pelayanan belum bisa diganti (reimburse).

Dari hasil analisis kualitatif administratif Tabel 5.5 diperoleh rata-rata hasil

Rata-ratal Analisis Kualitatif Administratif (1 +2+3+4 + 5 total telaah rekaman +6) :12	Tidak Lengkap		Ya Lengkap		Sample	
	n	%	n	%	N	%
	135/12 11.25 RKOP	37.5	225/12 18.75 RKOP	62.5%	30	100

Kesimpulannya: diharapkan upaya peningkatan perbaikan menjadi lebih baik sehingga kelengkapan dapat menjadi di atas 85% seperti keinginan WHO (rule of the thumb).

Standar ICF dalam rekaman OP

Sejak Klasifikasi Internasional untuk Fungsi Anggota Gerak Tubuh, Disabel dan Kesehatan IICF2001) diberlakukan oleh WHO (Badan Kesehatan Dunia) bagi anak dan dewasa, seyogyanya butiran standar ini dimasukkan dalam RKOP. Dengan demikian data atau informasi dari ICF yang dibuat WHO ini dapat diperoleh dengan mudah melalui RKOP.

Untuk mengetahui sejauh mana butiran ICF sudah terjawab dalam RKOP maka penelitian ini juga ingin melihat kelengkapan informasi apa saja yang ada pada variabel formulir disabel. yang dipakai praktisi lapangan.

Untuk itu bagian dari ICF yang ingin digunakan untuk OP Jakarta adalah pada unsur Positive Aspect tentang Activities and Participation (bab 4) dan tentang Mobility dan (Bab 5) tentang Self-care.

Adapun kriteria mobilitas terbagi dalam 4 hal yaitu : unsur (1) Perubahan dan menjaga posisi tubuh, (2) Membawa, memindahkan dan mengurus objek (3) Jalan dan bergerak, (4) Berpindah menggunakan alat transportasi

Adapun ICF Bab 4 tentang Mobility meliputi unsur :

(1) Perubahan dan menjaga posisi tubuh (4 sub)

- Perubahan posisi badan = changing basic body position
- Menjaga posisi badan = maintaining a body position
- Memindahkan diri sendiri = Transferring oneself
- Merubah dan menjaga posisi badan, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.

(2) membawa, memindahkan dan mengurus objek (6 sub);

- Mengangkat dan membawa objek
- Memindahkan objek dengan tungkai badan bawah
- Menggunakan tangan secara halus

- Menggunakan tangan dan lengan
- Menggunakan kaki dan merawat kaki, spesifikasi lainnya
- Membawa, memindahkan dan menangani objek, spesifikasi lain dan tidak ispesifikasikan.

(3) jalan dan bergerak (5 sub);

- Berjalan cara
- Berjalan berpindah
- Berputar sambil berjalan di beberapa lokasi
- Berpindah sambil menggunakan alat
- Berjalan dan berpindah. spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan

(4) Berpindah menggunakan alat transportasi (6 sub).

- Menggunakan transportasi
- Menyetir
- Menunggang binatang untuk transportasi
- Bergerak menggunakan sarana transportasi, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan
- Mobilitas, spesifikasi lainnya
- Mobilitas, tidak dispesifikasikan

ICF Bab 5

2. Kriteria Kemampuan menangani diri sendiri (self care) ada 9 sub bab:

- Membasuh diri sendiri
- Merawat bagian tubuh
- Menggunakan toilet
- Berpakaian
- Makan; * minum
- Mengurus kesehatan orang lain
- Merawat diri sendiri, dispesifikasikan lainnya

- Merawat diri sendiri, tidak dispesifikasikan lainnya

Setelah referensi yang diperoleh dari ICF dan isian RKOP dianggap cukup. maka angket wajib disiapkan. Pada awalnya dilakukan penelaahan terhadap rekaman yang ada di JSPO Jakarta Kemudian dilanjutkan untuk kegiatan penelitian ini.

Dari analisis kelengkapan variabel ICF diperoleh hasil sebagai mana pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 ANALISIS Kelengkapan Variabel ICF

NO	VARIABEL ICF	Hasil Non Skoring ICF					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		N	%	n	%	N	%
BAB IV	MOBILITY						
1	Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh						
	a. Perubahan posisi badan	25	83.3	5	16.7	30	100
	b. Menjaga posisi badan	27	90	3	10	30	100
	c. memindahkan diri sendiri	27	90	3	10	30	100
	d. merubah dan menjaga posisi badan, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan	28	93.3	2	6.7	30	100
	<i>Rata-rata Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh</i>	26.75	89.15		10.85	30	100
2	Membawa, Memindahkan dan Mengurus Objek						
	a. Mengangkat dan Membawa Objek	28	93.3	2	6.7	30	100
	b. Memindahkan Objek dengan tungkai badan bawah	28	93.3	2	6.7	30	100
	c. menggunakan tangan secara halus	28	93.3	2	6.7	30	100
	d. menggunakan tangan dan lengan	30	100	0	0	30	100
	e. menggunakan kaki dan merawat kaki, spesifikasi lainnya	30	100	0	0	30	100
	f. membawa, memindahkan dan menangani objek, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan	28	93.3	2	6.7	30	100
	<i>Rata-rata Membawa, Memindahkan, dan Mengurus</i>	28.67	95.53	1.33	4.47	30	100

NO	VARIABEL ICF	Hasil Non Skoring ICF					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		N	%	n	%	N	%
	<i>Objek</i>						
	(lanjutan ke bawah)						
3	Jalan dan Bergerak						
	a. Cara Berjalan	23	76.7	7	23.3	30	100
	b. Berjalan berpindah	29	96.7	1	3.3	30	100
	c. Berputar sambil berjalan dibeberapa lokasi	30	100	0	0	30	100
	d. Berpindah sambil menggunakan alat	28	93.3	2	6.7	30	100
	e. Berjalan dan berpindah, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan	23	76.7	7	23.3	30	100
	<i>Rata-rat Jalan dan bergerak</i>	15	50	15	50	30	100
4	Berpindah menggunakan alat transportasi						
	a. Menggunakan Transportasi	28	93.3	2	6.7	30	100
	b. Menyetir	30	100	0	0	30	100
	c. Menunggang binatang untuk transportasi	30	100	0	0	30	100
	d. Bergerak menggunakan sarana transportasi, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan	30	100	0	0	30	100
	e. Mobilitas, spesifikasi lainnya	30	100	0	0	30	100
	f. mobilitas, tidak dispesifikasikan	29	96.7	1	3.3	30	100
	<i>Rata-rata Berpindah menggunakan alat transportasi</i>	29.5	98.33	0.5	1.67	30	100
BAB 5	SELF CARE						
	a. Membasuh diri sendiri	28	93.3	2	6.7	30	100
	b. Merawat bagian tubuh	29	96.7	1	3.3	30	100
	c. Menggunakan toilet	30	100	0	0	30	100
	d. Berpakaian	30	100	0	0	30	100
	e. Makan	30	100	0	0	30	100
	f. Minum	30	100	0	0	30	100
	g. Mengurus kesehatan diri sendiri	30	100	0	0	30	100
	h. Merawat diri sendiri, dispesifikasikan lainnya	30	100	0	0	30	100
	i. Merawat diri sendiri, tidak dispesifikasikan lainnya	29	96.7	1	3.3	30	100

NO	VARIABEL ICF	Hasil Non Skoring ICF					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		N	%	n	%	N	%
	<i>Total Self Care</i>	27	90	3	10	30	100
	i. Merawat diri sendiri, tidak dispesifikasikan lainnya	29	96.7	1	3.3	30	100
	<i>Rata-rata Self Care</i>	27	90	3	10	30	100

Dari data tersebut di atas tampak bahwa nilai ya pada Bab 4 dengan ke empat variabel ICF di atas maupun dari Bab 5 untuk Mampu menanganidiri sendiri (*Self Care*) belum menjadi standar ICF. Artinya kebanyakan butiran variabel di atas belumlah dimasukkan dalam daftar pertanyaan yang diajukan dalam RKOP.

Dari hasil yang diperoleh dari penelitian terhadap lower limb pada RKOP dari Klinik Laboratorium Ortotik Prostetik Jakarta I, tampak bahwa untuk variabel krietria ke 3 ICF WHO yang penting, hanya pada jawaban dalam RKOP untuk grup jalan dan bergerak yang mendapat nilai rata-rata 50%. Sementara untuk pertanyaan pada kriteria ke 4 ICF Berpindah dan Menggunakan Alat Transportasi hanya rata-rata dijawab dengan 1.67%. Seharusnya informasi lebih jelas. Sedangkan untuk jawaban grup Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh hanya dijawab dengan rata-rata 10.85% dan untuk grup Membawa, Memindahkan dan Mengurus Objek hanya rata-rata sebesar 4.47 %. Berarti rata-rata kisaran jawaban antara 1.67 % - 50%. Hal ini memang harus lebih ditingkatkan. Kekurangan data di atas juga dapat dimengerti karena kolom ICF tentang 4 grup itu belum khusus diadakan. Walaupun begitu, bila saja praktisi memang mengisi dengan lebih baik, seharusnya jawaban bisa lebih banyak diperoleh dari sekedar dalam kisaran tersebut.

Bila data di atas digabungkan ke dalam Tabel 5.6.0 tentang keseluruhan bab 4 dan 5 ICF di bawah ini ternyata masih banyak variabel ICF yang belum digunakan. Tampak rata-rata bab 4 dan 5 kelengkapan hanya dimiliki 4.42 RKOP atau 15.4 % saja yang memiliki butiran informasi ICF. Hal ini tentu disebabkan karena belum diterapkannya program ICF di JSPO.

Tabel 5.6.0 Gabungan ANALISIS Kelengkapan Variabel ICF

No	VARIABEL ICF Bab 4 dan Bab 5 Activities and Participation	Hasil Non Skoring ICF					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		N	%	n	%	N	%
Bab 4: 1	<i>Rata-rata Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh</i>	26.75	89.15	2.25	10.85	30	100
Bab 4: 2	<i>Rata-rata Membawa, Memin - dahkan dan Mengurus Objek</i>	28.67	95.53	1.33	4.47	30	100
Bab 4:3	<i>Rata-rat Jalan dan bergerak</i>	15	50	15	50	30	100
Bab 4: 4	<i>Rata-rata Berpindah menggu - nakan alat transportasi</i>	29.5	98.33	0.5	1.67	30	100
Bab 5	<i>Rata-rata Self Care</i>	27	90	3	10	30	100
	<i>RATA-RATA bab 4 dan 5 ICF</i>	23.86	84.60	4.42	15.4	30	100

Hal ini menunjukkan amat perlunya butiran ICF dimasukkan dalam RKOP (lihat pada Gambar ICF di G 5.8)

Dasar RKOP adalah kelengkapan rekaman di Klinik Laboratorium JSOP Poltekkes Kemenkes Jakarta I.

Selanjutnya untuk Tabel 5.10 tentang pemanfaatan data ICF Analisis Kualitatif Medis adalah sebagai berikut.

- Rata-rata nilai yang paling tidak ada data dan tidak ada keterangan untuk kriteria mobilitas dan kriteria kemampuan ICF mencapai 90% (scoring 1). Hal ini dapat ditafsirkan karena dalam RKOP praktisi OP tidak memberikan keterangan lebih lanjut. Agaknya bila disabel sudah mengalami masalah dalam lower limb, ia tidak harus ditanyakan lebih lanjut tentang bisakah melakukan mobilitas dan apa saja kemampuannya dalam menjalankan kehidupan. Padahal informasi itu, meski disabel sudah dalam kondisi bermaslah dengan lower limb, seperti masih dapat beringsut atau menggeser badannya dan lainnya juga penting untuk dicatat (lihat angket halaman 5-6).

- Untuk rata-rata nilai yang “ada data data dan ada informasi ditindaklanjuti dengan informasi ekstra” untuk kriteria mobilitas dan kirteria kemampuan (scoring 4) hanya diisi secara rata-rata sebesar 13.34 %. Suatu jumlah yang masih jauh dari harapan kelengkapan. Padahal, dalam setiap kelengkapan, justeru scoring dengan nilai 4 inilah yang diharapkan. Seyogyanya

hanya rekam kesehatan OP yang lengkap yang bisa diandalkan. Bilamana di perhatikan luasnya kelompok klasifikasi WHO untuk ICF yang terurai dalam 4 grup ini sebagaimana terlihat pada lembar angket halaman 5 hingga 12 berarti pada RKOP mendatang harus disiapkan daftar evaluasi dari komponen itu sehingga dimasa mendatang setiap tenaga praktisi OP dapat memberikan tanda apakah pasien disabel mengalami salah satu kriteria yang ditanyakan itu. Adalah kewajiban bagi praktisi untuk menjawab sub grup yang dimaksudkan. Informasi yang terkumpul dari setiap negara akan membantu WHO dalam menetapkan program disabel yang konkrit demi pengentasan masalah disabel yang dikabarkan hingga mencapai 1 milyar jiwa (WHO, 2010, UNESCAP 2012). Artinya, WHO akan dapat menetapkan program apa saja yang harus dilakukan di tiap negara. Semakin banyak masalah disuatu negara, semakin serius dan terarah penanganannya bagi negara itu. Saat ini dalam pernyataannya, (WHO – HIFA, 2015) WHO mengatakan bahwa “By 2015, every person worldwide will have access to an informed healthcare provider”. WHO menandakan bahwa menjadi kewajiban setiap insan di dunia untuk saling memberi informasi dimana keberadaan pelayanan kesehehatan berada dan artinya pasien yang membutuhkan pertolongan harus diarahkan ke fasilitas apa dia bisa mendatanganinya. Sejak UUD 45 disahkan pada 18 Agustus 1945 maka dalam bab XIV tentang Kesejahteraan Sosial dalam pasal 34 sudah dikatakan bahwa masalah “fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara“. Justeru kebanyakan orang yang cacad adalah dari kaum yang tidak tergolong berpunya.

Justeru saat ini Klinik Laboratorium Ortotik Prostetik di Politeknik Kemenkes Jakarta I telah melakukan kegiatan yang menunjang pasal 34 UUD 45 itu karena kini sudah cukup banyak didatangi disabel dari berbagai pelosok propinsi, khususnya pulau Jawa. Disabel yang datang tidak dipungut biaya tetapi bahkan ditolong dan diberikan alat yang dibutuhkan (ortose atau protease). Praktisi OP mendatangi kantong-kantong permasalahan di puskesmas yang terdengar memiliki jumlah disabel yang mencolok. Selanjutnya disabel akan didatangi oleh praktisi OP dari Klinik Lab di atas di puskesmas wilayah itu dan disabel yang telah diperiksa praktisi OP akan diarahkan untuk mendatangi lokasi klinik di Jl. Wijaya Kusuma 48, Cilandak, Jakarta Selatan.

Tabel 5.7 Analisis Kualitatif Kelengkapan SOAP JSPO Jakarta

NO	VARIABEL	Hasil Non Skoring SOAP JSPO					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
1	Identitas Patient	7	23.3	23	76.7	30	100
2	Patient Assessment form (Subjective)						
	a. Catatan Keluhan	11	36.7	19	63.3	30	100
	b. Diagnosis Kerja	7	23.3	23	76.7	30	100
	c. riwayat kondisi saat ini	5	16.7	25	83.3	30	100
	d. riwayat pelayanan sebelumnya	10	33.3	20	66.7	30	100
	e. riwayat medis terdahulu						
	f. riwayat sosial dan keluarga	17	56.7	13	43.3	30	100
	g. tujuan disabel dalam pelayanan	18	60	12	40	30	100
	<i>Rata-rata Subjective</i>	11.29	37.63	18.71	62.37	30	100
3	Lower Limb MMT/ROM (Objective)						
	a. Catatan lengkap variabel hip joint, knee joint, ankle, joint dan knee stability	6	20	24	80	30	100
	b. Catatan lengkap 7 variabel	7	23.3	23	76.7	30	100
	c. pola jalan (gait deviation)	13	43.3	17	56.7	30	100
	<i>Rata-rata Objective</i>	8.67	28.87	21.33	71.13	30	100
4	LLO Assessment						
	a. assessment pelayanan	5	16.7	25	83.3	30	100
	b. fungsi dan mobilitas	14	46.7	16	53.3	30	100
	c. kondisi upper limb	7	23.3	23	76.7	30	100
	d. penilaian umum	7	23.3	23	76.7	30	100
	e. diagnosis	12	40	18	60	30	100
	f. functional loss	8	26.7	22	73.3	30	100
	g. orthotic goals	8	26.7	22	73.3	30	100
	h. disain alat	7	23.3	23	76.7	30	100
	i. pergelangan kaki	6	20	24	80	30	100
	j. lutut	13	43.3	17	56.7	30	100
	k. pinggul	16	53.3	14	46.7	30	100
	l. plastik	20	66.7	10	33.3	30	100
	m. Gambar dan catatan khusus	14	46.7	16	53.3	30	100
	n. keterangan untuk praktisi OP	9	30	21	70	30	100
	<i>Rata-rata Assessment</i>	10.43	34.76	19.57	65.24	30	100

NO	VARIABEL	Hasil Non Skoring SOAP JSPO					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
5	Perencanaan						
	a. Gambar Perencanaan lengkap SOAP LLPA	11	36.7	19	63.3	30	100
	b. Identitas dan tanggal pembuat disain	25	83.3	5	16.7	30	100
	<i>Rata-rata Plan</i>	18	60	12	40	30	100
6	Catatan Perkembangan	14	46.7	16	53.3	30	100
Rata-rata keseluruhan (1- 6)		11.14	37.12	18.86	62.88	30.00	100.00

Dari hasil non skoring di atas dapat diketahui bahwa kelengkapan butiran dalam variabel SOAP di JSPO Jakarta masih belum mencapai nilai yang tinggi dan rata-rata keseluruhan adalah 62.88 %. Rekaman yang baik bila nilai kelengkapan informasi yang ditandai dengan “YA” adalah tinggi. Pertanyaannya adalah berapa tinggikah nilai kelengkapan yang harus dicapai? Bila dalam perhitungan statistik biasanya kesalahan hanya boleh 5 %. Berarti nilai jawaban rata-rata “Ya” yang diharapkan adalah 95 % terisi. Badan Kesehatan Dunia (WHO) yang memiliki grup Family International Classifications – Education Impementation Committee (EIC) saat menggelar Pilot Test ICD 10 di 6 negara (2010 – 2012) menetapkan batas keakuratan pemberian kode klasifikasi dalam ICD (International Classification of Diseases) adalah pada tingkat 85%. Berarti nilai di bawah 85% belum baik dan yang dapat diterima yaitu bila keakuratan pengkode klasifikasi kepenyakitan di atas 85%. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa angka kelengkapan rekaman yang diharapkan yaitu pada kisaran antara 85 % - 95%. Semakin tinggi suatu sarana pelayanan kesehatan, misalnya pada rumah sakit pendidikan, maka semakin tinggi pula tuntutan keakuratan yang diharapkan.

Dari pemantauan langsung oleh peneliti ke lapangan, tampaknya pengisian rekaman dengan metoda SOAP belum dilakukan dengan baik. Banyak praktisi OP sebagai pengisi RKOP memang belajar mencatat dengan bertanya kepada seniornya. Belum terlihat adanya buku pedoman yang menjadi tata cara dalam pengisian SOAP, belum juga ada mata kuliah mengajarkan bagaimana menulis rekaman dengan teori SOAP yang biasa diajarkan oleh Lawrence Weed itu. SOAP yang kini diterapkan memang belum seperti apa yang diajarkan oleh

Lawrence Weed, bapak SOAP dunia (1969 – 1973). Berbagai bukunya pun juga tidak ada. Orang memudahkan cara mengungkapkan SOAP hanya berdasarkan subyektif, objektif, assessment dan planning. Tetapi bagaimana kemudian menuliskan kriteria SOAP yang berdasarkan sistem penomoran daftar masalah, belum dilakukan di Klinik Lab di atas. meskipun standar Klasifikasi WHO ICF telah mendunia sejak 2001 yang terutama diperuntukkan bagi klasifikasi bidang keterampilan fisik namun juga tidak tertutup bagi klasifikasi di bidang keteknisian medis namun dari hasil yang muncul, tampaknya belum diketahui praktisi OP. Artinya, Klinik OP pada JSPO Poltekkes Kemenkes Jakarta I harus diberikan pelajaran dan pelatihan pengkodean klasifikasi ICF demi peningkatan keilmuannya. Kelengkapan ICF yang hanya rata-rata 13.34 % yaitu tentang Mobilitas yang terkait pada 4 hal yaitu a) perubahan dan menjaga posisi tubuh, b) membawa, memindahkan dan mengurus objek, 3) jalan dan bergerak dan 4) berpindah menggunakan alat transportasi dan kriteria lainnya itu tentang Kemampuan (self care) harus dicatat demi informasi tentang aktifitas dan partisipasi disabel dalam keseharian hidupnya. Tanpa catatan tentang kriteria ICF, hal ini akan mengurangi data pemerintah manakala dipertanyakan ke lapangan dan menihilkan informasi tentang OP Indonesia pada tingkat internasional

Analisis Kualitatif Kelengkapan SOAP dalam RKOP JSPO Jakarta

Dari hasil pemantauan yang dilakukan, tampak bahwa kriteria data SOAP dapat dilihat dari tabel 5.7 yaitu Analisis Kualitatif Kelengkapan SOAP JSPO Jakarta. Disitu terlihat bahwa identitas pasien memang belum mengikuti kaidah rekaman yang dibakukan seperti adanya nama lebih dari satu yaitu nama sendiri disambung dengan nama suami atau ayah atau diikuti dengan marga. Bagi suku Tionghoa maka marga disebut she dan diletakkan di muka nama sendiri. Misalnya Tan Guan Po maka Tan adalah yang dimuka nama adalah she. Berbeda dengan nama bermarga yang harus ditulis dibelakang nama sendiri. Misalnya Anwar Nasution. Dari telaahan yang dilihat, kelengkapan identitas sebesar 76.7 %. Diharapkan bila disain formulir diperbaiki dimana nama sendiri disandingkan dengan nama Ayah atau suami atau marga, maka kelengkapan dapat lebih maksimal.

Selanjutnya dalam penelitian tentang catatan Subjective untuk RKOP Klinik JSPO (angket halaman 13-14) ini ternyata kelengkapan RKOP yang ada rata-ratanya adalah 62.37 %.

Padahal WHO menghendaki keakuratan data yang tinggi, setidaknya pada tingkatan standar WHO 85% seperti untuk keakuratan pemberian kode klasifikasi hingga mencapai 95% bila mengacu kepada standard degree of freedom (Siegel, S, 1956 dan terjemahannya 1997).

Demikian juga pada tabel 5.7 (angket halaman 14- 15) juga dapat dilihat bahwa rata-rata catatan Objective untuk kondisi Lower limb disabel berdasarkan MMT/ROM (Manual Muscle Test/Range of Motion) sebesar 71.13 % padahal kriteria yang terdapat di dalamnya cukup banyak.

Dalam tabel 5.7 tentang Assessment atau penilaian (angket halaman 15-18) tentang apa tindakan yang harus dilakukan praktisi menampakkan hasil rata-rata untuk 14 butiran lower limb orthotics sebesar 65.24 %. Berarti hasil kurang maksimal. (lihat kuesioner halaman 15 – 18).

Demikian juga tabel 5.7 tentang Perencanaan (planning) (angket halaman 18) terlihat bahwa pendokumentasian tentang perencanaan diisi lengkap sebesar 63.3 % padahal dokumentasi tentang perencanaan terhadap disabel harus pasti ada. Hal ini diperlemah dengan ketiadaan identitas dan tanggal pembuat disain oleh praktisi karena hanya ada 16.7%. Bila digabungkan maka rata-rata data Perencanaan untuk pasien RKOP hanya sebanyak 40%. Padahal Perencanaan adalah amat penting. Hal ini sebagai dasar untuk menindaklanjuti pelayanan disabel. Hasil ini menunjukkan bahwa rekaman harus lebih ditingkatkan kualitasnya.

Pemanfaatan Data dan Hasilnya

Dalam **Metoda Hatta**, setiap masukan dalam rekam kesehatan harus dianalisis kelengkapan informasinya. Itulah hakekat yang seharusnya terjadi untuk suatu rekaman kesehatan. Dalam metoda Hatta, angket kuesioner penelaahan rekam kesehatan harus dibagi dalam 2 (dua) kolom. Maksudnya adalah untuk menata dan memudahkan cara pandang konsep peneliti atau evaluator rekaman di dua fokus yang berbeda. Disini, analisis dibagi dua yaitu analisis kuantitatif dan kualitatif. Kemudian, analisis kualitatif dibagi dalam kualitatif administrasi dan medis. Hal mana telah dijelaskan di muka. Untuk melakukan analisis kualitatif medis maka pertanyaan tiap butiran (variabel) di bagi dalam azas kelengkapan dan pemanfaatan data. Lihat tabel 5.8 di bawah ini.

Tabel 5.8 Metoda Hatta untuk Analisis Kualitatif Medis

<i>ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI</i>	<i>PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (= Pemanfaatan Data =PD) ini adalah Analisis Kualitatif Medis</i>
42 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – problem disabel:</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP terdapat problem/catatan keluhan disabel ? 1 = tidak 2 = ya	44 <u>PD Subjektif SOAP Problem Disabel</u> Bila subyektif SOAP mencantumkan problem/ keluhan disabel, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ?. 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan

Kolom kiri untuk melihat Kelengkapan Data/Informasi yang ditandai dengan simbol kode TIDAK (= nilai 1) atau Ya (= nilai 2) sedangkan kolom kanan untuk mengetahui tentang Pemanfaatan Kelengkapan Informasi atau disebut Pemanfaatan Data (PD). PD inilah yang menjadi fokusnya Analisis Kualitatif Medis dalam Metoda Hatta dan bisa dilakukan oleh setiap praktisi atau analisator kesehatan yang terlatih di kondisi atau diagnosis apapun. Termasuk pada unsur keteknisian medis pada OP ini.

Bagaimana membaca tabel Metoda Hatta ini ?

Setiap rekam kesehatan yang memuat kondisi atau diagnosis apapun harus dianalisis kelengkapannya. Dalam Metoda Hatta, kolom PD (kanan) wajib dianalisis kelengkapan informasinya. Bila kolom kelengkapan data (kolom kiri) menjawab dengan no. 1 atau TIDAK maka padanannya di kolom PD (kanan) adalah no. 9 = TIDAK ADA KETERANGAN. Bila kolom Kelengkapan Data (Informasi) (kolom kiri) menjawab dengan no. 2 atau YA, maka padanannya di kolom PD (kanan) dengan 3 (tiga) kemungkinan jawaban yaitu :

- (a) Ya (angket kolom kiri) bisa dijawab dengan jawaban PD sebagai 0 = bukan kasus ini. Artinya disabel memang ada informasi namun kondisinya tidak termasuk bermasalah
- (b) ya (kolom kiri) dijawab di PD dengan 1 = tidak, artinya rekaman tidak menemukan adanya informasi lanjutan meskipun disabel/pasien diketahui bermasalah (hal ini tidak baik);

- (c) YA (angket kolom kiri) yang dilanjutkan di kolom PD (kanan) dengan nilai 2 atau YA. Artinya, kondisi pasien yang bermasalah telah ditindaklanjuti oleh terapis atau tenaga kesehatan. Ini adalah nilai yang terbaik yang seharusnya dimiliki setiap rekam kesehatan apapun! Jadi, ada tindak lanjut suatu pelayanan. Selanjutnya, disusun prinsip skor:

Tabel 5.9 Nilai Angket dan Skoring Metoda Hatta

Angket Kolom kiri = Kelengkapan Data	Angket Kolom Kanan = Analisis Kualitatif Medis = Pemanfaatan Data)	Nilai Skor
1 = tidak	9 = tidak ada keterangan (TAK)	1 !
2 = ya	0 = bukan kasus ini	3
	1 = TIDAK ADA informasi lanjutan	2 !
	2 = ADA informasi lanjutan	4

Untuk diperhatikan:

Yang menjadi kerisauan seorang praktisi analisator rekaman (evaluator) yaitu bilamana ada masalah (ya = 2 pada kolom kiri) namun ternyata TIDAK ada data/informasi lanjutan (kolom kanan angket PD) sehingga hanya $\frac{1}{2}$ nilai skor ADA atau = 2 dari yang seharusnya 4 (bila ada)

Jadi, semakin banyak nilai 2 pada SKOR berarti amat disayangkan bahwa rekaman yang sudah menunjukkan ada “sesuatu” (YA) (kolom kiri) ternyata datanya tidak dimanfaatkan dan tidak dicatat tentang apa saja yang telah dilakukan oleh tenaga praktisi kesehatan saat menangani pasien/disabel. Inilah fokus perhatian Metoda Hatta saat menelaah rekaman dengan jenis kondisi/diagnosis apapun. Meskipun kegiatan dilakukan namun tidak disertai catatan dalam RKOP maka hal ini menunjukkan lemahnya pendokumentasian RKOP karena kegiatan tidak bisa dibuktikan tanpa pendokumentasian.

Tentu saja untuk kondisi skor 1 juga mendapat perhatian. Semakin banyak nilai skor atau nilai kelengkapan sebagai 1, pimpinan harus amat memperhatikan ada apa di lapangan. Perlu upaya evaluasi lebih jauh. Kondisi yang paling aman yaitu pada nilai SKOR = 3 dan 4. **Nilai 4** adalah nilai rekaman yang berkualitas dan ini yang selalu harus dipertahankan oleh fasyankes.

Pada angket, kolom kiri adalah kelengkapan data dan kolom kanan adalah pemanfaatan data dari Metoda Hatta. Dalam sistem ini, bila kelengkapan data pada angket (kiri) menunjukkan

nilai TIDAK (= 1) maka pemanfaatan data (angket kolom kanan) muncul dengan nilai 9 = tidak ada keterangan. Bila kelengkapan data pada angket (kiri) adalah YA (= 2) maka hasil pemanfaatan data pada angket (kanan) atau pada tabel di bawah ini bisa a) berupa 0 = bukan kasus ini, atau b) 1 = tidak ada informasi tambahan; C) 2 = ada informasi tambahan..

Rangkuman data ICF

Berdasarkan keterangan tentang Pemanfaatan Data di atas maka hasil rangkuman data ICF berdasarkan tabel 5.6 sebelumnya di atas dapat dituangkan sebagai berikut.

Tabel 5.10 Rangkuman Pemanfaatan Data ICF Analisis Kualitatif Medis

No.	Variabel ICF (CPD 33 – 41)	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
	Kriteria Mobilitas										
1	Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh	20	66.7	3	10	1	3.3	6	20	30	100
2	Membawa, Memindahkan dan Mengurus Objek	26	86.7	1	3.3	2	6.7	1	3.3	30	100
3	Jalan dan Bergerak	15	50	4	13.3	2	6.7	9	30	30	100
4	Berpindah Menggunakan alat Transportasi	27	90	0	0	1	3.3	2	6.7	30	100
	Kriteria Kemampuan										
5	Self Care	27	90	0	0	1	3.3	2	6.7	30	100
	Rata-rata yang terlengkap kolom 4								13.34		

Bila diperhatikan rangkuman penggunaan ICF pada kolom 4 sebagai kolom yang terlengkap hanya sedikit sekali yang bila dirata-ratakan hanya 13.34 %. Hal ini menunjukkan bahwa informasi tentang ICF tentang Activities and Participation yaitu pada chapter 4 tentang Mobility dan chapter 5 tentang Selfcare harus menjadi masukan tersendiri dalam RKOP.

