
**PENILAIAN KUALITAS INFORMASI DRM PASIEN RAWAT INAP PADA
KASUS CEREBRAL INFARCTION DI RSUD SLEMAN**

Dianatus Solehah¹, Feby Erawantini^{2,3}

Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, Indonesia¹

e-mail: dianatussolehah@gmail.com

Abstrak

Penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis dapat membantu untuk mengetahui skor nilai yang menentukan tingkat kualitas informasi yang dihasilkan oleh dokumen rekam medis rawat inap pada kasus cerebral infarction. Berdasarkan studi pendahuluan telah dilakukan di RSUD Sleman – D.I. Yogyakarta pada tanggal 26 Februari 2020 didapat suatu permasalahan terkait isi dokumen rekam medis yang tidak lengkap. Penelitian ini bertujuan untuk menilai kualitas informasi dokumen rekam medis pasien rawat inap pada kasus Cerebral Infarction di RSUD Sleman D.I.Yogyakarta. metode deskriptif dan desain penelitian crosssectional dengan melakukan observasi terhadap 23 dokumen rekam medis yang diambil dari hasil sampling dengan menggunakan metode slovin untuk mendapatkan jumlah sampel dari 204 populasi terkait kasus cerebral infarction pada unit rawat inap. Hasil penelitian Penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis menggunakan empat dimensi dari product and service performance for information quality model rerata hasil penilaian masuk dalam kategori baik untuk setiap dimensi. Penilaian dimensi dinilai baik karena hasil perolehan dari 13 skor penilaian isian dokumen rekam medis rawat inap yang menjadi sampel penelitian. Isian dokumen rekam medis yang dinilai masih buruk adalah isian kejelasan tulisan dokter dan kelengkapan nama dan tanda tangan pada petugas pemberi asuhan salah satunya pada DPJP.

Kata Kunci: kualitas informasi, aimq, drm, rawat inap

Abstract

The assessment of the quality of medical record document information can help to find out the scores that determine the level of quality of information produced by inpatient medical record documents in cases of cerebral infarction. Based on preliminary studies, it has been carried out at Sleman District General Hospital. Yogyakarta on February 26, 2020 found a problem related to the contents of incomplete medical record documents. This study aims to assess the quality of inpatient medical record document information in the case of Cerebral Infarction in Sleman D.I.Yogyakarta Hospital. Descriptive method and cross-sectional research design by observing 23 medical record documents taken from the sampling results using the Slovin method to obtain a sample of 204 populations related to cases of cerebral infarction in the inpatient unit. Research results The assessment of the quality of information on medical record documents uses four dimensions of product and service performance for information quality. Dimension assessment was considered good because of the results of 13 scores in filling out the inpatient medical record documents that became the study sample. The contents of medical record documents which were considered to be still poor were the contents of the clarity of the doctor's writing and the completeness of the name and signature of the care provider, one of which was at the DPJP.

Keywords: information quality, aimq, drm, inpatient.

1. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Depkes RI, 2004). Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Sleman ditemukan masalah terkait isi dokumen rekam medis yang tidak lengkap, kurangnya ke konsistenan isi identitas pasien pada setiap formulir didalam dokumen rekam medis, autentikasi yang masih kurang dalam menyertakan nama jelas bagi petugas yang bertanggung jawab pada pasien tersebut, dan pada pembetulan kesalahan masih terdapat ketidaksesuaian yaitu coretan tidak disertakan paraf dan coretan yang diberikan pada tulisan yang salah tidak hanya sekali sampai menutupi tulisan yang salah dan masalah tulisan pada *diagnose* maupun pada formulir asuhan yang menjelaskan diagnosa pasien serta tindakan maupun perawatan yang diberikan tersebut tidak dapat terbaca dengan jelas. Dampak dari permasalahan diatas yaitu, isi dokumen rekam medis dengan status tidak lengkap akan menghasilkan informasi yang kurang *valid* khususnya bagi rumah sakit, kurangnya ke konsistenan isi identitas pasien pada setiap formulir

didalam dokumen rekam medis yang dapat menyebabkan tertukarnya formulir rekam medis dengan pasien lain dengan identitas hampir mirip. Berdasarkan permasalahan yang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penilaian terkait kualitas informasi dokumen rekam medis rawat inap khususnya pada kasus *cerebral infarction* atau stroke dengan menggunakan metode AIMQ.

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*(Lee *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.

