

## PENILAIAN KUALITAS INFORMASI DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT JALAN

### INFORMATION QUALITY ASSESSMENT OF OUTPATIENT MEDICAL RECORD DOCUMENT

Cindy Kusuma Dewi

Program Studi Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga, Surabaya  
E-mail: cindykusumadewi26@gmail.com

#### ABSTRACT

*Performance evaluation was showed that average service time from January to October 2016 was 35.56 minutes. The average service time ensuring provision of medical records of outpatients was under targets because the standard of service time of the Minister of Health No. 129 at 2008 is <10 minutes. This research aimed to determine the information quality of medical record documents outpatients as helped efforts to improve the information quality of medical record documents. This was a descriptive study with cross-sectional design. Data was collected through observation outpatient medical record on December. The samples consisted 115 medical record documents. The sampling method used was random sampling. Variable used by researchers was the quality dimensions of The Product and Service Performance for Information Quality Model. The results showed the dimensions free of error of 68.33%, dimensions of concise representation of 58.44%, and the dimensions of completeness by 55.56%, and dimensions of consistent representation of 52.22%. Based on research result, average score of information quality assessment were good enough. Recommendation for Medical Record Departementbased on research results was made guidelines or standard operating procedures could be used to increase the quality of medical record documents.*

**Keywords:** *assessment, dimension, information quality, Medical Record Document, outpatient*

#### PENDAHULUAN

Kualitas informasi dokumen rekam medis merupakan suatu kebutuhan penting dalam keberlangsungan Rumah Sakit. Ketepatan dan kesesuaian informasi dokumen rekam medis akan membantu pihak Rumah Sakit dalam melakukan klaim kepada penyedia asuransi terhadap biaya jasa yang telah dikeluarkan oleh Rumah Sakit. Pihak Rumah Sakit akan mendapatkan biaya ganti jasa yang sesuai dengan peraturan dan perjanjian yang berlaku. Ketepatan informasi akan menjauhkan Rumah Sakit dari kerugian akibat adanya ketidaksesuaian antara pelayanan yang telah diberikan Rumah Sakit kepada pasien dengan yang tercatat dalam sistem informasi rumah sakit RSU Haji Surabaya. Pasien rawat jalan di RSU Haji Surabaya lebih banyak daripada pasien rawat inap dan pasien gawat darurat, sehingga dokumen rekam medis pasien rawat jalan lebih sering dicari oleh petugas rekam medik terutama pada pasien

rawat jalan yang rutin melakukan periksa ke dokter dan melakukan pemeriksaan penunjang.

RSU Haji Surabaya telah berusaha untuk meningkatkan kualitas informasi dokumen rekam medis pasien rawat jalan di RSU Haji Surabaya dengan melaksanakan standar prosedur operasional dan pemenuhan target capaian standar pelayanan minimal. Seksi Rekam Medik sebagai penyelenggara administrasi pelayanan dan pendaftaran juga memiliki tanggung jawab untuk dapat memenuhi target capaian dari standar pelayanan minimal yang telah diatur pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Hasil evaluasi laporan kinerja standar pelayanan minimal Seksi Rekam Medik tentang retata capaian standar waktu pelayanan penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan pada Bulan Januari sampai Oktober Tahun 2016 telah terjadi perlambatan menjadi 35,56 menit.

Penurunan capaian target waktu pelayanan penyediaan dokumen rekam medis pasien rawat jalan di Seksi Rekam Medik merupakan masalah yang akan dianalisis oleh peneliti. Tujuan penelitian ini adalah untuk menilai tingkat kualitas informasi dokumen rekam medis pasien rawat jalan dengan dimensi kualitas informasi dari model *Product and Service Performance for Information Quality* (Lee *et al*, 2002)

## PUSTAKA

### Kualitas Informasi

Kualitas informasi memiliki dampak di semua tingkatan organisasi yaitu tingkat operasional, taktis dan strategis. Keberhasilan fungsi dan hasil organisasi bergantung pada tingkat kualitas Informasi di dalam organisasi (Sinitsyna, 2014). Kualitas informasi merupakan salah satu kunci penentu kualitas organisasi dalam mengambil keputusan dan tindakan.

