

**TINJAUAN KELENGKAPAN PENGISIAN SURAT KEMATIAN
DI RSUD BANTEN**

REVIEW OF COMPLETENESS OF DEATH CERTIFICATE FILLING AT BANTEN

Heru Indra Cahya¹, Erwin Muhtaddin²

^{1,2} Politeknik Kesehatan Aisyiyah Banten

heruindra@poltekkesaisyiahbanten.ac.id

ABSTRAK

Latar belakang : Pengisian Surat Kematian di RSUD Banten adalah bagian yang mendapatkan perhatian dalam penelitian ini. Dalam lembar formulir Surat Kematian tersebut ditemukan ketidaklengkapan pada identifikasi pasien, kelengkapan laporan yang penting, autentikasi penulis dan catatan yang baik. Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) adalah sumber utama data mortalitas informasi kematian biasa didapat dari praktisi kesehatan atau pada kasus kematian karena kecelakaan, kekerasan dan penyakit lainnya. Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Maret 2020 di RSUD Banten diketahui bahwa dari 20 formulir surat kematian terdapat 10 formulir surat kematian yang tidak lengkap, diantaranya komponen identifikasi yang tidak lengkap sebesar 7,75 (39%) adalah seperti pada bagian nomor urut kematian, nomor induk penduduk dan nomor pokok penduduk. Komponen laporan yang penting yang tidak lengkap sebesar 9 (45%) adalah seperti pada bagian jenis pemeriksaan, kode ICD, cara dan lokasi pemakaman. Komponen autentikasi yang tidak lengkap sebesar 10 (50%) adalah seperti pada bagian tanda tangan melapor dan nama melapor. Komponen catatan yang baik yang tidak lengkap sebesar 6,6 (35%) adalah seperti banyak bagian yang dikosongkan. Tujuan Penelitian yaitu mengetahui Kelengkapan Pengisian Surat Kematian di RSUD Banten dan hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi rumah sakit sebagai masukan dan pertimbangan dalam menyikapi masalah kelengkapan sertifikat medis penyebab kematian. dan Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan pendekatan komparatif, yaitu melalui checklist dan wawancara di RSUD Banten. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif. Populasi bulan Januari-Februari 2020 sebesar 233 formulir surat kematian di RSUD Banten, sedangkan populasi subjeknya adalah 12 petugas yang bertanggung jawab dalam kelengkapan pengisian surat kematian. Sampel objek yang diambil untuk penelitian ini adalah formulir Surat Kematian sebanyak 77 sampel. Sedangkan sampel subjek dalam penelitian ini adalah 2 petugas yang mengisi surat kematian. Teknik Sampling Subjek pada penelitian ini *menggunakan non Random (non probability sampling) dengan purposive sampling.*

Hasil penelitian didapatkan bahwa SOP (Standar Operasional Prosedur) sudah ada dan lengkap yang mengatur tentang Pengisian Surat Kematian di RSUD Banten di bagian instalasi pemulasaraan Jenazah (IPJ), tetapi masih belum dilaksanakan sepenuhnya karena masih banyak formulir yang belum lengkap, dari 5 item SOP diketahui bahwa yang lengkap dengan pedoman SOP sebesar (100%) sedangkan yang tidak lengkap dengan pedoman SOP sebesar (0%). hasil kelengkapan pada identifikasi pasien dengan prosentase lengkap terdapat pada sub komponen nomor rekam medis dan nama yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan prosentase tidak lengkap terdapat pada sub komponen nomor urut kematian, nomor pokok penduduk dan nomor induk penduduk yaitu sebesar 77 (100%, Laporan Yang Penting pada surat kematian yang diisi lengkap terdapat pada sub

komponen waktu meninggal yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan pengisian laporan yang penting yang tidak lengkap pada nomor urut kematian yaitu sebesar 77 (100%). Autentikasi Penulis pada surat kematian yang diisi lengkap terdapat pada sub komponen tanda TTD dokter dan nama dokter yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan autentikasi penulis yang tidak lengkap pada TTD pelapor, nama pelapor nomor KTP pelapor, alamat pelapor yaitu sebesar 77 (100%). Catatan Yang Baik pada surat kematian yang diisi lengkap terdapat pada sub komponen tidak ada coretan dan tidak ada tipe – ex yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan pengisian yang tidak lengkap pada catatan yang baik terdapat pada sub komponen tidak ada bagian kosong yaitu sebesar 77 (100%).

Kata kunci : SOP, Identitas Pasien, Laporan yang Penting, Autentifikasi Penulis, Catatan Yang Baik

ABSTRACT

Background: Filling in the Death Certificate at RSU Banten is the part that gets attention in this study. The Death Certificate form was found to be incomplete in patient identification, completeness of important reports, author authentication and good records. The Medical Certificate of Cause of Death (SMPK) is the main source of mortality data. Death information is usually obtained from health practitioners or in cases of death due to accidents, violence and other diseases. Based on a preliminary study in March 2020 at Banten General Hospital, it was found that out of 20 death certificate forms there were 10 incomplete death certificate forms, including the incomplete identification component of 7.75 (39%) such as in the death serial number section, the main number population and population number. 9 (45%) important report components were incomplete, such as the type of examination, ICD code, method and location of burial. The incomplete authentication component of 10 (50%) is as in the reporting signature and reporting name. An incomplete record component of 6.6 (35%) is like a lot of blanks. The purpose of the study was to find out the Completeness of Filling in Death Certificates at RSU Banten and the results of this study were expected to be useful for hospitals as input and consideration in addressing the issue of completeness of medical certificates causing death. and the approach used in this research is to use a comparative approach, namely through a checklist and interviews at RSU Banten. The research method used is quantitative research. The population in January-February 2020 was 233 death certificate forms at RSU Banten, while the subject population was 12 officers who were responsible for completing death certificates. The sample object taken for this research is a Death Certificate form as many as 77 samples. While the sample of subjects in this study were 2 officers who filled out death certificates. Sampling Technique Subjects in this study used non-random (non-probability sampling) with purposive sampling. The results showed that the SOP (Standard Operating Procedure) already exists and is complete which regulates the Filling of Death Certificates at RSU Banten in the installation section of the funeral procession (IPJ), but it is still not fully implemented because there are still many incomplete forms, from the 5 SOP items it is known that those who are complete with SOP guidelines are (100%) while those that are incomplete with SOP guidelines are (0%). The results of completeness in patient identification with a complete percentage are found in the sub-components of medical record numbers and names, which are 77 (100%), while the incomplete percentages are found in the sub-components of death serial number, population identification number and population identification number, which is 77 (100% , Important reports on death certificates that are filled out completely are found in the time

