

## Descriptive Study About the Completeness of Medical Record Documents of Inpatient

### Gambaran Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Adhani Windari  
Anton Kristijono  
Lina Umboro

*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang  
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang  
E-mail: [dhanisadono@gmail.com](mailto:dhanisadono@gmail.com)*

#### Abstract

The study was conducted by doing the quantitative and qualitative analysis of the medical records document of inpatients in Semarang Hospital. The approach of the research was Retrospective approach. We used the purposive sampling in 15 inpatient ward. The research variables include all components of the reviews in the quantitative analysis and qualitative analysis. The results of the quantitative analysis shows that there are some incompleteness of medical record documents in the inpatient unit including charging documents, writer authentication, and inappropriate recording based on the regulations. From the result of the qualitative analysis, it can be concluded that there is consistency of recording the statement of diagnosis and treatment as well as recording the direction of informed consent. It require socialization to health workers who are in charge to fill the medical record documents about the importance of filling out the medical record completely and correctly, and to conduct an audit of medical records on a regular basis to improve the quality of medical record documents in the inpatient unit.

*Keywords: Medical records, quantitative analysis, qualitative analysis*

#### Abstrak

Penelitian dilakukan dengan melakukan analisis kuantitatif dan analisis kualitatif terhadap dokumen Rekam Medis pasien rawat inap di RS "A" Semarang. Rancangan penelitian dengan pendekatan Retrospektif. Menggunakan Purposive Sampling di 15 ruang perawatan rawat inap. Variabel penelitian meliputi seluruh komponen review dalam analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Hasil penelitian analisis kuantitatif menunjukkan bahwa masih ditemukan ketidaklengkapan dokumen Rekam Medis di ruang rawat inap dalam hal pengisian dokumen, autentikasi penulis, dan ketidaksesuaian dalam melakukan pencatatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hasil analisis kualitatif terhadap dokumen Rekam Medis rawat inap dapat disimpulkan bahwa terdapat konsistensi pernyataan diagnosis konsistensi pencatatan dan arah pengobatan serta pencatatan informed consent. Diperlukan sosialisasi kembali kepada petugas kesehatan yang berwenang mengisi dokumen Rekam Medis tentang pentingnya mengisi dokumen Rekam Medis dengan lengkap dan benar, serta dilakukan audit Rekam Medis secara berkala untuk meningkatkan kualitas dokumen Rekam Medis di ruang rawat inap.

*Kata kunci: Rekam Medis, analisis kuantitatif, analisis kualitatif*

## 1. Pendahuluan

Rekam Medis merupakan salah satu bagian penting dalam membantu pelaksanaan pemberian pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Mutu Rekam Medis yang baik bila memenuhi indikator-indikator dalam kelengkapan pengisiannya, keakuratannya, tepat waktu dan memenuhi persyaratan aspek hukum Rekam Medis harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan. Rekam Medis yang baik juga berisi data yang lengkap dan dapat diolah menjadi informasi sehingga memungkinkan dilakukan evaluasi objektif terhadap kinerja pelayanan kesehatan dan dapat menjadi basis pendidikan, penelitian dan pengembangan. Dokumen Rekam Medis dikatakan lengkap apabila memenuhi indikator kelengkapan pengisian, keakuratan, tepat waktu, sehingga dapat dipercaya dan lengkap, maka perlu dilakukan tinjauan kelengkapannya. Dokumen Rekam Medis yang memenuhi indikator tersebut diharapkan menjadi informasi yang bermanfaat bagi manajemen rumah sakit, untuk mendukung fungsi perencanaan dan evaluasi, penelitian dan dukungan dalam aspek hukum, sehingga dokumen Rekam Medis perlu dikelola dengan baik, agar output yang dihasilkannya memenuhi kaidah kualitas suatu informasi. Berdasarkan rekapitulasi kelengkapan dokumen Rekam Medis rawat inap dari Data Ekspedisi Tahun 2014 di RSUD Kota Semarang, terdapat ketidaklengkapan dokumen Rekam Medis pada komponen autentikasi penulis (nama dan tanda tangan dokter) pada lembar Ringkasan Masuk & Keluar (RM.1), Anamnesa (RM. 2) dan Resume Medis (RM.3), yaitu bulan Januari, dari 1.457 dokumen, terdapat 404 dokumen tidak lengkap (27,72%), bulan Pebruari dari 1.653 dokumen, terdapat 226 dokumen tidak lengkap (13,67%) dan bulan Maret, dari 1.842 dokumen, terdapat 326

dokumen tidak lengkap (17,69%). Kualitas Rekam Medis di rumah sakit mempunyai peranan yang sangat penting dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan, oleh karena itu dalam penelitian ini akan dilakukan kajian kelengkapan dokumen Rekam Medis rawat inap di RSUD Kota Semarang, dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