Kualitas informasi yang baik dapat berguna sebagai dasar keputusan yang baik di semua tingkat organisasi. Kualitas informasi di tingkat operasional sangat penting untuk kepuasan pelanggan dan karyawan. Kualitas informasi di tingkat taktis sangat penting untuk pengambilan keputusan, dan di tingkat strategis organisasi memerlukan informasi berkualitas tinggi untuk mendefinisikan dan melaksanakan strategi bisnis (Gorla *et al*, 2010). Kualitas informasi dokumen rekam medis dalam sangat penting untuk keberlangsungan rumah sakit. Perencanaan strategi

rumah sakit akan berjalan baik apabila memiliki dasar yang kuat dari rekam medis yang berkualitas.

### ***The Product and Service Performance For Information Quality (PSP / IQ) Model***

Penelitian tentang pengukuran kualitas informasi dokumen rekam medis saat ini banyak yang hanya terbatas mengukur dimensi kelengkapan rekam medis. Menurut Lee *et al*. (2002) penilaian kualitas informasi pada metodologi AIMQ adalah model dan satu set dimensi kualitas informasi yang mencakup aspek penting bagi konsumen informasi. Salah satu konsumen informasi dari dokumen rekam medis adalah Rumah Sakit. Rumah sakit menggunakan data untuk perencanaan program kerja dan strategi untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

*A Methodology for Information Quality Assessment*, AIMQ berisi komponen *product and service performance for information quality (PSP / IQ) model*, *information quality assessment instrument*, dan *information quality gap analysis techniques* (Wang *et al*, 2002). Penilaian kualitas informasi dengan model PSP / IQ mengatur dimensi utama dalam penilaian kualitas informasi sehingga dapat memberikan keputusan yang bermakna dan dapat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas informasi. Model PSP / IQ dikembangkan dari perspektif konsumen (*meet or exceeds consumer expectations*) dan kesesuaian spesifikasi (*conform of specification*), sehingga model ini bisa menjadi pilihan yang logis. Berikut ini adalah dimensi dalam kualitas informasi pada PSP/IQ Model.

**Tabel 1.** Model *Product and Service Performance for Information Quality (PSP / IQ)*

	<b>Conform to Specifications</b>	<b>Meets or Exceeds Consumer Expectations</b>
<b>Product Quality</b>	1. <i>Free of Error</i> 2. <i>Concise Representation</i> 3. <i>Completeness</i> 4. <i>Consistent Representation</i>	1. <i>Appropriate Amount</i> 2. <i>Relevancy</i> 3. <i>Understandability</i> 4. <i>Interpretability</i> 5. <i>Objectivity</i>
<b>Service Quality</b>	1. <i>Timeliness</i> 2. <i>Security</i>	1. <i>Believability</i> 2. <i>Accessibility</i> 3. <i>Ease of Operation</i> 4. <i>Reputation</i>

Sumber: Lee *et al* (2002)

Dimensi kualitas informasi dari *product and service performance for information quality (PSP/IQ)* Model yang digunakan untuk menilai kualitas dokumen rekam medis pasien rawat jalan pada penelitian ini yaitu: 1) Dimensi *free of error* digunakan untuk melihat seberapa jauh informasi benar dan dapat diandalkan; 2) Dimensi *concise representation* digunakan untuk melihat seberapa jauh informasi dapat diwakili; 3) Dimensi *completeness* digunakan untuk melihat seberapa jauh informasi tidak hilang dan cukup dalam dan luas; dan 4) Dimensi *consistent representation* digunakan untuk melihat sejauh mana informasi berada pada format yang sama (Wang *et al*, 2002).

## REKAM MEDIS

Rekam medis adalah alat bantu dokter melacak riwayat kesehatan pasien dan mengidentifikasi masalah atau pola yang dapat membantu menentukan diagnosis perawatan kesehatan. Dokumen rekam medis harus lengkap dan akurat sehingga catatan medis dapat memenuhi semua prosedur hukum, peraturan dan persyaratan audit. Rekam medis merupakan

kompilasi penting dari fakta tentang kehidupan dan kesehatan pasien dengan dokumentasi data penyakit masa lalu dan pengobatan serta ditulis oleh para profesional pelayanan kesehatan (WHO, 2006).