of death sub-component, which is 77 (100%), while the completeness of filling out important reports that are incomplete on the death serial number is 77 (100%). Authentication Author on death certificates which is filled in completely is contained in the sub-components of the doctor's TTD sign and the doctor's name, which is 77 (100%), while the incomplete completeness of author authentication on the reporting blood pressure, the name of the reporter, the identity card number of the reporting person, the address of the reporter is 77 (100%). Both the death certificate that is filled in completely, there are sub-components, there are no scribbles and there is no type - ex, which is 77 (100%). while the completeness of incomplete filling on a good record is found in the sub-components, there are no empty parts, namely 77 (100%).

Data collection was carried out by survey, namely the researcher conducted direct interviews with respondents using a questionnaire. The research results obtained the following data; There were 97 toddlers who had pneumonia or 26.5%, almost all of them 94.5% of mothers had good knowledge about pneumonia, 46.7% of mothers had sufficient behavior and 49.5% of mothers had sufficient attitudes and more than half of them 70.2% of mothers had not been exposed to information about pneumonia. The Bivariate results found that attitude and information exposure had a significant relationship with the incidence of pneumonia, while behavior and knowledge had no significant relationship with the incidence of pneumonia among toddlers in the city of Cilegon. From the results of this study, it is hoped that the Cilegon City Health Office can increase socialization and counseling about pneumonia through cooperation with related agencies so that it can improve the degree of public health.

Keywords: SOP, Patient Identity, Important Reports, Author Authentication, Good Notes

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Setiap orang berhak atas kesehatan dan mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya

manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan [1].

Undang-undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Rumah Sakit memberikan pelayanan baik secara langsung maupun tidak langsung. Pelayanan langsung

yakni dalam bentuk pemeriksaan fisik, tindakan medis, perawatan, pengobatan dan penunjang sedangkan pelayanan yang tidak langsung seperti pelayanan administratif yang mendukung pelayanan medis.

Menurut PERMENKES No 269/MENKES/PER/III/2008 pasal 1 Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medis yang baik adalah dengan adanya pencatatan kematian yang baik. Adapun peranan rekam medis di institusi pelayanan sangat diperlukan, karena berkas rekam medis tersebut dapat dijadikan sebagai penyedia fakta atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien, alat komunikasi antar petugas, sebagai alat bukti yang sah diperlukan, juga sebagai bukti pembayaran. Dengan adanya pencatatan pada rekam medis maka pencatatan yang baik juga terdapat pada Sertifikat Medis Penyebab Kematian.

Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK) adalah sumber utama data mortalitas informasi kematian biasa didapat dari praktisi kesehatan atau pada kasus kematian karena kecelakaan, kekerasan dan penyakit lainnya. Orang yang memasukkan urutan kejadian yang menyebabkan kematian pada sertifikat kematian dengan format internasionala [2].

Konsep sebab kematian hanya memilih satu penyebab kematian yang memudahkan untuk pengisian sertifikat walaupun tercatat dua atau lebih kondisi morbiditas yang menyebabkan kematian tersebut [1].

Sampai dengan kurun waktu 2006. Dinas Kesehatan DKI Jakarta menerbitkan format khusus laporan kematian yang hanya berlaku di Jakarta. Tidak semua rumah sakit di Indonesia menggunakan sertifikat kematian WHO. Beberapa puskesmas/ rumah sakit daerah masih menerbitkan surat kematian pasien dilembar kertas resep obat. Pada waktu masih menggunakan ICD-9, Departemen Kesehatan mengharuskan penggunaan sertifikat kematian umum dan perinatal model WHO [1].

Sejak ICD-10 digunakan menggantikan ICD-9 belum ada peraturan pembakuan model sertifikat *Cause Of Date* yang berlaku secara nasional di Indonesia. Pengisian sertifikat medis penyebab kematian di Rumah Sakit adalah bagian yang mendapatkan perhatian dalam penelitian ini. Masalah yang dihadapi pelayanan Rumah Sakit yang tidak menuliskan penyebab kematian, maka sertifikat penyebab kematian adalah mutlak bagi kepentingan penentuan satuan pembayaran klaim pasien dan keluarga almarhum/ah. [1].

Berdasarkan peraturan bersama, Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan tentang pelaporan kematian dan penyebab kematian, sehingga pada 15 November 2011 Dinas Kesehatan Jakarta menerbitkan revisi terbaru formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian yang terdiri dari empat (4) rangkap yaitu pertama (putih), lembar kedua (kuning) ketiga (pink) ke empat (biru). Lembar berwarna (putih) yang tidak berisi kode diagnosa penyebab kematian berdasarkan ICD-10. Surat keterangan tersebut harus diberikan langsung pada hari pasien meninggal kepada keluarga pasien demi kepentingan administrasi pemakaman jenazah. Lembar berwarna (biru) yang harus dilengkapi kode penyebab kematian berdasarkan ICD-10 yang digunakan untuk pelaporan ke Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit serta sebagai dokumentasi [3].

Dampak ketidaklengkapan pengisian sertifikat medis penyebab kematian adalah menyebabkan angka penyebab kematian nasional menjadi tidak akurat, sehingga menghambat pelaporan ke Dinas Kesehatan. karena adanya informasi penting sebagai bahan evaluasi terhadap pelayanan yang telah diberikan terhadap pasien, dan tidak dapat digunakan untuk klaim asuransi, pembagian warisan, dan atau proses hukum. Peneliti ingin meninjau lebih jauh di bagian rekam

medis khususnya meninjau mengenai kelengkapan pengisian surat kematian.