Selanjutnya kita melihat di tabel 5.7 di atas tentang Analisis Kualitatif Medis pada SOAP di JSPO maka dari hasil itu akan dilihat sejauh apa penerapan kelengkapan data SOAP yang membuahkan pemanfaatan data terjadi di RKOP Jakarta.

Tabel 5.11 Subjektif Pemanfaatan Data JSPO Jakarta

No	Variabel Subjektif (CPD 44 – 56)	Nilai Scoring hasil Pemanfaatan Data JSPO									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Catatan Keluhan	11	36.7	9	30	0	0	10	33.3	30	100
2	Diagnosis Kerja	7	23.3	15	50	1	3.3	7	23.3	30	100
3	riwayat kondisi saat ini	5	16.7	10	33.3	0	0	15	50	30	100
4	riwayat pelayanan sebelumnya	10	33.3	9	30	1	3.3	10	33.3	30	100
5	riwayat medis terdahulu	11	36.7	4	13.3	0	0	15	50	30	100
6	riwayat sosial dan keluarga	17	56.7	8	26.7	0	0	5	16.7	30	100
7	tujuan disabel dalam pelayanan	18	60	8	26.7	0	0	4	13.3	30	100
	Rata-rata kolom 4 (terlengkap)								31.41		

Merujuk pada tabel 5.9 tentang Nilai Angket dan Skoring Metoda Hatta tampak bahwa pada tabel 5.10 kolom nilai scoring 1 mengatakan bahwa data Subjektif yang paling tidak ada keterangan adalah “informasi tentang tujuan disabel” (60%) (18/30) (CPD 56). Padahal seharusnya praktisi RKOP di Jakarta I bisa mendapatkan informasi tentang bagaimana kesediaan/komitmen disabel atau wali dalam mendukung kesuksesan tujuan program OP. Semakin kuat bukti adanya komitmen disabel atau keluarganya dalam mengikuti berbagai rangkaian pelayanan, semakin besar kecenderungan kesuksesan program OP bagi disabel. Demikian juga angka scoring 1 yaitu “tidak ada keterangan” terlihat tinggi pada riwayat sosial dan keluarga (56.7%)(17/30)(CPD 54) sedangkan untuk catatan keluhan (CPD 44) dan riwayat medis (CPD52), sama-sama memiliki besaran tidak ada keterangan sebanyak 36.7% (11/30).

Kurangnya informasi pada kolom 1 = scoring nilai 1 atau “tidak dan tidak ada keterangan” di atas menunjukkan kesan bahwa praktisi OP kurang mendokumentasikan hal tersebut dalam RKOP sehingga analisator tidak menemukan bahwa butiran itu telah ditanya. Bisa jadi disabel atau walinya tidak ditanya secara terarah atau beberapa diantara disabel dan wali betul-betul tidak mengetahui. Untuk itu, seharusnya pun, praktisi OP tegas dalam mendokumentasi RKOP dan tetap mendokumentasikan di RKOP dengan kata “disabel/wali tidak tahu”, minimal ada tanda “---“ (strip nihil). Bila begitu, artinya praktisi OP sudah bertanya namun tidak ada jawaban. Bila demikian maka analisator kelengkapan RKOP akan membubuhkan pada angket kolom kiri sebagai Ya (karena praktisi OP sudah melakukan proses

tanya) namun untuk kolom kanan untuk pemanfaatan data dalam Metoda Hatta dikatakan sebagai tidak. Oleh karena disabel tidak memberikan jawaban.

Dalam tabel 5.11, kolom 2 mempunyai nilai scoring 2 yaitu tempat dari variabel yang “menunjukkan ADA informasi namun rekaman TIDAK memiliki informasi lebih lanjut yang lebih spesifik tentang kelanjutan dari pelayanan”. Dari tabel 5.8 tampak diagnosis kerja (50%) (15/30) (CPD 46) mendapat nilai terbanyak yang diikuti dengan riwayat kondisi saat ini (33.3 %) (n = 10/30) (CPD 48)t. Hal ini memberi indikasi bahwa praktisi OP seharusnya lebih meningkatkan diri dalam lebih mencantumkan informasi tentang diagnosis kerja dan riwayat kondisi saat ini. Kurangnya kelengkapan informasi ini perlu diperhatikan agar mahasiswa yang memasukkan informasi ke dalam RKOP cukup mendapat latihan dalam menulisi rekaman dan ada unsur keabsahannya. Kelengkapan data yang jelas ini penting terlebih saat RKOP disabel itu terkait dengan kasus perkara bahkan hingga ke pengadilan. Demikian juga ada dua variabel yang sama-sama masuk dalam nilai scoring 2 lainnya yaitu a) informasi tentang riwayat sosial dan keluarga serta b) tujuan disabel, sama-sama dinyatakan “ada informasi namun tidak disertai dengan keterangan tambahan” sama-sama memiliki nilai (26.7%) (8/30). Dari masukan di atas untuk scoring 2, tentunya amat disayangkan bahwa meski sudah ada kelengkapan data namun tidak ditindak lanjuti dan kurang mendapat perhatian. Terlebih pada diagnosis kerja.

Dari tabel 5.11 tampak dalam scoring 2 tentang riwayat medis dengan nilai rendah (13.3%). Seyogyanya, bila disabel sudah ditanya tetapi ia tidak mempunyai riwayat medis maka praktisi OP di lapangan wajib memberikan kode informasi, misalnya “tidak ada” atau “tahu” maka cantumkan nama penyakit medis terdahulu disabel. Biasanya diyang kondisi medis bisa dilihat dari kategori berat misalnya operasi bahkan bisa juga hanya mencantumkan “flu ringan seminggu yang lalu”, artinya tetap ada informasi medis. Setidaknya penilaian terserah kepada penilai praktisi kesehatan lainnya. Se jauh rekaman mencantumkan informasi, bahkan hanya dengan strip “---“ sekalipun. Artinya pertanyaan sudah diajukan. Kalau tidak ada strip ataupun informasi, barulah artinya RKOP tidak diketahui sama sekali.

Dalam tabel 5.11 di atas pada kolom 3 yang artinya masuk dalam kategori “bukan kasus ini” (tabel 5.7) dengan nilai scoring 3 tampak bahwa diagnosis kerja (CPD 46) dan riwayat pelayanan sebelumnya (CPD 50) hanya terdapat pada 1 kasus (3.3%) (1/30).

Sedangkan nilai subyektif yang paling lengkap (nilai scoring 4) terdapat pada 7 butiran dengan nilai scoring terbanyak terdapat pada riwayat kondisi saat ini (50%)(15/30)(CPD 48) dan riwayat medis terdahulu (50%)(15/30)(CPD 52). Sedangkan kelompok lengkap yang paling sedikit ada pada tujuan disabel dalam pelayanan (13.3%) (4/30) (CPD 56). Sayang bahwa bila kolom 4 dijumlahkan dan dibagi 7 maka didapat nilai rata-rata adanya unsur subyektif yang dilengkapi dengan lengkap hanya pada nilai **31.41%**. Hal ini memberi arti pentingnya peningkatan kelengkapan informasi Subyektif dengan JAUH lebih baik.

Tabel 5.12 Objektif Pemanfaatan Data JSOP Jakarta

No	Variabel OBJEKTIF (CPD 58 – 62)	Nilai Scoring hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Catatan lengkap variabel hip joint, knee joint, ankle, joint dan knee stability	6	20	7	23.3	0	0	17	56.7	30	100
2	Catatan lengkap 7 variable	7	2.3	8	26.7	0	0	15	50	30	100
3	Pola jalan (gait deviation)	13	43.3	3	10	2	6.7	12	40	30	100
	Rata-rata kolom 4 (terlengkap)								48.90		

Dari tabel 5.12 tentang Objektif ternyata kelengkapan hanya 48.90 %. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak latihan kepada praktisi OP dalam menghasilkan data yang baik dan benar pada RKOP JSPO Jakarta.

Tabel 5.13 Assessment Pemanfaatan Data JSOP Jakarta

No	Variabel ASSESSMENT	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	N	%	n	%	N	%	N	%
1	assessment pelayanan	5	16.7	11	36.7	0	0	14	46.7	30	100
2	fungsi dan mobilitas	14	46.7	6	20	0	0	10	33.3	30	100
3	kondisi upper limb	7	23.3	16	53.3	1	3.3	6	20	30	100
4	penilaian umum	7	23.3	8	26.7	0	0	15	50	30	100
5	Diagnosis	12	40	5	16.7	0	0	13	43.3	30	100
6	functional loss	8	26.7	9	30	0	0	13	43.3	30	100
7	orthotic goals	8	26.7	9	30	1	3.3	12	40	30	100
8	disain alat	7	23.3	8	26.7	0	0	15	50	30	100
9	pergelangan kaki	6	20	10	33.3	0	0	14	46.7	30	100

No	Variabel ASSESSMENT	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	N	%	n	%	N	%	N	%
10	Lutut	13	43.3	6	20	2	6.7	9	30	30	100
11	Pinggul	16	53.3	4	13.3	3	10	7	23.3	30	100
12	Plastik	20	66.7	6	20	0	0	4	13.3	30	100
13	Gambar dan catatan khusus	14	46.7	6	20	0	0	10	33.3	30	100
14	keterangan untuk praktisi OP	9	30	8	26.7	0	0	13	43.3	30	100
	Rata-rata nilai kolom 4 untuk kelengkapan belum di atas 50%								36.89		

Dari data di atas kolom terlengkap hanya mendapat nilai 36.89 %.Berarti pendokumentasian masih belum dimaksimalkan.

Tabel 5.14 Perencanaan Pemanfaatan Data JSPO Jakaarta

No.	Variabel	Nilai scoring Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
1	Gambar Perencanaan lengkap SOAP LLPA	11	36.7	5	16.7	0	0	14	46.7	30	100
2	Identitas dan tanggal pembuat disain	25	83.3	4	13.3	0	0	1	3.3	30	100
3	Catatan Perkembangan	14	46.7	3	10	0	0	13	43.3	30	100
	RATA-RATA UNTUK KOLOM TERLENGKAP 4								31.10		

Bila di rangkum akan tampak nilai ada pemanfaatan data pada nilai 3 dan 4 sebagai jalur di sebelah kanan tabel di bawah ini. Sebagai contoh. Terlihat bahwa untuk catatan keluhan dalam subjektif pada skor 3 dan 4 adalah 10 dengan nilai 33.3 % pada keduanya. Dengan jalan demikian dapat diketahui bahwa score 3 adalah jawaban ya tetapi bukan kasus ini. Sedangkan jawaban ya dan ada informasi extra disebut sebagai yang terbaik dan diberi nilai 4. Lihat tabel 5.9 di atas.

Selanjutnya dari data di bawah ini terlihat bahwa nilai score 4 masih harus ditingkatkan demi tegaknya rekaman yang lengkap.

Rangkuman Pemanfaatan Data RKOP JSPO Jakarta

Dari tabel 5.14.1 tentang Rangkuman Pemanfaatan Data RKOP JSPO Jakarta, di bawah ini, terlihat bahwa rata-rata hasil yang diperoleh masih menunjukkan Perencanaan SOAP belum memiliki pendokumentasian yang lengkap. Hal gambar merupakan yang tertinggi dilengkapi namun data lain seperti identitas dan tanggal pembuatan disain tidak ada pada setiap disain. Begitu juga catatan perkembangan masih belum diikuti dengan baik. Belum ada nilai 50 % ke atas. Nilai kolom terlengkap dalam perencanaan hanya 31.10 %.

Tabel 5.141 Rangkuman Pemanfaatan Data RKOP JSPO Jakarta

Subjektif													
No.	Variabel	Hasil Pemanfaatan Data										Ada Pemanfaatan Data (3+4 score)	
		1		2		3		4		Jumlah			
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1	Catatan Keluhan	11	36.7	9	30	0	0	10	33.3	30	100	10	33.3
2	Diagnosis Kerja	7	23.3	15	50	1	3.3	7	23.3	30	100	8	26.6
3	riwayat kondisi saat ini	5	16.7	10	33.3	0	0	15	50	30	100	15	50
4	riwayat pelayanan sebelumnya	10	33.3	9	30	1	3.3	10	33.3	30	100	11	36.6
5	riwayat medis terdahulu	11	36.7	4	13.3	0	0	15	50	30	100	15	50
6	riwayat sosial dan keluarga	17	56.7	8	26.7	0	0	5	16.7	30	100	5	16.7
7	tujuan disabel dalam pelayanan	18	60	8	26.7	0	0	4	13.3	30	100	4	13.3
												0	0
Objektif												0	0
No.	Variabel	Hasil Pemanfaatan Data										0	0
		1		2		3		4		Jumlah		7	0
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
1	Catatan lengkap variabel hip joint, knee joint, ankle, joint dan knee stability	6	20	7	23.3	0	0	17	56.7	30	100	17	56.7
2	Catatan lengkap 7 variabel	7	23.3	8	26.7	0	0	15	50	30	100	15	50
3	pola jalan (gait deviation)	13	43.3	3	10	2	6.7	12	40	30	100	14	46.7
												0	0
Assessment												0	0
No.	Variabel	Hasil Pemanfaatan Data										0	0
		1		2		3		4		Jumlah		7	0
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
1	assessment pelayanan	5	16.7	11	36.7	0	0	14	46.7	30	100	14	46.7
2	fungsi dan mobilitas	14	46.7	6	20	0	0	10	33.3	30	100	10	33.3
3	kondisi upper limb	7	23.3	16	53.3	1	3.3	6	20	30	100	7	23.3
4	penilaian umum	7	23.3	8	26.7	0	0	15	50	30	100	15	50
5	diagnosis	12	40	5	16.7	0	0	13	43.3	30	100	13	43.3
6	functional loss	8	26.7	9	30	0	0	13	43.3	30	100	13	43.3
7	orthotic goals	8	26.7	9	30	1	3.3	12	40	30	100	13	43.3
8	disain alat	7	23.3	8	26.7	0	0	15	50	30	100	15	50
9	pergelangan kaki	6	20	10	33.3	0	0	14	46.7	30	100	14	46.7
10	lutut	13	43.3	6	20	2	6.7	9	30	30	100	11	36.7
11	pinggul	16	53.3	4	13.3	3	10	7	23.3	30	100	10	33.3
12	plastik	20	66.7	6	20	0	0	4	13.3	30	100	4	13.3
13	Gambar dan catatan khusus	14	46.7	6	20	0	0	10	33.3	30	100	10	33.3
14	keterangan untuk praktisi OP	9	30	8	26.7	0	0	13	43.3	30	100	13	43.3
												0	0
Plan												0	0
No.	Variabel	Hasil Pemanfaatan Data										0	0
		1		2		3		4		Jumlah		7	0
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
1	Gambar Perencanaan lengkap SOAP LLPA	11	36.7	5	16.7	0	0	14	46.7	30	100	14	46.7
2	Identitas dan tanggal pembuat disain	25	83.3	4	13.3	0	0	1	3.3	30	100	1	3.3
3	Catatan Perkembangan	14	46.7	3	10	0	0	13	43.3	30	100	13	43.3

Factor Analysis

Selanjutnya, untuk mendapatkan variabel apa yang diperlukan dalam mendisain formulir maka dilakukan pendekatan dengan metoda SPSS factor Analysis. Analisis faktor ini bukanlah merupakan metoda statistik tunggal. Tidak seperti t-test atau Anova, analisis faktor bukanlah suatu test yang membedakan antar kelompok subyek namun analisis faktor memperlihatkan suatu susunan yang kompleks dari prosedur struktur analisa yang digunakan untuk mengidentifikasi hubungan timbal balik (interrelationship) antara sejumlah besar set variabel yang diamati. Kemudian melalui pengurangan data, untuk menggolongkan kelompok set variabel yang lebih kecil ke dalam dimensi atau faktor yang memiliki karakteristik umum (Sullivan, Pett dan Lakey, 2003).

Dalam penelitian ini dipilih nilai varimax JSPO pada perputaran factor analysis sebagai 0.5 dan diperoleh hasil eigen values yang membentuk sejumlah faktor yang akan diteliti.

Dari faktor analysis keluar laporan eigen values sebagai berikut.

Laporan Eigen values

Dari hasil factor analysis dengan Varimax 0.5 untuk Poltekkes Jakarta, muncul data eigen value yang dimulai dari nilai 1 (satu) hingga berhenti pada nomor tertentu. Dalam hal ini, perputaran data menghasilkan 9. Angka inilah yang kemudian dijadikan dasar untuk 9 faktor analisis dari nilai JSOP Jakarta. Nilai di bawah 1 tidak diperhatikan.

Pengertian eigen value dimaksudkan sebagai jumlah varian yang dijelaskan oleh setiap variabel.

Dari 'Tabel 5.15 Eigenvalue dengan Vaimax 0.5 untuk Poltekkes Jakarta I', terbentuk 9 faktor analysis untuk JSPO berdasarkan nilai ambil di atas 1. Semakin tinggi nilai rotasi, semakin sedikit variabel yang terpilih.

Tujuan Analisis VARIMAX :

Menyederhanakan kerumitan faktor dengan memaksimalkan variasi koefisien muatan pada tiap faktor,

Tabel 5.15 Eigenvalue dengan Varimax 0.5 untuk Poltekkes Jakarta

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9.196	28.738	28.738	9.196	28.738	28.738
2	3.849	12.027	40.765	3.849	12.027	40.765
3	3.562	11.131	51.895	3.562	11.131	51.895
4	2.365	7.391	59.286	2.365	7.391	59.286
5	1.975	6.173	65.459	1.975	6.173	65.459
6	1.625	5.077	70.536	1.625	5.077	70.536
7	1.274	3.981	74.517	1.274	3.981	74.517
8	1.201	3.755	78.272	1.201	3.755	78.272
9	1.062	3.318	81.590	1.062	3.318	81.590
10	.956	2.986	84.577			
11	.904	2.825	87.402			
12	.690	2.156	89.558			
13	.649	2.028	91.586			
14	.541	1.691	93.277			
15	.480	1.499	94.776			
16	.365	1.141	95.917			
17	.288	.900	96.817			
18	.266	.832	97.649			
19	.219	.685	98.334			
20	.143	.447	98.780			
21	.124	.388	99.169			
22	.092	.289	99.458			
23	.069	.215	99.673			
24	.046	.142	99.815			
25	.032	.101	99.916			
26	.016	.051	99.967			
27	.006	.018	99.985			
28	.004	.013	99.998			
29	.001	.002	100.000			
30	.000	.000	100.000			
31	.000	.000	100.000			
32	.000	.000	100.000			

Nilai yang diambil
yaitu yang berada
di atas nilai 1 :

Nomor 1 hingga 9
menjadi kelompok
faktor terpilih

. Dari tabel 5.15 di atas dengan rotasi 0.5 terlihat pembentukan 9 grup Faktor Analisis dengan nilai di atas 1 yang ditunjukkan dalam tabel 5.16 di bawah ini.

Tabel 5.16 Metode Varimax 0.5 Klinik JSOP Jakarta

dengan jumlah faktor $11 + 7 + 4 + 5 + 2 + 1 + 1 + 2 + 1 = 33$ variabel Jakarta

Faktor 1 General LLO (11 variabel)			Faktor 3 (lanjuran dr kiri bawah)		
CPD 88	SOAP LLO gambar-catatan khusus	0.633	CPD 39	Berpindah pakai alat transportasi	0.939
CPD 64	LLO assessment pelayanan	0.885	CPD 41	Menangani diri sendiri	0.732
CPD 70	General Assessment dalam SOAP LLO	0.521	Faktor 4	(5 variabel)	
CPD 72	SOAP LLO diagnosis	0.486	CPD 50	SOAP riwayat pelayanan sebelumnya	0.624
CPD 76	SOAP LLO Orthotic goals	0.799	CPD 52	SOAP riwayat medis dahulu	0.655
CPD 78	SOAP LLO Disain alat	0.740	CPD 54	SOAP riwayat sosial dan keluarga	0.803
CPD 80	SOAP LLO Pergelangan kaki (ankle)	0.811	CPD 56	SOAP tujuan disable dlm mncapaitujuan pelayanan	0.627
CPD 82	SOAP LLO Lutut	0.804	CPD 33	Perubahan Menjaga Posisi Tubuh	0.538
CPD 84	SOAP LLO pinggul	0.929	Faktor 5	(2 variabel)	
CPD 90	SOAP LLO keterangan utk praktisi OP	0.722	CPD 60	SOAP 7 Variabel	0.709
CPD 96	Catatan Perkembangan	0.847	CPD 86	SOAP LLO plastic	0.743
Faktor 2	(7 v)	(7 v)	Faktor 6	(1 variabel)	
CPD 58	Lower Limb MMT/ROM	0.580	CPD 94	SOAP LLPA identitas disainer dan tanggal disain	0.838
CPD 74	SOAP LLO functional loss	0.642	Faktor 7	(1variabel)	
CPD 82	SOAP LLO lutut	0.804	CPD 92	SOAP LLPA gambar disain	0.843
CPD 84	SOAP LLO pinggul	0.929	Faktor 8	(2 variabel)	
CPD 88	SOAP LLO gambar-catatan khusus	0.633	CPD 44	SOAP Problem disable	0.525
CPD 37	Berjalan dan Bergerak	0.785	CPD 62	SOAP gait deviation	0.582
CPD 68	Kondisi upper limb LLO	0.733	Faktor 9	(1 variabel) moving	
Faktor 3	(4 variabel)		CPD 46	SOAP diagnosis kerja	0.879
CPD 66	Fungsi dan Mobilitas	0.451	Teknik Rotasi	Jenis ROTASI: ORTHOGONAL	
PD 35	Membawa, memindahkan, dan mengurus objek	0.973	VARIMAX	Tujuan Analisis VARIMAX : Menyederhanakan kerumitan faktor dengan memaksimalkan variasi koefisien muatan pada tiap faktor	

Tabel 5.17.0 Analisis Kualitatif Medis untuk Pemanfaatan Data SOAP di Solo

No	Variabel Subjektif Solo	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1	Catatan Keluhan	0	0	10	100	0	0	0	0	10	100
2	Diagnosis Kerja	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
3	riwayat kondisi saat ini	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
4	riwayat pelayanan sebelumnya	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
5	riwayat medis terdahulu	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
6	riwayat sosial dan keluarga	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
7	tujuan disabel dalam pelayanan	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100

No	Variabel Objektif Solo	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1	Catatan lengkap variabel hip joint, knee joint, ankle, joint dan knee stability	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
2	Catatan lengkap 7 variabel	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
3	pola jalan (gait deviation)	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100

No	Variabel Assessment Solo	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1	assessment pelayanan	5	50	0	0	0	0	5	50	10	100
2	fungsi dan mobilitas	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
3	kondisi upper limb	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
4	penilaian umum	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
5	Diagnosis	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
6	functional loss	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
7	orthotic goals	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
8	disain alat	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
9	pergelangan kaki	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
10	Lutut	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
11	Pinggul	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
12	Plastik	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
13	Gambar dan catatan khusus	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
14	keterangan untuk praktisi OP	9	90	0	0	0	0	1	10	10	100

No	Variabel Plan Solo	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1	Gambar Perencanaan lengkap SOAP LLPA	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
2	Identitas dan tanggal pembuat disain	0	0	0	0	0	0	10	100	10	100
3	Catatan Perkembangan	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100

ICF di SOLO

No.	Variabel ICF	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
	Kriteria Mobilitas										
1	Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
2	Membawa, Memindahkan dan Mengurus Objek	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
3	Jalan dan Bergerak	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
4	Berpindah Menggunakan alat Transportasi	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100
	Kriteria Kemampuan										
5	Self Care	10	100	0	0	0	0	0	0	10	100

Dari data di atas tabel 5.17.0 variabel SOAP Solo ($n = 10$) tampak banyak nilai 0 dalam kolom scoring 2 dan 3. Yang setidaknya terisi pada kolom 1 dan 4. Hal ini menyebabkan kesulitan atau kegagalan dalam pelaksanaan proses rotasi varimax dalam proses Faktor Analisis.

Bahkan dalam kolom tabel variabel ICF untuk pemanfaatan data juga banyak nilai kosong. Hanya kolom 1 yang terisi.

Mengapa terjadi ? Lembaran dari RKOP Solo memang belum memiliki butir pertanyaan yang banyak dan bisa jadi praktisi pendata juga belum cukup terlatih meski sebelumnya sudah diberikan penjelasan. Selain itu tidak adanya ICF yang dikenal juga menjadi kendala pengisian meski seharusnya ICF sudah lama dikenal praktisi.

Tabel 5.17.1 ANALISIS KUALITATIF MEDIS SOAP SOLO

NO	VARIABEL	Hasil Non Skoring SOAP di SOLO					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		N	%	N	%	N	%
1	Identitas Patient	0	0	10	100	10	100
2	Patient Assessment form (Subjective)						
	a. Catatan Keluhan	0	0	10	100	10	100
	b. Diagnosis Kerja	10	100	0	0	10	100
	c. riwayat kondisi saat ini	0	0	10	100	10	100
	d. riwayat pelayanan sebelumnya	0	0	10	100	10	100
	e. riwayat medis terdahulu	0	0	10	100	10	100
	f. riwayat sosial dan keluarga	10	100	0	0	10	100
	g. tujuan disabel dalam pelayanan	10	100	0	0	10	100
	<i>Rata-rata Subjective</i>	4.3	42.9	5.7	57.1	10.0	100.0
3	Lower Limb MMT/ROM (Objective)						
	a. Catatan lengkap variabel hip joint, knee joint, ankle, joint dan knee stability	0	0	10	100	10	100
	b. Catatan lengkap 7 variabel	0	0	10	100	10	
	c. pola jalan (gait deviation)	0	0	10	100	10	
	<i>Rata-rata Objective</i>	0	0	10	100	10	
4	LLO Assessment						4
	a. assessment pelayanan	5	50	5	50	10	100
	b. fungsi dan mobilitas	10	100	0	0	10	100
	c. kondisi upper limb	10	100	0	0	10	100
	d. penilaian umum	0	0	10	100	10	100
	e. diagnosis	0	0	10	100	10	100
	f. functional loss	0	0	10	100	10	100
	g. orthotic goals	10	100	0	0	10	100
	h. disain alat	0	0	10	100	10	100
	i. pergelangan kaki	0	0	10	100	10	100
	j. lutut	0	0	10	100	10	100
	k. pinggul	0	0	10	100	10	100
	l. plastik	0	0	10	100	10	100
	m. Gambar dan catatan khusus	10	100	0	0	10	100
	n. keterangan untuk praktisi OP	9	90	1	10	10	100
	<i>Rata-rata Assessment</i>	3.9	38.6	6.1	61.4	10.0	100.0
5	Perencanaan (Plan)						
	a. Gambar Perencanaan lengkap SOAP LLPA	0	0	10	100	10	100
	b. Identitas dan tanggal pembuat disain	0	0	10	100	10	100
	<i>Total Plan</i>	0	0	10	100	10	100
6	Catatan Perkembangan	10	100	0	0	10	100

Tabel 5.17.2 Analisis Kualitatif Medis SOAP JSPO Jakarta - SOLO

No.	Variabel	Hasil non Skoring					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		n	%	n	%	N	%
1	Identitas Patient	7	17.5	33	82.5	40	100
	Patient Assessment form						
2	(Subjective)						
	a. Catatan Keluhan	11	27.5	29	82.5	40	100
	b. Diagnosis Kerja	17	42.5	23	57.5	40	100
	c. riwayat kondisi saat ini	5	12.5	35	87.5	40	100
	d. riwayat pelayanan sebelumnya	10	25	30	75	40	100
	e. riwayat medis terdahulu	11	27.5	29	72.5	40	100
	f. riwayat sosial dan keluarga	27	77.5	13	22.5	40	100
	g. tujuan disabel dalam pelayanan	28	70	12	30	40	100
	<i>Rata-rata Subjective</i>	15.6	40.4	24.4	61.1	40.0	100.0
3	Lower Limb MMT/ROM (Objective)						
	a. Catatan lengkap variabel hip joint, knee joint, ankle, joint dan knee stability	6	15	34	85	40	100
	b. Catatan lengkap 7 variabel	7	17.5	33	82.5	40	100
	c. pola jalan (gait deviation)	13	32.5	27	67.5	40	100
	<i>Rata-rata Objective</i>	8.7	21.7	31.3	78.3	40.0	100.0
4	LLO Assessment						
	a. assessment pelayanan	10	25	30	75	40	100
	b. fungsi dan mobilitas	24	60	16	40	40	100
	c. kondisi upper limb	17	42.5	23	57.5	40	100
	d. penilaian umum	7	17.5	33	82.5	40	100
	e. diagnosis	12	30	28	70	40	100
	f. functional loss	8	20	32	80	40	100
	g. orthotic goals	18	45	22	55	40	100
	h. disain alat	7	17.5	33	82.5	40	100
	i. pergelangan kaki	6	15	34	85	40	100
	j. lutut	13	32.5	27	67.5	40	100
	k. pinggul	16	40	24	60	40	100
	l. plastik	20	50	20	50	40	100
	m. Gambar dan catatan khusus	24	60	16	40	40	100
	n. keterangan untuk praktisi OP	18	45	22	55	40	100
	<i>Rata-rata Assessment</i>	14.3	35.7	25.7	64.3	40.0	100.0
5	Perencanaan (Plan)						
	a. Gambar Perencanaan lengkap SOAP LLPA	11	27.5	29	72.5	40	100
	b. Identitas dan tanggal pembuat disain	25	72.5	15	37.5	40	100
	<i>Rata-rata Plan</i>	18	50	22	55	40	100
6	Catatan Perkembangan	24	60	16	40	40	100

Untuk menghasilkan formulir yang lebih efektif dan menggambarkan kondisi OP yang lebih bersifat merata maka perlu dicari hasil Pemanfaatan Data dari Metoda Hatta untuk perbaikan formulir .

