

Analisis Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pada Kasus Rawat Inap di RSUD Patut Patuh Patju Gerung

Ahmad Maliki^{1)*}, Saimi²⁾, Heru Purnama²⁾
Email: malikibin212@hotmail.com

¹⁾ Mahasiswa Prodi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan UNIQHBA

²⁾ Prodi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan UNIQHBA

ABSTRAK

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Patut Patuh Patju Gerung tahun 2017. Sampel penelitian ini adalah sebagian dari unsur populasi yaitu sebanyak 86 berkas dan disajikan dalam bentuk check list. Hasil penelitian menunjukkan adanya ketidaklengkapan dalam pengisian data identitas yaitu 84,83% lengkap dan 15,17% tidak lengkap, Rata-rata ketidaklengkapan pengisian data klinis yaitu 55,36% lengkap dan 22,0% tidak lengkap. Rata-rata ketidaklengkapan hasil penunjang yaitu 32,13% lengkap dan 8,5% tidak lengkap. Untuk itu sosialisasi tentang pengisian formulir dan kedisiplinan petugas dalam mengisi formulir rawat inap harus lebih di tingkatkan kembali.

Kata kunci: Ketidaklengkapan, data klinik, data identitas, formulir penunjang

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the uncomplete medical records documents in Patut Patuh Patju Hospital in 2017. The sample has 86 files and presented in the check list form. The result of the study shows the existence of the uncomplete documents in the data identities 84,83% complete and 15,17% uncomplete. The mean of the uncomplete clinical record is 22% while the complete record is 55,36%. Meanwhile, the uncomplete records of support file form is 8,5% and 32,13% is complete. This study concludes that the hospital needs to improve its medical records staff competence to produce decent documents.

Keywords: Uncomplete, clinical record, identities record, support file

A. LATAR BELAKANG

Manajemen pelayanan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan adalah kegiatan menjaga, memelihara dan melayani rekam medis baik secara manual maupun elektronik sampai menyajikan informasi kesehatan di Rumah Sakit, Praktik dokter Klinik, asuransi kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan lainnya yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan menjaga rekaman[1]. Rekam medis adalah dokumen penting tiap – tiap rumah sakit maupun layanan kesehatan lainnya yang berisikan catatan mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan

lain[2].

Rekam Medis memiliki arti luas, tidak hanya pada kegiatan pencatatan tetapi juga memiliki pengertian sebagai suatu sistem penyelenggaraan instalasi. Kegiatan pencatatan adalah suatu bentuk aktivitas yang tercantum dalam uraian tugas unit - unit Rekam Medis[3]. Dokumen rekam medis dikatakan lengkap apabila memenuhi indikator dalam kelengkapan pengisian, keakuratan, tepat waktu, sehingga dapat di percaya dan lengkap maka perlu dilakukan tinjauan kelengkapannya. Apabila dokumen rekam medis belum lengkap setelah pasien selesai pelayanan

atau perawatan dengan batas waktu pelengkapan dokumen rekam medis 48 jam dapat di kategorikan sebagai IMR (Incomplete Medical Record) sedangkan dokumen rekam medis yang belum lengkap setelah melebihi masa pelengkapan dari masing-masing unit pelayanan dengan batas lebih dari 14 hari maka dokumen rekam medis dikategorikan DMR (Delinquent Medical Record)[4]. Berdasarkan studi pendahuluan awal di di RSUD Patuh Patuh Gerung, diperoleh hasil bahwa adanya dokumen yang tidak lengkap sehingga dikategorikan DMR. Bangsal perawatan yang diteliti berjumlah 60 bangsal, dimana dari 60 bangsal tersebut terdapat DRM yang kurang lengkap dalam pengisian diagnosa ahir sebanyak 9 berkas yakni 15%, tidak lengkapnya hasil penunjang sebanyak 11 berkas yakni 18,4%, tidak lengkapnya data administratif sebanyak 25 berkas yakni 41,6%, dan tidak adanya tanda tangan dokter sebanyak 15 berkas yakni 25%. Berdasarkan hasil dari studi pendahuluan awal tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisa kasus

ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada kasus rawat inap di RSUD Patuh Patuh Gerung.