Pengisian Surat Kematian di RSUD Banten adalah bagian yang mendapatkan perhatian dalam penelitian ini. Dalam lembar formulir Surat Kematian tersebut ditemukan ketidaklengkapan pada identifikasi pasien, kelengkapan laporan yang penting, autentikasi penulis dan catatan yang baik.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Maret 2020 di RSUD Banten diketahui bahwa dari 20 formulir surat kematian terdapat 10 formulir surat kematian yang tidak lengkap, diantaranya komponen identifikasi yang tidak lengkap sebesar 7,75 (39%) adalah seperti pada bagian nomor urut kematian, nomor induk penduduk dan nomor pokok penduduk. Komponen laporan yang penting yang tidak lengkap sebesar 9 (45%) adalah seperti pada bagian jenis pemeriksaan, kode ICD, cara dan lokasi pemakaman. Komponen autentikasi yang tidak lengkap sebesar 10 (50%) adalah seperti pada bagian tanda tangan melapor dan nama melapor. Komponen catatan yang baik yang tidak lengkap sebesar 6,6 (33%) adalah seperti banyak bagian yang dikosongkan. Mengingat sangat pentingnya kelengkapan Surat Kematian di rumah sakit maka peneliti bermaksud mengambil judul

“Tinjauan Kelengkapan Pengisian Surat Kematian di RSUD Banten”.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian Jenis Penelitian ini adalah deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis tertentu tetapi hanya menggambarkan “apa adanya” tentang sesuatu variabel, gejala atau keadaan [4]. Jenis penelitian ini digunakan untuk memperoleh gambaran lebih jelas tentang kelengkapan pengisian Surat Kematian. Populasi objek dalam penelitian ini adalah seluruh formulir surat kematian 2 (dua) bulan terakhir yaitu bulan Januari-Februari 2020 sebesar 233 formulir surat kematian di RSUD Banten, sedangkan populasi

subjeknya adalah 12 petugas yang bertanggung jawab dalam kelengkapan pengisian surat kematian

Sampel objek yang diambil untuk penelitian ini adalah formulir Surat Kematian sebanyak 77 sampel. Sedangkan sampel subjek dalam penelitian ini adalah 2 petugas yang mengisi surat kematian. Teknik Sampling Subjek pada penelitian ini *menggunakan non Random (non probability sampling)* dengan *purposive sampling*

HASIL PENELITIAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Banten tentang “Tinjauan Kelengkapan Pengisian Surat Kematian di RSUD Banten Tahun 2020” adalah sebagai berikut:

1. Pelaksanaan SOP (Standar Operasional Prosedur) Kelengkapan Pengisian Surat Kematian.

Tabel 4.1
Analisis SOP Surat Kematian di RSUD Banten

NO	PROSEDUR	LENGKAP	TIDAK LENGKAP
1.	Surat keterangan kematian dibuat sesudah melalui pemeriksaan oleh dokter ruangan/IGD atau dokter forensik/dokter RSUD Banten yang di tunjuk.	√	
2.	Setiap orang yang meninggal di RSUD Banten harus melewati Instalasi Pemulasaraan Jenazah untuk dicatat identitasnya mengenai sebab kematian, dan bilamana perlu di visum, keluarga korban meninggal akibat tindak pidana dan kecelakaan diminta agar melapor ke polisi untuk mendapat Surat Permintaan Visum yang dikeluarkan oleh polisi untuk RSUD Banten .	√	

3.	Surat keterangan kematian yang dibuat oleh dokter ruangan/IGD untuk penderita yang meninggal karena sakit, sedangkan untuk korban meninggal tindak pidana dan kecelakaan maka surat keterangan kematian dibuat oleh dokter porsik atau dokter yang ditunjuk sesudah melakukan visum.	√	
4.	Bilamana jenazah tidak ada keluarganya, maka petugas Instalasi Pemulasaraan Jenazah akan melapor kepada polisi dan korban meninggal tindak pidana dan kecelakaan akan dititipkan ke Instalasi Pemulasaraan Jenazah selama 3x24 jam. Korban akan divisum dan dikubur oleh RSUD Banten sesudah mendapat Surat Permintaan Visum dan ijin kubur dikepolisian.	√	
5.	Bilamana keluarga korban dmenolak divisum untuk korban meninggal akibat tindak pidana dan kecelakaan, maka keluarga harus membuat pernyataan menolak visum pada format pulang paksa dan segala konsikuensinya menjadi tanggung jawab keluarga, surat keterangan kematian tidak diberikan karena korban/jenazah tidak dilakukan pemeriksaan visum.	√	
Jumlah		5	0
Prosentase		100%	0%

Sumber: SOP Surat Kematian di RSUD Banten

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi SOP Surat Kematian di RSUD Banten Tahun 2020

No	Kategori	Jumlah	Prosentase
1.	Lengkap	5	100%
2.	Tidak Lengkap	0	0%
Total		5	100%

Sedangkan SOP Berdasarkan tabel 4.2 analisis dari SOP Pengisian surat kematian di RSUD Banten dari 5 komponen SOP diketahui bahwa 100% SOP lengkap dengan pedoman yang yang tidak lengkap sebesar 0%. Dalam hal ini peneliti juga melakukan wawancara kepada informan atau petugas pengisian surat

kematian tentang SOP pengisian surat kematian diketahui bahwa pelaksanaan Standar Oprasional Prosedur (SOP) Pengisian Surat Kematian di RSUD Banten sudah terdapat SOP dan sudah lengkap kebijakan SOP di bagian instalasi pemulasaraan Jenazah (IPJ), terkait dengan kelengkapan pengisian surat kematian. Berikut hasil wawancara yang telah dilakukan kepada 2 responden:

“Apakah sudah terdapat Standar Oprasional Prosedur (SOP) yang mengatur tentang pencatatan surat kematian? “

“SOP yang mengatur tentang Pengisian Surat Kematian sudah ada dan lengkap” (menurut responden satu).