Tabel 5.18 HASIL PEMANFAATAN DATA SOAP JSPO JAKARTA – SOLO

No.	Variabel Subyektif	Hasil Pemanfaatan Data Jakarta – Solo								
		1		2		3		4		Jumlah
		n	%	n	%	n	%	n	%	N
1	Catatan Keluhan	11	27.5	19	47.5	0	0	10	25	40
2	Diagnosis Kerja	17	42.5	15	37.5	1	2.5	7	17.5	40
3	riwayat kondisi saat ini	5	12.5	10	25	0	0	25	62.5	40
4	riwayat pelayanan sebelumnya	10	25	9	22.5	1	2.5	20	50	40
5	riwayat medis terdahulu	11	27.5	4	10	0	0	25	62.5	40
6	riwayat sosial dan keluarga	27	67.5	8	20	0	0	5	12.5	40
7	tujuan disabel dalam pelayanan Rata-rata 1-7	28	60	8	20	0	0	4 13.14	10 34.26	40

No.	Variabel Objektif	Hasil Pemanfaatan Data Jakarta – Solo								
		1		2		3		4		Jumlah
		n	%	n	%	n	%	n	%	N
1	Catatan lengkap variabel hip joint, knee joint, ankle, joint dan knee stability	6	15	7	17.5	0	0	27	67.5	40
2	Catatan lengkap 7 variabel	7	17.5	8	20	0	0	25	62.5	40
3	pola jalan (gait deviation) Rata-rata 1-3	13	32.5	3	7.5	2	5	22 24.67	55 61.67	40

No.	Variabel Assessment	Hasil Pemanfaatan Data Jakarta Solo								
		1		2		3		4		Jumlah
		n	%	n	%	n	%	n	%	N
1	assessment pelayanan	10	25	11	27.5	0	0	19	47.5	40
2	fungsi danmobilitas	24	60	6	15	0	0	10	25	40
3	kondisi upper limb	17	42.5	16	40	1	2.5	6	15	40
4	penilaian umum	7	17.5	8	20	0	0	25	62.5	40
5	Diagnosis	12	30	5	12.5	0	0	23	57.5	40
6	functional loss	8	20	9	22.5	0	0	23	57.5	40
7	orthotic goals	18	45	9	22.5	1	2.5	12	30	40
8	disain alat	7	17.5	8	20	0	0	25	62.5	40

No.	Variabel Assessment	Hasil Pemanfaatan Data Jakarta Solo								
		1		2		3		4		Jumlah
		n	%	n	%	n	%	n	%	N
9	pergelangan kaki	6	15	10	25	0	0	24	60	40
10	Lutut	13	32.5	6	15	2	5	19	47.5	40
11	Pinggul	16	40	4	10	3	7.5	17	42.5	40
12	Plastik	20	50	6	15	0	0	14	35	40
13	Gambar dan catatan khusus	24	60	6	15	0	0	10	25	40
14	keterangan untuk praktisi OP	18	45	8	20	0	0	14	35	40

Rata-rata 1-14

16.93 25.54

Plan

No.	Variabel Plan	Hasil Pemanfaatan Data Jakarta Solo								
		1		2		3		4		Jumlah
		n	%	n	%	n	%	n	%	N
1	Gambar Perencanaan lengkap SOAP LLPA	11	27.5	5	12.5	0	0	24	60	40
2	Identitas dan tanggal pembuat disain	25	62.5	4	10	0	0	11	27.5	40
3	Catatan Perkembangan Rata-rata 1-3	24	60	3	7.5	0	0	13 16	32.5 40	40

Data Solo seperti terlihat pada Tabel 5.17.0 tentang Analisis Kualitatif Medis untuk Pemanfaatan Data SOAP di Solo banyak nilai 0 dan memiliki data untuk scoring 1 dan 4. Demikian juga pada lemahnya data Tabel 5.17.1 ANALISIS KUALITATIF MEDIS SOAP SOLO, maka proses faktor analisis untuk Solo terganggu karena Eigen value untuk pemanfaatan data Solo tidak keluar (lihat Lampiran L 5).

Untuk menyelamatkan keadaan ini maa diperlukan penggabungan data Jakarta dan Solo sehingga N atau total sampel menjadi 40 RKOP. Beruntung bahwa dalam penggabungan pemanfaatan data dari Metoda Hatta di dua kota Jakarta – Solo masih menghasilkan Faktor analisis. (Tabel 5.20)

Dari tabel 5.18 di atas, tampak bahwa Perencanaan dalam Pemanfaatan Data Jakarta Solo memiliki nilai scoring 0. Hal yang sama juga terdapat banyak nilai rendah di kolom scoring nilai 1 dan 2. Bahkan bila kolom scoring 2 masih ada nilai kisaran 3-5 RKOP tetapi dalam kolom SCORING 3 hanya berisi 0 (nol) RKOP saja karena RKOP sudah tersebar pada nilai lainnya. Padahal, perencanaan harus didukung oleh data yang baik (nilai scoring 4). Meskipun rata-rata

Objectif dan assessment pada kolom 4 di table 5.18 sudah mempunyai nilai di atas 60 % namun belum seperti yang diharapkan.

Dari Tabel 5.9 di bawah ini maka nilai 1 artinya tidak ada data sehingga tidak ada keterangan (1). Nilai 4 artinya ya ada informasi dan ya ada informasi ekstra (4). Sedangkan kategori ya ada data tetapi bukan kasus ini diberi nilai 3. Amat disayangkan bila suatu variabel sudah dijawab ya tetapi tidak ada kelanjutan informasi sehingga mendapat nilai 2 (separuh dari 4). Lihat Nilai Angket dan Skoring Metoda Hatta di bawah ini.:

Tabel 5.9 Nilai Angket dan Skoring Metoda Hatta

Angket Kolom kiri = Kelengkapan Data	Angket Kolom Kanan = Analisis Kualitatif Medis = Pemanfaatan Data)	Nilai Skor
1 = tidak	9 = tidak ada keterangan (TAK)	1 !
2 = ya	0 = bukan kasus ini	3
	1 = TIDAK ADA informasi lanjutan	2 !
	2 = ADA informasi lanjutan	4

Oleh karena ketiadaan scoring 2 dan 3 di Solo membuat faktor analisis Solo membuat diperlukannya pendekatan dengan melihat faktor analysis gabungan sebesar N= 40 yang didahului rotasi factor analysis mulai dengan nilai rotasi 0. 3 hingga ke nilai lebih besar seperti 0.5 dan ke atas. Ingat bahwa semakin rendah nilai rotasi (0.3), semakin banyak variabel yang terbentuk. Dalam proses faktor analisis, adanya keluaran eigen value di atas 1 merupakan kunci dari jumlah pembentukan faktor.

Bila jumlah sampel RKOP Solo lebih banyak dari n=10, besar kemungkinan bahwa nilai FA akan keluar. Namun karena RKOP memiliki kehomogenan data dan beda isi RKOP Solo - Jakarta serta bisa jadi karena adanya perbedaan interoretasi saat melakukan analisis dengan angket (kuesioner) meski sudah diterangkan, maka untuk mencegah ketiadaan keluarnya FA diputuskan untuk menjumlahkan total sampel Jakarta dan Solo menjadi 40 RKOP.

Dengan demikian dari hasil pemanfaatan data yang terbentuk dapat keluar nilai untuk faktor analisis Jakarta dan Solo dan disain RKOP baru bisa dihasilkan.

Dari semua data SOAP Jakarta Solo di atas tampak bahwa azas pemanfaatan pada setiap kolom 4 yang merupakan nilai tertinggi dan terlengkap masih dalam kategori rendah karena bila mengikuti standar WHO pencapaian ada pada **nilai 85%**.

5.19 HASIL PEMANFAATAN DATA s dan scoring 3,4 JSPO AKARTA - SOLO

Subjektif													
No.	Variabel	Hasil Pemanfaatan Data										Ada Pemanfaatan Data (3+4 score)	
		1		2		3		4		Jumlah			
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
1	Catatan Keluhan	11	27.5	19	47.5	0	0	10	25	40	100	10	25
2	Diagnosis Kerja	17	42.5	15	37.5	1	2.5	7	17.5	40	100	8	20
3	riwayat kondisi saat ini	5	12.5	10	25	0	0	25	62.5	40	100	25	62.5
4	riwayat pelayanan sebelumnya	10	25	9	22.5	1	2.5	20	50	40	100	21	52.5
5	riwayat medis terdahulu	11	27.5	4	10	0	0	25	62.5	40	100	25	62.5
6	riwayat sosial dan keluarga	27	67.5	8	20	0	0	5	12.5	40	100	5	12.5
7	tujuan disabel dalam pelayanan	28	60	8	20	0	0	4	10	40	100	4	10
												0	0
Objektif												0	0
No.	Variabel	Hasil Pemanfaatan Data										0	0
		1		2		3		4		Jumlah		7	0
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
1	Catatan lengkap variabel hip joint, knee joint, ankle, joint dan knee stability	6	15	7	17.5	0	0	27	67.5	40	100	27	67.5
2	Catatan lengkap 7 variabel	7	17.5	8	20	0	0	25	62.5	40	100	25	62.5
3	pola jalan (gait deviation)	13	32.5	3	7.5	2	5	22	55	40	100	24	60
												0	0
Assessment												0	0
No.	Variabel	Hasil Pemanfaatan Data										0	0
		1		2		3		4		Jumlah		7	0
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
1	assessment pelayanan	10	25	11	27.5	0	0	19	47.5	40	100	19	47.5
2	fungsi danmobilitas	24	60	6	15	0	0	10	25	40	100	10	25
3	kondisi upper limb	17	42.5	16	40	1	2.5	6	15	40	100	7	17.5
4	penilaian umum	7	17.5	8	20	0	0	25	62.5	40	100	25	62.5
5	diagnosis	12	30	5	12.5	0	0	23	57.5	40	100	23	57.5
6	functional loss	8	20	9	22.5	0	0	23	57.5	40	100	23	57.5
7	orthotic goals	18	45	9	22.5	1	2.5	12	30	40	100	13	32.5
8	disain alat	7	17.5	8	20	0	0	25	62.5	40	100	25	62.5
9	pergelangan kaki	6	15	10	25	0	0	24	60	40	100	24	60
10	lutut	13	32.5	6	15	2	5	19	47.5	40	100	21	52.5
11	pinggul	16	40	4	10	3	7.5	17	42.5	40	100	20	50
12	plastik	20	50	6	15	0	0	14	35	40	100	14	35
13	Gambar dan catatan khusus	24	60	6	15	0	0	10	25	40	100	10	25
14	keterangan untuk praktisi OP	18	45	8	20	0	0	14	35	40	100	14	35
												0	0
Plan												0	0
No.	Variabel	Hasil Pemanfaatan Data										0	0
		1		2		3		4		Jumlah		7	0
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
1	Gambar Perencanaan lengkap SOAP LLPA	11	27.5	5	12.5	0	0	24	60	40	100	24	60
2	Identitas dan tanggal pembuat disain	25	62.5	4	10	0	0	11	27.5	40	100	11	27.5
3	Catatan Perkembangan	24	60	3	7.5	0	0	13	32.5	40	100	13	32.5

Tabel 5.20 Faktor Analisis 0.3 untuk JSPO Jakarta - Solo

Rotated Component Matrix^a hasil FA 0.3 pada Jakarta – Solo

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
CPD44		.302				.578	-.456
CPD46						.462	
CPD48	.304		.651			.438	
CPD50			.757				
CPD52		-.511	.352			.489	
CPD54					.434	.636	
CPD56						.811	
CPD58	.652						.385
CPD60	.688						.424
CPD62	.824						
CPD64	.327	.627					
CPD66		.502		.506			
CPD68					.855	.328	
CPD70	.740						
CPD72	.549		.503				-.453
CPD74	.881						
CPD76		.831					
CPD78	.539		.669				
CPD80	.603	.435	.561				
CPD82	.900						
CPD84	.835						
CPD86	.599		.424		-.417		
CPD88		.497			.553		
CPD90		.847					
CPD92			.751				
CPD94	.567	-.413	.472		-.344		
CPD96		.884					
CPD33				.428	.398		
CPD35				.976			
CPD37				.325	.797		
CPD39				.940			
CPD41				.745			.470

Dari hasil FA 0.3 pada Jakarta – Solo ternyata hasil penggabungan dari Klinik JSPO dan Solo

menghasilkan data variabel pemanfaatan data yang diberi kode sebagai berikut :

Tabel 5.20 Daftar Singkatan Variabel Pemanfaatan Data Metoda Hatta

CPD	Variabel
CPD 33	Perubahan Menjaga Posisi Tubuh
CPD 35	Membawa, memindahkan, dan mengurus objek
CPD 37	Berjalan dan Bergerak
CPD 39	Berpindah menggunakan alat transportasi
CPD 41	Menangani diri sendiri
CPD 44	SOAP Problem disable
CPD 46	SOAP diagnosis kerja
CPD 48	SOAP riwayat kondisi saat ini
CPD 50	SOAP riwayat pelayanan sebelumnya
CPD 52	SOAP riwayat medis terdahulu
CPD 54	SOAP riwayat sosial dan keluarga
CPD 56	SOAP tujuan disable dlm mencapai tujuan pelayanan
CPD 58	Lower Limb MMT/ROM
CPD 60	SOAP 7 Variabel
CPD 62	SOAP gait deviation
CPD 64	LLO assessment pelayanan
CPD 66	Fungsi dan Mobilitas
CPD 68	Kondisi upper limb LLO
CPD 70	General Assessment dalam SOAP LLO
CPD 72	SOAP LLO diagnosis
CPD 74	SOAP LLO functional loss
CPD 76	SOAP LLO Orthotic goals
CPD 78	SOAP LLO Disain alat
CPD 80	SOAP LLO Pergelangan kaki
CPD 82	SOAP LLO Lutut
CPD 84	SOAP LLO pinggul
CPD 86	SOAP LLO plastic
CPD 88	SOAP LLO gambar-catatan khusus
CPD 90	SOAP LLO keterangan untuk praktisi OP
CPD 92	SOAP LLPA gambar disain
CPD 94	SOAP LLPA identitas disainer dan tanggal disain
CPD 96	Catatan Perkembangan

CPD = Pemanfaatan Data (Metoda Hatta) Analisis Kualitatif Medis

Dari tabel 5.21 di bawah ini terlihat hasil awal dari gabungan pemanfaatan data dari Metoda Hatta untuk gabungan RKOP Jakarta Solo dengan **Metode Varimax 0.3**.

Tabel 5.21 Kolom Faktor Analisis JSPO Jakarta – SOLO - Varimax 0.3

Faktor 1 = 14 Variabel (butiran)

CPD 48	SOAP riwayat kondisi saat ini	0.304
CPD 58	Lower Limb MMT/ROM	0.652
CPD 60	SOAP 7 Variabel	0.688
CPD 62	SOAP gait deviation	0.824
CPD 64	LLO assessment pelayanan	0.327
CPD 70	General Assessment dalam SOAP LLO	0.740
CPD 72	SOAP LLO diagnosis	0.549
CPD 74	SOAP LLO functional loss	0.881
CPD 78	SOAP LLO Disain alat	0.539
CPD 80	SOAP LLO Pergelangan kaki	0.603
CPD 82	SOAP LLO Lutut	0.900
CPD 84	SOAP LLO pinggul	0.835
CPD 86	SOAP LLO plastic	0.599
CPD 94	SOAP LLPA identitas disainer dan tanggal disain	0.567

Faktor 2 = 10 Variabel (butiran)

CPD 44	SOAP Problem disable	0.302
CPD 52	SOAP riwayat medis terdahulu	-0.511
CPD 64	LLO assessment pelayanan	0.627
CPD 66	Fungsi dan Mobilitas	0.502
CPD 76	SOAP LLO Orthotic goals	0.831
CPD 80	SOAP LLO Pergelangan kaki	0.435
CPD 88	SOAP LLO gambar-catatan khusus	0.497
CPD 90	SOAP LLO keterangan untuk praktisi OP	0.847
CPD 94	SOAP LLPA identitas disainer dan tanggal disain	-0.413
CPD 96	Catatan Perkembangan	0.884

Faktor 3 = 9 Variabel (butiran)

CPD 48	SOAP riwayat kondisi saat ini	0.651
CPD 50	SOAP riwayat pelayanan sebelumnya	0.757

CPD 52	SOAP riwayat medis terdahulu	0.352
CPD 72	SOAP LLO diagnosis	0.503
CPD 78	SOAP LLO Disain alat	0.669
CPD 80	SOAP LLO Pergelangan kaki	0.561
CPD 86	SOAP LLO plastic	0.424
CPD 92	SOAP LLPA gambar disain	0.751
CPD 94	SOAP LLPA identitas disainer dan tanggal disain	0.472

Faktor 4 = 6 Variabel (butiran)

CPD 66	Fungsi dan Mobilitas	0.506
CPD 33	Perubahan Menjaga Posisi Tubuh	0.428
CPD 35	Membawa, memindahkan, dan mengurus objek	0.976
CPD 37	Berjalan dan Bergerak	0.325
CPD 39	Berpindah menggunakan alat transportasi	0.940
CPD 41	Menangani diri sendiri	0.745

Faktor 5 = 7 Variabel (butiran)

CPD 54	SOAP riwayat sosial dan keluarga	0.434
CPD 68	Kondisi upper limb LLO	0.855
CPD 86	SOAP LLO plastic	-0.417
CPD 88	SOAP LLO gambar-catatan khusus	0.553
CPD 94	SOAP LLPA identitas disainer dan tanggal disain	-3.44
CPD 33	Perubahan Menjaga Posisi Tubuh	0.398
CPD 37	Berjalan dan Bergerak	0.797

Faktor 6 = 7 Variabel (butiran)

CPD 44	SOAP Problem disable	0.578
CPD 46	SOAP diagnosis kerja	0.462
CPD 48	SOAP riwayat kondisi saat ini	0.438

CPD 52	SOAP riwayat medis terdahulu	0.489
CPD 54	SOAP riwayat sosial dan keluarga	0.636
CPD 56	SOAP tujuan disable dalam mencapai tujuan pelayanan	0.811
CPD 68	Kondisi upper limb LLO	0.328

Faktor 7 = 5 Variabel (butiran)

CPD 44	SOAP Problem disable	-0.456
CPD 58	Lower Limb MMT/ROM	0.385
CPD 60	SOAP 7 Variabel	0.424
CPD 72	SOAP LLO diagnosis	-0.453
CPD 41	Menangani diri sendiri	0.470

Jumlah awal

F1 14

F2 10

F3 9

F4 6

F5 7

F6 7

F7 5

Σ 58 variabel (butiran)

Artinya, hasil Metoda Hatta tentang Pemanfaatan Data (CPD) RKOP di kedua kota Jakarta dan Solo mempunyai 58 variabel.

Setelah dievaluasi dengan bertanya kepada grup praktisi OP dan literatur terkait maka dalam rangka pencarian variabel RKOP baru yang tepat sebagai hasil dari pembandingan dan penggabungan dari dua kota yang memiliki institusi pendidikan OP, terbentuk hasil dengan tampilan Tabel 5.22.

Tabel 5.22 Kolom Faktor Analisis Jakarta – Solo - HASIL AKHIR

Hasil Varimax 0,3 untuk N = 40.
Faktor 1 semula 14, minus 5 = 9-
Objektif - Assessment

CPD 48(x)	SOAP riwayat kondisi saat ini	0.304
CPD 58	Lower Limb MMT/ROM	0.652
CPD 60	SOAP 7 Variabel	0.688
CPD 62	SOAP gait deviation	0.824
CPD 64(x)	LLO assessment pelayanan	0.327
CPD 70	General Assessment dalam SOAP LLO	0.740
CPD 72	SOAP LLO diagnosis	0.549
CPD 74	SOAP LLO functional loss	0.881
CPD 78 (x)	SOAP LLO Disain alat	0.539
CPD 80 (x)	SOAP LLO Pergelangan kaki (pindah ke F5)	0.603
CPD 82 (x)	SOAP LLO Lutut (pindah ke F5)	0.900
CPD 84 (x)	SOAP LLO pinggul (pindah ke F5)	0.835
CPD 86(x)	SOAP LLO plastic	0.599
CPD 94(X)	SOAP LLPA identitas disainer dan tanggal disain	0.567
CPD 88 (7)	SOAP LLO gambar-catatan khusus (pindah F1 ex F2)	0.497

Faktor 1 awal 14, variabel yang di keluarkan adalah 8 dan penambahan 1. Lihat CPD 48; CPD 64; CPD 78; CPD 80, 82,84, 86 dan CPD 94 ditambah CPD 88 (pindah ex F2 F5, Jumlah=7

Faktor 2 semula 10 variabel

Dinamakan Subyektif - gabungan F2- F 3

Dari nilai Faktor 2 - Yang di keluarkan adalah : CPD 52, CPD 64, CPD 66; CPD 76, CPD 80; CPD 88, CPD 94 dan CPD 96 – Jumlah 8
Tambah CPD 48, CPD 50, CPD 52, CPD 54, CPD 56 = 5. Jumlah sek : 10 – 8 + 5 = 7 (tujuh)

Faktor 2		
CPD 44	SOAP Problem disable	0.302
CPD 52 (x)	SOAP riwayat medis terdahulu (sudah double)	-0.511
CPD 64	LLO assessment pelayanan (hilang = ganti CPD 70 General assessment)	0.627
CPD 66 (x)	Fungsi dan mobilitas	0.502
CPD 76 (x)	SOAP LLO Orthotic goals (Pindah ke F5)	0.831
CPD 80(x)	SOAP LLO Pergelangan kaki	0.435
CPD 88	SOAP LLO gambar-catatan khusus (pindah F1)	0.497
CPD 90	SOAP LLO keterangan untuk praktisi OP	0.847
CPD 94 (x)	SOAP LLPA identitas disainer & tanggal disain	-0.413
CPD 96 (x)	Catatan Perkembangan	0.884
CPD 48	SOAP riwayat kondisi kini	0.651
CPD 50	SOAP riwayat pelayanan sebelumnya	0.757
CPD 52	SOAP riwayat medis terdahulu	0.352
CPD 54	SOAP riwayat sosial dan keluarga (tetap) pindahan F6)	0.636
CPD 56 7	SOAP tujuan disable dlm mencapai tujuan pelayanan (tetap) pindahan F6	0.811

F 3 LENYAP = 0		
CPD 48 Pindah F 2	SOAP riwayat kondisi kini	0.651
CPD 50 Pindah faktor 2	SOAP riwayat pelayanan sebelumnya	0.757
CPD 52 – Pindah faktor 2	SOAP riwayat medis yl	0.352
CPD 72 (Pindah ke F1)	SOAP LLO diagnosis	0.503
CPD 78(x)	SOAP LLO disain alat(Pindah k F5)	0.669
CPD 80(x) (pindah ke F5)	SOAP LLO Pergelangan kaki	0.561
CPD 86(x)	SOAP LLO	0.424

F 3 LENYAP = 0		
	plastic (pindah ke F 5)	
CPD 92(x)	SOAP LLPA gambar disain Pindah F5)	0.751
CPD 94(x)	SOAP LLPA identitas disainer dan tanggal disain	0.472

Ada 9 variabel dalam Faktor 3,
Untuk 4 variabel : CPD 48, 50, 52, 72, semua pindah ke F1.
Untuk 5 variabel CPD78; CPD 80; CPD 86 ; CPD 92; CPD 94 semua pindah ke F5 Jumlah 5. Jadi F3 digabung dengan F5

Faktor 4 ICF = 6 = Jumlah tetap 6 nama ICF

Faktor 4		
CPD 66	Fungsi dan Mobilitas	0.506
CPD 33	Perubahan Menjaga Posisi Tubuh	0.428
CPD 35	Membawa, memindahkan, dan mengurus objek	0.976
CPD 37	Berjalan dan Bergerak	0.325
CPD 39	Berpindah menggunakan alat transportasi	0.940
CPD 41	Menangani diri sendiri	0.745

Faktor 5 7 - 4 + 4 = 7 Planning

Faktor 5		
CPD 54(x)	SOAP riwayat sosial dan keluarga (pindah ke F2)	0.434
CPD 68	Kondisi upper limb LLO	0.855
CPD 86	SOAP LLO plastic	-0.417
CPD 88 (X)	SOAP LLO gambar-catatan khusus (pindah F1)	0.553
CPD 94	SOAP LLPA identitas disainer, tanggal disain	-3.44
CPD 33(x)	Perubahan Menjaga Posisi Tubuh (pindah ke F4)	0.398
CPD 37(x)	Berjalan dan Bergerak (pindah ke F4)	0.797

Faktor 5		
CPD 92	SOAP LLPA gambar disain (dari F 3)	(0.751)
CPD 76	SOAP LLO Orthotic goals (ex F2)	0.831
CPD 78	SOAP LLO Disain alat (Pindahan dr F3)	0.669
CPD 80	SOAP LLO Pergelangan kaki(Pindahan dr F3)	0.561
CPD 82	SOAP LLO Lutut (pindah dari F1)	0.900
CPD 84	SOAP LLO pinggul (pindahan dari F1)	0.835

Dari Faktor 5 semula ada 7 variabel. 4 variabel CPD dikeluarkan no.: 54; 88, 33; 37. Masuk 6 CPD baru: CPD 92, 76, 78, 80, 82, 84 Jumlah sekarang : 7 - 4 + 6 = 9 variabel

Faktor 6 Pindah semua

Faktor 6		
CPD 44x	SOAP Problem disable	0.578
CPD 46x	SOAP diagnosis kerja	0.462
CPD 48x	SOAP riwayat kondisi saat ini	0.438
CPD 52x	SOAP riwayat medis terdahulu	0.489
CPD 54x	SOAP riwayat sosial dan keluarga	0.636
CPD 56x	SOAP tujuan disable dalam mencapai tujuan pelayanan	0.811
CPD 68x	Kondisi upper limb LLO	0.328

Dari Faktor 6 Yang di dikeluarkan adalah :
CPD 44 pindah ke F2; CPD 46 = pindah F 2
CPD 48 = pindah ke F2; CPD 52 = pindah ke F 2
CPD 54 = pindah ke F2; CPD 56 = pindah ke F2
CPD 68 = pindah ke F5

Faktor 7 Pindah semua

CPD 44x	SOAP Problem disable	-0.456
CPD 58x	Lower Limb MMT/ROM	0.385
CPD 60x	SOAP 7 Variabel	0.424

CPD 72x	SOAP LLO diagnosis	-0.453
CPD 41x	Menangani diri sendiri	0.470

Dari Faktor 7
 CPD 54 pindah ke 2, CPD 58 pindah ke 1
 CPD 60 pindah ke 1 ; CPD 72 pindah ke 2
 CPD 41 sama dengan F4

	Jumlah awal	Minus	Tambah	Sisa
F1	14	7	1	8
F2	10	8	5	7
F3	9	9		0
F4	6	0		6
F5	7	4	6	9
F6	7	7		0
F7	5	5		0
Σ	58	(- 40 + 12)		30
				Variabel

Dari jumlah 7 faktor (F) sekarang berkurang 3 faktor.
 Jumlah faktor sekarang adalah 4 buah faktor

Dari 58 variabel berkurang 28 =30 variabel

Kedua hal di atas menjadi dasar model rekam kesehatan ortotik prostetik

PENOMORAN ICF - SOAP DALAM ANGKET

ICF :

Mobilitas	Selfcare
33 – 39	41

SOAP :

S	O	A	P
44 – 56	58 – 62	64 - 90	92 – 94

5.23 – Rangkuman Hasil Faktor Analisis JSPO Jakarta - Solo

	FAKTOR I	
CPD 58 S	Lower Limb MMT/ROM	0.652
CPD 60 O	SOAP 7 Variabel	0.688
CPD 62 O	SOAP gait deviation	0.824
CPD 70 A	General Assessment dalam SOAP LLO	0.740
CPD 72 A	SOAP LLO diagnosis	0.549
CPD 74 A	SOAP LLO functional loss	0.881
CPD 88 A (7)	SOAP LLO gambar-catatan khusus (pindah F1 ex F2)	0.497
	7 variabel	

	FAKTOR 2	
CPD 44 S	SOAP Problem disable	0.302
CPD 90 A	SOAP LLO keterangan untuk praktisi OP	0.847
CPD 48 S	SOAP riwayat kondisi saat ini(ex F1, F3)	0.651
CPD 50 S	SOAP riwayat pelayanan sebelumnya (ex F3)	0.757
CPD 52 S	SOAP riwayat medis terdahulu (ex F3)	0.352
CPD 54 S	SOAP riwayat sosial & keluarga (tetap) pindahan F6)	0.636
CPD 56 S	SOAP tujuan disable dlm men capai tujuan pelayanan (tetap) pindahan dari F6	0.811
	7 variabel	

	FAKTOR 3 baru = ICF	
CPD 66 A	Fungsi dan Mobilitas	0.506
CPD 33 ICF	Perubahan Menjaga Posisi Tubuh	0.428
CPD 35	Membawa, memindahkan,	0.976

ICF	dan mengurus objek	
CPD 37 ICF	Berjalan dan Bergerak	0.325
CPD 39 ICF	Berpindah menggunakan alat transportasi	0.940
CPD 41 ICF	Menangani diri sendiri	0.745
	Faktor ICF = 6 variabel	

FAKTOR 4 baru = PLANNING		
CPD 68 A	Kondisi upper limb LLO	0.855
CPD 86 A	SOAP LLO plastic	-0.417
CPD 94 P	SOAP LLPA identitas disainer, tanggal disain	-3.44
CPD 92 P	SOAP LLPA gambar disain (dari F 3)	(0.751)
CPD 76 A	SOAP LLO Orthotic goals (ex F2)	0.831
CPD 78 A	SOAP LLO Disain alat (Pindahan dr F3)	0.669
CPD 80 A	SOAP LLO Pergelangan kaki (Pindahan dr F1 dan 3)- dikeluarkan (double)	0.561
CPD 82	SOAP LLO Lutut (pindah dari F1)	0.900
CPD 84	SOAP LLO pinggul (pindahan dari F1)	0.835
FAKTOR 4 Planning 9 VARIABEL		

CPD 80 ada di F 1 (0.603) dan di F 4 (0.561). Penempatan CPD 80 yang dipilih adalah pada F1 karena selain nilai lebih tinggi dari F4 juga karena F1 grup dari assessment.

HASIL AKHIR :

	Jumlah awal	Minus	Tambah	Sisa
F1	14	8	1	7
F2	10	8	5	7
F3	baru 6			6
F4	baru 10	1 (double)		9

Σ awal variabel pada tabel 5.21 adalah 58 variabel. Hasil eliminasi dari Faktor Analisis tabel 5.23 adalah 29 variabel. Maka, hasil akhir variabel yang terbentuk hasil Faktor analisis adalah 29 VARIABEL

PEMBAHASAN

Dari 7 faktor berkurang 3 faktor sehingga kini terbentuk 4 FAKTOR BARU.