B. METODE PENELITIAN

Berdasarkan uraian di atas, maka desain penelitian yang sesuai untuk penelitian ini adalah metode studi kasus. Alasan penetapan metode ini dikarenakan adanya isu yang kompleks mengenai adanya penyimpangan dari kewajaran. Kasus penyimpangan yang dimaksud adalah adanya ketidaklengkapan dokumen yang diteliti. Penelitian ini berlokasi di ruang Rekam Medis bagian *Assembling* RSUD Patuh Patuh Gerung. Sementara itu, waktu penelitian dilaksanakan pada Agustus 2017. Populasi dalam penelitian berupa berkas Rekam Medis pasien rawat inap selama 1 bulan yang berjumlah 600 berkas di unit rekam medis RSUD Patuh Patuh Gerung. Sementara itu, untuk menentukan ukuran sampel dari suatu populasi dapat di gunakan rumus Sovin[5]. Berdasarkan rumus tersebut, ditemukan jumlah sampel sebesar 86 berkas rekam medis DMR.

1. Definisi Operasional

Tabel 1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Indikator	Hasil
1	Formulir Persetujuan Umum	Formulir persetujuan umum adalah merupakan lembar berkas rekam medis yang isinya merupakan persetujuan bahwa pasien setuju untuk mendapatkan pelayanan rawat inap	Telaah pada formulir persetujuan umum, resume medis dan formulir hasil penunjang yang ada pada berkas rekam medis	Lembar <i>checklist</i>	Lengkap / Tidak lengkap	Lengkap apabila formulir terisi lengkap dan penuh / Tidak lengkap apabila formulir tidak terisi lengkap
2	Formulir Resume Medis	Resume medis adalah ringkasan pelayanan selama perawatan hingga pasien keluar dari rumah sakit	berdasarkan prosedur tetap pengisian dan pengembalian dokumen rekam medis			Baik dari data social maupun data klinis
3	Formulir Hasil Penunjang	Hasil penunjang adalah data mengenai pasien untuk membantu dokter dalam pemeriksaan fisik meliputi seluruh organ tubuh pasien				

2. Pengumpulan Data

a. Wawancara

Pada penelitian ini dilakukan wawancara langsung kepada petugas administrasi berkas rekam medis rawat inap dan petugas assembling yang akan melakukan analisa kelengkapan dokumen rekam medis.

b. Observasi/pengamatan.

Pengamatan pada penelitian ini adalah pengamatan terhadap kelengkapan berkas rekam medis dengan menggunakan instrument ceklist.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Identifikasi Ketidaklengkapan pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap

a. Ketidaklengkapan pengisian data

Tabel 2. Kelengkapan data administratif pada fomulir persetujuan umum.

No	Data Sosial	Lengkap	% Lengkap	Tidak Lengkap	% Tidak Lengkap	Tidak Berlaku	% Tidak Berlaku
1	Nama	72	83,7%	14	16,2%	0	0
2	Alamat	74	86%	12	13,9%	0	0
3	Jenis Kelamin	74	86%	12	13,9%	0	0
4	Umur	73	84,4%	13	15,1%	0	0
5	Penanggung Jawab	65	75,5%	21	24,4%	0	0
6	Tanda Tangan	80	93%	0	0	0	0

b. Ketidaklengkapan pengisian data klinis pada formulir resume medis pasien rawat inap

Berdasarkan hasil pengolahan ceklist didapatkan tingkat kelengkapan data klinis pada formullir resume medis pasien rawat inap dapat dilihat pada tabel

Tabel 3. Kelengkapan pengisian Data Klinis Pada Resume Medis

No	Data Klinis	Lengkap	% Lengkap	Tidak Lengkap	% Tidak Lengkap	Tidak Berlaku	% Tidak Berlaku
1	Anamnesa	67	77,9%	19	22%	0	0
2	Tindakan Medis	27	31,3%	6	6,9%	53	61,6%
3	Diagnosa	49	56,9%	32	37%	0	0

c. Ketidaklengkapan pengisian rekam medis berdasarkan formulir data hasil penunjang

Berdasarkan hasil pengolahan ceklist

administratif pasien pada formulir persetujuan umum.