Rekam medis memberikan kontribusi untuk perawatan yang berkualitas tinggi dan berkomprensif untuk pasien dengan mengoptimalkan penggunaan sumber daya, meningkatkan efisiensi distribusi sumber daya, dan memfasilitasi penelitian (College of Physicians dan Surgeons of Ontario, 2012). Berikut adalah isian dari dokumen rekam medis yang wajib tersedia berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 : 1) Identitas pasien; 2) Tanggal dan waktu; 3) Hasil anamnesis, mencakup sekurang kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; 5) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; 6) Diagnosis; 7) Rencana penatalaksanaan; 8) Pengobatan dan / atau tindakan; 9) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien; dan 10) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

## METODE

Studi yang dilakukan adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan desain penelitian *crosssectional*. Penelitian ini menjelaskan tingkatan penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis pasien rawat jalan. Pengambilan data dilaksanakan selama bulan Desember 2016. Lokasi pengumpulan sampel penelitian yaitu di RSUD Haji Surabaya. Populasi penelitian ini adalah seluruh dokumen

rekam medis pasien rawat jalan selama Bulan Desember. Besar sampel penelitian ini adalah dokumen rekam medis 115 dokumen rekam medis pasien rawat jalan. Jumlah tersebut didapat dari rerata pasien rawat jalan di RSUD Haji Surabaya dalam satu bulan, kemudian diolah dengan rumus sampling dari *Slovin*. Teknik pengambilan sampel dengan *cararandom sampling*. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar *checklist* observasi dokumen rekam medis pasien rawat jalan.

Data dalam penelitian ini meliputi data primer dan data sekunder. Data primer dalam penelitian ini yaitu dokumen rekam medis pasien rawat jalan di RSUD Haji Surabaya. Data primer digunakan untuk mendapatkan penilaian kualitas dokumen rekam medis, sedangkan data sekunder dalam penelitian ini adalah standar prosedur operasional terkait dokumen rekam medis pasien di RSUD Haji Surabaya. Data sekunder tersebut digunakan oleh peneliti untuk memberikan pembahasan lebih dalam pada penilaian.

Tahapan pelaksanaan dalam penelitian ini yaitu: 1) Melakukan studi literatur dan observasi terkait isian dari dokumen rekam medis; 2) Mempersiapkan dokumen rekam medis yang akan digunakan menjadi sampel penelitian; 3) Melakukan observasi pada dokumen rekam medis pasien rawat jalan dengan menggunakan lembar *checklist*; 4) Melakukan analisis secara kuantitatif dengan mengategorikan hasil temuan observasi dokumen rekam medis. Menurut Simamora (2005) bahwa pengkategorian hasil dapat menggunakan rentang skala yaitu: 1) 0 % - 20 % = sangat buruk; 2)

20,01% - 40 % = buruk; 3) 40,01% - 60% = cukup; 4) 60,01% - 80%= baik; 5) 80,01%-100%=sangat baik.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Penilaian Kualitas Informasi pada Kesesuaian Spesifikasi Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Dimensi *Free of Error*

Hasil penelitian tentang penilaian kualitas informasi pada kesesuaian spesifikasi dokumen rekam medis pasien rawat jalan berdasarkan dimensi *free of error* menunjukkan variasi tingkat kesalahan dari setiap elemen isian dari dokumen rekam medis pasien rawat jalan yang meliputi identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesis yang minimal mencakup riwayat dan keluhan, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis, rencana penatalaksanaan, pengobatan dan tindakan, pelayanan lain, persetujuan bila diperlukan. Analisis kualitas dokumen rekam medis menggunakan dimensi *free of error* rerata capaian sebesar 68.33%. Dokumen rekam medis pasien rawat jalan yang paling sering terjadi kesalahan adalah identitas pasien yaitu sebesar 57 dokumen rekam medis.

Hasil observasi peneliti pada dokumen rekam medis pasien rawat jalan kesalahan pada identitas pasien yang sering terjadi yaitu: 1) Identitas pasien pada lembar *assessment* awal terkait alamat, agama, alergi, tanggal lahir, pekerjaan sering tidak terisi; 2) Identitas pasien pada bagian depan map dokumen rekam medis berbeda dengan nama yang tertulis pada lembar *assessment* awal dan *assessment* ulang. Contoh

jenis kesalahan yang terjadi pada penulisan yaitu singkatan nama belakang yang tidak tertulis, penulisan gelar pendidikan; 3) Identitas pasien di lembar *assessment* ulang sering tidak terisi.