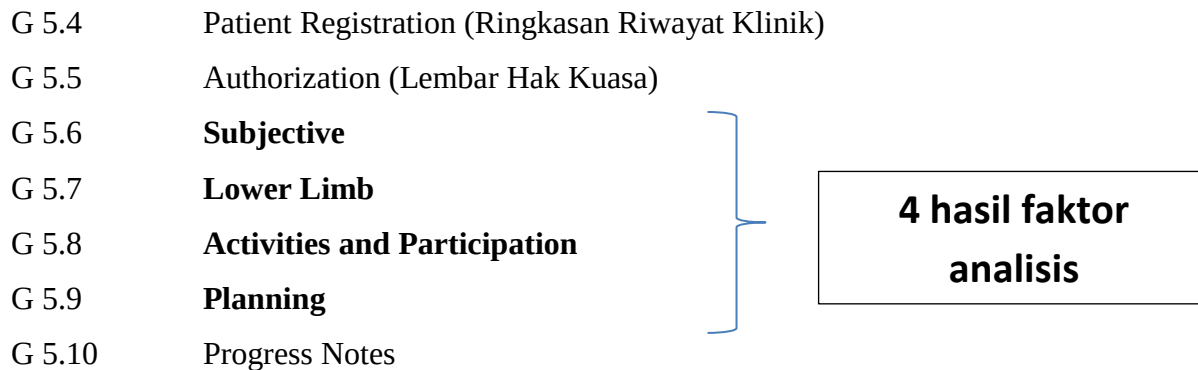
Dari jumlah awal sebanyak 58 variabel RKOP kemudian dengan proses faktor analisis tereliminasi 29 variabel sehingga kini menjadi 29 VARIABEL.

Artinya, 29 variabel sisa ini adalah butiran variabel yang SEBENARNYA digunakan dan dimanfaatkan dalam proses pendokumentasian dalam RKOP selama ini. Selanjutnya, untuk pembuatan disain RKOP baru kita hanya menggunakan ke 29 variabel ini yang juga adalah hasil penyatuan butiran rekam kesehatan Ortetik Prostetik Jakarta dan Solo.

Pembentukan RKOP Baru lihat Lampiran formulir

Dari 4 faktor analisis yang terbentuk disusun RKOP baru dengan komposisi yang dihasilkan dari hasil faktor analisis.

Adapun hasilnya berupa berbagai lembaran gambar yaitu



Adapun sebagai pembuka RKOP adalah Ringkasan Riwayat Klinik atau patient registration dirapihkan dari konsep lama. Lembaran ini tidak dimasukkan dalam faktor analisis namun kelayakan rekaman adalah penting. Informasi di dalamnya merupakan penataan berdasarkan pengalaman peneliti. Kolom untuk kode ICF juga ditambahkan.

Dalam Registration atau Ringkasan Riwayat Klinik terdapat identitas pasien dan urutan kedatangan disabel ke klinik. Hanya butiran yang paling dibutuhkan dimasukkan. Termasuk adanya nomor asuransi. Demikian pula disain logo keterangan seperti telepon dan handphone ditampilkan untuk mengurangi banyaknya kata dan informasi lebih mudah ditangkap mata (*eye catching*). Nama ibu tidak dicantumkan dalam lembaran ini karena biasanya ibu yang mengantarkan disabel (atau isteri). Nama ibu sudah dapat ditampung dalam kolom orang yang dapat dihubungi. Selain itu, mengingat jumlah pasien masih sedikit maka kotak nomor yang diadakan hanya untuk 4 digit yang artinya bila penuh menjadi 99 – 99 pasien. Saat ini jumlah pasien pada kisaran 700 disabel sejak 6 tahun dibukanya Klinik. Penataan berkas juga masih menggunakan *filing cabinet* dan belum memerlukan sistem terminal digit filing system dalam sistem penjarannya.

Dalam RKOP inti data yang mendasar ditempatkan dalam kolom identitas. Khususnya untuk disabel dibutuhkan informasi tambahan. Misalnya jumlah anggota keluarga yang menjadi

tanggungan disabel (sebagai tertanggung). Demikian juga informasi mengenai jenis pendidikan dan siapa yang menjaga pasien (caretaker).

Mengingat ke depannya akan semakin banyak disabel yang menggunakan fasilitas asuransi dari Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) atau asuransi swasta maka pencantuman kolom asuransi diadakan.

Dalam pencetakan formulir, kode dari formulir juga bisa diletakkan disudut kiri bawah dan ini bisa diadakan bila sudah disepakati kode nomor apa yang akan dipakai. Demikian pula alamat dari Klinik juga bisa diletakkan di bagian terbawah dengan nomor telepon. Ini bisa menjadi pertimbangan fasilitas kesehatan itu sendiri.

Bila formulir mau dijadikan rekam kesehatan elektronik maka itu harus didisain dalam sistem komputer sehingga saat nama disabel dicari maka datanya akan muncul dilayar monitor.

Dakan lembar registrasi dimunculkan juga kolom referral atau rujukan sehingga disabel yang datang dapat diketahui siapa yang mengirimkan dirinya ke Klinik. Bila tidak ada cukup dikatakan "sendiri" artinya disabel datang sendiri ke Klinik JSPO.

Dalam formulir juga disertakan kolom pergantian alamat atau telepon dari disabel atau wali sehingga manakala dibutuhkan, tidak mengalami kesulitan. Demikian juga pada nama diberikan kata "alias" maksudnya manakala pasien datang dengan nama yang berbeda. Misalnya Kartini disebut Nini. Jadi, alias adalah Nini. Family Name adalah nama keluarga, misalnyanama ayah atau suami, termasuk marga, she (marga Tionghoa).

Dalam formulir terlampir juga disertakan catatan kaki untuk singkatan yang diperlukan sehingga memudahkan pengertian. Disini, petugas registrasi cukup hanya mencontreng lingkaran inisial yang ada sehingga tidak usah mencatat lagi.

G 5.4 Patient Registration (Ringkasan Riwayat Klinik)

[illegible]

G 5.5 Gambar Lembar Authorization (Hak Kuasa)

JS PO	Jakarta School of Prosthetics and Orthotics		
	Authorization		
DATE: _____		H.E. NO: -	
NAME: _____		JOB: _____	
FIRST NAME		FAMILY NAME	

Authorization adalah Lembar Hak Kuasa yang selama ini kurang diperhatikan untuk digunakan. Dalam penelitian ini, isinya mengikuti kalimat standard yang sudah biasa (umum) digunakan. Saat ini isinya sedang ditata ulang di internal Poltekkes Jakarta I. Bilamana sudah selesai, akan dicetak di dalamnya. Isi lembar ini adalah tentang ketentuan hukum sebagai pernyataan timbal balik antara Klinik dan disabel. Dalam hal ini Klinik sepakat akan melayani disabel dengan semaksimal mungkin sementara disabel setuju untuk patuh dan siap untuk dilayani oleh grup praktisi OP terlatih di Klinik, termasuk bila perlu dirujuk keluar.

Gambar G 5.6 Subjective

J S P O	Jakarta School of Prosthetics and Orthotics		
	Subjective		
DATE: _____		H.R. NO: -	JOB: _____
NAME: _____			
FIRST NAME		ALIAS	FAMILY NAME
SIDE: L ☐ R ☐	PRIMARY PATIENT: YES ☐ NO ☐	SEX: M ☐ F ☐	AGE: _____
FOLLOW UP: YES ☐ NO ☐		WEIGHT: _____	HEIGHT: _____
PATIENT PROBLEMS:			
PRESENT CONDITION:			
PAST TREATMENT:			
PAST MEDICAL HISTORY:			
SOCIAL AND FAMILY HISTORY:			
PATIENT GOAL OF TREATMENT:			
PO: _____			

Faktor 2 tentang SUBJEKTIF

Kode angket	FAKTOR 2	Varimax rotation 0.3
CPD 44 S	SOAP Problem disable	0.302
CPD 90 A	SOAP LLO keterangan untuk praktisi OP	0.847
CPD 48 S	SOAP riwayat kondisi saat ini(ex F1, F3)	0.651
CPD 50 S	SOAP riwayat pelayanan sebelumnya (ex F3)	0.757
CPD 52 S	SOAP riwayat medis terdahulu (ex F3)	0.352
CPD 54 S	SOAP riwayat sosial & keluarga (tetap) pindahan F6)	0.636
CPD 56 S	SOAP tujuan disable dlm mencapai tujuan pelayanan (tetap) pindahan dari F6	0.811
	7 variabel	

Saat RKOP dilakukan proses faktor analisis dan menghasilkan isi dari Tabel 5.21 Faktor Analisis 0.3 untuk JSPO Jakarta – Solo, maka selanjutnya isi faktor 2 dibahas dengan tim praktisi dan pakar OP sehingga isi kelompok yang lebih dari satu grup, baik secara nilai *eigen value* maupun kelogisan kemudian dikelompokkan menjadi faktor 2 diatas.

Dalam faktor 2 terdapat perpaduan dari kriteria S = Subjektif dan A = assessment. Dari 7 variabel pada faktor 2, hanya 1 (satu) variabel yang berasal dari *assessment* (atau penilaian) sementara 6 (enam) variabel lainnya berasal dari isubjektif jadi Faktor ini disebut SUBJEKTIF. Selanjutnya dari 7 variabel yang terbentuk didisain lembaran RKOP baru untuk Subjektif (lihat gambar G 5.6) dengan kolom yang lebih leluasa untuk mengekspresikan rekamannya.

Gambar G 5.7	Lower Limb
---------------------	-------------------

J P S O		Jakarta School of Prosthetics and Orthotics						
Lower Limb								
DATE: _____		H.R. NO: -						
NAME: _____								
FIRST NAME		ALIAS						
FAMILY NAME								
SIDE: L ☐ R ☐		PRIMARY PATIENT: YES ☐ NO ☐						
SEX: M ☐ F ☐		AGE: _____						
FOLLOW UP: YES ☐ NO ☐								
OBJECTIVE								
HIP JOINT	ROM		MUSCLE STRENGTH		PHASE OF GAIT	HIP / KNEE / ANKLE		TRUNK
	L	R	L	R		LEFT	RIGHT	
Flexion (120)					Stance			
Extension (30)								
Abduction (45)								
Adduction (30)					Swing			
Internal Rot. (35)								
External Rot. (45)								
Flexion (130)								
Extension (0-10)								
Dorsiflexion (30)								
Plantarflexion (45)								
Inversion (30)								
Eversion (15)								
M-L ligaments								
A-P ligaments								
Sensation:	Proprioception:							
Muscle Tone:	Muscle Length:							
Leg Length Shortening:	Joint Deformities:							
Spinal Deformity:								

| PO: _____ | | Fitting Date: _____ | |
| | | Delivery Date: _____ | |

Kode angket	FAKTOR I LOWER LIMB	Varimax rotation 0.3
CPD 58 S	Lower Limb MMT/ROM	0.652
CPD 60 O	SOAP 7 Variabel	0.688
CPD 62 O	SOAP gait deviation	0.824
CPD 70 A	General Assessment dalam SOAP LLO	0.740
CPD 72 A	SOAP LLO diagnosis	0.549
CPD 74 A	SOAP LLO functional loss	0.881
CPD 88 A (7)	SOAP LLO gambar-catatan khusus (pindahan F1 ex F2)	0.497
	7 variabel	

The form is titled 'Lower Limb' and is from the 'Jakarta School of Prosthetics and Orthotics (JSPO)'. It contains the following sections:

- Patient Information:** DATE, H/R NO., JOB, NAME, FIRST NAME, ALIAS, FAMILY NAME, SIDE (L/R), PRIMARY PATIENT (YES/NO), SEX (M/F), AGE.
- FOLLOW UP:** YES/NO.
- OBJECTIVE:**
 - ROM:** Hip Joint (Flexion/Extension/Adduction/Abduction/Internal Rot./External Rot.), Knee Joint (Flexion/Extension), Ankle Joint (Dorsiflexion/Plantarflexion/Inversion/Eversion), Knee Stability (L/R).
 - MUSCLE STRENGTH:** L/R for various muscles.
 - PHASE OF GAIT:** LEFT/RIGHT.
 - GAIT DEVIATION:** LEFT/RIGHT.
- ASSESSMENT:**
 - GENERAL ASSESSMENT:** Text area for overall assessment.
 - DIAGNOSIS:** Text area for diagnosis.
 - FUNCTIONAL LOSS:** Text area for functional loss.
- Diagram:** A schematic diagram of the lower limb with various measurement points marked by circles and triangles.
- Other Fields:** SPECIAL REMARKS, Height, Weight, Fitting Date, Delivery Date.

CPD 80 ada di F 1 (0.603) dan di F 4 (0.561). Penempatan CPD 80 yang dipilih adalah pada F1 sebab nilainya lebih tinggi dari pada nilai CPD 80 di F4, juga karena F1 grup dari assess-ment. (lihat juga sejak awal Tabel 5.21 Kolom Faktor Analisis JSPO Jakarta – SOLO - Varimax 0.3).

Dari hasil faktor I baru di atas, Lower Limb berasal dari unsur S menjadi sumber pembentukan variabel yang berasal dari O dan A lainnya. Tampak koposisi Faktor 1 baru berasal dari 1 variabel unsur S, 2 variabel dari unsur O dan 4 variabel dari unsur A. Total semua adalah terbentuknya 7 variabel dalam Faktor 1 baru. Variabel baru ini menghasilkan formulir Lower Limb baru.

Keunikan dari formulir Lower Limb baru ini adalah membuat keperdulian dalam keterpaduan praktik SOA dalam satu formulir yang komprehensif, ketimbang informasi terburai dalam banyak formulir. Dengan cara pengintegrasian ini cukup dengan sekali pandang, praktisi sudah tahu bagaimana kondisi lower limb disabel dan bagaimana assessment (penilaiannya) demi percepatan kerja dan ketajaman berpikir.

Gambar G 5.8 Activities and Participation (ICF)

J S P O	Jakarta School of Prosthetics and Orthotics				
	Activities - Participation / ICF				
H.R. NO: -				JOB:	
NAME:					
FIRST NAME		ALIAS		FAMILY NAME	
MOBILITY		INDEPENDENT	ASSISTED	IMPOSSIBLE	Notes (Good/ Poor)
Changing and maintaining body position (d410-d429)					
d410	Changing basic body position	☐	☐	☐	
d415	Maintaining a body position	☐	☐	☐	
d420	Transferring oneself	☐	☐	☐	
d429	Changing and maintaining body position, other specified and unspecified	☐	☐	☐	
Carrying, moving and handling objects (d430-d449)					
d430	Lifting and carrying objects	☐	☐	☐	
d435	Moving objects with lower extremities	☐	☐	☐	
d440	Fine hand use	☐	☐	☐	
d445	Hand and arm use	☐	☐	☐	
d448	Fine foot use	☐	☐	☐	
d449	Carrying, moving and handling objects, other specified and unspecified	☐	☐	☐	
Walking and moving (d450-d469)					
d450	Walking	☐	☐	☐	
d455	Moving around	☐	☐	☐	
d460	Moving around in different locations	☐	☐	☐	
d465	Moving around using equipment	☐	☐	☐	
d469	Walking and moving, other specified and unspecified	☐	☐	☐	
Moving around using transportation (d470-d489)					
d470	Using transportation	☐	☐	☐	
d475	Driving	☐	☐	☐	
d480	Riding animals for transportation	☐	☐	☐	
d485	Moving around using transportation, other specified and unspecified	☐	☐	☐	
d488	Mobility, other specified	☐	☐	☐	
d489	Mobility, unspecified	☐	☐	☐	
SELF CARE					
d510	Washing oneself	☐	☐	☐	
d520	Caring for body parts	☐	☐	☐	
d530	Toileting	☐	☐	☐	
d540	Dressing	☐	☐	☐	
d550	Eating	☐	☐	☐	
d560	Drinking	☐	☐	☐	
d570	Looking after one's health	☐	☐	☐	
d571	Looking after one's safety	☐	☐	☐	
d580	Self-care, other specified	☐	☐	☐	
d589	Self-care, unspecified	☐	☐	☐	
PO:				Date:	

no	FAKTOR 3 baru = ICF	
CPD 66 A	Fungsi dan Mobilitas	0.50 6
CPD 33 ICF	Perubahan Menjaga Posisi Tubuh	0.42 8
CPD 35 ICF	Membawa, memindahkan, dan mengurus objek	0.97 6
CPD 37 ICF	Berjalan dan Bergerak	0.32 5
CPD 39 ICF	Berpindah menggunakan alat transportasi	0.94 0
CPD 41 ICF	Menangani diri sendiri	0.74 5
	Faktor ICF = 6 variabel	

J S P O					Jakarta School of Prosthetics and Orthotics	
					Activities - Participation / ICF	
M.R. NO: ☐ ☐ - ☐ ☐				JOB:		
NAME: _____				FAMILY NAME: _____		
MOBILITY		INDEPENDENT	ASSISTED	IMPOSSIBLE	Notes (Good/ Poor)	
Changing and maintaining body position (d410-d428)						
d410	Changing basic body position	☐	☐	☐		
d415	Maintaining a body position	☐	☐	☐		
d420	Transferring oneself	☐	☐	☐		
d429	Changing and maintaining body position, other specified and unspecified	☐	☐	☐		
Carrying, moving and handling objects (d430-d448)						
d430	Lifting and carrying objects	☐	☐	☐		
d435	Moving objects with lower extremities	☐	☐	☐		
d440	Fine hand use	☐	☐	☐		
d445	Hand and arm use	☐	☐	☐		
d446	Fine foot use	☐	☐	☐		
d447	Carrying, moving and handling objects, other specified and unspecified	☐	☐	☐		
Walking and moving (d450-d468)						
d450	Walking	☐	☐	☐		
d455	Moving around	☐	☐	☐		
d460	Moving around in different locations	☐	☐	☐		
d465	Moving around using equipment	☐	☐	☐		
d469	Walking and moving, other specified and unspecified	☐	☐	☐		
Moving around using transportation (d470-d489)						
d470	Using transportation	☐	☐	☐		
d475	Driving	☐	☐	☐		
d480	Riding animals for transportation	☐	☐	☐		
d489	Moving around using transportation, other specified and unspecified	☐	☐	☐		
d498	Mobility, other specified	☐	☐	☐		
d499	Mobility, unspecified	☐	☐	☐		
SELF CARE						
d510	Washing oneself	☐	☐	☐		
d520	Caring for body parts	☐	☐	☐		
d530	Talking	☐	☐	☐		
d540	Dressing	☐	☐	☐		
d550	Eating	☐	☐	☐		
d560	Drinking	☐	☐	☐		
d570	Looking after one's health	☐	☐	☐		
d571	Looking after one's safety	☐	☐	☐		
d598	Self-care, other specified	☐	☐	☐		
d599	Self-care, unspecified	☐	☐	☐		
PO: _____				Date: _____		

Jabaran dari Activities dan Participatin dari standar ICF belum banyak dikenal sehingga kelengkapannya bermasalah. Walaupun begitu materi ini penting sebagai pengingat pengisi dan wajib diperiksa kelengkapannya dalam RKOP Variabel yang ada dibentuk dalam format checklist dan diisi sehingga keakkrutan informasinya terjaga.

Adapun ICF Bab 4 tentang Mobility meliputi unsur :

(1) Perubahan dan menjaga posisi tubuh (4 sub)

- Perubahan posisi badan = changing basic body position
- Menjaga posisi badan = maintaining a body position
- Memindahkan diri sendiri = Transferring oneself
- Merubah dan menjaga posisi badan, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.

(2) membawa, memindahkan dan mengurus objek (6 sub);

- Mengangkat dan membawa objek
- Memindahkan objek dengan tungkai badan bawah
- Menggunakan tangan secara halus
- Menggunakan tangan dan lengan
- Menggunakan kaki dan merawat kaki, spesifikasi lainnya
- Membawa, memindahkan dan menangani objek, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.

(3) jalan dan bergerak (5 sub);

- Berjalan cara
- Berjalan berpindah
- Berputar sambil berjalan di beberapa lokasi
- Berpindah sambil menggunakan alat
- Berjalan dan berpindah. spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan

(4) Berpindah menggunakan alat transportasi (6 sub).

- Menggunakan transportasi
- Menyetir
- Menunggang binatang untuk transportasi
- Bergerak menggunakan sarana transportasi, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan
- Mobilitas, spesifikasi lainnya ; - Mobilitas, tidak dispesifikasikan

Adapun ICF Bab 5 tentang Kriteria Kemampuan menanganini diri sendiri (self care) ada 9 sub bab:

- Membasuh diri sendiri ; • Merawat bagian tubuh
- Menggunakan toilet ; • Berpakaian
- Makan; * minum ; • Mengurus kesehatan orang lain
- Merawat diri sendiri, dispesifikasikan lainnya
- Merawat diri sendiri, tidak dispesifikasikan lainnya

Gambar G 5.9 Planning

J S P O	Jakarta School of Prosthetics and Orthotics		
	Planning		
H.R. NO: -		NAME:	
		FIRST NAME	ALIAS
		FAMILY NAME	
UPPER LIMB CONDITION:			
ORTHOTIC GOALS:			
DEVICE		PLASTIC	
AFO ☐ KAFO ☐ HKAFO ☐ OTHER ☐		PP ☐ 3 mm ☐ 5 mm ☐ PE ☐ OTHER ☐	
ANKLE		KNEE	HIP
RIGID ☐ FLEXIBLE ☐ SEMI-RIGID ☐	ARTICULATED ☐ OTHER ☐	DROP LOCK ☐ FREE ☐ SWISS LOCK ☐	LOCK ☐ FREE ☐
		OTHER ☐	OTHER ☐
TECHNICAL DRAWING			
PO:		Date:	

Dari faktor 4 dengan 6 variabel yang terbentuk kemudian dirancang formulir untuk Planning.

FAKTOR 4 baru = PLANNING		
CPD 68 A	Kondisi upper limb LLO	0.855
CPD 86 A	SOAP LLO plastic	-0.417
CPD 94 P	SOAP LLPA identitas disainer, tanggal disain	-3.44
CPD 92 P	SOAP LLPA gambar disain (dari F 3)	(0.751)
CPD 76 A	SOAP LLO Orthotic goals (ex F2)	0.831
CPD 78 A	SOAP LLO Disain alat (Pindahan dr F3)	0.669
CPD 80 A	SOAP LLO Pergelangan kaki (Pindahan dr F1 dan 3)- dikeluarkan (double)	0.561
CPD 82	SOAP LLO Lutut (pindah dari F1)	0.900
CPD 84	SOAP LLO pinggul (pindahan dari F1)	0.835
FAKTOR 4 Planning 9 VARIABEL		

The form is titled 'Jakarta School of Prosthetics and Orthotics Planning'. It contains the following sections:

- Patient Information:** H.R. NO. (), NAME (), FIRST NAME (), ALIAS (), FAMILY NAME (), JOB ().
- UPPER LIMB CONDITION:** (Empty text area)
- ORTHOTIC GOALS:** (Empty text area)
- DEVICE:** AFO ☐ KATO ☐ HUART ☐ OTHER ☐
- PLASTIC:** PP ☐ 3 mm ☐ 5 mm ☐ PE ☐ OTHER ☐
- ANKLE:** RIGID ☐ FLEXIBLE ☐ SEMIRIGID ☐ ARTICULATED ☐ OTHER ☐
- KNEE:** DROP LOCK ☐ FREE ☐ SWISS LOCK ☐ OTHER ☐
- HIP:** LOCK ☐ FREE ☐ OTHER ☐
- TECHNICAL DRAWING:** A large grid for drawing.
- PD:** ()
- Date:** ()

CPD 80 ada di F 1 (0.603) dan di F 4 (0.561). Penempatan CPD 80 yang dipilih adalah pada F1 karena selain nilai lebih tinggi dari F4 juga karena F1 grup dari assessment.

Planning atau perencanaan:

Dalam Planning, butiran data yang berasal dari berbagai cara pandang pendokumentasian (SOAP) dievaluasi dan menghasilkan 6 variabel di atas. Kolom CPD 80, 82, 84 merupakan hasil migrasi dari faktor 1 Alasannya karena pekerjaan itu merupakan satupaket kesatuan yang dikerjakan dalam mperencanaan

Gambar 5.10 Progress Note

[illegible]

PROGRESS NOTES

Progress notes disebut juga sebagai catatan perkembangan. Pada dasarnya lembaran ini mencatat semua kejadian yang berkembang di sarana pelayanan setelah disabel mendapatkan pemeriksaan atau penanganan dari tenaga kesehatan. Sebagai lembaran tindaklanjut maka dalam lembaran ini tanggal dan penanda-tangan data atau informasi yang dimasukkan tenaga praktisi wajib dilengkapi dengan baik dan benar sehingga dapat menjadi sumber informasi bagi berbagai kepentingan.

Demikian juga cara sistematika penulisan harus baik dan tidak bahasa telegram yang singkat. Arah penulisan dari baris teratas hingga terbawah, tidak berongga (gap). Dikhawatirkan kesenjangan bisa disusupi informasi ilegal dan menjadi bentuk malpraktik pendokumentasian. Bentuk huruf dan angka harus terbaca (*legible*) dengan tinta hitam/biru dan bukan pinsil kecuali bila mengsketsa gambar dengan pewarnaan tertentu untuk memperjelas bagian gambar.

Daam tabel 5.17.1 tampak Progress Notes di Solo semuanya tidak diisi (100%). Artinya, tidak ada catatan perkembangan dalam RKOP Solo. Sedangkan di JSPO tertera yang

	Variabel	Tidak lengkap		Lengkap		Total	
6	Catatan Perkembangan	14 RKOP	46.7 %	16 RKOP	53.3 %	N= 30	100

Hal ini perlu mendapat penjelasan lebih lanjut karena meski penempatannya tidak di lembaran perkembangan seperti ini tetapi setiap disabel harus diketahui bagaimana perkembangannya. Hal ini berguna saat ia kembali berobat ke Klinik atau sarana pelayanan yang dikunjungi..

BAB VI KESIMPULAN dan SARAN

A. Keterbatasan dan Hambatan Penelitian

1. Instrumen Penelitian

Ketiadaan referensi untuk model angket dan model instrumen observasi merupakan kendala dalam melaksanakan penelitian ini. Penyebabnya selama ini belum pernah rekam kesehatan ortotik prostetik (RKOP) diteliti. Penyusunan instrumen dipenelitian ini dilakukan dengan memanfaatkan data dari hasil survei awal ke Klinik OP JSPO Poltekkes Kemenkes Jakarta I dan juga berdasarkan model yang pernah peneliti kembangkan untuk antenatal sebelumnya dan pengalaman dalam keprofesian manajemen informasi kesehatan.

2. Rancangan Penelitian

Rancangan yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah cross sectional karena rancangan penelitian operasional (*operation research*) yang lebih sesuai untuk mencapai tujuan penelitian ini tidak dapat dilakukan. Penyebab utamanya terkait dengan keterbatasan dana, sarana, tenaga dan waktu yang tersedia.

3. Lingkup Penelitian

Penelaahan terhadap RKOP Klinik Laboratorium JSOP di Poltekkes Kemenkes Jakarta I belum pernah dilakukan demikian juga pada tempat lain di Indonesia. Dalam literatur internasional belum ditemukan referensi sejenis. Kontak e-mail dengan penulis artikel asing dalam bidang OP seperti dalam jurnal OP internasional telah dilakukan dan artikel asli telah diterima. Penelitian juga dilakukan dengan mengunjungi jurusan Ortotik Prostetik di Solo dan melakukan rekaman OP di tempat yang sama dengan angket yang sama sebagai informasi tambahan.

B. KESIMPULAN PENELITIAN

Berpijak dari pertanyaan pada kerangka konsep maka bila dijabarkan maka hasil dari analisis kuantitatif dan kualitatif administratif dan analisis kualitatif medis (Metoda Hatta) adalah sebagai berikut

1. Pertama, berdasarkan kesimpulan dari Analisis Kuantitatif (Akn)

Dalam analisis kuantitatif ada 4 kriteria yaitu 1) kelengkapan informasi identitas disabel ((yaitu nama lengkap pasien, nomor pasien, alamat lengkap, usia, orang yang dapat dihubungi, tanggungan disabel, pengurus (caretaker disabel), pendidikan disabel, jarak tempuh dan alat transportasi dan tandatangan persetujuan)). Kriteria lainnya adalah 2) bukti rekaman, 3) keabsahan rekaman dan 4) tata cara mencatat (terdiri dari tanggal, waktu, baris tetap dan cara koreksi).

Dari kriteria 1 pada Analisis kuantitatif (Akn) yaitu kelengkapan informasi identitas disabel ternyata masih terdapat kekuranglengkapan identitas disabel sehingga rata-rata 44.66% (Tabel 5.2). Secara garis besar dari tabel 5.3 – 5.4 dapat disimpulkan bahwa rekaman dalam RKOP masih perlu ditingkatkan kualitasnya. Hasil dari berbagai variabel kriteria pengisian belum dipenuhi sesuai standar rekaman seperti untuk kriteria no. 2 tentang adanya bukti rekaman baru 43.3 %, untuk kriteria no. 3 tentang keabsahan rekaman baru terpenuhi 20% dan untuk kriteria no. 4 seperti tata cara mencatat baru mencapai nilai 58.4%, Rangkuman RATA-RATA ke 4 kriteria ini (tabel 5.4.0 di bawah ini) hanya menunjukkan RKOP dilengkapi sebesar 44.26%. Suatu nilai yang mencemaskan dan menunjukkan perlunya perbaikan dalam pendokumentasian RKOP di Jakarta.

Tabel 5.4.0 Rangkuman Analisis Kuantitatif Pendokumentasian RKOP Jakarta

No	Analisis Kuantitatif Pendokumentasian	Tidak Lengkap		Ya Lengkap		Total	
		n	%	n	%	N	5
1	Rata-rata Informasi Identitas	134/10 13.4	44.66	146/10 14.6	55.34	30	100
2	Bukti rekaman	17	56.7	13	43.3	30	100
3	Keabsahan Rekaman	24	80	6	20	30	100
4	Rata-rata Tata Cara Mencatat	50/4 12.5	41.6	70/4 17.5	58.4	30	100
	RATA-RATA 1 – 4	16.73	55.74	12.78	44.26	30	100

Dari nilai itu menunjukkan bahwa tugas instruktur dan dosen JSPO untuk meningkatkan kualitas rekaman pada RKOP harus ditingkatkan karena nilai di atas masih jauh dari target kriteria baik WHO yaitu mulai dari 85% WHO (rule of the thumbs) dan bahkan bila dikaitkan dengan confidence interval 0.05% maka kesalahan hanya bisa ditoleransikan pada batas 95%. Hal mana masih semakin jauh dari pencapaian. Oleh karena itu bekerja keras ke arah lebih baik adalah suatu keharusan

2. Kedua, tentang analisis kualitatif administratif Akl A).

Analisis kualitatif administratif (Akl A) terdiri dari 6 kriteria yaitu 1) kejelasan masalah, 2) masukan konsisten, 3) alasan pelayanan, 4) informed consent (persetujuan tindakan medis), 5) telaah rekaman (isi 7 hal: data mutakhir, tulisan terbaca, singkatan baku, hindari sindiran, pengisian tidak senjang (gap), tinta, dan catatan jelas) dan 6) informasi ganti rugi (claim).

1. Dari analisis kualitatif administratif (Akl A) diperoleh hasil rata-rata dari gabungan kriteria 1 yaitu kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis, kriteria 2) masukan konsisten, kriteria 3) alasan pelayanan dan kriteria 4) informed consent, kriteria 5) telaah rekaman dan kriteria 6) bila ada informasi ganti rugi, mempunyai rata-rata pada tingkat 56.7% (tabel 5.5).