“SOP yang mengatur tentang Pengisian Surat Kematian sudah ada dan lengkap” (menurut responden dua).

“Apakah tata cara dalam pengisian surat kematian sudah dilaksanakan sesuai SOP?

“Kalau ada kematian, tata cara pengisian surat kematian standar, diisi surat kematiannya sesuai SOP”(responden satu).

“Tata cara penulisan surat kematian sudah di laksanakan sesuai SOP”(Responden dua).

2. Identitas Pasien

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Identifikasi Pasien Pada Surat Kematian di RSUD Banten Tahun 2020

No	Identitas Pasien	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	No Urut Kematian	0	0%	77	100%	77
2	No Rekam Medis	77	100%	0	0%	77
3	Nama	77	100%	0	0%	77
4	Jenis Kelamin	76	98%	1	2%	77
5	Umur	74	96%	3	4%	77
6	Alamat	74	96%	3	4%	77
7	No Pokok Penduduk	0	0%	77	100%	77
8	No Induk Penduduk	0	0%	77	100%	77

Sumber: Berkas Rekam Medis pada Formulir Surat Kematian di RSUD Banten

Berdasarkan tabel 4.3 diatas, diperoleh komponen identitas pasien terhadap 77 surat kematian di RSUD Banten pada Tahun 2019 dari ke delapan (8) sub komponen diatas yang lengkap terdapat pada nomor rekam

medis dan nama sebesar 77(100%), sedangkan yang tidak lengkap pengisiannya terdapat pada nomor Urut Kematian, nomor Pokok Penduduk dan nomor Induk Penduduk sebesar 77(100%).

3. Laporan Yang Penting

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Catatan/Laporan Yang Penting
Pada Surat Kematian di RSUD Banten Tahun 2020

No	Kelengkapan Laporan Yang Penting	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	Nomor Surat Kematian	0	0%	77	100%	77
2	Waktu Meninggal	77	100%	0	0%	77
3	Tempat Meninggal	74	96%	3	4%	77
4	Alamat Tempat Meninggal	73	95%	4	5%	77
5	Waktu Pemeriksaan	36	47%	41	53%	77
6	Jenis Pemeriksaan	15	20%	62	80%	77
7	Sebab Kematian	74	96%	3	4%	77
8	Kode ICD-10	19	25%	58	75%	77
9	Dikuburkan	16	21%	61	79%	77
10	Proses Pengawetan Jenazah	7	9%	70	91%	77

Sumber: Berkas Rekam Medis pada Formulir Surat Kematian di RSUD Banten

Berdasarkan tabel 4.4 diatas, diperoleh komponen kelengkapan laporan yang penting terhadap 77 surat kematian di RSUD Banten pada Tahun 2020 dari sepuluh (10) sub komponen diatas yang lengkap terdapat pada

waktu meninggal sebesar 77 (100%), sedangkan yang tidak lengkap pengisiannya terdapat pada nomor surat kematian 77 (100%).

4. Autentikasi Penulis

Tabel 4.5
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Autentikasi Penulis
Pada Surat Kematian di RSUD Banten tahun 2020

No	Autentikasi Penulis	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	TTD Dokter	77	100%	0	0%	77
2	Nama Dokter	77	100%	0	0%	77
3	TTD Pelapor	0	0%	77	100%	77

4	Nama Pelapor	0	0%	77	100%	77
5	KTP Pelapor	0	0%	77	100%	77
6	Alamat Pelapor	0	0%	77	100%	77

Sumber: Berkas Rekam Medis pada Formulir Surat Kematian di RSUD Banten

Berdasarkan tabel 4.5 diatas, diperoleh komponen autentikasi penulis terhadap 77 surat kematian di RSUD Banten pada Tahun 2020 dari ke enam (6) sub komponen diatas diperoleh yang lengkap terdapat pada TTD

dan nama dokter sebesar 77(100%), sedangkan yang tidak lengkap terdapat pada TTD pelapor, nama pelapor, nomor KTP pelapor dan alamat pelapor sebesar 77 (100%).

5. Catatan Yang Baik

Tabel 4.6
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Catatan Yang Baik Pada Surat Kematian di RSUD Banten tahun 2020

No	Catatan Yang Baik	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	Tidak ada coretan	77	100%	0	0%	77
2	Tidak ada Tipe-Ex	77	100%	0	0%	77
3	Tidak ada Bagian Kosong	0	0%	77	100%	77

Sumber: Berkas Rekam Medis pada Formulir Surat Kematian di RSUD Banten

Berdasarkan tabel 4.6 diatas, diperoleh komponen catatan yang baik terhadap 77 surat kematian di RSUD Banten pada Tahun 2020 dari ketiga (3) sub komponen diatas

diperoleh yang lengkap terdapat pada tidak ada coretan dan tidak ada Tipe-Ex 77 (100%), sedangkan yang tidak lengkap terdapat pada tidak ada bagian kosong 77 (100%).

Tabel 4.7
Disribusi Frekuensi Rekapitulasi Hasil Analisis Kuantitatif pada Surat Kematian di RSUD Banten Tahun 2020

No	Kriteria Analisis Kuantitatif	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
1	Identifikasi Pasien	47	61%	30	39%
2	Laporan Yang Penting	39	51%	38	49%

3	Autentikasi Penulis	26	33%	51	67%
4	Catatan Yang Baik	51	67%	26	33%

Berdasarkan hasil analisis kuantitatif yang dilakukan di RSUD Banten terhadap 77 Surat Kematian Tahun 2020 dari ke empat (4) komponen kriteria analisis kuantitatif diperoleh jumlah prosentase yang lengkap terdapat pada catatan yang baik sebesar (67%), sedangkan prosentase tidak lengkap terdapat pada autentikasi penulis sebesar (33%).