## 2. Metode

Jenis penelitian ini adalah deskriptif, yaitu untuk mengetahui kelengkapan dokumen Rekam Medis di rawat inap dengan menggunakan kriteria analisis kuantitatif dan analisis kualitatif dokumen. Rancangan penelitian dengan pendekatan retrospektif analisis, yaitu analisis kelengkapan dokumen Rekam Medis yang digunakan pada saat pasien sudah pulang atau dokumen setelah kembali ke bagian assembling Variabel dalam penelitian ini adalah kegiatan dalam analisis kuantitatif yang meliputi 4 (empat) review yaitu Review identifikasi, Review pelaporan penting, Review autentikasi dan Review pendokumentasian, sedangkan dalam analisis kualitatif, meliputi 5 (lima) review, yaitu Review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, Review kekonsistenan pencatatan, Review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan, Review adanya informed consent yang seharusnya ada, Review cara / praktek pencatatan. Sedangkan untuk Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi, tidak dilakukan karena terbatasnya waktu dan tenaga peRekam Medis yang ada. Untuk analisis kuantitatif, teknik pengambilan sampel dilakukan secara *Simple Random Sampling*, yaitu berkas Rekam Medis rawat inap yang akan diteliti adalah berkas Rekam Medis pasien rawat inap yang baru pulang perawatan di bangsal. di RS Kota "A" memiliki 15 bangsal perawatan,

sehingga tiap bangsal akan diteliti 23 dokumen Rekam Medis. Sedangkan untuk analisis kualitatif, pengambilan sampel dilakukan secara acak (random sampling) masing-masing ruang rawat inap diteliti sebanyak 3-5 dokumen.

### 3. Hasil dan Pembahasan

Hasil Analisis Kuantitatif di Ruang Perawatan Rawat Inap RS Kota "A" review tentang Identifikasi Pasien menunjukkan bahwa hasil analisis kuantitatif pada dokumen rawat inap tentang identifikasi pasien, semua dokumen dinyatakan lengkap 100 %. Berdasarkan pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa untuk indentitas pasien dalam dokumen Rekam Medis rawat inap di RS Kota "A" telah sesuai dengan ketentuan. Review Tentang Kelengkapan Laporan/ Formulir penting dengan katagori "Lengkap" menunjukkan bahwa proporsi kelengkapan tertinggi pada formulir Ringkasan masuk keluar (RM1) di ruang perawatan HND sebesar 68,42%, formulir Ringkasan kesehatan (RM2) sebesar 75% di ruang perawatan Gynekologi, formulir Ringkasan keluar/Resume (RM3) sebesar 95,83% di ruang perawatan Parikesit, Grafik (RM4) sebesar 95,83% di ruang perawatan IRNA Kls 3.2, formulir Perjalanan penyakit (RM5) sebesar 100% di ruang perawatan ICU, formulir Catatan Perawat/Bidan (RM7) 56% sebesar di ruang perawatan IRNA Kls 3.1, Hasil pemeriksaan lab/rontgen (RM8) sebesar 96% di ruang perawatan Arimbi, Cara pemberian obat (RM9) sebesar 100 % dan formulir Asuhan keperawatan (RM22) sebesar 100% di ruang perawatan Gynekologi, Resume keperawatan pasien keluar (RM23) sebesar 76,92 di ruang perawatan Brotojoyo, surat perawatan sebesar 100% terdapat di ruang perawatan Bima, Gynekologi, IRNA Kls 3.1 dan Klas 3.2, Prabu Kresna, Srikandi dan Yudistira, formulir Pernyataan

pembayaran sebesar 100% hampir diseluruh ruang Rawat Inap yang diteliti, kecuali Yudistira. Untuk formulir Laporan Operasi (RM10) dan Informed Consent, proporsi kelengkapan tertinggi sebesar 100% di ruang perawatan ICU dan Yudistira. Proporsi ketidaklengkapan tertinggi dengan katagori "Tidak lengkap" pada formulir Ringkasan masuk keluar (RM1) sebesar 100% di ruang perawatan Gynekologi, formulir Ringkasan Kesehatan (RM2) sebesar 100% di ruang perawatan Brotojoyo, formulir Ringkasan keluar/Resume (RM3) sebesar 70,83% di ruang perawatan Prabu Krisna, Grafik (RM4) sebesar 91,67% di ruang perawatan Parikesit, formulir Perjalanan penyakit (RM5) sebesar 76,47% di ruang perawatan Srikandi, formulir Catatan perawat/Bidan (RM7) sebesar 33,33% di ruang perawatan IRNA Kls 3.2. Untuk laporan operasi (RM10) proporsi ketidaklengkapan sebesar 66,67% di ruang perawatan Bima dan Brotojoyo, sedangkan Informed Consent sebesar 100% di ruang perawatan Bima. Review tentang Autentikasi Penulis, proporsi tertinggi dokumen Rekam Medis yang diberi nama dokter sebesar 100% di ruang perawatan HND, tanda tangan dokter sebesar 100% di ruang perawatan HND, ICU dan Parikesit, Jam pengisian oleh dokter sebesar 71,43% di ruang perawatan ICU, Nama perawat sebesar 76,92% di ruang perawatan Brotojoyo, tanda tangan perawat sebesar 100% di ruang perawatan Brotojoyo dan IRNA Kls 3.2, Jam pengisian oleh perawat sebesar 100% di ruang perawatan Banowati, Brotojoyo dan IRNA Kls 3.1. Proporsi tertinggi dokumen Rekam Medis tidak terdapat Nama dokter sebesar 60% di ruang perawatan Dewi Kunthi, tanda tangan dokter sebesar 52% di ruang perawatan Dewi Kunthi, Jam pengisian dokter sebesar 92,31% di ruang perawatan Brotojoyo, Nama perawat