Dokumen rekam medis pasien rawat jalan cukup sering mengalami kesalahan pada item isian tanggal dan waktu. Hasil observasi dimensi *free of error* pada item isian tanggal dan waktu tingkat kesalahan mencapai 53 dokumen rekam medis. Tanggal dan waktu wajib tertulis di item isian pada lembar *assessment* ulang di dalam dokumen rekam medis pasien rawat jalan setiap pasien berkunjung ke dokter. Penyebab kesalahan dari pengisian tanggal dan waktu dari dokumen rekam medis pasien rawat jalan yaitu: 1) Keterangan tanggal dan waktu sering mengalami kesalahan letak penulisan, tanggal dan waktu sering tertulis pada kolom diagnosis dan anamnesis di lembar *assessment* ulang; 2) Keterangan tanggal dan waktu tertulis tidak runtut pada lembar *assessment* ulang.

Menurut *Policy Directive Ministry of Health New South Wales* tentang *Health care records – Documentation and Management* (2012), semua kesalahan dalam penulisan di dokumen rekam medis harus segera diperbaiki. Dokumen rekam medis tidak diperkenankan terjadi perubahan atau revisi catatan, sehingga ketika terjadi kesalahan dalam pengisian dokumen rekam medis, isian yang salah harus tetap dapat dibaca dan pembenaran dilakukan tanpa menimpa isian dari entri yang salah. Pembenaran menggunakan alat bantu seperti penghapus atau cairan koreksi tinta tidak diperkenankan. Pembenaran isian dokumen rekam

medis dapat diterima dengan cara : 1) Coret dengan satu garis pada isian yang salah; 2) Tambahkan nama dari petugas yang merevisi beserta tanda tangan, tanggal, dan waktu koreksi dilakukan.

Menurut *Legal Medical Record Standard University of California* bahwa apabila terjadi kesalahan dalam pengisian dokumen rekam medis, petugas tidak diperkenankan menghapus, mengedit atau mengubah isian yang asli. Informasi yang tidak akurat tetap harus bisa diakses, apabila terdapat koreksi atau revisi harus diberikan tanda tangan petugas yang membuat revisi. Penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis dengan dimensi *free of error* dinyatakan kurang memuaskan sehingga perlu segera dilakukan perbaikan baik ditingkat operasional, taktis dan strategis.

#### **Penilaian Kualitas Informasi pada Kesesuaian Spesifikasi Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Berdasarkan Dimensi *Concise Representation***

Dokumen rekam medis pasien rawat jalan yang dianalisis berdasarkan dimensi *concise representation* dinilai dengan melihat seberapa ringkas informasi dalam dokumen rekam medis pasien rawat jalan. Analisis kualitas dokumen rekam medis rawat jalan menggunakan dimensi *concise representation* rerata capaian sebesar 58,44%.

Hasil observasi peneliti pada dokumen rekam medis pasien rawat jalan menggambarkan bahwa petugas kesehatan yang memiliki wewenang membuka dan mengisi dokumen rekam medis telah berusaha mengisi dengan baik terutama pada keringkasan diagnosis dan pengobatan dalam dokumen rekam medis rawat jalan mencapai 83%.

Ketidakingkasan dalam penilaian kualitas dokumen rekam medis rawat jalan paling banyak pada isian identitas pasien. Penyebab dari ketidakingkasan isian identitas pasien tersebut yaitu: 1) Peneliti tidak dapat menganalisis karena isian tidak terisi; 2) Peneliti tidak dapat menganalisis karena isian identitas pasien hanya terisi sebagian yaitu nama dan umur. Representasi ringkas dari catatan klinis yang diberi label / identitas pasien dapat memudahkan dokter untuk menggunakan catatan dokumen rekam medis karena dokter dapat mengumpulkan catatan dari waktu ke waktu dalam deret waktu direkam medis pasien (Ghasemmi, 2015). RSUD Haji Surabaya perlu segera mengadakan analisa terkait penyebab ketidakingkasan pengisian dokumen sehingga kualitas informasi dalam dokumen rekam medis dapat segera ditingkatkan.