PEMBAHASAN

Berikut ini menguraikan tentang bahasan dari hasil penelitian dibandingkan dengan teori dan hasil observasi selama pengumpulan data tentang kelengkapan pengisian Surat Kematian sebagai berikut:

1. SOP (Standar Oprasional Prosedur)

Standar Oprasional Prosedur (SOP) diatur dalam Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 13 ayat (3) yang menjelaskan bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur oprasional yang berlaku, etika profesi menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.

Standar Oprasional Prosedur pada dasarnya adalah pedoman yang berisi prosedur-prosedur oprasional standar yang didalam suatu organisasi yang digunakan untuk memastikan bahwa semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas-fasilitas yang dilakukan oleh orang-orang di dalam organisasi berjalan secara efektif (dan efisien) konsisten, standar dan sistematis [4].

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [3] yang berjudul "Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Atma Jaya" dapat diketahui bahwa di rumah sakit Atma Jaya sudah lengkap kebijakan SOP (Standar Oprasional Prosedur) terkait kelengkapan isi rekam medis dan audit pendokumentasian rekam medis, namun tidak semua lembaran rekam medis dilakukan analisis kuantitatif, yang hanya dilakukan analisis kuantitatif adalah lembaran informed consent, resume dan kajian keperawatan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [5] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Persahabatan" dapat diketahui bahwa di rumah sakit RSUP Persahabatan SOP (Standar Prosedur Oprasional) terkait dengan kelengkapan isi rekam medis dan pengelolaan

jenazah sudah lengkap hanya belum dilaksanakan sepenuhnya mengingat masih banyak data yang kosong.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [6] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Husada" dapat diketahui bahwa di Rumah Sakit Husada SPO (Standar Oprasional Prosedur) terkait dengan kelengkapan isi rekam medis dan pengisian sertifikat medis penyebab kematian sudah ada, tetapi masih belum dilaksanakan sepenuhnya karena masih banyak formulir yang belum lengkap.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [7] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Setia Mitra" dapat diketahui bahwa di Rumah Sakit Setia Mitra belum memiliki SOP (Standar Operasional Prosedur) yang mengatur tentang Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian.

Berdasarkan hasil penelitian di RSU Banten bahwa sudah terdapat SOP (Standar Oprasional Prosedur) dan sudah lengkap kebijakan SOP (Standar Oprasional Prosedur) terkait dengan kelengkapan pengisian surat kematian, hanya belum dilaksanakan sepenuhnya mengingat masih banyak data yang kososng.

Hal ini sesuai dengan teori dan peneliti terdahulu, bahwa SOP harus ada dan penting untuk memastikan semua keputusan dan tindakan, serta penggunaan fasilitas-fasilitas yang dilakukan oleh orang-orang di dalam organisasi berjalan secara efektif dan konsisten.

2. Identitas Pasien

Identitas Pasien adalah kelengkapan data sosial pasien minimal harus mempunyai nama lengkap dan nomor rekam medis pasien. Hal ini dimaksud agar dapat menentukan milik siapa lembaran tersebut dan menghindari terjadinya kesalahan dalam penanganan pasien dan memberikan informasi medis kepada pihak yang membutuhkan.

Berdasarkan peraturan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis Bab II Pasal 2 disebutkan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis atau secara elektronik lengkap dan jelas. Identifikasi pasien merupakan sub komponen dari rekam medis dan harus lengkap dan jelas.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [5] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Persahabatan" diperoleh dari 71 (tujuh puluh satu) sampel identifikasi pasien

ternyata hasilnya masih terdapat kolom yang kosong dari 17 (Tujuh belas) item yang diisi dengan lengkap sebesar 82,05% dan yang tidak diisi lengkap sebesar 18,05%.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [8] yang berjudul "Tinjauan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Antam Medika" diperoleh dari 72 sampel identitas pasien yang diisi dengan lengkap sebesar 97,2%, sedangkan yang tidak diisi dengan lengkap sebesar 2,76%. Dari ke empat (4) sub komponen diatas yang paling lengkap terdapat pada nama dan jenis kelamin sebesar 100%, sedangkan yang tidak lengkap pengisiannya terdapat pada tanggal lahir sebesar 91,6%.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [7] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Medis Penyebab Kematian" diperoleh dari komponen identifikasi pasien terhadap 6 (enam) sertifikat medis penyebab kematian di Rumah Sakit Setia Mitra yang diisi lengkap sebesar 87,5%, sedangkan yang tidak diisi dengan lengkap sebesar 12,5%. Dari 16 sub komponen diatas yang paling lengkap terdapat pada Bulan/Tahun, Nama RS, Nomor Urut Pencatatan, Nama Lengkap, NIK, Jenis Kelamin, Tempat Tanggal Lahir, Nama, Alamat Tempat Tinggal, Setatus Kependudukan, dan Umur Pasien 100%, sedangkan yang paling

rendah pengisiannya terdapat pada kode RS sebesar 0%.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Gama Bagus Kuntoadi, [9] yang berjudul "Kelengkapan dan Keakuratan Sertifikat Medis Penyebab Kematian" diperoleh dari komponen identifikasi pasien terhadap 64 (enam puluh empat) sertifikat medis penyebab kematian di RSUP Fatmawati persentasi kelengkapan pada kolom Nomor Rekam Medis yang diisi adalah sebanyak 93% (60 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Bulan/Tahun yang diisi adalah sebanyak 92% (59 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Nomor Urut yang diisi adalah sebanyak 95% (61 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Nama Lengkap yang diisi adalah sebanyak 93% (60 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang diisi adalah sebanyak 0% (0 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Jenis Kelamin yang diisi adalah sebanyak 98% (63 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom tempat tanggal lahir (TTL) yang diisi adalah sebanyak 100% (64 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Agama yang diisi adalah sebanyak 96% (62 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Alamat yang diisi adalah sebanyak 98% (63 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Status Kependudukan yang diisi

adalah sebanyak 76% (49 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Hubungan Dengan Kepala Keluarga yang diisi adalah sebanyak 59% (38 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Waktu Meninggal yang diisi adalah sebanyak 96% (62 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom Tempat Meninggal yang diisi adalah sebanyak 87% (56 formulir).