Dari nilai itu, yang unggul dalam Akl A di RKOP JSPO Jakarta adalah kriteria 1) tentang kejelasan masalah 93.3%, kriteria 2) masukan konsisten (96,7%), bagian dari kriteria 5 tentang telaah rekaman dengan isi 90% ke atas yaitu untuk butir a. data mutakhir 90%, butir b. tulisan terbaca 96.7%, butir g. catatan jelas 90 %. Khususnya tentang rata-rata kriteria 5 Akl A tentang telaah rekaman dengan 7 isi sub kriterianya adalah 67.63 %. Masih ada 6.7 % RKOP (n=2) yang masih mengindikasikan adanya “sedikit” sindiran antara tenaga kesehatan. RKOP pun dinilai masih banyak terjadi kesenjangan (gap) dalam menulis (23.3%).

Dari kriteria 3 Akl A tentang alasan pelayanan, seharusnya pada RKOP setiap disabel yang masuk klinik sudah harus diyakinkan bahwa kedatangannya ke klinik adalah tepat. Hal ini tertera dari hanya diperolehnya ketegasan alasan sebanyak 80% di RKOP (tabel 5.5). Hal mana seharusnya dokumentasi RKOP mencatat lebih tinggi dari nilai itu bahkan seharusnya 100%. Bila tidak, untuk apa disabel datang ke klinik Laboratorium JSPO itu ? Hal ini juga terkait pada unsur hukum dan legalistas pelayanan. Bila terjadi malpraktik maka nilai ini bisa menjadi masalah di pengadilan.

Tampak bahwa disabel yang mendatangi Klinik Laboratorium berdasarkan RKOP yang ditelaah belum memiliki Askes/BPJS (0%). (tabel 5.5)

Dari nilai kualitas rekaman yang dicapai, WHO menandakan bahwa kriteria nilai baik yaitu bila nilai di atas 85 %. Berarti praktik rekaman praktisi OP harus lebih ditingkatkan.

Kesimpulan untuk Analisis Kualitatif Administratif (tabel 5.5) adalah memperhatikan unsur yang kurang demi perbaikan ke depan.

Rata-rata Analisis Kualitatif Administratif (1 +2+3+4 + 5 total telaah rekaman +6) : 6	Tidak lengkap		Ya lengkap		Total	
	n	%	n	%	N	%
	11.25	37.5	18.75	62.5	30	100

3. Ketiga, Analisis Kualitatif Medis (Metoda Hatta)

Dalam Analisis Kualitatif Medis (Akl M) ini dilakukan dua jenis penelaahan yaitu

- Materi Klasifikasi WHO tentang Kelengkapan data Klasifikasi WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) pada isi RKOP.
- Implementasi SOAP (teori Lawrence Weed 1969) berorientasi pada Subjektif, Objective, Assessment dan Plan (perencanaan) pada RKOP

Ad a. Kelengkapan materi klasifikasi WHO ICF dalam RKOP

Dari topik di atas ini, diperoleh nilai rata-rata kelengkapan standar ICF dari tabel 5.6 dan 5.6.0 dan 5.10 pada nilai 13.34% (kolom 4 – scoring 4). Nilai 4 ini artinya informasi ICF sudah ada dan sudah ditindaklanjuti dengan pelayanan. Hal mana 4 adalah nilai terbaik dan nilai ini seharusnya dijawab dengan 90% ke atas, sejauh adanya dokumentasi RKOP tentang itu. Dengan pencapaian nilai 13.34%, artinya, informasi standar ICF untuk 2 kriteria WHO dalam buku ICF tentang Aktifitas dan Partisipasi (bab 3,4) amat lemah di RKOP. Sedangkan untuk Analisis Kualitatif Medis dari ICF dengan nilai rata-rata yang “ada informasi ICF tetapi tidak ditindaklanjuti dengan informasi ekstra” mencapai nilai 5.32% (26.6/5) (kolom 2, scoring 2). Hal ini amat disayangkan. (lihat tabel 5.10) (lihat juga penjelasan pada tabel 5.8 dan 5.9). Artinya, kelengkapan kriteria ICF menjadi permasalahan utama.

Masalah apa yang terjadi dengan pencapaian yang rendah sekali ini? Kiranya ada beberapa hal yang bisa disimpulkan disini yang setidaknya karena

a) kejelasan penulisan yang belum terbiasa sehingga membuahkan persepsi yang berbeda.

Bisa saja maksudnya “sudah melakukan kegiatan pelayanan”, namun manakala penjelasan pendokumentasiannya tidak jelas dalam RKOP maka penelaah RKOP bisa menganggap bahwa tidak ada informasi ICF.

b) ketidaktahuan atau kurangnya upaya praktisi OP untuk menggali informasi terkait pada aktifitas dan partisipasi disabel yang dikehendaki ICF lebih lanjut.

c) dalam RKOP belum tercetak khusus daftar (list) keragaman variabel ICF termaksud meskipun secara sporadis sudah ada dalam ilmu OP dan praktisi bisa mendokumentasikannya sendiri berdasarkan naluri atau keilmuan OP yang diingatnya. Untuk mengatasi kejadian berikutnya, berarti revisi formulir RKOP mendatang harus menyertakan standar ICF dalam RKOP.

Rendahnya hasil kelengkapan variabel ICF WHO bab 4 dan 5 baik gabungan non skoring ICF maupun dalam pemanfaatannya (tabel 5.6.0 tabel 5.10) di bawah ini menunjukkan perlunya pengembangan RKOP khusus tentang ICF WHO.

Tabel 5.6.0 Gabungan ANALISIS Kelengkapan Variabel ICF

Kriteria	VARIABEL ICF	Hasil Non Skoring ICF					
		Tidak		Ya		Jumlah	
		n	%	n	%	N	%
1	Rata-rata Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh	26.75	89.15	2.25	10.85	30	100
2	Rata-rata Membawa, Memindahkan, dan Mengurus Objek	28.67	95.53	1.33	4.47	30	100
3	Rata-rat Jalan dan bergerak	15	50	15	50	30	100
4	Rata-rata Berpindah menggu - nakan alat transportasi	29.5	98.33	0.5	1.67	30	100
5	<i>Rata-rata Self Care</i>	27	90	3	10	30	100
<i>RATA-RATA bab 4 dan 5 ICF (1-5)</i>		23.86	84.60	4.42	15.4	30	100

Tabel 5.10 Rangkuman Pemanfaatan Data ICF Analisis Kualitatif Medis di JSPO Jakarta

No.	Variabel ICF (CPD 33 – 41)	Hasil Pemanfaatan Data									
		1		2		3		4		Jumlah	
		N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
	Kriteria Mobilitas bab 4 ICF										
1	Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh	20	66.7	3	10	1	3.3	6	20	30	100
2	Membawa, Memindahkan dan Mengurus Objek	26	86.7	1	3.3	2	6.7	1	3.3	30	100
3	Jalan dan Bergerak	15	50	4	13.3	2	6.7	9	30	30	100
4	Berpindah Menggunakan alat Transportasi	27	90	0	0	1	3.3	2	6.7	30	100
	Kriteria Kemampuan bab 5 ICF										
5	Self Care	27	90	0	0	1	3.3	2	6.7	30	100
	Rata-rata yang terlengkap kolom 4								13.34		

Ad.2 Pemanfaatan data SOAP dalam RKOP Klinik JSOP sesuai Metoda Hatta

Unsur SOAP diambil dari teori Lawrence Weed (1969) yang terdiri dari pemikiran secara Subjektif, Objektif, Assessment dan Plan. Artinya, rekaman tentang pasien (disabel) harus diurut dari pola pikir awal hingga akhir. RKOP dengan unsur awal mencatat lisannya pasien dan unsur akhir adalah perencanaan untuk disabel yang dilanjutkan dengan catatan perkembangan atau Progress Notes.

Dari tabel Pemanfaatan SOAP (tabel 5.11 – 5.14) sebagaimana yang maksud dari Metoda Hatta sebagai “adanya informasi bermasalah yang ditindaklanjuti dalam informasi ekstra” = analisis kualitatif medis (Akl M) dapat diuraikan sebagai berikut

Unsur **Subjektif** dalam Pemanfaatan Data :

- Nilai yang paling tidak ada data dan tidak ada keterangan untuk SUBJEKTIF (angket untuk CPD 44 – 56 yang mencapai nilai rendah yaitu pada informasi riwayat kondisi saat ini = 16.67% (scoring 1).
- Nilai pemanfaatan data Subjektif terlengkap dan ditindak lanjuti dengan informasi ekstra di tabel 5.11 ternyata hanya mencapai nilai rata-rata subjektif sebesar 31.41% (scoring 4 = nilai 4 sebagai rekaman yang terbaik). Seyogyanya hasil nilai 4 yang diperoleh lebih tinggi karena hanya rekaman yang baik saja yang disimpan.

- Nilai yang mendapat kelengkapan data Subjektif tetapi tidak ditindaklanjuti dengan informasi ekstra di tabel 5.11 adalah dengan nilai rata-rata scoring 2¹ adalah 27.14% yang ditandai diantaranya dengan lemahnya dengan informasi riwayat medis terdahulu (13.3%). Dalam data Subjektif ini ternyata pemanfaatan data dengan scoring 3 atau ada informasi tetapi bukan kasus lower limb ini ada pada diagnosis kerja dan riwayat pelayanan sebelumnya dengan sama-sama bernilai 3.3%.

Untuk hasil RKOP **Objektif** dalam Pemanfaatan Data

- Nilai pemanfaatan data pada Objektif RKOP pada tabel 5.12 memperlihatkan nilai pemanfaatan data dengan Metoda Hatta yang ditindaklanjuti dan terlengkap (scoring 4) hanya mencapai 48.90 %.

Untuk hasil RKOP **Assessment** dalam Pemanfaatan Data

- Dari tabel 5.13 terlihat bahwa hasil pemanfaatan data dengan Metoda Hatta untuk Assessment dengan scoring 4 atau ada data dan ada tindaklanjut hanya mencapai 36.89 %.

Untuk hasil RKOP **Perencanaan** dalam Pemanfaatan Data

- Dari tabel 5.14 terlihat bahwa hasil pemanfaatan data dengan Metoda Hatta untuk Perencanaan dengan scoring 4 atau ada data dan ada tindaklanjut yang tertera dalam RKOP hanya mencapai 31.10%.

Kesimpulan SOAP:

Bila hasil scoring 4 sebagai “ada informasi dan ditindaklanjuti dengan informasi ekstra” untuk SOAP Pemanfaatan ke empat tabel di atas dari Tabel 5.11 – 5.14 diurut berarti nilainya meliputi kisaran 31.41 % - 48.90 % - 36.89% - 31.10 %. Bila dirata-ratakan artinya 148.30/4 maka nilai SOAP Pemanfaatan Data baru pada rata-rata nilai **37.08 %**. Berarti kelengkapan data RKOP dan dimanfaatkannya data untuk tindakan pelayanan masih jauh dari sempurna. Bahkan di bawah 50% dan jauh di bawah nilai 85%.

Untuk itu maka perlu diadakan cara agar di Klinik ada supervisor kelengkapan data. Tidak membiarkan mahasiswa mencatat tanpa dipantau kelengkapan informasinya dan bagaimana menarik informasi yang sudah diambilnya untuk tindakan pelayanan selanjutnya.

¹ (30+50+33.3+30+13.3+26.7+26.7)/7

Sedangkan untuk catatan perkembangan (progress note) mendapatkan data rata-rata sebesar 43.30 %. (Tabel 5.14). Hal ini menunjukkan bahwa mahasiswa masih harus didorong untuk meningkatkan kemampuannya dalam menulis.

Meskipun kemampuan membuat peralatan alat bantu bagi disabel dianggap sudah mengikuti berbagai ketentuan internasional namun dalam rekaman tampaknya RKOP JSOP masih memerlukan latihan.

4. Ke empat, Pemanfaatan Data untuk Pembentukan Faktor Analisis

Adapun gabungan dari ke 4 tabel SOAP dapat dilihat pada tabel gabungan SOAP Pemanfaatan (tabel 5.14.1)

Pengambilan data ke Solo dengan maksud untuk mendapatkan variabel baru dalam mendisain model RKOP dan bukan untuk memerinci kegiatan rekaman di Solo meskipun hasilnya sudah dapat dilihat pada Tabel 5.17. Dari hasil evaluasi untuk sample dari Poltekkes Jurusan OP di Solo (Surakarta) ternyata meski nilai yang ditunjukkan dalam SOAP adalah lebih tinggi dari RKOP JSPO Jakarta namun data disabel Solo belum kuat untuk mempunyai kriteria scoring 2 dan 3 (lihat Tabel 5.9). Hal ini terlihat dari adanya data scoring 2 atau 3 dengan nilai 0. Data Solo tidak bisa digunakan untuk menghitung factor analisis Solo saja karena untuk menghasilkan nilai factor analisis dibutuhkan keluaran dari empat hasil scoring (score nilai 1,2,3,4 keluar).

Namun dengan menjumlahkan nilai scoring dari dua kota itu maka dengan jumlah N adalah 30 RKOP Jakarta dan 10 RKOP Solo dan total 40 maka faktor analisis dari ke dua kota itu dapat keluar sebagai masukan untuk desain RKOP yang baru. Dari Tabel 5.23 untuk Kolom Faktor Analisis Jakarta – Solo diperoleh hasil akhir.

Kesimpulan Faktor Analisis dengan disain formulir RKOP Baru

Hasil faktor analisis dapat dilihat dari proses mendapatkan variabel unggulan yang berproses panjang dengan hasil akhir (tabel 5.23) dengan terbentuknya 29 variabel dari jumlah semula 58 variabel dan terbentuk 4 grup faktor baru dari jumlah 9 faktor sebelumnya. Hal ini sebagai hasil dari hasil multivariat analysis yang menggunakan pendekatan faktor analisis (Tabel 5.23). Suatu tingkat statistik yang lebih pasti dibandingkan T Test dalam memperoleh hasil konkrit yang dapat di gunakan tidak saja di Jakarta namun juga di Solo.

	Jumlah awal	Minus	Tambah	Sisa	
F1	14	5	1	10	
F2	10	8	5	7	
F3	9	9		0	
F4	6	0		6	
F5	7	4	4	7	
F6	7	7		0	
F7	5	5		0	
Σ	58	38	10	29 variabel	(Lihat Tabel 5.23)

Dari teori yang digunakan, dihasilkan jenis formulir RKOP baru dengan komposisi dari faktor dan variabel baru yang dihasilkan. Hasil itu kemudian menjadi dasar dalam pembuatan RKOP dengan disain terbaru yang sudah menggunakan pendekatan dari dua sumber yaitu JSPO Jakarta dan Solo.

Formulir RKOP baru untuk lower limb ini diharapkan dapat digunakan tidak saja untuk Jakarta tetapi juga untuk Solo yang mencerminkan tingkatan nasional. (lihat dalam Lampiran 2).

SARAN

Dalam saran dihasilkan 3 pemikiran implikasi bagi kemajuan ke depan.

1. Implikasi terhadap Perkembangan Keilmuan yang ada

a. Saran kepada Perkembangan keilmuan di bidang kelengkapan pengisian

Pengisian kelengkapan rekaman (pendokumentasian) merupakan syarat tertibnya disiplin administratif dan menjadi dasar bukti hukum (aspek medico legal) dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu kelengkapan rekaman apapun juga mempunyai nilai sumber tinggi lainnya bagi aspek finansial, riset, edukasi dan dokumentasi. Bila disatukan, terbentuk mnemonic “ALFRED” yaitu bagi kepentingan Administratif, L= law=hukum, F = finansial, R=riset, E=edukasi dan D=dokumentasi yang berguna bagi POAC = planning, organizing, actuating dan planning manajemen kesehatan dan non kesehatan sekalipun.

b. Saran untuk pengembangan Metoda Hatta

Dengan Metoda Hatta yang sebagai terobosan dalam analisis rekaman maka dilakukan dengan 4 pendekatan. Analisis kuantitatif, analisis kualitatif administratif (Akl A) dan analisis

kelengkapan butiran (disebut lajur kolom kiri) dan analisis kualitatif medis (Akl M) yang memperhitungkan azas pemanfaatan (lajur kanan pada angket metoda ini yang khusus diciptakan).

Cara demikian di atas merupakan terobosan baru bagi dunia analisis rekam kesehatan, khususnya OP yang berada dalam bidang keteknisian medis.

Hal ini membuktikan bahwa Metoda Hatta sangat dapat dilakukan baik dalam audit medis untuk diagnosis penyakit (kedokteran) maupun untuk disabel atau dari lingkup keteknisian medis. Bahkan juga untuk keterampilan fisik (fisioterapi, okupasi terapi, akupunktur dan terapi wicara). Dengan demikian analisis untuk informasi yang dihasilkan dari berbagai disiplin itu dapat dikembangkan menjadi lebih dinamis, efektif dan efisien serta semakin sempurna karena dapat menemukan berbagai kelemahan pengisian yang ada selama ini dan tidak dirasakan “salah atau keliru”. Kesemuanya penting bagi peningkatan kualitas pelayanan.

Disarankan agar metoda analisis cara Metoda Hatta dapat dijadikan model percontohan demi munculnya rekaman yang berkualitas dan dipentingkan dalam dunia kesehatan maupun kedokteran.

c. Saran kepada Perkembangan Keilmuan di bidang Model Rekaman Kesehatan jenis apapun

Disarankan agar dalam mengembangkan suatu bernruk kesehatan (medis) mengikuiti konsep pemikiran di atas. Konsep model yang dihasilkan meruah cara pandang rekaman tradisional yang cenderung sebagai alat pencatat semata. Konsep ini merupakan ide orisinal (asli) dari peneliti utama yang sudah dikembangkan untuk antenatal (2002). Informasi harus bersifat mudah ditangkap dan menghindari kesalahan yang timbul karena lupa.

Disarankan, untuk pengembangan rekaman selanjutnya, menggunakan perpaduan antara butiran (variabel) dari hasil faktor analisis serta butiran lain yang dapat ditambahkan ke dalamnya karena dalam keilmuan dianggap penting. Dalam hal ini misalnya kontribusi dari variabel ICF. Selain itu, disain juga mengindahkan azas tata grafika (typoghtaph). Juga memperhatikan kebiasaan sifat pengisi dan kondisi lapangan (lupa, tidak ada waktu, SDM kurang)

Juga RKOP harus dapat menerapkan azas 3 E system yaitu a) sebagai **early warning** agar disabel atau agar Klinik Lab OP (health proider) dan praktisi (health personnel)

menggunakan RKOP sebagai alat pemberitahu adanya suatu kemungkinan kejadian buruk sehingga dapat sejak awal berhati-hati menangani pasien disabel. Hal ini membuat terjadinya b) pelaksanaan deteksi dini atau **early detection** dan melaksanakan c) pelayanan secepatnya atau **early treatment** dengan tepat atas keadaan atau risiko yang mungkin muncul sehingga dapat membantu atau memperkecil terjadinya kondisi disabel yang buruk (misalnya kasus kaki pengkor atau telapak kaki pengkor sejak dini). Jelaslah bahwa RKOP dapat menjadi alat kontrol untuk mencegah terjadinya suatu komplikasi (medis) atau memperburuk kondisi di lapangan.

2. Implikasi terhadap Pemanfaatan

- Manfaat umum dari penelitian ini yaitu dengan diketahuinya cara baru dalam menelaah rekaman maka pembuatan angket yang tertib harus diajarkan dalam sekolah kesehatan. Demikian juga metodologi penelitian dan praktik epidata dan SPSS serta faktor analisis perlu dijadikan kurikulum tambahan dalam upaya mendapatkan variabel yang lebih tepat.

Oleh karena kelengkapan menjadi syarat dalam berkualitasnya rekaman maka isi dari apa yang ditulis juga harus ditelaah sehingga setiap tindakan tidak luput dari pendokumentasian. Diharapkan bahwa apa yang telah diteliti ini dapat dikembangkan lagi oleh praktisi RKOP lainnya.

- penelitian:

Dengan adanya hasil di atas, maka pemanfaat penelitian ini adalah pada pembenahan pengajaran di insitusi Klinik Laboratorium JSPO pada Poltekkes Kemenkes Jakarta I, khususnya. Serta, juga untuk RKOP Solo.

Penelitian ini hendaknya dijadikan masukan untuk melakukan program pelatihan tentang tata cara penulisan secara lebih baik sehingga hasil pendokumentasian akan menjadi maksimal. Demikian juga kriteria WHO untuk variabel ICF disertakan dalam daftar RKOP mendatang.

Dari variabel yang terdapat pada Klinik Laboratorium Jurusan OP Kemenkes Jakarta I diperoleh informasi awal yang harus diperhatikan juga oleh Solo yaitu tentang kondisi kelengkapan.

- a. Kelengkapan RKOP Jakarta (maupun Solo) mengalami kekurangan informasi dalam

kondisi yang berbeda sebagaimana tampil dalam berbagai tabel hasil yang variatif dan belum menggembirakan. Kelengkapan dapat lebih terjaga bila tenaga praktisi OP di kedua kota mendapat pelatihan rekaman secara lebih baik. Bila WHO menetapkan nilai keakuratan untuk klasifikasi kepenyakit pada tingkatan 85% maka dapat dikatakan bahwa nilai kelengkapan diharapkan juga setara dengan nilai itu.

- b. Formulir harus menggunakan ukuran A4 yang disertai margin standar tata grafi
- c. Huruf yang digunakan dan spasi yang digunakan masih memerlukan penataan.
- d. Klinik Laboratorium JSPO Politeknik Kemenkes Jakarta I sudah menggunakan formulir yang tertata sesuai dengan keilmuan OP dan dalam bahasa Inggris karena merupakan hasil pengalaman instruktur OP Mr. Olle dari Exceed dahulu Cambodia Trust. Sementara itu, RKOP Solo menggunakan model yang lebih sederhana di bandingkan JSPO. Walaupun demikian, variabel ICF perlu dimasukkan dalam RKOP mendatang.

3. Implikasi bagi Pemerintah

Dengan ditertibkannya kualitas data di RKOP maka hal ini dapat memberikan kontribusi data ke pihak pengambilan kebijakan baik pada Kementerian Sosial maupun Kesehatan. Oleh karena itu tingkatan pengambilan kebijakan harus membuat alur pengambilan data yang berimbang mulai dari pengambilan data dasar di Klinik hingga ke tingkat yang tertinggi. Tanpa koreksi itu maka Indonesia tetap tidak memiliki jalur informasi dasar. Diharapkan bahwa melalui angket RKOP yang dapat dimanfaatkan ini dapat diperoleh data bagi pembenahan manajemen data OP di Indonesia.

Dengan dimungkinkannya pembenahan teknologi informasi maka diharapkan agar data yang diperoleh dari tingkat dasar sudah dapat diatur dengan sistem rekam kesehatan elektronik sehingga mempercepat perolehan data, baik untuk internal di Klinik di Jurusan OP maupun bagi proses data ke tingkat pemerintah.

Semoga saran ini dapat menjadi masukan bagi implikasi perbaikan kualitas rekaman tentang data OP di Indonesia secara lebih baik.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Andrysek, Jan, Christensen, James and Dupuis, Annie. 2011. Factors influencing evidence based practice in prosthetics and orthotics. Sage. Prosthetics and Orthotics International 35:30. <http://poi.sagepub.com/>
- Borcherding, Sherry and Kappel, Carol. 2002. The OTA's Guide to Writing SOAP Notes. Slack Incorporated. New York.
- Hatta, Gemala. 2002. Determinan dan Pengembangan Model Rekam Kesehatan Antenatal Informatif. Disertasi S3 FKMUI.
- , <http://news.liputan6.com/read/38682/rekam-kesehatan-antenatal-menekan-kematian-ibu-anak>
- 2004 Determinants and an Informative Antenatal Health Record Development Source: 2004 IFHRO Congress & AHIMA Convention Proceedings, October 2004 (AHIMA = American_Health_Information_Management_Association) http://library.ahima.org/xpedio/idcplg?IdcService=GET_HIGHLIGHT_INFO&QueryText=%28antenatal++health+record%29%3Cand%3E%28xPublishSite%3Csubstring%3E%60BoK%60%29&SortField=xPubDate&SortOrder=Desc&dDocName=bok3_005522&HighlightType=HtmlHighlight&dWebExtension=hcsp
- 2010. Pentingnya Peran Coders Klasifikasi Penyakit. 25 Agustus 2010 <http://www.scribd.com/doc/36387315/Pentingnya-Peran-Coders-Klasifikasi-Peny>
- 2013 Analysis of the Results of Morbidity Coding Pilot Tests - Result of Morbidity Coding Pilot Test (Presentasi di Montreal – Congress IFHIMA, (April 2013) http://www.scribd.com/doc/156096948/Analysis-of-the-Results-of-Morbidity-Coding-Pilot-Tests?post_id=100004968882434_183573298484965#_
- 2014. Ed. 3. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan. UI Press. Jakarta, 450 halaman, ISBN 978-979-456-376-2. <http://medicalrecord.wordpress.com/daftar-buku/bukumik/>
- 2014, Rekam Medis kini dan mendatang. Scribd. <https://www.scribd.com/doc/233650184/Rekam-Medis-Kini-Dan-Mendatang>
- Grider, Deborah J. 2002. Medical Record Chart Analyzer. Documentation Rules and Rationales with Exercises. American Medical Association. Chicago.
- Irwanto et. al. 2010. The situation of people with disability in Indonesia: a desk review, Center for Disability Studies, FISIP Universitas Indonesia, Depok – Australian Government Aus Aid.
- Kementerian Kesehatan, 2000-2014. berbagai peraturan dan perundangan
- Kisch, Leslie. 1965. Survey Sampling. John Wiley, New York.

Kuehn, Lynn. 2009. A Practical Approach to Analyzing Healthcare Data. Chicago. AHIMA

Meity Trisnowati, M Sunusi dan Nur Budi Handayani, 2013. Measuring Disability in Indonesia (1st Goal), Bangkok, November 6th - 7th 2013.

http://www.unescap.org/sites/default/files/1%20Indonesia_Goal_1.pdf

Sample Size 30. <http://www.jedcampbell.com/?p=262>

[http://www.chuckchakrapani.com/art\(icles/pdf/0411chakrapani.pdf](http://www.chuckchakrapani.com/art(icles/pdf/0411chakrapani.pdf)

http://www.researchgate.net/post/What_is_the_rationale_behind_the_magic_number_30_in_statistics

Siegel, Sydney. 1956. Nonparametric statistics for the behavioral sciences, McGraw-Hill, 312 halaman.

----- 1997, Statistik Nonparametrik Untuk Ilmu-Ilmu Sosial, terjemahan dari 1988, Nonparametric Statistic for the Behavioral Sciences, penterjemah : Zamzawi Suyuti & Landung Simatupang, cetakan ketujuh, Gramedia, Jakarta

Twillert, Sacha van, Geertzen, Jan, Hemminga, Titia, Postema, Klaas and Lettinga, Ant. 2013. Reconsidering evidence-based practice in prosthetic rehabilitation: a shared enterprise. Prosthetics and Orthotics International. Vol. 37, Issues 3, June. ISSN 0309-3646. Hlmn. 203-211.