#### **Penilaian Kualitas Informasi pada Kesesuaian Spesifikasi Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Berdasarkan Dimensi *Completeness***

Penilaian kelengkapan dokumen rekam medis rawat jalan dianalisis oleh peneliti dengan mengobservasi 9 bagian isian dari dokumen rekam medis pasien rawat jalan. Kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat jalan yang dianalisis peneliti meliputi kelengkapan identitas pasien pada lembar *assessment* awal dan *assessment* ulang, riwayat dan keluhan, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, rencana penatalaksanaan, pelayanan lain, persetujuan bila diperlukan. Informasi dalam dokumen rekam medis yang hampir selalu adalah informasi terkait diagnosis dan pengobatan yang ditulis oleh dokter. Analisis kualitas dokumen rekam

medis menggunakan dimensi *completeness* rerata capaian sebesar 55,56%. Hasil penelitian menunjukkan kelengkapan paling rendah terjadi yaitu pada isian identitas pasien karena hanya sebesar 28 isian yang lengkap. Penyebab rendahnya kelengkapan identitas pasien yaitu: 1) Identitas pasien tidak terisi pada lembar *assessment* ulang; 2) Identitas pasien pada lembar *assessment* ulang dan *assessment* awal tidak terisi dengan lengkap, sub bagian yang sering kosong adalah tanggal lahir, alamat, agama, dan alergi. Kelengkapan rekam medis merupakan kehadiran semua informasi yang diperlukan dari pasien berdasarkan format standar dan semua entri tanggal dan ditandatangani (Nuru, 2014). Berdasarkan WHO (2006) bahwa dokumen rekam medis yang lengkap dan akurat dapat memenuhi semua prosedur hukum, peraturan dan persyaratan audit.

Menurut Shachak dan Reis (2009) salah satu upaya untuk menjaga dan memastikan kelengkapan isian rekam medis adalah dengan penggunaan rekam medis elektronik. Rekam medis elektronik memiliki pengaruh positif padapertukaran informasi medis. Dokter yang menggunakan rekam medis elektronik akan mendapatkan informasi lebih lengkap terkait tugas dokter seperti memeriksa dan mengklarifikasi informasi riwayat penyakit pasien. Rekam medis elektronik dapat memastikan kelengkapan pada akhir kunjungan pasien ke dokter lebih lengkap daripada menggunakan catatan kertas. Kelengkapan pencatatan riwayat medis pasien akan membuat Rumah Sakit lebih aman dan

tidak perlu khawatir akan tuntutan dari ketidakpuasan pasien atau proses audit dari tim penjaminan mutu internal dan eksternal.

**Penilaian Kualitas Informasi pada Kesesuaian Spesifikasi Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Berdasarkan Dimensi *Consistent Representation***

Penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis dengan dimensi *consistent representation* dilihat dengan mengobservasi sembilan bagian isian dari dokumen rekam medis pasien rawat jalan. Hasil penelitian menunjukkan identitas pasien dan tanggal mendapat skor *consistent representation* sangat rendah yaitu 31 dan 34 rekam medis. Hasil observasi peneliti penyebab dari ketidak konsistenan identitas pasien dan tanggal dan waktu yaitu: 1) Setiap lembar *assessment* ulang petugas sering tidak mengisi identitas pasien kembali sehingga identitas pasien menjadi kosong; 2) Tanggal dan waktu pasien periksa ke dokter sering tidak tertulis tepat di kolom yang disediakan. Petugas cenderung sering mengisi pada kolom diagnosis dan pengobatan. 3) Penulisan tanggal dan waktu dari setiap kunjungan pasien ke dokter tidak tertulis berurutan, penulisan dilembar *assessment* ulang terkesan mencari tempat yang kosong untuk diisi. Ketidakkonsistenan dapat memperlambat kinerja petugas kesetanan atau dokter untuk mempelajari perjalanan penyakit pasien.

Menurut *Medical Record Documentation Standards* dalam *Care First Family of Health Care Plans* (2016), setiap isian dalam rekam medis harus tersusun secara konsisten terkait rekam medis

tersusun teratur, rekam medis diatur dalam urutan kronologis riwayat penyakit pasien, dan rekam medis tidak mengandung informasi untuk pasien lain. Tanggal dan waktu isian dokumen rekam medis yang tidak konsisten dalam penulisan, peletakan dan urutan akan mempengaruhi kualitas dokumen rekam medis dan dapat berbahaya untuk pasien karena dokter akan cukup kesulitan untuk menegakkan diagnosis pasien dengan tepat.