Dalam observasi yang dilakukan oleh peneliti kelengkapan pengisian surat kematian di RSUD Banten pada Tahun 2019 diperoleh hasil kelengkapan pada identifikasi pasien dengan prosentase lengkap terdapat pada sub komponen nomor rekam medis dan nama yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan prosentase tidak lengkap terdapat pada sub komponen nomor urut kematian, nomor pokok penduduk dan nomor induk penduduk yaitu sebesar 77 (100%), dari hasil analisis kuantitatif tersebut identifikasi pasien belum lengkap. Diharapkan terkait pengisian surat kematian perlu melengkapi identitas pasien pada lembar surat kematian sesuai dengan KTP pasien tersebut.

Hal ini sesuai dengan teori dan peneliti terdahulu, bahwa identitas pasien secara umum lengkap tapi masih ada beberapa sub yang tidak lengkap. Ketidaklengkapan Identitas Pasien akan berdampak pada informasi yang ada dalam formulir surat kematian tidak dapat dipertanggungjawabkan

aspek kelegalannya, sehingga tidak dapat dijadikan landasan atau bukti dalam perkara hukum.

Kondisi ini tidak sesuai dengan Depkes (1997) tentang pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit di Indonesia point 3, aspek hukum yaitu suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya kepastian hukum atas dasar keadilan. Adapun sumber hukum yang dapat dijadikan acuan mengenai kelengkapan rekam medis yaitu, pasal 46 undang- undang RI Nomor 29 tahun 2004: ayat (1) setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Ayat (2) Rekam Medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Dalam ayat (3) setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

3. Laporan Penting

Laporan yang perlu dan harus ada karena merupakan informasi medis yang sangat penting seperti yang ditetapkan dalam peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis yaitu Bab IV Pasal 10 mengenai pelepasan informasi tentang

identitas pasien, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan yang dapat diperlukan dalam hal ini:

- a. Untuk kepentingan kesehatan pasien
- b. Memenuhi pemerintahan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegak hukum atas permintaan pengadilan
- c. Permintaan dan/ atau persetujuan pasien sendiri
- d. Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang undangan
- e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

Oleh karena itu pada surat kematian, laporan yang penting yaitu penulisan diagnosis penyebab kematian harus diisi oleh dokter yang merawat pasien sehingga dapat dipergunakan dalam hal – hal seperti yang sudah ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan dan sangat mempengaruhi kepada masalah pembayaran klaim pasien keluarga almarhum ke asuransi. Untuk itu, kelengkapan data dalam laporan yang penting dapat meningkatkan mutu pelayanan dan merupakan bukti catatan yang dapat dipertanggung jawabkan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [5] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Persahabatan" dari 71 (tujuh puluh

satu) sampel kelengkapan laporan yang penting pada sertifikat medis penyebab kematian diperoleh dari 7 (tujuh) item yang diisi lengkap sebesar 60,57% dan tidak diisi dengan lengkap sebesar 37,42%.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [8] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Antam Medika" dari 72 (tujuh puluh dua) sampel sertifikat medis penyebab kematian di peroleh hasil kelengkapan laporan yang penting terdiri dari lima (5) sub komponen sebesar 80,24%. Dengan prosentase paling baik terdapat pada sub komponen waktu dan tempat kematian yaitu sebesar 100%, sedangkan pengisian laporan yang penting sangat rendah pada penyebab kematian antara yaitu sebesar 58,3%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh [7] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Medis Penyebab Kematian" diperoleh dari komponen laporan yang penting terhadap 6 (enam) sertifikat medis penyebab kematian di Rumah Sakit Setia Mitra yang diisi lengkap sebesar 67,17%, sedangkan yang tidak diisi lengkap sebesar 38,83%. Dari 3 (tiga) komponen diatas yang paling lengkap terdapat pada penyebab langsung sebesar 83,33%, sedangkan yang paling rendah terdapat pada penyebab dasar sebesar 50%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh [3] yang berjudul “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Atma Jaya” dari 37 formulir sertifikat medis penyebab kematian diperoleh laporan yang penting pada formulir sertifikat medis penyebab kematian terdiri dari 15 (lima belas) item yang diisi dan lengkap sebesar 59,8% sedangkan tidak diisi dengan lengkap sebesar 40,2%.

Dalam observasi yang dilakukan oleh peneliti kelengkapan pengisian surat kematian di RSUD Banten Tahun 2019 diperoleh hasil kelengkapan laporan yang penting yang terdiri dari Sembilan (9) sub komponen, dengan prosentase lengkap terdapat pada sub komponen waktu meninggal yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan pengisian laporan yang penting yang tidak lengkap pada nomor urut kematian yaitu sebesar 77 (100%). Hal ini sesuai dengan teori dan peneliti terdahulu, bahwa laporan yang penting secara umum lengkap tapi masih ada beberapa sub yang tidak lengkap. Dari hasil analisis kuantitatif Perlu dilakukan sosialisasi kepada dokter dan petugas terkait yang melengkapi atau mengisi surat kematian. Hal ini dapat mempengaruhi keakuratan informasi pada surat kematian, kelengkapan pengisian surat kematian penting untuk pendokumentasian

yang baik, perlu diperhatikan catatan atau isi surat kematian yang tidak diisi dapat mengakibatkan ketidakjelasan urutan prosedur, hal ini dapat menimbulkan permasalahan serius terutama bila sampai dipengadilan.

4. Autentikasi Penulis

Autentikasi penulis adalah sebagai tanda bukti keabsahan rekaman atau kegiatan mencatat, autentikasi penulis ini dapat berupa tanda tangan, cap/stempel dan harus ada titel atau gelar professional dokter sesuai dengan ketentuan pengisian rekam medis sehingga dapat dipertanggung jawabkan secara hukum.