UNESCAP, 2011, Disability at a Glance 2010 A profile of 36 countries and Areas in Asia and the Pacific. http://www.unescap.org/sites/default/files/SDD_PUB_Disability-at_a-Glance-2010.pdf

Youtube. Larry Weed's 1971 Internal Medicine Grand Rounds 2014 Problem_Oriented_Medical_Record. <https://www.youtube.com/watch?v=qMsPXSMTPFI>

WHO ----, 2001 International Classification of Functioning. Disability and Health – Children & Youth Version. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

-----, 2012. Global Observatory for eHealth Series, v. 6. 2012. “Management of patient information: trends and challenges in Member States: based on the findings of the second global survey on eHealth”” 1. Medical records systems, Computerized. 2. Medical informatics - standards. 3. Delivery of health care. 4. Confidentiality. 5. Data collection.. ISBN 978 92 4 150464 5 (NLM classification: W 26.5)

-----, World report on disability (2011)

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/

-----, HIFA 2015 (Health Information For All)

<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hifa2015/en/>

Wikipedia, Health care Information for all.

http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_Information_For_All

DAFTAR LAMPIRAN

No. J u d u l L a m p i r a n

1	Instrumen Penelitian – Angket (18 halaman)	113	L1
2	Keluaran Produk – Formulir RKOP terbaru (7 halaman)	113	L2
	Adapun hasilnya berupa berbagai lembaran gambar yaitu		
	• Patient Registration (Ringkasan Riwayat Klinik)	131	
	• Authorization (Lembar Hak Kuasa)	132	
	• Subjective	133	
	• Lower Limb	134	
	• Activities and Participation ICF)	135	
	• Planning	136	
	• Progress Notes	137	
3	Susunan Organisasi Tim Peneliti dan Pembagian Tugas Personalia Tenaga Peneliti beserta kualifikasinya dan Publikasi (11 halaman)	138	L 3
4	Alur Sistem Penelitian	149	L4
-	Bukti Proses Faktor Analisis Untuk Solo Tidak Keluar	150	L5
-	Syntax	151	L5.1
-	Foto	154	L6
-	Ethical Clearance	155	L7
-	Pernyataan Peneliti	165	L8
-	Dokument Penelitian Kerjasama	166	L9
-	Kerjasama dengan OP Surakarta	168	L10

ANGKET METODA HATTA untuk DISABILITAS Ortotik Prostetik

Kode : Angket RisetMetoda Hatta 2015 – Riset Unggulan
 Lokasi : Klinik Laboratorium Ortotik Prostetik Poltekkes Kemenkes Jakarta I
 Jln. Wijaya Kusuma no. 47 - 48
 Nomor berkas RKOP :
 Nama Disabel : Usia Sex: L / P
 Nama PENELITI :
 No. HP/telepon rumah peneliti:
☐ Tanggal Pengumpulan Data: -- -- / -- -- / -- -- s/d -- -- / -- --

Rekaman RKOP disebut berkualitas bila menghasilkan interaksi faktor :

- | | | |
|----|--|----------------|
| A. | Persentase Analisis Kuantitatif | (hal. 1 – 3) |
| B. | Persentase Analisis Kualitatif. | |
| | • Persentase Analisis Kualitatif administratif | (hal.3 – 5) |
| | • Persentase analisis kualitatif medis | (hal 6 – 18) |
| C. | Kriteria analisis dengan standar ICF | (hal 5 – 12) |
| D. | Kriteria analisis dengan standar SOAP | (hal. 12 – 18) |

A. Persentase Analisis Kuantitatif

Dalam analisis kuantitatif berkas RMAN dianalisis kelengkapannya berdasarkan 4 kriteria yaitu (1) informasi identitas disabel : (a) nama lengkap (b) nomor pasien (disabel) (c) alamat lengkap (d) usia (e) orang yang dapat dihubungi, (f) tandata tangan persetujuan
 Kekhususan untuk disabel : tanggungan disabel (situasi sosial), penjaga (*caretaker*), pendidikan disabel/keluarga, jarak tempuh dan alat transportasi
 (2) bukti rekaman (3) keabsahan rekaman,
 (4) tatata cara mencatat : (a) tanggal (b) waktu (c) baris tetap (d) cara koreksi

1. Informasi identitas pasien adalah rangkaian tanda pengenal diri disabilitas

1. <u>Nama lengkap pasien (disabel)</u> : nama disabel harus terdiri dari nama sendiri dan nama keluarga (suami/ayah/marga). Sebaiknya nama keluarga disabel dicantumkan di muka, diikuti tanda koma dan nama sendiri Apakah dalam RKOP nama disabel ditulis lengkap pada setiap lembar formulir ? 1 = tidak 2 = ya	2. <u>Nomor pasien</u>: diberlakukan sistem enam digit dengan penulisan setiap dua digit diberi tanda penghubung. (misal : 12-34-56) Apakah dalam RKOP nomor pasien (disabel) ditulis secara lengkap pada setiap lembar formulir ? 1 = tidak enam digit, yaitu 2 = ya
3. <u>Alamat lengkap</u>: alamat yang dihuni setiap hari saat ini, yaitu jalan/ gang, nomor rumah, RT/ RW, wilayah kota (utara, selatan, timur, barat, pusat), kode pos. Apakah dalam RKOP pada halaman identitas (pertama) terdapat alamat lengkap ? 1 = tidak (kurangnya pada (sebutkan)) 2 = ya	4. <u>Usia Disabels</u> : usia saat ini yang diperoleh secara lisan dari pasien/wali atau berdasarkan data identitas (KTP). Bila tidak tahu digunakan tanda “±” (plus minus). Mis. ±50. Apakah dalam RKOP terdapat usia disabel? 1 = tidak 2 = ya

5. <u>Orang yang dapat dihubungi</u> yaitu nama keluarga atau kawan/orang terdekat disabel yang sewaktu-waktu dapat dihubungi manakala membutuhkan bantuan/pertolongan. Apakah dalam RKOP ada keterangan tentang orang yang dapat dihubungi? 1. = tidak 2. = ya	6. <u>Tanggungan Disabel (Situasi Sosial)</u> : Menjelaskan tentang banyaknya jumlah anggota keluarga yang ditanggung disabel (penanggung/dependent) dan dinafkahi. Contoh: a) bila suami sebagai disabel, tuliskan tanggungannya: .. x (jumlah) isteri dan x (jumlah) anak. b) Bila isteri sebagai disabel, tuliskan 1 suami dengan x (jumlah) anak. c) Bila anak/ remaja sebagai disabel, tuliskan 'tidak ada' (none)=(independent) Apakah dalam RKOP ada keterangan tentang jumlah tanggungan disabel (situasi sosial) ? 1. = tidak 2. = ya
7. <u>Pengurus (caretaker)</u>: Mencantumkan siapa orang yang mengasuh, mengurus, menjaga keseharian disabel.. Apakah dalam RKOP ada keterangan tentang siapa pengurus disabel ? Contoh: ayah, ibu, diri sendiri. 1 = tidak 2 = ya	8. <u>Pendidikan dari disabel (wali: keluarga)</u> Informasi edukasi/pendidikan) disabel atau wali : (isi) yang paling lama mengurus disabel. Apakah dalam RKOP ada keterangan tentang tingkat pendidikan (edukasi) disabel atau wali ? 1 = tidak 2 = ya
9. <u>Jarak tempuh dan alat transportasi</u> Lamanya waktu perjalanan dan jenis alat yang digunakan disabel untuk mencapai lokasi JSPO. Apakah dalam RKOP ada keterangan tentang jarak tempuh perjalanan dan transportasi yang digunakan sebagai satu kesatuan aktifitas & partisipasi disabel ? 1 = tidak 2 = ya	10. <u>Tandatangan persetujuan</u>: Tanda tangan persetujuan inii diperlukan bila ada tindakan intervensi terhadap disabel. Misalnya, maka RKOP memerlukan bukti tanda tangan yang dapat dilakukan oleh (a) diri sendiri/ (b) wali seperti keluarga pasien (salah satu) Apakah RKOP ada keterangan tentang tindakan intervensi ? 1 = tidak (lanjutkan ke no. 12) 2 = ya
(Kemampuan membayar perjalanan)	11. Bila ya, apakah ada tandatangan persetujuan (oleh diri sendiri atau wali) di RKOP? 1 = tidak 2 = ya

2. Bukti rekaman – Analisis Kuantitatif (AKn)

Dalam Akn, bukti rekaman RKOP yang dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap pada Klinik OP yaitu bila ada data/informasi tentang alasan kunjungan, keluhan (kalau ada), riwayat pemeriksaan, data tambahan (lab/USG (bila ada/ dilakukan), diagnosis/kondisi, rujukan (bila ada).	12. Apakah dalam RKOP ada bukti rekaman secara lengkap ? 1 = tidak 2 = ya
--	---

3. Keabsahan rekaman – Analisis Kuantitatif

<i>RKOP dikatakan memiliki keabsahan bila tenaga kesehatan yang memeriksa disabel mengakhiri catatannya dengan membubuhkan tandatangan dalam RKOP.</i>	13. Apakah dalam RKOP ada bukti keabsahan rekaman ? 1 = tidak 2 = ya
--	--

4. Tata cara mencatat – Analisis Kuantitatif

<i>Dalam AKn, tata cara mencatat adalah 4 ketentuan rekaman yaitu adanya pemberian tanggal, waktu, baris tetap dan koreksi.</i>

14. <u>Tanggal</u> : terdiri dari hari, bulan, tahun. Apakah dalam RKOP setiap pemberian pelayanan disertai dengan tanggal ? 1 = tidak 2 = ya	15. <u>Waktu</u> adalah saat tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan ke disabel. Apakah dalam RKOP setiap pemberian pelayanan kepada disabel disertai dengan keterangan waktu (misal pukul 9.00 atau 11.45) ? 1 = tidak 2 = ya
16. <u>Baris tetap</u> : aturan penulisan yang dilakukan dari baris teratas dan turun secara bertahap setingkat demi setingkat hingga baris terbawah. Apakah dalam RKOP petugas kesehatan menulis pada baris yang tetap ? 1 = tidak 2 = ya	17. <u>Koreksi</u> dalam RKOP dilakukan dengan menarik garis lurus pada kesalahan, cantumkan nama jelas & tandatangan korektor, tanggal kejadian, tidak menghapus atau mencoret kata yang salah, misal dengan tip-pex atau disetip. Apakah dalam RKOP yang Anda periksa Ada unsur koreksi ? 1 = tidak, (langsung ke no 19) 2 = ya
	18. Bila ya, apakah dikoreksi sesuai aturan ? 1 = tidak 2 = ya

B. Persentase Analisis Kualitatif

Analisis Kualitatif (AKI) diperlukan untuk memastikan kelengkapan RM. AKI terdiri dari dua tahap yaitu analisis kualitatif administratif dan medis. Pertama, di bahas dahulu tentang Analisis Kualitatif Administratif yang menganalisis kualitas RKOP ditinjau dari 6 sudut kelengkapan nya yaitu :
--

D1. Analisis Kualitatif Administratif (AKIA) :

1. Kejelasan masalah & kondisi/diagnosis
2. Masukan konsisten
3. Alasan pelayanan
4. Informed consent (“persetujuan tindakan medis”)
5. Telaah rekaman (7): mutakhir, tulisan terbaca, singkatan baku, hindari sindiran, pengisian tidak senjang, tinta dan catatan jelas.
6. Bila ada informasi medis yang memerlukan ganti rugi

19. <u>Kejelasan masalah & kondisi/diagnosis</u> yaitu adanya hubungan yang jelas antara informasi dari pasien (disabel) dengan tindakan yang dilakukan. Contoh : cerebral palsy → terganggunya tumbuh kembang dan fungsi gerak	Apakah dalam RKOP ada kejelasan antara masalah dan kondisi/diagnosis ? 1 = tidak 2 = ya
20. <u>Masukan konsisten</u> : adanya hubungan antar informasi yang tercantum dalam RKOP. Contoh : Ada data tentang lingkup gerak sendiri, (ring of motion), kekuatan otot, spasticity (kekakuan)	Apakah dalam RKOP terlihat adanya informasi yang konsisten ? 1 = tidak 2 = ya
21. <u>Alasan pelayanan</u> : setiap pelayanan yang diberikan harus jelas alasan yang mendasarinya. Contoh : a) dilakukan pemberian alat bantuan untuk mencegah deformitas lebih lanjut. b) Membantu/menunjang fungsi gerak	Apakah dalam RKOP ada kejelasan alasan pelayanan disabel ? 1 = tidak 2 = ya
22. <u>Informed consent</u> : diberikan bila ada tindakan medis khusus yang memerlukan alternatif lainnya yang tersedia serta dijelaskan secara tertulis. Alternatif yang diambil ditandatangani pasien (disabel) /keluarga. Apakah disabel memerlukan tindakan medis khusus ? 1 = tidak (lanjut ke no. 24) 2 = ya	23. Bila jawaban “ya”, apakah dalam RKOP ada informed consent dan alternatif yang memenuhi kriteria dan ditandatangani disabel (atau wali) ? 1 = tidak 2 = ya
<u>Telaah rekaman</u> : dilakukan untuk menjamin bahwa rekaman yang dihasilkan mempunyai kondisi yang baik, meliputi 7 hal (nomor 24-30) :	
24. <u>Mutakhir</u> : informasi dalam RKOP dicatat segera, tidak ditunda hingga hari berikutnya. Bila ada korespondensi medis untuk pihak luar dikerjakan dalam waktu kurang dari 7 hari. Apakah dalam RKOP informasi bersifat mutakhir ? 1 = tidak 2 = ya	25. <u>Tulisan terbaca</u> : dapat terbacanya masukan informasi berupa abjad dan angka yang ditulis dalam RKOP. Apakah dalam RKOP tulisan tenaga kesehatan/ mahasiswa Orthotic Prostetik (OP) terbaca ? 1 = tidak 2 = ya
26. <u>Singkatan baku</u> : penggunaan peristilahan medis yang disepakati di JSPO, Apakah dalam RKOP digunakan singkatan baku ? 1 = tidak 2 = ya	27. <u>Hindari sindiran</u> : tulisan medis di RKOP tidak saling menjatuhkan sesama rekan. Apakah dalam RKOP ada kata sindiran terhadap rekan sejawat ? 1 = ya 2 = tidak

28. <i>Pengisian tidak senjang (gap) artinya pencatatan dalam RKOP yang dilakukan tanpa adanya kesenjangan jarak (gap) meski dalam keadaan darurat sehingga dapat dipertanggung-jawabkan.</i> Apakah dalam RKOP pengisian ditulis secara tidak senjang ? 1 = tidak 2 = ya	29. <i>Tinta : RKOP hanya menggunakan tinta warna biru atau hitam dalam penulisan. Khusus untuk suhu, nadi, pernapasan (grafik) boleh menggunakan warna tambahan lain yaitu merah atau hijau.</i> Apakah dalam RKOP digunakan warna standar tinta secara benar ? 1 = tidak 2 = ya
30. <i>Catatan jelas : kelengkapan informasi RKOP berdasarkan urutan khronologis sesuai tahapan kunjungan dan pemberian pelayanan kesehatan sehingga informasi medis jelas dan mudah dipahami.</i> Apakah dalam RKOP catatan ditulis secara khronologis sehingga jelas ? 1 = tidak 2 = ya	31. <i>Informasi ganti rugi : kondisi/ penyakit disabilitas mendapat ganti rugi (reimburse-ment/kompensasi). Termasuk misalnya akibat risiko kerja.</i> Apakah dalam RKO ada catatan bahwa disabel mendapat ganti rugi (kompensasi) dengan ditanggung biaya OP? 1 = tidak 2 = ya

D2. Analisis Kualitatif Medis (AKIM)

AklM merupakan upaya pemantauan kelengkapan RM dari tinjauan keberadaan informasi pelayanan medis tambahan (ekstra) bila kondisi pasien (disabel) menunjukkan adanya komplikasi atau kondisi lain yang buruk/ berisiko. Semakin cepat resiko dideteksi, semakin cepat rujukan dapat diupayakan, semakin tinggi kemungkinan disabel mendapat pertolongan.

Untuk RKOP maka penerapan AklM mencakup informasi Kriteria Mobilitas ICF meliputi 4 unsur (a) perubahan dan menjaga posisi tubuh (4), (b) Membawa, memindahkan dan mengurus objek (6), (c) Jalan dan bergerak (5), (d) Berpindah menggunakan alat transportasi (6). Dan 1 Kriteria Kemampuan menangani diri sendiri (*self care*) (9)

Kriteria Mobilitas ICF dengan ke-4 hal rinciannya yaitu

A) perubahan dan menjaga posisi tubuh (4 sub)

- Perubahan posisi badan = changing basic body position
- Menjaga posisi badan = maintaining a body position
- Memindahkan diri sendiri = Transferring oneself
- Merubah dan menjaga posisi badan, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.

B) membawa, memindahkan dan mengurus objek (6 sub);

- Mengangkat dan membawa objek
- Memindahkan objek dengan tungkai badan bawah
- Menggunakan tangan secara halus
- Menggunakan tangan dan lengan
- Menggunakan kaki dan merawat kaki, spesifikasi lainnya
- Membawa, memindahkan dan menangani objek, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.

C) jalan dan bergerak (5 sub);

- Berjalan cara
- Berjalan berpindah
- Berputar sambil berjalan dibeberapa lokasi
- Berpindah sambil menggunakan alat
- Berjalan dan berpindah. spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan

D) berpindah menggunakan alat transportasi (6 sub).

- Menggunakan transportasi
- Menyetir
- Menunggang binatang untuk transportasi

- Bergerak menggunakan sarana transportasi, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan
- Mobilitas, spesifikasi lainnya
- Mobilitas, tidak dispesifikasikan

2. Kriteria Kemampuan menangani diri sendiri (self care) ada 9 sub bab:

- Membasuh diri sendiri
- Merawat bagian tubuh
- Menggunakan toilet
- Berpakaian
- Makan
- Minum
- Mengurus kesehatan orang lain
- Merawat diri sendiri, dispesifikasikan lainnya
- Merawat diri sendiri, tidak dispesifikasikan lainnya

Dalam International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO membagi perihal Aktivitas dan Partisipasi pasien dibagi dalam 9 sub bab. Dalam penelitian ini yang akan dianalisis keberadaan datanya dalam rekam kesehatan ortotik prostetik (RKOP) hanya tentang 2 bab yaitu perihal aspek Mobilitas (bab 4) dan aspek Menangani diri sendiri (self-care) (bab 5).

1. Analisis Kualitatif Medis untuk Kriteria Mobilitas ICF

Kriteria MOBILITAS dalam ICF (bab 4) terdiri dari 4 unsur (1) Perubahan dan menjaga posisi tubuh, (2) Membawa, memindahkan dan mengurus objek (3) Jalan dan bergerak, (4) Berpindah menggunakan alat transportasi

A). Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh (4 sub)	
Adapun kriteria Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh terdiri dari 4 sub variabel. Yaitu	
a. Merubah posisi tubuh	
b. Mempertahankan posisi badan = <i>maintaining a body position</i>	
c. Menggeser (memindahkan) badan sendiri = <i>Transferring oneself</i>	
d. Merubah dan menjaga posisi badan, dengan spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.	
Analisis Kualitatif Medis	Azas Pemanfaatan Data (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
32 <u>Mengganti dan Mempertahankan Posisi Tubuh</u> Apakah dalam RKOP ada keterangan bahwa disabel dapat mengganti dan mempertahankan posisi tubuh dengan cara ... (tanda satu atau lebih kriteria sesuai keterangan yang ada) : a. Merubah dasar posisi tubuh (terlentang, duduk, berdiri, squatting, berlutut, membungkuk, menggeser badan ke arah pusat gravitasi = menggeser satu kaki ke arah lainnya saat berdiri) (d410) b. Mempertahankan posisi badan = <i>maintaining a body position</i> (seperti tidur dengan waktu yang ditentukan (muka ke bawah atau <i>prostrate</i>, muka ke atas (<i>supine</i>))	33 <u>PD Perubahan dan Menjaga Posisi Tubuh</u> Bila disabel adalah pasien dengan kondisi mengalami perubahan dan menjaga posisi tubuh, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ?: 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan

atau tidur dengan sisi menyamping. Juga posisi squat, duduk atau berdiri lama seperti saat sedang bekerja atau disekolah. Mengantri, berdiri pada tanah dengan sudut kemiringan, tanah yang licin atau permukaan yang kasar. Mampu berlutut, posisi duduk seakan di kursi atau lantai atau meja, termasuk duduk dengan kaki lurus atau bersila, dengan kaki berpenyanggah atau tidak disanggah (d415) c. <i>Menggeser badan sendiri = transferring oneself</i> (d 420) (geser dari satu lantai ke lainnya, termasuk menggeser badan = beringsut dengan posisi duduk (d 4200) ke bangku, kursi atau memindahkan badan dari tempat tidur ke kursi <u>tanpa merubah posisi tubuh</u>, duduk di jamban (toilet), geser dari kursi roda ke mobil. Termasuk menggeser tubuh saat duduk (d 4200) atau berbaring (d 4201) baik yang dispesifikasikan (d4208) ataupun tidak (d4209). d. <i>Merubah dan menjaga posisi badan, dengan spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.</i> (d 429) 1 = tidak 2 = ya	
---	--

B.. Membawa, memindahkan dan mengurus objek (6 sub) (d 430 – d 449); Adapun kriteria membawa, memindahkan dan mengurus terdiri dari: a. <i>Mengangkat dan membawa objek</i> b. <i>Memindahkan objek dengan tungkai badan bawah</i> c. <i>Menggunakan tangan</i> d. <i>Menggunakan tangan dan lengan</i> e. <i>Menggunakan kaki dan merawat kaki, spesifikasi lainnya</i> f. <i>Membawa, memindahkan dan menangani objek, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.</i>	
---	--

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
34 <u>Membawa, memindahkan dan mengurus objek</u> Apakah dalam RKOP ada keterangan bahwa disabilitas dapat membawa, memindahkan dan mengurus objek dengan cara ... (tanda salah satu atau lebih kriteria sesuai keadaan): a. <i>Mengangkat dan membawa objek (d 430)</i> (mengangkat barang dari permukaan yang lebih rendah ke atas, seperti mengangkat gelas dari meja (d 4300), membawa di tangan (d 4301) gelas minum atau koper dari	35. <u>PD Membawa, memindahkan dan mengurus objek</u> Bila disabilitas adalah pasien dengan kemampuan untuk membawa, memindahkan dan mengurus, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ?: 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = bukan kasus ini

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
satu tempat ke lainnya, membawa dilengan (d 4302) seperti membopong bayi. Membawa dipundak, pinggul dan punggung (d 4303) atau kombinasi, seperti membawa bungkusan besar. Membawa ke atas kepala, seperti menjunjung wadah air (d 4304) dan meletakkan barang ke suatu permukaan atau tanah (d 4305). Juga, mengangkat dan membawa sesuatu dengan spesifikasi lain (d 4308) dan tidak dispesifikasikan (d 4309). b. <i>Memindahkan objek dengan tungkai badan bagian bawah (d 435)</i> (mendorong barang dengan kaki atau telapak kaki seperti terhadap kursi (d 4350), menendang (bola) d 4351, mendorong benda dengan tungkai badan bawah dengan spesifikasi lain (d 4358) atau tidak dispesifikasikan lain (d 4359) c. <i>Menggunakan tangan secara halus (fine hand use = d 440)</i> Mampu mengkoordinasikan tangan seperti memegang benda, mengambilnya (d 4400), memanipulasi (d 4402) dan melepaskan (d 4403) dengan satu tangan, jari dan jempol seperti membalik koin ke meja, memutar koin atau memutar pegangan pintu yang bulat (<i>knob</i>) (d 4401), menggunakan tangan dengan spesifikasi lain (d 4408) dan tidak dispesifikasikan (d 4409) d. <i>Menggunakan tangan dan lengan (d 445)</i> Mampu mengkoordinasikan tangan dan lengan untuk memindahkan benda seperti saat menarik (<i>pulling</i>) dan memutar gagang pintu (d 4450) atau mendorong (juga pada hewan) (d 4451), melempar (d 4454) atau menangkap benda (d 4455). Termasuk menggapai (d 4452), memutar dengan jari (d 4453). Termasuk menggunakan tangan dan lengan yang dispesifikasikan lainnya (d 4458) dan yang tidak (d 4459). Bagian ini dikecualikan bila dilakukan pada kegiatan <i>fine hand use</i> (d 440). e. Menggunakan kaki (d 446) (<i>untuk anak dan remaja</i>): mengkoordinasikan atau memin - dahkan atau manipulasi objek dengan menggunakan satu kaki dan jari f. <i>Membawa, memindahkan dan menangani objek, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan.(d 449)</i>	

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
1 = tidak 2 = ya	
C. Berjalan dan bergerak (5 sub) (d 450 – d 469) Adapun kriteria berjalan dan bergerak terdiri dari a. Berjalan b. Gerakan berpindah c. Berputar sambil berjalan di beberapa lokasi d. Berpindah sambil menggunakan alat e. Berjalan dan berpindah. spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan PD = pemanfaatan data	
36. <i>Berjalan dan bergerak</i> Apakah dalam RKOP ada keterangan bahwa disabel dapat berjalan dan bergerak dengan cara ... (tanda salah satu atau lebih kriteria sesuai keadaan): a. <i>Berjalan (d 450)</i> Berjalan kaki dipermukaan, setiap demi setiap menjejak tanah, seperti sedang jalan santai, melaju, mundur dan menyamping. Termasuk jalan pendek kurang dari satu KM, di kamar, selasar, gedung atau jalan pendek di luar (d 4500), jalan di atas 1 KM (d 4501), melintasi kampung atau kota atau ruang terbuka. Jalan di permukaan yang berbeda (d 4502) seperti di le - reng, tanah tidak rata atau pijakan yang bergerak seperti di rumput, kerikil, es, salju atau di kapal, KA atau kendaraan lain. Berjalan dengan berbagai halangan (d 4503): menghindari benda bergerak dan tidak bergerak, orang, binatang, kendaraan, jalan disekitar pasar, pertokoan, melintasi lalu lintas dan areal ramai. Juga, berjalan, dispesifikasikan lainnya (d 4508) dan tidak dispesifikasikan (d 4509). b. <i>Gerakan berpindah (d 455)</i> dari satu tempat ke lainnya dengan menggunakan alat. Mis. Me - manjat tebing (d 4551) atau lari cepat (d 4552) turun ke jalan, melompat (d 4553), meloncat - loncat, jalan cepat (<i>scampering</i>), gerakan akrobatik berputar di udara atau seperti koprol (<i>somersaulting</i>) atau lari di antara rintangan. Termasuk merangkak (d 4550), jogging, berenang (d 4554). Gerakan berputar, dispesifikasikan lainnya (d 4558) dan tidak dispesifikasikan (d 4559). c. <i>Berkeliling di beberapa lokasi (d 460)</i> Jalan dan berpindah di beberapa lokasi dan situasi seperti jalan diantara kamar (d 4600)	37. <i>PD Berjalan dan bergerak</i> Bila disabel adalah pasien dengan kemampuan berjalan dan bergerak, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ?: 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = bukan kasus ini

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
dalam rumah, bangunan atau turun ke jalan. Termasuk jalan, berpindah, merangkak atau mendaki di dalam rumah. (d 4600), Jalan diantara gedung selain rumah (d 4601), jalan keluar rumah dan gedung lain (d 4602). Berjalan berkeliling diantara lokasi yang berbeda, dispesifikasi lain (d 4608) dan tidak dispesifikasikan. d. <i>Berpindah sambil menggunakan alat (d 465).</i> Termasuk berkeliling dengan alat. Misalnya dengan papan seluncur, ski, alat selam scuba atau kereta roda (<i>wheelchair</i>) atau alat berjalan (<i>walker</i>) e. <i>Berjalan dan berpindah (moving).di spe - sifikasi lain dan tidak dispesifikasikan dan tidak dispesifikasikan (d 469)</i> 1 = tidak 2 = ya	
D.. Berpindah menggunakan alat transportasi (6 sub) (d 470 – d 489). Adapun kriteria berpindah menggunakan alat transport terdiri dari : - Menggunakan transportasi - Menyetir - Menunggang binatang untuk transportasi - Bergerak menggunakan sarana transportasi, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan - Mobilitas, spesifikasi lainnya - Mobilitas, tidak dispesifikasikan Ket. PD = Pemanfaatan Data	
38. <u>Berpindah menggunakan alat transportasi:</u> Apakah dalam RKOP ada keterangan bahwa disabel dapat berpindah dengan menggunakan alat transportasi yaitu (tanda sesuai keadaan dengan cara i: (tanda salah satu atau lebih kriteria sesuai keadaan di bawah ini): a. <i>Menggunakan transportasi</i> sebagai penumpang mobil yang dikendarai (d 4700), bis (d 4702), <i>rickshaw</i> (kereta ditarik orang, penumpangnya 2 orang), <i>jitney</i> (oplet), <i>pram</i> atau <i>stroller</i> (= kereta bayi), kereta dihela binatang, taksi (d 4701), kereta api, kereta bawah tanah (<i>subway</i>), (d 4702), kapal atau pesawat terbang (kapal atau pesawat pribadi (d 4701). Di gotong orang, spt di sheet atau backpack (d 4703). Menggunakan transportasi, dispesifikasikan lainnya (d4708); tidak dispesifikasikan (d 4709).	39. <u>PD Berpindah menggunakan alat transportasi</u> Bila disabel berkemampuan untuk berpindah menggunakan alat transportasi, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? : 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = bukan kasus ini

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
b. <i>Menyetir</i> Dengan kendaraan atau binatang. Bepergian dengan petunjuk seseorang atau dengan kendaraan dengan motor (d4751) seperti mobil, sepeda (d4750), kapal atau dihela binatang (d4752), menyetir, tidak dispesifikasi (d4758), tidak dispesifikasi - kasikan (d4759). c. <i>Menunggang binatang untuk transportasi</i> (d 480). Menunggang kuda, unta atau gajah. d. <i>Bergerak menggunakan sarana transportasi, spesifikasi lain dan tidak dispesifikasikan</i> (d 489). e. <i>Mobilitas, spesifikasi lainnya</i> (d 498). f. <i>Mobilitas, tidak dispesifikasikan</i> (d499). 1 = tidak 2 = ya	
2. <u>Analisis Kualitatif Medis untuk Kriteria Menangani Diri Sendiri (<i>self-care</i>)</u> Kriteria MENANGANI DIRI SENDIRI (<i>self-care</i>) dalam ICF (bab 5) terdiri dalam 9 sub bab sebagai berikut 1. Memasuh diri sendiri (d 510) ; 2.Merawat bagian tubuh (d 520), 3. Menggunakan toilet (d 530), 4. Berpakaian (d 540), 5. Makan (d 550), 6. Minum (d 560), 7 Mengurus kesehatan diri sendiri (d 570 dan 571) – pada anak/remaja, 8. Merawat diri sendiri, dispesifikasikan lainnya (d 598), 9. Merawat diri sendiri, tidak dispesifikasikan lainnya (d 599) PD = Pemanfaatan Data	
40. <u>Memasuh diri sendiri :</u> <i>Apakah dalam RKOP ada keterangan bahwa disabilitas dapat memasuh diri sendiri dengan cara ... (tanda salah satu atau lebih kriteria sesuai keadaan):</i> a. <i>Memasuh diri sendiri (d 510) Mandi dan mengeringkan seluruh badan diri sendiri atau bagian tertentu dengan memakai air dan gian tubuh, membersihkan badan (d 5100) dengan selayaknya serta mengeringkan diri (d5102) dengan material atau dengan menggunakan metode, seperti mandi biasa/berendam,(d 5108) menggunakan air pancar dari shower (d5101), membersihkan tangan, kaki, muka, rambut dan mengeringkannya dengan handuk. Mandi tidak dispesifikasikan (d 5109)</i> b <i>Merawat bagian tubuh,(d520) termasuk merawat kulit (d 5200), gigi (d 5201), rambut (d 5202), kuku tangan (d 5203), kuku kaki (d 5204), merawat bagian tubuh,</i>	41 <u>PD Menangani diri sendiri :</u> Bila disabilitas mempunyai masalah dengan cara memasuh diri sendiri, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = bukan kasus ini

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
dispesifikasikan lainnya (d 5208), tidak dispesifikasikan (d 5209) c. Menggunakan toilet, (d 530) termasuk mengatur keluarnya air seni (d 5300), tinja (d 5301), menstruasi (d 5302), toileting, dispesifikasikan lainnya (d5308), toileting, tidak dispesifikasikan. d. Berpakaian, (d540) Termasuk memakai pakaian sendiri (d 5400), membuka baju sendiri (d 5401), memakai sepatu (d5402), membuka sepatu (d5403), memilih baju yang pantas (d5404), berpakaian, dispesifikasikan lainnya (d5408), berpakaian, tidak dispesifikasikan. e. Makan, (d550) f. Minum, (d560) g. Mengurus kesehatan diri sendiri (d 570), termasuk kenyamanan fisik (d5700), mengatur diet dan kebugaran (d5701), menjaga kesehatan (d5708), menjaga kesehatan, dispesifikasikan lainnya (d 5708), tidak dispesifikasikan (d5709) h. Mengurus keamanannya sendiri (d 571) (pada anak-anak dan remaja) i. Merawat diri sendiri, dispesifikasikan lain - nya (d 598), j. Merawat diri sendiri, tidak dispesifikasi kan lainnya (d599) 1 = tidak 2 = ya	

AKIM RKOP SOAP terdiri dari lembar yaitu 1. Patient Assessment form (Subjective); 2. Lower limb MMT/ROM (Objective); 3. Lower limb orthotics assessment (Assessment); 4. Trans tibial prosthetics assessment' 5. Technical drawing, 6. Lower limb patient assessment form; 7. Progress Note; PD = Pemanfaatan Data

1. <u>PATIENT ASSESSMENT FORM (lihat formulir JSPO)</u>	
42 <u>Identitas Pasien :</u> Apakah dalam RKOP keterangan tentang identitas pasien diisi dengan lengkap ? 1 = tidak 2 = ya	

Penilaian SOAP

= 1. Penilaian subjektif, 2. objektif, 3. assessment, 4. plan.

1. Penilaian Subjektif dalam SOAP

adanya catatan tentang pendapat disabel saat pemeriksaan, perkembangan (progres), limitasi, kebutuhan dan masalah. Tulis keluhan asli disabel, mis. tentang : nyeri, lelah, ekspresi perasaan, sikap, kekuatiran, tujuan dan rencana.