Dampak kurangnya konsistensi dalam pengisian dokumen rekam medis yaitu: 1) Kesalahan memberikan interpretasi pada isian yang ada. 2) Rekam medis dapat tertukar dengan pasien lain yang memiliki kemiripan identitas. 3) Kesulitan untuk mencari kembali data catatan medis pasien.

Upaya yang dapat dilakukan pihak Rumah Sakit yaitu dengan memberikan pelatihan serta panduan kepada semua petugas yang memiliki wewenang mengisi dokumen rekam medis tentang cara pengisian yang benar. Rumah Sakit juga dapat mengembangkan model rekam medis elektronik untuk mengurangi kejadian ketidakkonsistenan dalam pengisian dokumen rekam medis yang disebabkan oleh *human error*. Rekam medis elektronik akan memberikan notifikasi pada isian yang tidak sesuai dengan sistem yang telah diatur.

Penelitian lebih dalam tentang penyebab ketidakkonsistenan pengisian dokumen rekam medis oleh petugas perlu dilakukan untuk mengetahui akar masalah penyebab ketidakkonsistenan serta untuk menetapkan strategi yang tepat

**Tabel 2.** Hasil Observasi Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan Berdasarkan Dimensi Penilaian Kualitas Informasi dari *Product and Service Performance for Information Quality Model*

Isi Dokumen Rekam Medis RJ	<i><b>IQ Assessments : Conform to Specification Product Quality by PSP/IQ Model</b></i>							
	<i><b>Free of Error</b></i>		<i><b>Concise representation</b></i>		<i><b>Completeness</b></i>		<i><b>Consistent representation</b></i>	
	<b>Skor</b>	<b>Kategori</b>	<b>Skor</b>	<b>Kategori</b>	<b>Skor</b>	<b>Kategori</b>	<b>Skor</b>	<b>Kategori</b>
Identitas pasien	37,39%	Buruk	37,39%	Buruk	24,35%	Buruk	26,96%	Buruk
Tanggal dan waktu	40,87%	Cukup	27,83%	Buruk	80,87%	Sangat Baik	29,57%	Buruk
Hasil anamnesis, mencakup sekurang - kurangnya keluhan dan riwayat penyakit	80%	Baik	66,96%	Baik	30,43%	Buruk	66,96%	Baik
Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik	58,26%	Cukup	45,22%	Cukup	45,22%	Cukup	45,22%	Cukup
Diagnosis	71,30%	Baik	72,17%	Baik	72,17%	Baik	72,17%	Baik
Rencana penatalaksanaan	51,30%	Cukup	38,26%	Buruk	38,26%	Buruk	46,96%	Cukup
Pengobatan dan/ tindakan	85,22%	Sangat Baik	72,17%	Baik	72,17%	Baik	54,78%	Cukup
Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien	70,43%	Baik	57,39%	Cukup	31,30%	Buruk	40%	Buruk
Persetujuan tindakan bila diperlukan	40%	Buruk	40%	Buruk	40%	Buruk	40%	Buruk
<b>Persentase</b>	<b>59,42%</b>	<b>Cukup</b>	<b>50.82 %</b>	<b>Cukup</b>	<b>48,30%</b>	<b>Cukup</b>	<b>45,41 %</b>	<b>Cukup</b>

### Penilaian Isian Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan

Penelitian ini mengukur rerata skor yang didapatkan dari tiap isian dari dokumen rekam medis menggunakan empat dimensi PSP/IQ Model yaitu *free of error*, *concise representation*, *completeness*, dan *consistent representation*. Kemudian data yang didapatkan di kategorikan dengan kategori tidak baik, kurang baik, baik, cukup

baik, dan baik. Upaya ini dilakukan agar mempermudah usaha yang dilakukan tim penjamin mutu untuk menentukan prioritas isian yang sering bermasalah sehingga menyebabkan rendahnya capaian standar pelayanan minimal dokumen rekam medis. Berikut ini adalah tabel skor rerata nilai isian dokumen rekam medis dengan kategorinya.