Hal ini dijelaskan dalam PERMENKES 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis bab III Pasal 5 ayat (1) yaitu setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokterannya wajib membuat rekam medis. Selanjutnya dalam ayat (2) disebutkan bahwa Rekam Medis sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan atau tindakan. (3) Pembuatan rekam medis sebagaimana ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam ayat (4) disebutkan bahwa setiap pencatatan kedalam rekam medis harus dibubuhi nama,

waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh [8] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Antam Medika" dari 72 sampel sertifikat medis penyebab kematian kelengkapan autentikasi penulis sangat lengkap yaitu sebesar 100%.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [5] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Persahabatan" dari 71 (tujuh puluh satu) sampel kelengkapan autentikasi penulis pada sertifikat medis penyebab kematian yang terdiri dari 6 (enam) item yang diisi lengkap sebesar 93% sedangkan tidak diisi dan tidak lengkap sebesar 6,83%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh [7] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Medis Penyebab Kematian" diperoleh dari komponen autentikasi penulis terhadap 6 (enam) sertifikat medis penyebab kematian di Rumah Sakit Setia Mitra yang diisi lengkap sebesar 88,83%, sedangkan yang tidak diisi dengan lengkap 11,17%. Dari ke enam (6) sub komponen diatas yang paling lengkap terdapat pada nama pihak yang menerima,

tanda tangan yang menerima, dokter yang menerangkan, dan tanda tangan dokter yang menerangkan sebesar 100%, sedangkan yang rendah pengisiannya terdapat pada dokter yang mengdiagnosa dan tanda tangan dokter yang mengdiagnosa sebesar 66,67%.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Gama Bagus Kuntoadi, [9] yang berjudul "Kelengkapan dan Keakuratan Sertifikat Medis Penyebab Kematian" diperoleh dari komponen autentikasi penulis terhadap 64 (enam puluh empat) sertifikat medis penyebab kematian di RSUP Fatmawati persentasi kelengkapan pada kolom tanda tangan yang menerima yang diisi lengkap sebesar 73% (47 formulir), persentasi kelengkapan pada kolom tanda tangan dokter yang menerangkan diisi lengkap sebesar 100% (64 formulir).

Dalam observasi yang dilakukan oleh peneliti kelengkapan pengisian surat kematian di RSUD Banten Tahun 2019 diperoleh hasil kelengkapan autentikasi penulis terdiri dari empat (4) sub komponen, dengan prosentase yang diisi lengkap terdapat pada sub komponen tanda TTD dokter dan nama dokter yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan autentikasi penulis yang tidak lengkap pada TTD pelapor, nama pelapor nomor KTP pelapor, alamat pelapor yaitu sebesar 77 (100%). Hal ini sesuai dengan teori

dan peneliti terdahulu, bahwa autentikasi penulis secara umum lengkap tapi masih ada beberapa sub yang tidak lengkap. Dari hasil analisis kuantitatif pada komponen autentikasi penulis belum dilakukan sesuai peraturan yang telah ditentukan tentang rekam medis, sehingga perlu di sosialisasikan kepada petugas yang bertanggung jawab dalam pengisian surat kematian untuk kelengkapan autentikasi ini.

Ketidaklengkapan Autentikasi Penulis akan berdampak pada informasi yang ada dalam formulir surat kematian tidak dapat dipertanggung jawabkan aspek kelegalannya, sehingga tidak dapat dijadikan landasan atau bukti dalam perkara hukum.

Kondisi ini tidak sesuai dengan Depkes (1997) tentang pedoman pengelolaan rekam medis rumah sakit di Indonesia point 3, aspek hukum yaitu suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya kepastian hukum atas dasar keadilan. Adapun sumber hukum yang dapat dijadikan acuan mengenai kelengkapan rekam medis yaitu, Pasal 46 undang-undang RI Nomor 29 Tahun 2004: ayat (1) setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Ayat (2) rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai

menerima pelayanan kesehatan. (3) Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

5. Catatan Yang Baik

Catatan yang baik adalah memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan tidak dapat dibaca, hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas dengan cara mengamati baris perbaris apakah ada catatan yang ada coretan, ada Tipe - ex dan ada bagian kosong.

Berdasarkan PERMENKES 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis bab III Pasal 5 ayat (5) yaitu dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan. Selanjutnya pada ayat (6) disebutkan bahwa pembetulan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

Bila ada rekam medis yang juga tidak memenuhi kebutuhan kelengkapan, maka petugas rekam medis wajib meminta petugas kesehatan (medis atau para medis) yang bersangkutan untuk melengkapinya. Petugas rekam medis hanya boleh memasukan rekam

medis yang telah lengkap kedalam rak penjajaran.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh [8] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Antam Medika" dari 72 sampel sertifikat medis penyebab kematian diperoleh catatan yang baik sebesar 72,1%. Dari hasil analisis kuantitatif tersebut kelengkapan pada catatan yang baik yang paling bagus terdapat pada sub komponen tidak ada tip – Ex yaitu sebesar 100% dan untuk sub komponen tidak ada coretan sebesar 88,8%, sedangkan kelengkapan pengisian yang paling rendah pada catatan yang baik terdapat pada bagian yang kosong yaitu sebesar 27,7%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh [7] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Medis Penyebab Kematian" diperoleh dari komponen autentikasi penulis terhadap 6 (enam) sertifikat medis penyebab kematian di Rumah Sakit Setia Mitra yang diisi dengan lengkap sebesar 66,67%, sedangkan yang tidak diisi dengan lengkap sebesar 33,33%. Dari ke tiga (3) sub komponen diatas yang paling lengkap terdapat pada tidak ada coretan dan tidak ada tipp-ex sebesar 100%, sedangkan yang paling rendah pengisiannya terdapat pada tidak ada bagian kosong sebesar 0%.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh [5] yang berjudul "Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Persahabatan" dari 71 (tujuh puluh satu) sampel kelengkapan catatan yang baik pada sertifikat medis penyebab kematian yang terdiri darim 3 (tiga) item yang diisi lengkap sebesar 78% sedangkan tidak diisi dan tidak lengkap sebesar 24%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh [3] yang berjudul "Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Banten " dari 37 formulir sertifikat medis penyebab kematian diperoleh catatan yang baik pada formulir sertifikat medis penyebab kematian yang terdiri dari 3 (tiga) item yang diisi lengkap sebesar 66,67% sedangkan tidak diisi dengan lengkap sebesar 33,33%.