Penelitian ini bertujuan untuk menilai kualitas informasi dokumen rekam medis pasien rawat inap pada kasus *Cerebral Infarction* di RSUD Sleman D.I.Yogyakarta dengan menggunakan model AIMQ yaitu dengan menilai dimensi *free for error, concise representation, completeness, consistent representation*.

2. Metode Penelitian

2.1 Jenis/desain Penelitian

Merupakan penelitian kuantitatif diskriptif dengan pendekatan *crosssectional*

2.2 Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini yaitu 23 dokumen rekam medis diambil dari hasil sampling dengan menggunakan metode slovin untuk mendapatkan jumlah sampel dari 204 populasi terkait kasus *cerebral infarction* pada unit rawat inap.

2.3 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu dengan melakukan observasi terhadap 23 dokumen rekam medis rawat inap.

2.4 Metode Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dengan menggunakan metode AIMQ. *A Methodology for Information Quality Assessment*. Menilai kualitas informasi dokumen rekam medis berdasarkan *free for error* atau dilihat dari seberapa jauh informasi benar dan dapat diandalkan, *concise representation* atau seberapa jauh informasi dapat diwakili, *completeness* atau seberapa jauh informasi tidak hilang dan cukup dalam dan luas, *consistent representation* atau menilai sejauh mana informasi berada pada format yang sama.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Penilaian Kualitas Informasi pada Kesesuaian Spesifikasi Dokumen Rekam Medik Pasien Rawat Inap Studi Kasus *Cerebral Infarction* Berdasarkan Dimensi *Free of Error*

Dokumen rekam medis pasien rawat inap cukup sering mengalami kesalahan pada item isian nama dan tanda tangan yang memiliki tanggung jawab terhadap pelayanan yang diberikan. Hasil observasi dimensi *free of error* pada item isian nama dan tanda tangan tingkat kesalahan mencapai 12 dokumen rekam medis. Nama dan tanda tangan wajib diisi di dalam dokumen rekam medis pasien rawat inap setiap pasien berkunjung ke dokter. Penyebab ketidaklengkapan dari pengisian nama dan tanda tangan dari dokumen rekam medis pasien rawat inap yaitu petugas pemberi asuhan pelayanan lupa tidak menyertakan nama terang pada tanda tangannya. Pembetulan 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.

3.2 Penilaian Kualitas Informasi pada Kesesuaian Spesifikasi Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Cerebral Infarction* Berdasarkan Dimensi *Concise Representation*.

Dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus *cerebral infarction* yang dianalisis berdasarkan dimensi *concise representation* dinilai dengan melihat seberapa ringkas informasi dalam dokumen rekam medis pasien rawat inap. Penilaian kualitas dokumen rekam medis rawat inap kasus *cerebral infarction* menggunakan dimensi *concise representation* rerata capaian sebesar 72,84% Ketidakingkasan dalam penilaian kualitas dokumen rekam medis rawat inap studi kasus *cerebral infarction* 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 (Dewi, 2017). RSUD Sleman perlu segera mengadakan analisa terkait penyebab ketidakingkasan pengisian dokumen sehingga kualitas informasi dalam dokumen rekam medis dapat segera ditingkatkan.

Hasil observasi peneliti pada dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus *cerebral infarction* menggambarkan bahwa petugas kesehatan yang memiliki wewenang membuka dan mengisi dokumen rekam medis telah berusaha mengisi dengan baik terutama pada keringkasan anamnesis dalam dokumen rekam medis rawat inap mencapai 81%.

3.3 Penilaian Kualitas Informasi pada Kesesuaian Spesifikasi Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Cerebral Infarction* Berdasarkan Dimensi *Completeness*.

Penilaian kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus *cerebral infarction* dinilai oleh peneliti dengan mengobservasi 9 bagian isian dari dokumen rekam medis pasien rawat inap. Kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus *cerebral infarction* 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. Penilaian kualitas dokumen rekam medis menggunakan dimensi *completeness* rerata capaian sebesar 72,74% hasil penelitian menunjukkan kelengkapan paling rendah terjadi yaitu pada nama dan tanda tangan karena hanya sebesar 12 dokumen rekam medis dengan isian yang lengkap. Kelengkapan rekam medis merupakan kehadiran semua informasi yang diperlukan dari pasien berdasarkan format standar dan semua entri tanggal dan ditandatangani (Swari *et al.*, 2019). Berdasarkan WHO (2006) bahwa dokumen rekam medis yang lengkap dan akurat dapat memenuhi semua prosedur hukum, peraturan dan persyaratan audit.