**Tabel 3.** Rerata Skor Penilaian Tiap Isian Dokumen Rekam Medis

Isian Rekam Medis	Rerata Skor	Kategori
Identitas pasien	36.25	Buruk
Tanggal dan waktu	51.5	Cukup Baik
Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit	70.25	Baik
Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik	55.75	Cukup Baik
Diagnosis	78.75	Baik
Rencana penatalaksanaan	50.25	Cukup Baik
Pengobatan dan/ tindakan	81.75	Baik
Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien	57.25	Cukup Baik
Persetujuan tindakan bila diperlukan	46	Buruk

Berdasarkan Tabel 3 didapatkan data bahwa rerata isian dokumen rekam medis dinilai cukup baik. Isian yang dinilai buruk adalah identitas pasien. Isian yang dinilai cukup baik adalah isian tanggal dan waktu, hasil pemeriksaan penunjang, rencana penatalaksanaan, dan pelayanan lain yang diberikan. Isian yang dinilai baik adalah hasil anamnesis, diagnosis, pengobatan dan tindakan.

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan skor isian identitas pasien yaitu pihak penyelenggara rekam medis memberikan identitas pasien pada map dokumen dengan menggunakan stiker yang tercetak dan sesuai dengan identitas pasien di kartu identitas pasien yang berlaku. Upaya tersebut dapat mengurangi resiko kesalahan dalam penulisan identitas. Upaya lain yaitu petugas

dapat melakukan penggandaan lembar *assessment* ulang pasien melalui komputer yang terintegrasi dengan data identitas pasien, sehingga saat lembar *assessment* ulang kosong yang akan digandakan langsung terisi identitas pasien. Pihak penyelenggara rekam medis harus menempatkan isian ini pada prioritas utama karena identitas pasien merupakan bagian yang krusial dalam dokumen rekam medis. Identitas pasien dapat menjaga rekam medis antar pasien tidak tertukar.

Isian tentang persetujuan tindakan bila diperlukan dinilai buruk, hal ini dikarenakan tidak semua pasien rawat jalan memiliki surat persetujuan tindakan karena setiap pasien memiliki perawatan dan pengobatan yang berbeda beda.

Isian yang dinilai cukup baik yaitu tanggal dan waktu, hasil pemeriksaan fisik, rencana penatalaksanaan, pelayanan lain juga perlu diperhatikan untuk ditingkatkan. Hasil observasi menunjukkan bahwa petugas telah berusaha dengan baik dalam memberikan tanggal sehingga skor kelengkapan dalam isian tanggal dan waktu adalah baik. Namun pada isian tanggal dan waktu tingkat kesalahan, kekonsistenan dalam penulisan adalah buruk. Kesalahan peletakkan serta ketidakkonsistenan alur pengisian tanggal menjadi penyebab rendahnya penilaian tiga dimensi dalam penelitian ini yaitu *free of error*, *consistent representation*, dan *concise representation*.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi kondisi tersebut yaitu dengan membuat panduan pengisian dokumen rekam medis, sehingga petugas

dapat mengerti manfaat dari mengisikan tanggal dan waktu pada tempatnya.

Penilaian isian hasil anamnesis rerata dinilai baik. Petugas kesehatan yang mengisi dokumen rekam medis hanya kurang lengkap dalam mengisi hasil anamnesis. Isian hasil anamnesis yang sering kosong adalah riwayat penyakit keluarga dan alergi. Penyebab dari tidak terisinya isian tersebut perlu diadakan penelitian lebih lanjut. Kemungkinan penyebab tidak terisi adalah petugas enggan untuk menanyakan kepada pasien atau keluarga pasien atau pasien kurang kooperatif dalam memberikan informasi.

Penilaian isian tentang hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik dinilai cukup baik. Petugas perlu meningkatkan kembali capaian yang telah dicapai pada isian ini. Hasil temuan peneliti bahwa masih terdapat rekam medis pasien yang tidak terisi. Hasil penilaian isian diagnosis dalam rekam medis dinilai cukup baik. Beberapa penyebab yang dapat mengurangi skor dari isian diagnosis yaitu diagnosis kosong tidak terisi dan diagnosis terisi namun tidak pada kolom yang disediakan. Isian rencana penatalaksanaan dinilai cukup buruk karena pada kolom isian tersebut sering dibiarkan kosong oleh petugas.