Dalam observasi yang dilakukan oleh peneliti kelengkapan pengisian surat kematian di RSUD Banten Tahun 2019 diperoleh hasil kelengkapan catatan yang baik terdiri dari tiga (3) sub komponen, dari hasil analisis kuantitatif tersebut kelengkapan pengisian catatan yang baik yang diisi lengkap terdapat pada sub komponen tidak ada coretan dan tidak ada tipe – ex yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan pengisian yang tidak lengkap pada catatan yang baik terdapat pada sub komponen tidak ada bagian kosong yaitu

sebesar 77 (100%). Hal ini sesuai dengan teori dan peneliti terdahulu, bahwa catatan yang baik secara umum lengkap tapi masih ada beberapa sub yang tidak lengkap, dari seluruh formulir yang diambil selalu saja ada bagian kosong atau tidak diisi.

Berdasarkan hasil analisis kuantitatif pada sub komponen catatan yang baik masih belum lengkap pengisiannya, untuk itu perlu dilengkapi oleh pemberi pelayanan medis sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing – masing. Oleh karena itu hasil analisis kuantitatif pada komponen catatan yang baik belum sesuai dengan peraturan yang ada tentang rekam medis, sehingga perlu dilakukan sosialisasi pengisian surat kematian di RSUD Banten agar terciptanya catatan yang baik yang lengkap untuk kedepannya.

Kondisi ini tidak sesuai dengan peraturan PERMENKES No 269/MENKES/PER/2008 Pasal 2 tentang rekam medis. (1) Rekam medis harus dibuat tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. (2) Penyelenggaraan rekam medis dengan menggunakan teknologi informasi elektronik diatur lebih lanjut dengan peraturan tersendiri.

SIMPULAN

1. SOP (Setandar Oprasional Prosedur)

Hasil dari penelitian, didapatkan bahwa SOP (Standar Operasional Prosedur) sudah

ada dan lengkap yang mengatur tentang Pengisian Surat Kematian di RSUD Banten di bagian instalasi pemulasaraan Jenazah (IPJ), tetapi masih belum dilaksanakan sepenuhnya karena masih banyak formulir yang belum lengkap, dari 5 item SOP diketahui bahwa yang lengkap dengan pedoman SOP sebesar (100%) sedangkan yang tidak lengkap dengan pedoman SOP sebesar (0%).

2. Identitas Pasien

Hasil analisis kuantitatif identitas pasien pada surat kematian yang diperoleh hasil kelengkapan pada identifikasi pasien dengan prosentase lengkap terdapat pada sub komponen nomor rekam medis dan nama yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan prosentase tidak lengkap terdapat pada sub komponen nomor urut kematian, nomor pokok penduduk dan nomor induk penduduk yaitu sebesar 77 (100%)

3. Laporan Yang Penting

Hasil analisis kuantitatif Laporan Yang Penting pada surat kematian yang diisi lengkap terdapat pada sub komponen waktu meninggal yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan pengisian laporan yang penting yang tidak lengkap pada nomor urut kematian yaitu sebesar 77 (100%).

4. Autentikasi Penulis

Hasil analisis kuantitatif Autentikasi Penulis pada surat kematian yang diisi lengkap terdapat pada sub komponen tanda TTD dokter dan nama dokter yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan autentikasi penulis yang tidak lengkap pada TTD pelapor, nama pelapor nomor KTP pelapor, alamat pelapor yaitu sebesar 77 (100%).

5. Catatan Yang Baik

Hasil analisis kuantitatif Catatan Yang Baik pada surat kematian yang diisi lengkap terdapat pada sub komponen tidak ada coretan dan tidak ada tipe – ex yaitu sebesar 77 (100%), sedangkan kelengkapan pengisian yang tidak lengkap pada catatan yang baik terdapat pada sub komponen tidak ada bagian kosong yaitu sebesar 77 (100%).

SARAN

Adanya koordinasi antara unit keperawatan, unit instalasi pemulasaraan jenazah (IPJ) dan unit rekam medis dalam pengisian surat kematian harus ada satu kesatuan dalam penulisan surat kematian, tidak dilakukan secara terpisah sehingga nomor surat kematian dan nomor urut kematian terisi dengan lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] G. Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana pelayanan kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia, 2014.
- [2] World Health Organization., “Buku Panduan Penentuan Kode Penyebab Kematian Menurut ICD-10,” Jakarta, 2008.
- [3] M. B. Namang, “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Formulir Sertifikat Medis Penyebab Kematian. Di Rumah Sakit Antam Jaya.,” Jakarta, 2013.
- [4] S. Arikunto, *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta, 2009.
- [5] E. Suhartini, “Tinjauan Kelengkapan Pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di RSUP Persahabatan,” Jakarta, 2014.
- [6] F. Imania, “Tinjauan Kelengkapan pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Antam Medika Jakarta,” 2015.
- [7] A. R. Kristina, Indah, Salsabila, Septiani, “Tinjauan Kelengkapan Pengisian Medis Penyebab Kematian.,” *Kristina, Indah, Salsabila, Septiani, Agnesia Rury*. 2018. *Tinj.* <http://akademiprekammedis.ac.id/jurnal/index.php/medicordhif/article/download/3/2>, 2018.

[8] D. avenia Menna, "Tinjauan Kelengkapan pengisian Sertifikat Medis Penyebab Kematian di Rumah Sakit Husada," Jakarta, 2016.

[9] Y. Bagus Kuntoadi, Gama, Marugun, "Kelengkapan dan Keakuratan Sertifikat Medis Penyebab Kematian.," Jakarta, 2013.