(Ariani, 2016) 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.

3.4 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 nama dan tanda tangan dan kejelasan tulisan mendapat skor *consistent representation* sangat rendah yaitu 14 dokumen rekam medis. Hasil observasi peneliti penyebab dari ketidakkonsistenan nama dan tanda tangan dan kejelasan tulisan yaitu 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

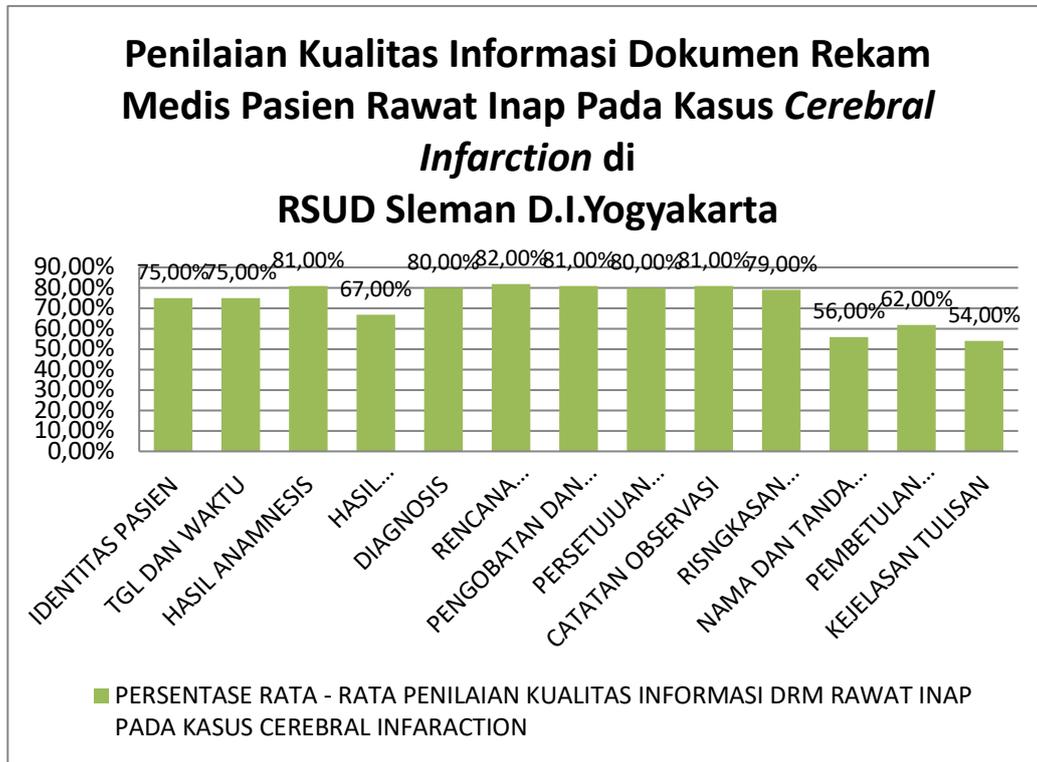
tersusun teratur, rekam medis diatur dalam urutan kronologis riwayat penyakit pasien, dan rekam medis tidak mengandung informasi untuk pasien lain. Tanggal dan waktu isian dokumen rekam medis yang tidak konsisten dalam penulisan, peletakan dan urutan akan mempengaruhi kualitas dokumen rekam medis dan 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.

3.5 Penilaian kualitas informasi DRM rawat inap pada kasus *Cerebral Infarction* di RSUD Sleman D.I Yogyakarta.

Penelitian ini mengukur rata – rata skor yang didapatkan dari tiap isian dari DRM menggunakan empat dimensi PSP/IQ Model yaitu free of error, conscience rerepresentation, completeness, dan consistent representation, kemudian data yang didapatkan dikategorikan 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 standar pelayanan minimal. Berikut ini adalah grafik skor rata – rata nilai isian DRM dengan kategori :



Gambar 3.5 Penilaian Kualitas Informasi DRM Rawat Inap (Kasus *Cerebral Infarction* di RSUD Sleman, 2020)

Berdasarkan grafik diatas penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis rawat inap pada kasus *cerebral infarction* di RSUD Sleman berdasarkan 4 dimensi, didapatkan hasil dengan penilaian kategori cukup yaitu penilaian isian kejelasan tulisan sebesar 54%, nama dan tanda tangan 56%, Hasil observasi menunjukkan petugas perlu meningkatkan kembali capaian yang perlu dicapai pada isian ini yaitu dengan memperjlas tulisan baik diagnosis maupun anamnesis, serta melengkapi nama dan tanda tangan dokter DPJP.