sebesar 89,47% di ruang perawatan Banowati, tanda tangan perawat sebesar 95% di ruang perawatan Gynekologi, Jam pengisian oleh perawat sebesar 95% di ruang perawatan Gynekologi. Review tentang catatan yang baik, proporsi tertinggi terdapat Coretan dalam dokumen Rekam Medis sebesar 41,67% di ruang perawatan IRNA Kls3.2, ada tipp-ex sebesar 76,92% di ruang perawatan Brotojoyo, dan seluruh dokumen di rawat inap terdapat bagian yang kosong sebesar 100%.

Hasil analisis kualitatif ruang rawat inap RS Kota "A", review untuk pernyataan diagnostik yang lengkap dan konsisten sesuai (79,5 %). Hal ini berarti dokter telah memberikan diagnosis akhir (utama) konsisten dimulai dari admisi serta didukung dengan hasil pemeriksaan penunjang. review untuk konsistensi pencatatan pada catatan kemajuan, perintah dokter dan Informasi masuk keluar persentase terbesar adalah sama. Review deskripsi dan pembenaran arah pengobatan antara diagnosis utama (review untuk pernyataan diagnostik yang lengkap dan konsisten) dengan variabel penunjang (review deskripsi dan pembenaran pengobatan) memiliki hubungan yang kuat. Semakin lengkap review untuk deskripsi dan pembenaran arah pengobatan maka semakin tepat / sesuai review untuk pernyataan diagnostik yang lengkap dan konsistennya. Review untuk praktik-praktik kedokteran telah sesuai 100%.

#### 4. Simpulan dan Saran

Dari hasil analisis kuantitatif, masih ditemukan ketidaklengkapan dokumen Rekam Medis di ruang rawat inap RSUD Kota Semarang. Ketidaklengkapan disebabkan karena tidak lengkapnya pengisian data di dalam dokumen, dan tidak tersedianya formulir sesuai ketentuan. Penulisan di

formulir Rekam Medis oleh dokter dan perawat masih dijumpai tidak dilengkapi tanda tangan dan nama jelas dan jam pengisian. Sedangkan dalam analisis kualitatif, dokter dalam menuliskan diagnosis utama didukung oleh hasil pemeriksaan penunjang.

#### 5. Ucapan Terimakasih

Ucapan terima kasih kepada Direktur Poltekkes Semarang yang telah memberikan bantuan dana penelitian, Ketua Jurusan RMIK yang telah memberikan bantuan moril, dan Direktur RS Kota "A" yang telah memberikan ijin penelitian di Instalasi Rekam Medis. Serta semua pihak yang telah membantu pelaksanaan penelitian.

#### 6. Daftar Pustaka

- Azrul Azwar. 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Binarupa Aksara. Depkes, RI.1997. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Revisi I. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Jakarta.
- Depkes, RI. 1991. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis / Medical Record Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Jakarta.
- Djoko Wijono. 1999. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Airlangga University Press.Surabaya.
- Ery Rustiyanto. 2010. Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan. Graha Ilmu.
- Gemala R. Hatta. 2011. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan. UI Press, Jakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor

- 269/MENKES/PER/III/2008  
Tentang Rekam Medis  
Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor  
290/MENKES/PER/III/2008  
tentang Persetujuan Tindakan  
Kedokteran.
- Shofari, B. 2002. PSRK 01. Pengelolaan  
Rekam Medis dan  
Dokumentasi Rekam Medis.  
Semarang. FORMIKI.
- Sugiyono. 2009. Metode Penelitian  
Kuantitatif, Kualitatif, dan R &  
D. Bandung: Alfabeta  
Undang Undang Praktik  
Kedokteran Nomor 29 tahun  
2004.