Hasil penilaian terhadap isian pengobatan dan tindakan dinilai baik. Kesalahan yang sering terjadi pada isian pengobatan dan tindakan yaitu pengisian sering tidak dilakukan sesuai dengan tempat yang telah disediakan.

Isian rekam medis tentang pelayanan lain yang diberikan pasien dinilai buruk. Penyebab rendahnya hasil penilaian kemungkinan bisa terjadi karena tidak semua pasien mendapatkan pelayanan yang sama.

Seksi Rekam Medik RSUD Haji Surabaya belum memiliki kebijakan yang tertulis dalam panduan atau standar prosedur operasional tentang cara pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap, dokumen rekam medis pasien rawat jalan, dan dokumen rekam medis pasien gawat darurat. Seksi Rekam Medik telah mengikuti standar prosedur operasional tentang kelengkapan dokumen rekam medis, dalam standar prosedur operasional tersebut tertulis hanya tertulis bahwa dokumen rekam medis harus lengkap tanpa ada penilaian lain selain kelengkapan. Dokumen rekam medis yang berkualitas tinggi tidak hanya dinilai dari dimensi kelengkapan, sehingga perlu memperhatikan dimensi lain yang digunakan dalam upaya peningkatan kualitas dokumen rekam medis pasien.

## KESIMPULAN

Penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis menggunakan empat dimensi dari *product and service performance for information quality model* rerata hasil penilaian cukup baik untuk tiap dimensi. Penilaian dimensi dinilai cukup baik karena hasil perolehan dari rerata skor 9 penilaian isian dokumen rekam medis rawat jalan yang menjadi sampel penelitian. Isian dokumen rekam medis yang dinilai masih buruk adalah isian

identitas pasien dan persetujuan apabila diperlukan. Upaya yang dapat dilakukan RSUD Haji Surabaya untuk menjaga kualitas informasi dokumen rekam medis yaitu: 1) Rumah Sakit perlu membuat panduan pengisian dokumen rekam medis di wilayah RSUD Haji Surabaya; 2) Rumah Sakit dapat mendiskusikan kepada pihak managerial untuk rencana penambahan standar prosedur operasional tentang penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis selain kelengkapan.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Care First Family of Health Care Plans. 2016. *Medical Record Documentation Standards*. Maryland: Mill Run Circle Owings Mills.
- College of Physicians and Surgeons of Ontario. 2012. *Medical Records*. Ontario: Public and Physician Advisory Services.
- Ghassemi, M., Pimentel, M. A. F., Naumann, T., Brennan, T., Clifton, D. A., Szolovits, P., & Feng, M. 2015. A Multivariate Timeseries Modeling Approach to Severity of Illness Assessment and Forecasting in ICU with Sparse, Heterogeneous Clinical Data. *Proceedings of the ... AAAI Conference on Artificial Intelligence*. AAAI Conference on Artificial Intelligence. 446–453.
- Gorla, N., Somers, T. M., & Wong, B. 2010. Organizational impact of system quality, information quality, and service quality. *Journal of Strategic Information Systems*, 19, 207-228
- Lee, Y. W., Strong, D. M., Kahn, B. K., & Wang, R. Y. 2002. AIMQ: a methodology for information quality assessment. *Information & management*, 40(2), 133-146.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Policy Directive: Health care records – Documentation and Management Number PD2012\_069. North Sydney: Ministry of Health New South Wales
- Nuru, M. 2014. *Improving the Completeness of Medical Records at Inpatient department of Dalefage Primary Hospital, west Afar, Ethiopia*. Disertasi: AAU
- Shachak, A., & Reis, S. 2009. The impact of electronic medical records on patient–doctor communication during consultation: a narrative literature review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 15(4), 641-649.
- Simamora, B. 2005. *Analisis Multivariat Pemasaran*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sinityna, A. 2014. Impact of Information Culture and Information Behaviour on Information Quality. *Disertasi*: Victoria University of Wellington.
- Wang, R. Y., Strong, D. M., & Kahn, B. K. 2002. *Information Quality Benchmarks: Product and Service Performance*, 45, 184-192.
- WHO, 2006. *Medical Record Manual: A Guide for Developing Countries*. Western Pacific Region: WHO Library Cataloguing in Publication Data.