Penilaian isian yang termasuk dalam kategori baik yaitu pembetulan kesalahan 62%, hasil pemeriksaan fisik 67%, tanggal dan waktu 75%, identitas pasien 78%, ringkasan pulang 79% dan persetujuan tindakan 80%. Hasil observasi menunjukkan penilaian isian untuk pembetulan kesalahan baik identitas pasien petugas telah berusaha melengkapi dengan baik yaitu dengan menempelkan stiker identitas yang telah dicetak dan upaya tersebut dapat mengurangi resiko kesalahan penulisan dalam identitas. Kategori sangat baik yaitu hasil anamnesis, pengobatan dan tindakan, catatan observasi sebesar 81%, dan rencana penatalaksanaan sebesar 83%. Hasil isian yang sangat baik pada rencana penatalaksanaan pasien rawat inap, perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

4. Simpulan dan Saran

4.1 Simpulan

Kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian “Penilaian Kualitas Informasi Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Kasus Cerebral Infarction Di RSUD Sleman” adalah sebagai berikut:

1. Penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis menggunakan empat dimensi dari *product and service performance for information quality* model rerata hasil penilaian masuk dalam kategori baik untuk setiap dimensi.
2. Penilaian dimensi dinilai baik karena hasil perolehan dari 13 skor penilaian isian dokumen rekam medis rawat inap yang menjadi sampel penelitian.
3. Isian dokumen rekam medis yang dinilai masih buruk adalah isian kejelasan tulisan dokter dan kelengkapan nama dan tanda tangan pada petugas pemberi asuhan salah satunya pada DPJP.

4.2 Saran

1. Rumah Sakit perlu membuat panduan pengisian dokumen rekam medis di wilayah RSUD Sleman.
2. Rumah Sakit dapat mendiskusikan kepada pihak managerial untuk rencana penambahan standar prosedur operasional tentang penilaian kualitas informasi dokumen rekam medis selain kelengkapan.
3. Rumah Sakit perlu pengembangan kembali terhadap SIMRS untuk dapat melengkapi item yang dibutuhkan terkait penulisan diagnosa dan perkembangan riwayat penyakit pasien agar dapat terkomputerisasi untuk mengurangi rendahnya angka tingkat ketidakjelasan tulisan pada dokumen rekam medis

Ucapan Terima Kasih

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan hidayah serta pertolonganNya, sehingga laporan praktek kerja lapang yang berjudul Penilaian Kualitas Informasi Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Kasus *Cerebral Infarction* di RSUD Sleman D.I.Yogyakarta dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu. Proses penyelesaian laporan ini dibantu oleh banyak pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Saiful Anwar, S.TP, M.P selaku Direktur Politeknik Negeri Jember
2. Sustin Farlinda, S.Kom., MT, selaku Ketua Jurusan Kesehatan
3. Atma Deharja, S.Km, M.Kes selaku ketua program studi rekam medik Politeknik Negeri Jember
4. Feby Erawantini, S.KM, M.PH sebagai dosen pembimbing praktek kerja lapang
5. Seluruh Dosen Rekam Medik Jurusan Kesehatan dan civitas akademika Politeknik Negeri Jember
6. Direksi RSUD Sleman yang telah memberikan ijin praktek kerja lapang di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman
7. Pimpinan, Staf, dan Karyawan Rumah Sakit Umum Daerah Sleman

Daftar Pustaka

- Ariani, W. (2016) “Manajemen Kualitas,” *Jurnal Managemen*, hal. 1–61.
- Depkes RI, 2004 (2004) “UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran,” *Aturan praktik kedokteran*, hal. 157–180.
- Dewi, K. C. (2017) “Penilaian Kualitas Informasi Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan,” *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 5 Nomor 1*, 91, hal. 399–404.

Lee, Y. W. *et al.* (2002) "AIMQ : Metodologi Untuk Penilaian Kualitas Informasi," 40, hal. 133–146.

Swari, S. J. *et al.* (2019) "Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang," *ARTERI: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(1), hal. 50–56. doi: 10.37148/arteri.v1i1.20.

Hatta, G. 2010. "*Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*," Jakarta: Universitas Indonesia.