PD = Pemanfaatan Data

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
43 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – problem disabel:</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP terdapat problem/catatan keluhan disabel ? 1 = tidak 2 = ya	44 <u>PD Subjektif SOAP Problem Disabel</u> Bila subyektif SOAP mencantumkan problem/ keluhan disabel, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ?. 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
45 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – Diagnosis kerja :</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP terdapat diagnosis kerja ? 1 = tidak 2 = ya	46 <u>PD Subjektif dalam SOAP – Diagnosis kerja :</u> Bila subjektif SOAP mencantumkan diagno - sis kerja, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ?. 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
47 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – riwayat kondisi saat ini:</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP terdapat riwayat kondisi saat ini ? 1 = tidak 2 = ya	48 <u>PD Subjektif dalam SOAP – riwayat kondisi saat ini</u> Bila subjektif SOAP mencantumkan riwayat kondisi saat ini, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
49 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – riwayat pelayanan sebelumnya</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP mencantumkan riwayat pelayanan sebelumnya ? 1 = tidak 2 = ya	50 <u>PD Subjektif dalam SOAP – riwayat pelayanan sebelumnya</u> Bila subjektif SOAP mencantumkan riwayat pelayanan sebelumnya, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan

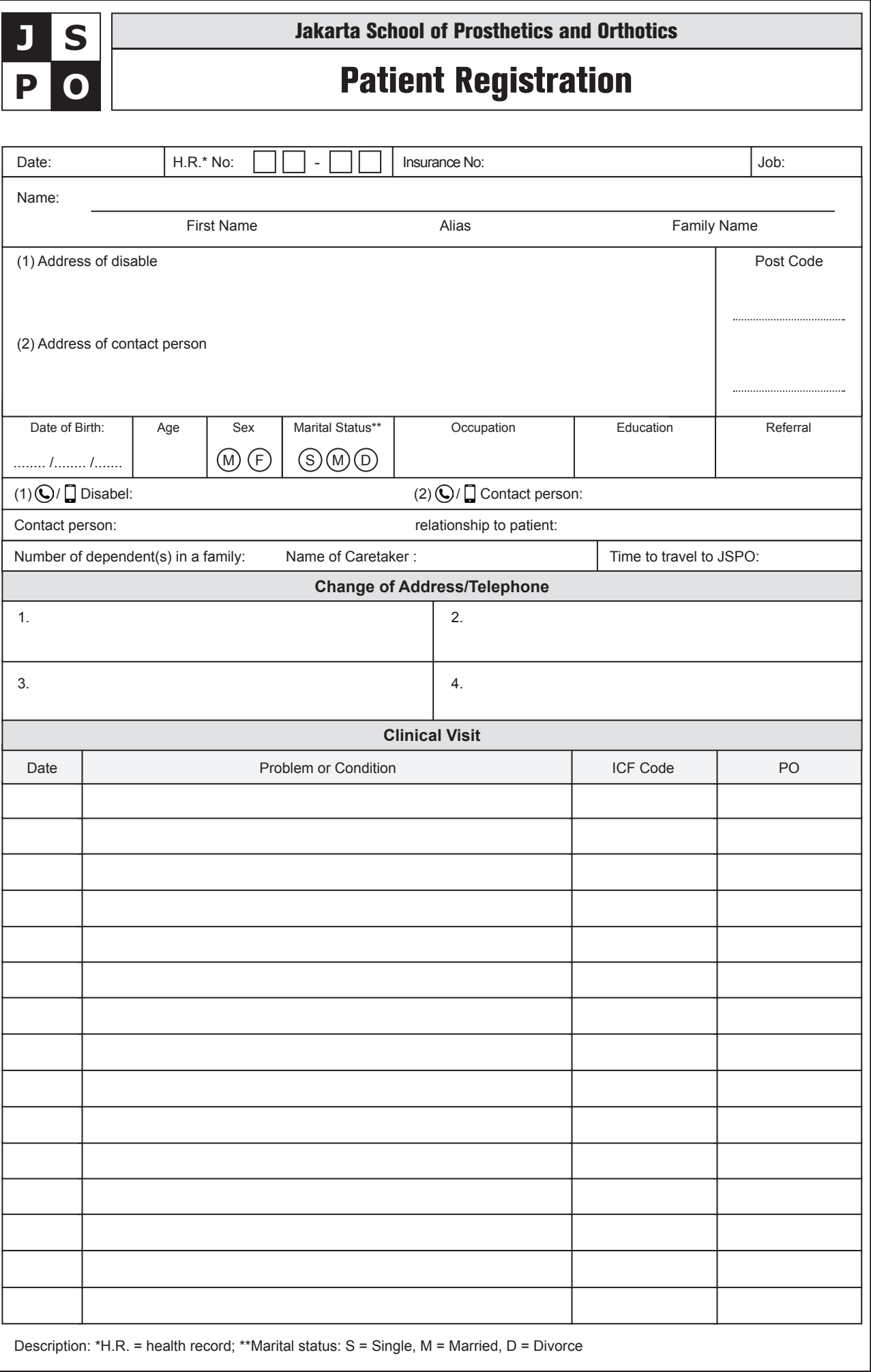
ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
51 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – riwayat medis terdahulu</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP mencantumkan riwayat medis terdahulu, termasuk penyebab menjadi disabel? 1 = tidak 2 = ya	52 <u>PD Subjektif dalam SOAP – riwayat medis terdahulu</u> Bila subjektif SOAP terdapat riwayat medis terdahulu, termasuk penyebab disabilitas, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
53 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – riwayat sosial dan keluarga</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP dicantumkan ada/tidaknya jumlah yang ditanggung disabel (<i>dependent/ independent</i>) dan riwayat keluarga serta kondisi keluarga saat ini dan yang lalu ? 1 = tidak 2 = ya	54 <u>PD Subjektif dalam SOAP – riwayat sosial dan keluarga</u> Bila subjektif SOAP mencantumkan riwayat sosial dan keluarga, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
55 <u>Rincian Penilaian Subjektif dalam SOAP – tentang tujuan (goal) disabel dalam mencapai keberhasilan pelayanan</u> Apakah dalam RKOP tentang subjektif SOAP dicantumkan tujuan disabel dalam mencapai keberhasilan pelayanan ? 1 = tidak 2 = ya	56 <u>PD Subjektif dalam SOAP – tujuan (goal) pelayanan</u> Bila subjektif SOAP mencantumkan tujuan (goal) dalam mencapai keberhasilan pelayanan, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
Penilaian SOAP = 1. Penilaian subjektif, 2. objektif, 3. assessment, 4. plan. 2. <u>Penilaian Objektif dalam SOAP:</u> adalah kegiatan mencatat observasi pemeriksaan disabel berdasarkan data yang diukur, dinilai (kuantifikasi) dan data yang diperoleh. Dari S dan O dapat diperoleh data base yang menghasilkan daftar masalah dan rencana pengobatan.	
57 <u>Rincian Penilaian Objektif SOAP – formulir Lower Limb Manual Muscle Test (MMT)/Range of Motion (ROM) (1)</u> Apakah dalam RKOP tentang objektif SOAP - Lower Limb MMT/ROM terdapat catatan lengkap variabel <i>hip joint, knee joint, ankle joint dan knee stability</i> dengan ukuran ROM dan muscle strength ? 1 = tidak 2 = ya	58 <u>PD Objektif SOAP (1)</u> Bila obyektif SOAP Lower Limb MMT/ROM mencantumkan data, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
59 <u>Rincian Penilaian Objektif SOAP – formulir Lower Limb Manual Muscle Test (MMT)/Range of Motion (ROM) (2)</u> Apakah dalam RKOP tentang objektif SOAP - Lower Limb MMT/ROM terdapat catatan lengkap 7 variabel <i>Sensation, Proprioception, Muscle tone, Muscle length, leg length shortening, joint deformities, spinal deformity</i>? 1 = tidak 2 = ya	60 <u>PD Objektif SOAP 7 variabel (2)</u> Bila obyektif SOAP Lower Limb MMT/ROM mencantumkan data 7 variabel, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
61 <u>Rincian Objektif SOAP – formulir Lower Limb Manual Muscle Test (MMT)/Range of Motion (ROM) (3)</u> Apakah dalam RKOP tentang objektif SOAP - Lower Limb MMT/ROM terdapat catatan lengkap tentang pola jalan (<i>gait deviation</i>) berdasarkan fase kaki menjejak ke tanah (<i>stance</i>) dan fase mengayun (<i>swing</i>) pada kaki kiri dan kanan dan tubuh (<i>trunk</i>) ? 1 = tidak 2 = ya	62 <u>PD Objective SOAP- gait deviation (3)</u> Bila obyektif SOAP Lower Limb MMT/ ROM mencantumkan data gait deviation, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
<u>Penilaian SOAP</u> <u>1. Penilaian subjektif, 2. objektif, 3. assessment, 4. Plan</u> c) <u>Penilaian atau assessment dalam SOAP adalah kegiatan yang menilai hasil pemeriksaan atau pengambilan keputusan terhadap progres disabel, limitasi fungsi dan harapan terapi.</u> (PD = pemanfaatan data)	
63 <u>Penilaian (assessment) SOAP Lower Limb Orthotics (LLO) – assessment pelayanan</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP Lower Limb Orthotics (LLO) ada keterangan assessment pelayanan untuk disabel ? 1 = tidak 2 = ya	64 <u>PD Penilaian SOAP LLO- assessment pelayanan</u> Bila penilaian SOAP LLO ada keterangan assessment pelayanan untuk disabel, apakah dalam RKOP ada informasi “extra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
65 <u>Fungsi dan mobilitas ?</u> Apakah dalam RKOP penilaian (assessment) SOAP Lower Limb Orthotics terdapat keterangan tentang fungsi dan mobilitas ? 1 = tidak 2 = ya	66 <u>PD Fungsi dan Mobilitas</u> Bila penilaian assessment SOAP ada keterangan fungsi dan mobilitas, apakah dalam RKOP ada informasi “extra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
67 <u>Rincian Penilaian SOAP- Kondisi Upper Limb LLO (1)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang kondisi <i>upper limb</i> ? 1 = tidak 2 = ya	68 <u>PD Penilaian SOAP - Kondisi Upper Limb</u> Bila penilaian assessment SOAP Lower Limb Orthotics mencantumkan data kondisi <i>upper limb</i>, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
69 <u>Rincian Penilaian SOAP - Umum (General Assessment) dalam SOAP LLO (2)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang penilaian umum ? 1 = tidak 2 = ya	70 <u>PD Penilaian SOAP LLO - Umum</u> Bila penilaian SOAP Lower Limb Orthotics mencantumkan data penilaian umum disabel untuk LLO, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
71 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO - Diagnosis (3)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang diagnosis ? 1 = tidak 2 = ya	72 <u>PD Penilaian SOAP LLO – Diagnosis</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan data diagnosis, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
73 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO - Functional Loss (4)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang hilangnya fungsi (<i>functional loss</i>) 1 = tidak 2 = ya	74 <u>PD penilaian SOAP LLO- hilangnya fungsi (functional loss)</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan data hilangnya fungsi, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
75 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO - Orthotic Goals (5)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang harapan (<i>goals</i>) praktisi OP untuk pelayanan orthotic ? 1 = tidak 2 = ya	76 <u>PD Penilaian SOAP LLO - Orthotic goals</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan data orthotic goals, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan

<i>ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI</i>	<i>PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)</i>
77 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO – Disain Alat (device) (6)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang disain alat yang digunakan (AFO, KAFO, HKAFO, lainnya) ? 1 = tidak 2 = ya	78 <u>PD Penilaian SOAP LLO – Disain alat</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan data disain alat, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
79 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO – Pergelangan kaki (ankle) (7)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang pergelangan kaki (ankle) ? 1 = tidak 2 = ya	80 <u>PD Penilaian SOAP LLO – Pergelangan kaki (ankle)</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan data pergelangan kaki, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
81 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO – Lutut (knee) (8)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang lutut (knee) ? 1 = tidak 2 = ya	82 <u>PD Penilaian SOAP LLO – Lutut</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan data lutut, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
83 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO – Pinggul (hip) (9)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang pinggul (hip) ? 1 = tidak 2 = ya	84 <u>PD Penilaian SOAP LLO – pinggul</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan data pinggul, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
85 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO – Plastik (10)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat catatan tentang plastik dan ukurannya ? 1 = tidak 2 = ya	86 <u>PD Penilaian SOAP LLO – plastik</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan data plastik dan ukurannya, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
87 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO – Gambar dan Catatan khusus (Special Remarks) (11)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SOAP LLO terdapat gambar pola ukuran alat yang digunakan dan catatan khusus serta	88 <u>PD Penilaian SOAP LLO – gambar – catatan khusus</u> Bila penilaian SOAP LLO menggambar pola ukuran, ada catatan khusus dan tinggi tumit, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini

ANALISIS KELENGKAPAN INFORMASI	PEMANFAATAN KELENGKAPAN INFORMASI (PD) (Analisis Kualitatif Medis)
tinggi tumit (<i>heel height</i>) ? 1 = tidak 2 = ya	1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
89 <u>Rincian Penilaian SOAP LLO – Keterangan untuk praktisi OP : Nama, tanggal pengepasan (<i>fitting</i>) dan tanggal jadi barang (12)</u> Apakah dalam RKOP tentang penilaian SO –AP LLO terdapat keterangan pelaksanaan perihail tersebut di atas? 1 = tidak 2 = ya	90 <u>PD Penilaian SOAP LLO – keterangan untuk praktisi OP</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan keterangan pelaksanaan untuk praktisi OP, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
<u>Penilain SOAP</u> 1. <u>Penilaian subjektif</u> , 2. <u>objektif</u> , 3. <u>assessment</u> , 4. <u>Perencanaan (plan)</u> d) <u>Perencanaan dalam SOAP adalah kegiatan mewujudkan cita- cita dan tujuan dalam pelayanan. Termasuk frekuensi pengobatan dan lamanya.</u> (PD = pemanfaatan data)	
91 <u>Rincian Perencanaan SOAP Lower Limb Patient Assessment Form (1)</u> Apakah dalam RKOP tentang perencanaan SOAP LLPA terdapat gambar perencanaan yang lengkap oleh praktisi OP ? 1 = tidak 2 = ya	92 <u>PD Perencanaan SOAP LLPA – gambar disain</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan gambar perencanaan yang lengkap, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
93 <u>Rincian Perencanaan SOAP LLPA Form (2)</u> Apakah dalam RKOP tentang perencanaan SOAP LLPA terdapat identitas pembuat disain dan tanggal dibuatnya disain ? 1 = tidak 2 = ya	94 <u>PD Perencanaan SOAP LLPA – identitas disainer dan tanggal disain</u> Bila penilaian SOAP LLO mencantumkan identitas disainer dan tanggal pembuatan disain, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan
<u>Progress Notes = Catatan Perkembangan</u> Catatan perkembangan merupakan bagian dari rekam medis/kesehatan yang menggambarkan data dan informasi tentang perkembangan pasien (<i>disabel</i>) dari waktu ke waktu	
95 <u>Catatan Perkembangan</u> Apakah dalam RKOP terdapat catatan perkembangan disabel ? 1 = tidak 2 = ya	96 <u>PD Catatan Perkembangan</u> Bila catatan perkembangan disabel dinyatakan ada, apakah dalam RKOP ada informasi “ekstra” ? 0 = bukan kasus ini 1 = tidak 2 = ya 9 = tidak ada keterangan





Jakarta School of Prosthetics and Orthotics

Authorization

DATE:

H.R. NO:

 -

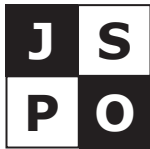
JOB:

NAME:

FIRST NAME

ALIAS

FAMILY NAME



Jakarta School of Prosthetics and Orthotics

Lower Limb

DATE:

H.R. NO:

 -

JOB:

NAME:

FIRST NAME

ALIAS

FAMILY NAME

SIDE: L ☐ R ☐PRIMARY PATIENT: YES ☐ NO ☐SEX: M ☐ F ☐

AGE:

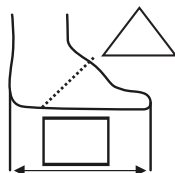
FOLLOW UP: YES ☐ NO ☐

OBJECTIVE

HIP JOINT	ROM		MUSCLE STRENGTH	
	L	R	L	R
Flexion (120)				
Extension (30)				
Abduction (45)				
Adduction (30)				
Internal Rot. (35)				
External Rot. (45)				
KNEE JOINT	L	R	L	R
Flexion (130)				
Extension (0-10)				
ANKLE JOINT	L	R	L	R
Dorsiflexion (30)				
Plantarflexion (45)				
Inversion (30)				
Eversion (15)				
KNEE STABILITY	L	R		
M-L ligaments				
A-P ligaments				
Sensation:	Proprioception:			
Muscle Tone:	Muscle Length:			
Leg Length Shorteing:	Joint Deformities:			
Spinal Deformity:				

PHASE OF GAIT	HIP / KNEE / ANKLE		TRUNK
	LEFT	RIGHT	
Stance			
Swing			
GAIT DEVIATION:			
ASSESSMENT			
GENERAL ASSESMENT:			
DIAGNOSIS:			
FUNCTIONAL LOSS:			

SPECIAL REMARKS:



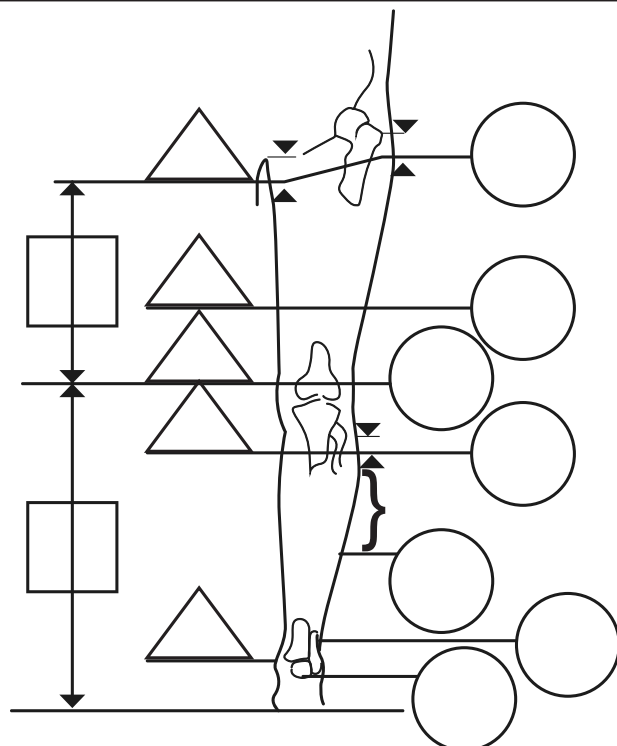
Heel Height: _____

Description:

△ : Diameter

○ : Circumference

□ : Length



PO:

Fitting Date:

Delivery Date:



Jakarta School of Prosthetics and Orthotics

Subjective

DATE:

H.R. NO:

-

JOB:

NAME:

FIRST NAME

ALIAS

FAMILY NAME

SIDE: L ☐

R ☐

PRIMARY PATIENT:

YES ☐ NO ☐

SEX:

M ☐

F ☐

AGE:

FOLLOW UP:

YES ☐

NO ☐

WEIGHT:

HEIGHT:

PATIENT PROBLEMS:

PRESENT CONDITION:

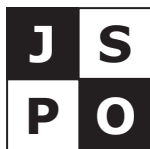
PAST TREATMENT:

PAST MEDICAL HISTORY:

SOCIAL AND FAMILY HISTORY:

PATIENT GOAL OF TREATMENT:

PO:



Jakarta School of Prosthetics and Orthotics

Activities - Participation / ICF

H.R. NO: -

JOB:

NAME:

FIRST NAME

ALIAS

FAMILY NAME

MOBILITY	INDEPENDENT	ASSISTED	IMPOSSIBLE	Notes (Good/ Poor)
Changing and maintaining body position (d410-d429)				
d410 Changing basic body position	☐	☐	☐	
d415 Maintaining a body position	☐	☐	☐	
d420 Transferring oneself	☐	☐	☐	
d429 Changing and maintaining body position, other specified and unspecified	☐	☐	☐	
Carrying, moving and handling objects (d430-d449)				
d430 Lifting and carrying objects	☐	☐	☐	
d435 Moving objects with lower extremities	☐	☐	☐	
d440 Fine hand use	☐	☐	☐	
d445 Hand and arm use	☐	☐	☐	
d446 Fine foot use	☐	☐	☐	
d447 Carrying, moving and handling objects, other specified and unspecified	☐	☐	☐	
Walking and moving (d450-d469)				
d450 Walking	☐	☐	☐	
d455 Moving around	☐	☐	☐	
d460 Moving around in different locations	☐	☐	☐	
d465 Moving around using equipment	☐	☐	☐	
d469 Walking and moving, other specified and unspecified	☐	☐	☐	
Moving around using transportation (d470-d489)				
d470 Using transportation	☐	☐	☐	
d475 Driving	☐	☐	☐	
d480 Riding animals for transportation	☐	☐	☐	
d489 Moving around using transportation, other specified and unspecified	☐	☐	☐	
d498 Mobility, other specified	☐	☐	☐	
d499 Mobility, unspecified	☐	☐	☐	
SELF CARE				
d510 Washing oneself	☐	☐	☐	
d520 Caring for body parts	☐	☐	☐	
d530 Toileting	☐	☐	☐	
d540 Dressing	☐	☐	☐	
d550 Eating	☐	☐	☐	
d560 Drinking	☐	☐	☐	
d570 Looking after one's health	☐	☐	☐	
d571 Looking after one's safety	☐	☐	☐	
d598 Self-care, other specified	☐	☐	☐	
d599 Self-care, unspecified	☐	☐	☐	

PO:

Date:

Planning

H.R. NO: -

NAME:

FIRST NAME

ALIAS

FAMILY NAME

JOB:

UPPER LIMB CONDITION:

ORTHOTIC GOALS:

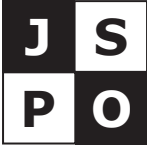
DEVICE				PLASTIC					
AFO ☐ KAFO ☐ HKAFO ☐ OTHER ☐				PP ☐ 3 mm ☐ 5 mm ☐ PE ☐ OTHER ☐					
ANKLE		KNEE		HIP					
RIGID	☐	ARTICULATED	☐	DROP LOCK	☐	LOCK	☐	OTHER	☐
FLEXIBLE	☐	OTHER	☐	FREE	☐	FREE	☐	☐	
SEMI RIGID	☐	☐		SWISS LOCK	☐	☐			

TECHNICAL DRAWING

A full-page sheet of white graph paper featuring a uniform grid of thin black lines. The grid consists of small squares covering the entire area. There are no margins, text, or other markings on the page.

PO:

Date:



Jakarta School of Prosthetics and Orthotics

Progress Notes

NAME:		
FIRST NAME	ALIAS	FAMILY NAME

H.R. NO: -

SEX: M ☐ F ☐ DATE OF BIRTH: (m) _____, (d) _____ (y) _____

[illegible]

Lampiran 3.

SUSUNAN ORGANISASI TIM PENELITI DAN PEMBAGIAN TUGAS

No	Nama lengkap & gelar/NIP	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi waktu (Jam/minggu)	Pembagian Tugas
1	Gemala Hatta (Dr. Dra. MRA. Mkes) 1952 0302 1976 12201	Poltekkes Jakarta I	Kesehatan Masyarakat	6	Bertanggung jawab terhadap seluruh rangkaian kegiatan penelitian
2	dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MQIH, Ph.D 19660314 199302 1001	Poltekkes Jakarta I	Kesehatan Masyarakat	4	Membantu ketua peneliti dalam tanggung jawab atas semua aspek penelitian
3	dr Tini Sekarwati,MM	Poltekkes Jakarta I	Dosen Anatomi	5	Bertanggung jawab dalam pelaksanaan penelitian
4	Dr. Yopi Harwinanda Ardesa, M.Kes	Poltekkes Surakarta	Kesehatan Masyarakat	2	Bertanggung jawab dalam pelaksanaan penelitian

A. Identitas Diri

BIODATA KETUA DAN ANGGOTA PENELITI

Biodata Ketua Peneliti

B. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Gemala Rabi'ah Hatta (Dr, Dra, MRA, MKes)
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP	1952 0302 1976 12201
5	NIDN	400 203 5201
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Jakarta, 2 Maret 1952
7	E-mail	g_hatta@yahoo.com
8	Nomor Telepon/HP	021 – 736 13 53/ 0815 94 24 338)
9	Alamat kantor	Politeknik Kementerian Kesehatan Jakarta I Jl. Wijaya Kusuma No. 48, Cilandak, Jakarta Selatan
10	Nomor Telepon/Faks	021-75904687 / 021-75914366
Mata Kuliah yang Diampu		Terminologi Medis
		ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health – (standar disabilitas dari WHO)

C. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	School of Medi - cal Record Admi - nistration (Bea Siswa Colombo Plan), Sydney, Australia	Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (LAN – R)	Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (S2)	Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Univ. Indonesia
Bidang Ilmu	Administrasi Rekam Medis	Administrasi Negara	Biostatistik	Kesehatan Masyarakat
Tahun Masuk- Lulus	1974 - 1976	1981 – 1983	1991 - 1994	1995 – 2002

D. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Jt Rp)
1	2010	Determinants and an Informative Antenatal Health Record Development Journal AHIMA, Jurnal profesi di Amerika Serikat Text http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/document/s/ahima/bok3_005522.hcsp?dDocName=bok3_005522	Swadana	20 Juta
2	2012	Indonesia – Pilot Test ICD 10 Morbidity Coding Tulisan dipublikasi di Majalah on line dari IFHIMA (= International Federation on Health Information Management Associations) bernama GLOBAL NEWS edisi 12_Januari_2013 http://www.scribd.com/doc/122097035/Global-News-Pilot-Test-on-ICD10-by-WHO-FIC-IFHIMA-in-Indonesia-See-page-11 http://ifhima.org/news/Global%20News%202013%20-%20Issue%2012%20-%20January%202013.pdf http://ifhima.files.wordpress.com/2014/03/global-news_2013-issue_12-january_2013.pdf	Swadana	10 Juta
3	2014	Experience in Conducting ICD 10 Pilot Test Prepared by Joint Collaboration between WHO-FIC NEIC – IFHIMA 25th PORMIKI Anniversary and 3rd IFHIMA SEAR Conference, DIY Di publikasikan dlm proceeding ISBN: 978.602.8658.942 https://www.scribd.com/doc/246952867/Experience-in-Conducting-ICD10-Pilot-Test-Prepared-by-Joint-Collaboration-Between-WHO-Family-of-International-Classifications-Network-Education-and-Im	Swadana	10 Juta

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 Tahun terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/No/ Tahun
----	----------------------	-------------	------------------

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/No/ Tahun
1	Judul Pertanyaan Seputar Bab I mengenai ketentuan umum pada PERMENKES No. 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis (Hal. 87 – 96)	Jurnal Hukum Kesehatan Kementerian Kesehatan RI	Volume 3/ Nomer 5/ Tahun 2010
2	Experience in Conducting ICD 10 Pilot Test Prepared by Joint Collaboration between WHO-FIC NEIC – IFHIMA	Enforcing the Strategic Role of Health Information_Managers_(HIM)_in_Develop-ing Better Countries. Kongres III IFHIMA South East Asia Region 2014	Proceeding: ISBN : 978.602.8658-94-2 / Tahun 2014
	Analysis of the Results of Morbidity Coding Pilot Tests - Result of Morbidity Coding Pilot Test	Montreal – Congress Internasional IFHIMA (April 2013) Penulis : antara lain Gemala Hatta	http://www.scribd.com/doc/156096948/Analysis-of-the-Results-of-Morbidity-Coding-Pilot-Tests?post_id=100004968882434_183573298484965#

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (Oral presentation) dalam 5 Tahun terakhir

No	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel	Tempat dan Waktu
1.	Seminar Nas RM dan Inforkes.	Peran Profesi MIK dlm Perubahan Paradigma RME/EHR	STIKES Panakkukang, Makassar. PORMIKI – 7 Maret 2010
2.	Seminar Rekam Kesehatan Elektronik Amanat UU RS dlm Aplikasi Patient Safety	Peran Profesional Manajemen Informasi Kesehatan dalam Pengembangan Rekam Kesehatan Elektronik	DPD PORMIKI Sumatera Selatan, Palembang (17-19 Maret 2010)
3.	Seminar Nasional “Menuju RS Kelas Dunia dg Penerapan RKE di Ind”	“Peran Profesi MIK di era RKE”	Twin Plaza Hotel, Jkt – 15 Juli 2010

No	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel	Tempat dan Waktu
4	Seminar Kompetensi Profesi Bidan dan Perekam Medis Menuju Dokumentasi Berkualitas (APIKES AKBID Mitra Husada Karanganyar)	Kompetensi Praktisi MIK menuju Rekaman/ Dokumentasi Klinis yang berkualitas	The Sunan Hotel, Jl. A Yani 40, Surakarta – 26 Februari 2011
5.	Seminar Nasional Rekam Medis dan Informasi Kesehatan “Peningkatan Kualitas Rekam medis berbasis Tknologi Informasi dlm Rk Mewujudkan RS kelas Dunia”	“Dokumentasi dan RM dalam Manajemen Resiko”	PIKSI Ganesha Politeknik – PORMIKI – Bandung – 30 April 2011
6.	Seminar Menghadapi Uji Kompetensi dlm Meningkatkan Profesional Profesi Perekam Medis dan Infokes sesuai Kepmenkes 377/2007 dan Pembentukan DPD PORMIKI SULUT	Paradigma Baru Rekam Medis : Manajemen Informasi Kesehatan	DPP PORMIKI – Panitia Pembentukan DPD PORMIKI SULUT, Manado – 27 Sept 2011
7	Seminar STIKES Husada Borneo	Kompetensi Praktisi MIK menuju Rekaman/ Dokumentasi Klinis yang berkualitas	STIKES Husada Borneo, Banjarmasin, 7 Okt 2011
8.	Seminar Nasional Peluang dan Tantangan Implemenasi SIK yg Terintegrasi dlm Pelayanan Kesehatan	Profesi MIK dalam Implementasi sistem Infokes	Potekkes Kemen - kes Tasikmalaya Jurusan Perekam dan Informasi Kesehatan, Tasikmalaya, 23 Feb 2012
9.	Seminar Nasional Rekam Medis Gajah Mada 2012	Rekam Medis – Manajemen Informasi Kesehatan dan masa mendatang	Program Studi D3 Rekam Medis UGM bekerja sama dg DPD PORMIKI DIY, DIY, 2 Juni 2012
10.	Seminar Aspek Hukum Dokumentasi Rekam Kesehatan.	Profesionalisme MiK dan Aspek Hukum	aptiRMiK ks Aptikes Dharma Lanbouw, Hotel Pangeran Beach Padang, 4-6 April 2013
11.	Seminar “Perkembangan mutu RM dan Infokes dlm	Mutu Rekam Medis – MIK kini dan masa mendatang	DPD PORMIKI SULSEL, Hotel

No	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel	Tempat dan Waktu
	mendukung SIRS: Tantangan, Aplikasi dan Evaluation”		Raffles City, Bengkulu, 20 Juni 2013
12.	Seminar Pra Rakernas PORMIKI : “Optimali -sasi peran pengkode dlm klaim Jamkes pd pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional	Optimalisasi peran pengkode (coder) dalam klaim jaminan kesehatan pada pelaksanaan SJSN	DPP PORMIKI, Twin Plaza Slipi, Jakarta, 19 September 2013
13.	Seminar Kriminalitas Dokter dan Tenaga Kesehatan (bg upaya introspeksi diri)	Optimalisasi Rekam Medis sbg Antisipasi Sengketa Hukum Kedokteran/ Kesehatan	Politeknik Negeri Jember, Gedung Sutrisno Widjaja, Jember, 11 Januari 2014
14.	Seminar Rekam Medis Peran Rekam Medis dan Infokes dlm Mensukseskan Program BPJS	Peran Praktisi MIK dalam mensukseskan Program BPJS cq JKN	RS Usada Insani, Jl. K.H Hasyim Ashari no. 24, Cipondoh, Tangerang, Banten, 8 Maret 2014
15.	Pelatihan Statistik Multivariat dan Pengisian Borang Akreditasi Standar BAN PT, Seminar Nasional & Call of Papers serta RTA ApriRMik	Membangun Karakter Unggul dlm Pendidikan dan Kemajuan MIK	Asosiasi Perguruan Tinggi Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan (aptiRMik) & STIKES Panakkukang Makassar - Hotel Singgasana, Makassar - 24 April 2014
16.	Seminar “Kompetensi Perekam Medis dan Info Kes dlm Mendukung Pelaksanaan JKN”	Kompetensi Kodifikasi pd Manajemen Informasi Kesehatan dalam mendukung JKN	Serenada 2014 Program Studi D-III Rekam Medis Univ. Gajah Mada DIY – 25 Mei 2014
17.	Seminar dan Musda “Peran Medis dan Perekam Medis dalam Pengkodean Diagnosa dan Tindakan Pelayanan BPJS”	Peran Pengkode Diagnosis dan Tindakan dlm Pembayaran Klaim Pelayanan Pasien BPJS	DPD PORMIKI Sumatera Selatan – Palembang – 18 Juni 2014
18.	Seminar Nasional “Peran Tenaga Kesehatan dlm Pelaksanaan JKN Terkait Implementasi Program INA CBG”	Peran Tenaga Medis dan Praktisi MIK dalam pelayanan JKN/BPJS	Univ. Esa Unggul Jakarta Barat, Gedung Ballroom Kemala, 12 Juli 2014

No	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel	Tempat dan Waktu
19.	Seminar Manajemen Informasi Kesehatan Nasional (seMIKNas).	Peran Profesi MIK dalam mendeteksi dan mencegah terjadinya penipuan (FRAUD) informasi medis	STIKES Mitra Husada Karanganyar, Gedung Muhammadiyah, 18 Oktober 2014
20	Seminar Manajemen Informasi Kesehatan	Klasifikasi dan Kodefikasi Internasional mengenai Penyakit dan Masalah Terkait Kesehatan Kaidah Penggunaan ICD 10 dan Perkembangannya	STIKES Ahmad Yani, DI Yogyakarta, 24 Oktober 2014

\

G. Karya buku dalam 5 Tahun terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan (Edisi Revisi 3)	2014	460	UI – PRESS ISBN 978 979 456 376 2
2	Modul Development on ICD 10	2013	158	WHO – Jakarta
3	Marking Scheme Scheme ICD 10	2014	32	WHO – Jakarta
	Modul ICD Part I	2013	476	
4	Modul ICD 10 Part I, II	2013	368	WHO – Jakarta
5	Modul ICD 10 Road Map	2013	11	WHO – Jakarta
6	Modul ICD 10 Standard Curriculum	2013	08	WHO – Jakarta

Anggota Peneliti 1

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MQIH, Ph.D
2	Jenis Kelamin	Laki laki
3	Jabatan Fungsional	Dosen jurusan OP Poltekkes Jakarta I
4	NIP	19660314 199302 1001

5	NIDN	1286250134
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Jakarta, 14 Maret 1966
7	E-mail	Jusufkristianto2000@yahoo.com
8	Nomor Telepon/HP	08161115207, 085311257000
9	Alamat kantor	Jl Wijayakusuma no. 47 - 48. Cilandak, Jakarta Selatan
10	Nomor Telepon/Faks	021 75904687
Mata Kuliah yang Diampu		Manajemen Kesehatan
		Manajemen Mutu Pelayanan
		Manajemen Organisasi

B.Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	UI	UI	UI
Bidang Ilmu	Kedokteran	Public Health	
		Master Hospital Administration	
Tahun Masuk-Lulus	1984-1990	1999-2000, 2000-2002	2007-2011

C.Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1.	2002	Analisa kepuasan pasien di RSCM	RSCM	20 juta
2	2004	Analisa pelayanan di RS Dharmais	RS Dharmais	20 juta
3	2010	Analisa pelayanan di RS Harum	Swadana	20 juta
4	2010	Analisa pelayanan di RS MMC	swadana	20 juta

D. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 Tahun terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Vol/Nomor/Tahun
1	Tingkatan kepuasan pasien rawat inap terhadap mutu pelayanan di RS Dharmais	Quality jurnal kesehatan	Vol1/1/Mei 2007

E. Pemakalah Seminar Ilmiah(Oral presentation) dalam 5 Tahun terakhir

No	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel	Tempat dan Waktu
1	Orasi ilmiah dies natalis	Peningkatan mutu pelayanan	Jakarta , !5 April 2003

2	Orasi ilmiah	Model TQM Rumah sakit	Depok , 4/7/2012
3	Orasi ilmiah	Hipertensi	Jakarta, 15/4/2013
4	Seminar nasional kesehatan	Penyakit jantung kajian kesehatan masyarakat	Kemenkes, 15/3/2015

F. Karya buku dalam 5 Tahun terakhir

No	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Manajemen mutu Layanan	2002	40	Lokal Medistra
2	Manajemen organisasi	2002	60	Lokal Medistra
3	Pedoman Penelitian	2014	70	Kemenkes RI

G. HaKI/ Hak Paten

No	Aspek yang dipatenkan	Tahun	Posisi Anda dalam kepemilikan hak paten	Status (Sudah diperoleh)
1.	Alat foto copy ront – gent	1989	Jusuf kristianto dan Universitas Indonesia	Sudah diperoleh

Anggota Peneliti 2

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	dr Tini Sekarwati,MM
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Assisten ahli
4	NIP	195105031978022002
5	NIDN	4003055101
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Bandung ,3 Mei 1951
7	E-mail	tinisekarw@yahoo.com
8	Nomor Telepon/HP	087782383288
9	Alamat kantor	Jl Wijayakusuma Raya 48 Cilandak Jakarta Selatan 12430
10	Nomor Telepon/Faks	021-75904687/ 021-75914366
Mata Kuliah yang Diampu		Anatomi
		Fisiology
		Manajemen Keperawatan

B.Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	Sp
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Padjadjaran	IPWI Jakarta	
Bidang Ilmu	Fakultas Kedokteran	Manajemen	
Tahun Masuk-Lulus	1970-1977	1999-2001	

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun terakhir

No	Tahun		Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2014	Koreksi Kaki Congenital Talipes Equino Varus Dengan Metode Ponceti di Laboratorium Klinik Jurusan Ortotik Prostetik Poltekkes Kemenkes Jakarta I	Mandiri	15.000.000

D. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 Tahun terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Vol/Nomor/Tahun
1	Analisis dampak tingkat hunian terhadap rentabilitas modal sendiri Rumah Sakit X	Health Quality, (Poltekkes Kemenkes Jakarta I)	5/1/November 2014

Anggota Peneliti 3

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	dr. Yopi Harwinanda Ardesa, M.Kes
2	Jenis Kelamin	Laki-laki
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP	1975051420060410003
5	NIDN	4014057501
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Klaten, 14 Mei 1975
7	E-mail	jopigoldeagle@gmail.com
8	Nomor Telepon/HP	081393115030
9	Alamat kantor	Jl Adi Sumarmo No.1 Tohudan, Colomadu, Karanganyar Jawa Tengah
10	Nomor Telepon/Faks	0271 726223
Mata Kuliah yang Diampu		Patologi Umum
		Patologi II

	Patoneurologi
	CBR

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2	Sp
Nama Perguruan Tinggi	UNS	UNS	
Bidang Ilmu	Kedokteran	Kedokteran	
Tahun Masuk-Lulus	1993-2000	2011-2013	

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1.	2009	Pengaruh penggunaan Ankle Foot Orthose Dynamic dengan Ankle Foot Orthose Static terhadap penurunan kekuatan dorsal flexor ankle pasien drop foot karena paresis	Risbinakes	15

D. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 Tahun terakhir

No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Vol/Nomor/Tahun
1.	Pengaruh gerakan vestibuler terhadap penurunan keluhan vertigo	Mutiara Medika	ISSN: 1411-8033 vol 9 no 2 juni 2009
2.	Penurunan derajat nyeri penggunaan <i>Collar</i> pada <i>cervical syndrome</i>	Interest	ISSN;2252-5432, volume 2, no 1, mei 2013
3.	Penggunaan Knee Support Plat 2mm dengan Kneer Support Plat 4 mm dan progresivitas nyeri lutut	Interest	ISSN;2252-5432, volume 2, no 1, mei 2012

E. Pemakalah Seminar Ilmiah(Oral presentation) dalam 5 Tahun terakhir

No	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel	Tempat dan Waktu
1	Seminar Nasional kesehatan tahun 2014 “Penelitian Berbasis IT Mendukung Pengembangan Ilmu Kesehatan”	Efektivitas Penggunaan <i>Lateral Wedge Insole</i> terhadap progresivitas deformitas genu varus pada osteoarthritis	Bekasi, 20 Desember 2014

Alur Penelitian

1. Pembuatan Kuesioner

Buka aplikasi Epi Data.

Pilih file → new .QES file : Ketik kuesioner dengan menggunakan koding epidata.

Make Data file : untuk membuat data kuesioner dapat di input

Checks : untuk mengatur jumlah input dan alur kuesioner

2. Entry Data

Masih menggunakan epi data.

Pilih Enter Data : Untuk menginput data kuesioner. Data akan secara otomatis tersimpan (.rec)

3. Export Data

Setelah semua data dientry, buka aplikasi epi data.

Pilih Export Data → dBase III. Save menggunakan nama baru (.dbf)

4. Analisis Univariat

Menggunakan aplikasi SPSS 17

Open file (.dbf) dari epi data

Periksa kembali kelengkapan dan value data

Pada SPSS pilih Analyze → Descriptive Statistic → Frequencies. Pilih variabel yang ingin ditampilkan distribusinya.

Jika sudah dipindahkan ke Ms. Excel

5. Pemanfaatan Data

Menggunakan syntax pada aplikasi SPSS 17

Pilih File → New → Syntax

Masukan koding data pemanfaatan data. Akan muncul variabel baru di SPSS (CPD)

6. Faktor Analisis

Masih menggunakan SPSS 17

Pilih Analyze → Dimension Reduction → Factor

Masukan semua hasil pemanfaatan data (CPD). Pilih metode Varimax. Hasil rotated dipilih yang diatas 0,5 dan 0,3.

Pindahkan ke Excel dan definisikan pada Ms. Word.

Lampiran 4

SYNTAX SPSS

1. Analisis Kualitatif Medis ICF

IF (FR32 = 1 and POSTUBUH = 9) CPD33 = 1.
IF (FR32 = 2 and POSTUBUH = 1) CPD33 = 2.
IF (FR32 = 2 and POSTUBUH = 0) CPD33 = 3.
IF (FR32 = 2 and POSTUBUH = 2) CPD33 = 4.
EXECUTE

IF (FR34 = 1 and OBJEKTRA = 9) CPD35 = 1.
IF (FR34 = 2 and OBJEKTRA = 1) CPD35 = 2.
IF (FR34 = 2 and OBJEKTRA = 0) CPD35 = 3.
IF (FR34 = 2 and OBJEKTRA = 2) CPD35 = 4.
EXECUTE

IF (FR36 = 1 and JALANGER = 9) CPD37 = 1.
IF (FR36 = 2 and JALANGER = 1) CPD37 = 2.
IF (FR36 = 2 and JALANGER = 0) CPD37 = 3.
IF (FR36 = 2 and JALANGER = 2) CPD37 = 4.
EXECUTE

IF (FR38 = 1 and TRANSTRA = 9) CPD39 = 1.
IF (FR38 = 2 and TRANSTRA = 1) CPD39 = 2.
IF (FR38 = 2 and TRANSTRA = 0) CPD39 = 3.
IF (FR38 = 2 and TRANSTRA = 2) CPD39 = 4.
EXECUTE

IF (FR40 = 1 and BASUHTRA = 9) CPD41 = 1.
IF (FR40 = 2 and BASUHTRA = 1) CPD41 = 2.
IF (FR40 = 2 and BASUHTRA = 0) CPD41 = 3.
IF (FR40 = 2 and BASUHTRA = 2) CPD41 = 4.
EXECUTE

2. Analisis Kualitatif Medis SOAP

IF (FR43 = 1 and PD44 = 9) CPD44 = 1.
IF (FR43 = 2 and PD44 = 1) CPD44 = 2.
IF (FR43 = 2 and PD44 = 0) CPD44 = 3.

IF (FR43 = 2 and PD44 = 2) CPD44 = 4.
EXECUTE

IF (FR45 = 1 and PD46 = 9) CPD46 = 1.
IF (FR45 = 2 and PD46 = 1) CPD46 = 2.
IF (FR45 = 2 and PD46 = 0) CPD46 = 3.
IF (FR45 = 2 and PD46 = 2) CPD46 = 4.
EXECUTE

IF (FR47 = 1 and PD48 = 9) CPD48 = 1.
IF (FR47 = 2 and PD48 = 1) CPD48 = 2.
IF (FR47 = 2 and PD48 = 0) CPD48 = 3.
IF (FR47 = 2 and PD48 = 2) CPD48 = 4.
EXECUTE

IF (FR49 = 1 and PD50 = 9) CPD50 = 1.
IF (FR49 = 2 and PD50 = 1) CPD50 = 2.
IF (FR49 = 2 and PD50 = 0) CPD50 = 3.
IF (FR49 = 2 and PD50 = 2) CPD50 = 4.
EXECUTE

IF (FR51 = 1 and PD52 = 9) CPD52 = 1.
IF (FR51 = 2 and PD52 = 1) CPD52 = 2.
IF (FR51 = 2 and PD52 = 0) CPD52 = 3.
IF (FR51 = 2 and PD52 = 2) CPD52 = 4.
EXECUTE

IF (FR53 = 1 and PD54 = 9) CPD54 = 1.
IF (FR53 = 2 and PD54 = 1) CPD54 = 2.
IF (FR53 = 2 and PD54 = 0) CPD54 = 3.
IF (FR53 = 2 and PD54 = 2) CPD54 = 4.
EXECUTE

IF (FR55 = 1 and PD56 = 9) CPD56 = 1.
IF (FR55 = 2 and PD56 = 1) CPD56 = 2.
IF (FR55 = 2 and PD56 = 0) CPD56 = 3.
IF (FR55 = 2 and PD56 = 2) CPD56 = 4.
EXECUTE

IF (FR57 = 1 and PD58 = 9) CPD58 = 1.

IF (FR57 = 2 and PD58 = 1) CPD58 = 2.
IF (FR57 = 2 and PD58 = 0) CPD58 = 3.
IF (FR57 = 2 and PD58 = 2) CPD58 = 4.
EXECUTE

IF (FR59 = 1 and PD60 = 9) CPD60 = 1.
IF (FR59 = 2 and PD60 = 1) CPD60 = 2.
IF (FR59 = 2 and PD60 = 0) CPD60 = 3.
IF (FR59 = 2 and PD60 = 2) CPD60 = 4.
EXECUTE

IF (FR61 = 1 and PD62 = 9) CPD62 = 1.
IF (FR61 = 2 and PD62 = 1) CPD62 = 2.
IF (FR61 = 2 and PD62 = 0) CPD62 = 3.
IF (FR61 = 2 and PD62 = 2) CPD62 = 4.
EXECUTE

IF (FR63 = 1 and PD64 = 9) CPD64 = 1.
IF (FR63 = 2 and PD64 = 1) CPD64 = 2.
IF (FR63 = 2 and PD64 = 0) CPD64 = 3.
IF (FR63 = 2 and PD64 = 2) CPD64 = 4.
EXECUTE

IF (FR67 = 1 and PD68 = 9) CPD68 = 1.
IF (FR67 = 2 and PD68 = 1) CPD68 = 2.
IF (FR67 = 2 and PD68 = 0) CPD68 = 3.
IF (FR67 = 2 and PD68 = 2) CPD68 = 4.
EXECUTE

IF (FR69 = 1 and PD70 = 9) CPD70 = 1.
IF (FR69 = 2 and PD70 = 1) CPD70 = 2.
IF (FR69 = 2 and PD70 = 0) CPD70 = 3.
IF (FR69 = 2 and PD70 = 2) CPD70 = 4.
EXECUTE

IF (FR71 = 1 and PD72 = 9) CPD72 = 1.
IF (FR71 = 2 and PD72 = 1) CPD72 = 2.
IF (FR71 = 2 and PD72 = 0) CPD72 = 3.
IF (FR71 = 2 and PD72 = 2) CPD72 = 4.
EXECUTE

IF (FR73 = 1 and PD74 = 9) CPD74 = 1.

IF (FR73 = 2 and PD74 = 1) CPD74 = 2.
IF (FR73 = 2 and PD74 = 0) CPD74 = 3.
IF (FR73 = 2 and PD74 = 2) CPD74 = 4.
EXECUTE

IF (FR75 = 1 and PD76 = 9) CPD76 = 1.
IF (FR75 = 2 and PD76 = 1) CPD76 = 2.
IF (FR75 = 2 and PD76 = 0) CPD76 = 3.
IF (FR75 = 2 and PD76 = 2) CPD76 = 4.
EXECUTE

IF (FR77 = 1 and PD78 = 9) CPD78 = 1.
IF (FR77 = 2 and PD78 = 1) CPD78 = 2.
IF (FR77 = 2 and PD78 = 0) CPD78 = 3.
IF (FR77 = 2 and PD78 = 2) CPD78 = 4.
EXECUTE

IF (FR79 = 1 and PD80 = 9) CPD80 = 1.
IF (FR79 = 2 and PD80 = 1) CPD80 = 2.
IF (FR79 = 2 and PD80 = 0) CPD80 = 3.
IF (FR79 = 2 and PD80 = 2) CPD80 = 4.
EXECUTE

IF (FR81 = 1 and PD82 = 9) CPD82 = 1.
IF (FR81 = 2 and PD82 = 1) CPD82 = 2.
IF (FR81 = 2 and PD82 = 0) CPD82 = 3.
IF (FR81 = 2 and PD82 = 2) CPD82 = 4.
EXECUTE

IF (FR83 = 1 and PD84 = 9) CPD84 = 1.
IF (FR83 = 2 and PD84 = 1) CPD84 = 2.
IF (FR83 = 2 and PD84 = 0) CPD84 = 3.
IF (FR83 = 2 and PD84 = 2) CPD84 = 4.
EXECUTE

IF (FR85 = 1 and PD86 = 9) CPD86 = 1.
IF (FR85 = 2 and PD86 = 1) CPD86 = 2.
IF (FR85 = 2 and PD86 = 0) CPD86 = 3.
IF (FR85 = 2 and PD86 = 2) CPD86 = 4.
EXECUTE

IF (FR87 = 1 and PD88 = 9) CPD88 = 1.

IF (FR87 = 2 and PD88 = 1) CPD88 = 2.
IF (FR87 = 2 and PD88 = 0) CPD88 = 3.
IF (FR87 = 2 and PD88 = 2) CPD88 = 4.
EXECUTE

IF (FR89 = 1 and PD90 = 9) CPD90 = 1.
IF (FR89 = 2 and PD90 = 1) CPD90 = 2.
IF (FR89 = 2 and PD90 = 0) CPD90 = 3.
IF (FR89 = 2 and PD90 = 2) CPD90 = 4.
EXECUTE

IF (FR91 = 1 and PD92 = 9) CPD92 = 1.
IF (FR91 = 2 and PD92 = 1) CPD92 = 2.
IF (FR91 = 2 and PD92 = 0) CPD92 = 3.
IF (FR91 = 2 and PD92 = 2) CPD92 = 4.
EXECUTE

IF (FR93 = 1 and PD94 = 9) CPD94 = 1.
IF (FR93 = 2 and PD94 = 1) CPD94 = 2.
IF (FR93 = 2 and PD94 = 0) CPD94 = 3.
IF (FR93 = 2 and PD94 = 2) CPD94 = 4.
EXECUTE

IF (FR95 = 1 and PD96 = 9) CPD96 = 1.
IF (FR95 = 2 and PD96 = 1) CPD96 = 2.
IF (FR95 = 2 and PD96 = 0) CPD96 = 3.
IF (FR95 = 2 and PD96 = 2) CPD96 = 4.
EXECUTE

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”		
Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015		
	Peserta Rapat (kanan) : Mr.Olle (kanan) (instruktur Orthotik Prostetik JSPO Poltekkes Jakarta I) dr. Yopi – Ketua Jurusan Ortotik Prostetik Surakarta (anggota peneliti Metoda Hatta) Staf Jurusan OP – Jakarta I Ketua Tim Penelitian : Dr. Gemala Hatta (kiri)	
	Rapat awal Ketua Tim menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan menayangkan angket yang telah dibuat sebagai bahan penelitian rekam kesehatan Ortotik Prostetik	

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



Kanan ke kiri :
Dr. Jusuf
Christianto
(anggota
peneliti), Dr.
Gemala Hatta
(ketua Tim), dr.
Yopi ketua
Jurusan OP
Surakarta
(anggota
peneliti) dan
Ruth
(manajemen
data)



RKOP JSPO
ditelaah dengan
angket oleh Tim
peneliti dan
praktisi JSOP
setelah
sebelumnya
diberikan kelas
penjelasan
tentang maksud
dan tujuan
penelitian dan
cara penggunaan
angket Metoda
Hatta

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



Kanan ke kiri :
Dr. Jusuf
Christianto
(anggota
penelitidr. Tini
Sekarwati
(anggota
peneliti)) dan,
Dr. Gemala Hatta
(ketua Tim)
bersama praktisi
penelaah RKOP,

“



praktisi JSOP
diskusi tentang
hasil faktor
analisis yang
akan menjadi
butiran variabel
RKOP
23 09 2015

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



Perpustakaan
Poltekkes Jakarta
I, Jurusan Ortotik
Prostetik sebagai
tempat
penyimpanan
rekam kesehatan
Ortotik Prostetik.
Dikelola Sdri.
Bernadette
(Detha) kri.

“Markas”
Penelitian
Metoda Hatta

“



Mahasiswa –
diberi penjelasan
rekam kesehatan
Calon praktisi
penelaah RKOP
masa depan

Yogyakarta

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



Penjelasan klasifikasi WHO yang digunakan dalam standar rekaman

“



Gemala Hatta dan peserta diskusi rekam kesehatan – klasifikasi WHO Yogyakarta –

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



Pertemuan dengan anggota Tim Peneliti di Jurusan Ortotik Prostetik di Surakarta
2 Oktober 2015



Dr. Yopi – Ketua Jurusan OP di Surakarta (2 dari kanan)
Dan staff di Politeknik Kesehatan Surakarta dengan ketua tim Peneliti dari Poltekkes Jakarta I Jurusan OP : Dr. Gemala Hatta membahas maksud tujuan dan dilanjutkan dengan penelaahan 10 RKOP Surakarta yang homogen

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi
periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



Dr. Gemala Hatta (ketua Tim) memberikan penjelasan tentang Metoda Hatta (10 – 14 Oktober) Balai Besar Penelitian Kesehatan, Ciloto kepada tenaga praktisi manajemen informasi kesehatan

..



Penjelasan kepada Tenaga manajemen informasi kesehatan terkait dengan klasifikasi WHO

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



Kiri : konsultan penelitian Metoda Hatta Ir. Yusran dari FKMU memberikan masukan tentang Metoda Hatta kepada tenaga kesehatan reviewer bersama dengan, Dr. Gemala Hatta (ketua Tim) (kanan) tanggal 13 Oktober 2015



praktisi mempelajari evaluasi data rekam kesehatan Metoda Hatta. Kiri : Ir. Yusran (konsultan penelitian Metoda Hatta - biostatistik). Nomor 2 dari Kanan : ketua Tim Peneliti

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi
periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



Dr. Gemala Hatta (ketua Tim) memberi -kan penjelasan kepada tenaga praktisi klasifikasi WHO – manajemen informasi kesehatan.
Kanan : dr. Jusuf Christianto (anggota Peneliti)
9 Mei 2015

..



Penjelasan kepada Mr. Olle tenaga pengajar OP di Poltekkes Kemenkes Jakarta I terkait dengan klasifikasi WHO dan hasil penelitian Oktober 2015

KUMPULAN FOTO KEGIATAN RISET UNGGULAN “METODA HATTA”

Penelitian Kontrak HK.05.01/IV.1/01052/2015 Perjanjian Kerjasama Pusdiklatkes dg
Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi tentang Pelaksanaan Penelitian Unggulan
Perguruan Tinggi
periode tanggal 5 Mei 2015 – 31 Oktober 2015



SEMOGA BERHASIL dan BERGUNA
TERIMA KASIH KEPADA NEGARA cq BPPSDM

Lampiran 4.

SURAT PERNYATAAN KETUA PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

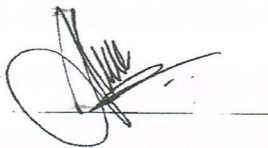
Nama : Gemala Hatta (Dr. Dra. MRA., Mkes)
NIDN : 4003056201
Pangkat / Golongan : Pembina Utama Muda / IVC
Jabatan Fungsional : Lektor

Dengan ini menyatakan bahwa proposal penelitian saya dengan judul: "Metoda Hatta untuk Analisis Kelengkapan dan Pemanfaatan Pendokumentasian Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik" yang diusulkan dalam skema riset unggulan untuk tahun anggaran 2015 bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga / sumber dana lain.

Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penelitian yang sudah diterima ke kas negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui,
Kepala Unit Penelitian Poltekkes,



Dr. Jusuf_Kristianto, MM, MHA, MQIH, Ph.D
NIP. 19660314 199302 1001

Jakarta, 20 Januari 2015
Yang menyatakan,



Dr_Dra_Gemala Hatta_MRA, MKes
NIP. 1952 0302 1976 12201

Mengesahkan,
Direktur Poltekkes Kemenkes Jakarta I



Ani Nuraeni, SKp., M.Kes
NIP. 196110828 1984 102001

Lampiran 5.

ETHICAL CLEARANCE

Bersama ini saya :

Ketua Peneliti : Gemala Hatta, Dr. Dra. MRA., Mkes

(NIP. 1952 0302 1976 12201, NIDN. 400 203 5201)

Anggota:

Jusuf Kristianto (NIP.1966. 03 14199 302 1001, NIDN 128 625 0134)

Tini Sekarwati, (NIP 195105031978022002, NIDN 4003055101)

Yopi Harwinanda Ardesa, M.Kes, (NIP 1975051, NIDN 20060410003)

Menyatakan dengan bahwa kami sedang mengadakan Penelitian Riset Unggulan berjudul Metoda Hatta untuk Analisis Kelengkapan dan Pemanfaatan Pendokumentasian Rekam Kesehatan Ortotik Prostetik

Lama penelitian : Mei – Oktober 2015

Lokasi : Polilteknik Kesehatan Jurusan Ortotik Prostetik Jakarta I Kementerian Kesehatan, Jakarta

Jl. Wijaya Kusuma no. 47-48. Cilandak, Jakarta Selatan

Dengan ini menyatakan : bahwa saya selaku Ketua Peneliti dan grup peneliti

Tidak menggunakan nama pasien dalam penelitian ini .

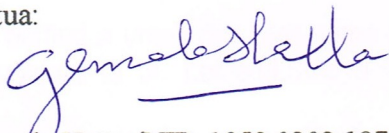
Tidak membawa pulang rekam kesehatan ortotik prostetik

Tidak memotret diri pasien

Saya hanya membuat surat permohonan ijin menggunakan berkas RKOP selama penelitian.

Demikian kiranya penjelasan ini

Ketua:



Gemala Hatta (NIP. 1952 0302 1976 12201, NIDN. 400 203 5201)

**PERJANJIAN KERJASAMA
ANTARA
PUSAT PENDIDIKAN DAN PELATIHAN TENAGA KESEHATAN
DENGAN
PELAKSANA PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI
NOMOR : HK.05.01/IV.1/01052/2015**

TENTANG

PELAKSANAAN PENELITIAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI

Pada hari ini, Senin tanggal empat bulan Mei tahun dua ribu lima belas (4-5-2015), kami yang bertanda tangan di bawah ini :

- | | |
|---|--|
| I. dr. Kirana Pritasari, MQIH | : Kepala Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama kuasa pengguna anggaran Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang berkedudukan di Jl. Hang Jebat III Blok F.3 Kebayoran Baru, Jakarta Selatan dan selanjutnya dalam Perjanjian Kerjasama disebut PIHAK KESATU . |
| II Dr. Dra. Gemala Rabi'ah Hatta, MRA, M.Kes | : Pelaksana Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Dr. Dra. Gemala Rabi'ah Hatta, MRA, M.Kes yang berkedudukan di Poltekkes Kemenkes Jakarta I Jl. Wijayakusuma Raya No. 47 A Cilandak Jakarta Selatan dan selanjutnya dalam Perjanjian Kerjasama disebut PIHAK KEDUA . |

PIHAK KESATU dan PIHAK KEDUA secara bersama-sama selanjutnya disebut **PARA PIHAK**.

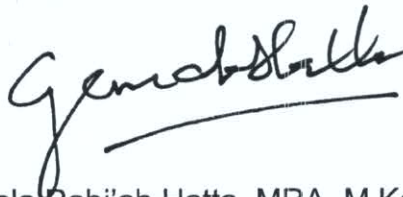
PARA PIHAK dalam melaksanakan Perjanjian Kerjasama ini berdasarkan:

1. Keputusan Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Nomor HK.02.03/IV.1/004493/2015 tanggal 29 April 2015 tentang Penetapan Proposal Penelitian Unggulan Perguruan Tinggi yang mendapatkan bantuan biaya Tahun Anggaran 2015.

Pasal 11
Penutup

Perjanjian Kerjasama ini, dibuat dalam rangkap 2 (dua) dan dinyatakan sah setelah ditandatangani oleh **PARA PIHAK** dan masing-masing pihak menerima 1 (satu) berkas asli, dan salinan Perjanjian Kerjasama ini dapat disampaikan kepada instansi-instansi yang berkepentingan terkait Perjanjian Kerjasama ini.

PIHAK KEDUA



Dr. Dra. Gemala Rabi'ah Hatta, MRA, M.Kes
NIP. 195203021976122001

PIHAK KESATU



dr. Kirana Pritasari, MQIH
NIP. 196404081990032001