Berdasarkan hasil pengolahan ceklist didapatkan tingkat kelengkapan data administratif pada formullir persetujuan umum pasien rawat inap dapat dilihat pada tabel dibawah ini. Pengisian item nama pasien yang lengkap 83,7% dan yang tidak lengkap 16,2%, item alamat yang lengkap 86,0% dan yang tidak lengkap 13,9%, item jenis kelamin yang lengkap 86,0% dan yang tidak lengkap 13,9%, item umur yang lengkap 84,8% dan yang tidak lengkap 15,1%, item penanggung jawab yang lengkap 75,5% dan yang tidak lengkap 24,4%, item tanda tangan yang lengkap 93,0% dan yang tidak lengkap 6,9%

dibawah ini. Pengisian item Anamnesa yang lengkap 77,9% dan yang tidak lengkap 22,0%, item tindakan pembedahan yang lengkap 31,3% yang tidak lengkap 6,9%, dan tidak berlaku 61,6%, item diagnose yang lengkap 56,9% dan yang tidak lengkap 37,2%.

didapatkan tingkat kelengkapan data hasil penunjang medis pada formullir penunjang pasien rawat inap dapat dilihat pada tabel dibawah ini. Item

laboratorium yang lengkap 47,6%, yang tidak lengkap 25,5%, dan tidak berlaku 26,7%, item radiologi yang lengkap 46,5% yang tidak lengkap 12,7%, dan

yang tidak berlaku 40,6%, item konsultasi gizi yang lengkap 2,3%, dan tidak berlaku 97,6%.

Tabel 4. Kelengkapan data klinis pada formulir hasil penunjang

No	Penunjang	Lengkap	% Lengkap	Tidak Lengkap	% Tidak Lengkap	Tidak Berlaku	% Tidak Berlaku
1	Laboratorium	41	47,6%	22	25,5%	23	26,7%
2	Radiologi	40	46,5%	11	12,7%	35	40,6%
3	Konsultasi Gizi	2	2,3%	0	0	84	97,6%

2. Pembahasan

a. Identifikasi Kelengkapan Pengisian Data Administratif Pasien Rawat Inap Pada Formulir Persetujuan Umum.

Persentase pengisian data identitas pasien pada item nama terisi lengkap sebanyak 83,7% dan pengisian tidak terisi sebanyak 16,2%. Tingginya Persentase pengisian tidak terisi tersebut dikarenakan karena kurang telitinya petugas rekam medis dalam mengidentifikasi data identitas pasien, dan menganggap tulisan nama yang ada pada sampul berkas rekam medis sudah bisa mewakili kelengkapan pengisian formulir-formulir rekam medis. Sistem penamaan dalam pelayanan medis yaitu tata cara penulisan nama pasien yang bertujuan untuk membedakan satu pasien dengan pasien yang lain dan untuk memudahkan dalam pengindeksan kartu indeks utama pasien (KIUP). Oleh karena itu jika nama pasien tidak terisi maka proses pengidentifikasian akan sulit dilakukan dan proses pencarian dokumen rekam medis akan menjadi sulit apabila sewaktu-waktu terjadinya loose shit atau formulir rekam medis keluar dari map induknya.

Persentase pengisian data identitas pada item jenis kelamin yaitu pengisian terisi sebesar 86,0% dan pengisian tidak terisi sebanyak 13,9%. Jenis kelamin adalah suatu sifat atau keadaan yang menyatakan pria atau wanita. jenis

kelamin merupakan salah satu yang dapat menyebabkan perbedaan kejadian pada pria dan wanita. Dalam hal perbedaan kejadian penyakit, penulisan jenis kelamin harus juga diperhatikan karna akan berpengaruh pada kelancaran proses input data untuk rekam medis yang sudah menggunakan system komputerisasi. Persentase pengisian data identitas pada item umur yaitu pengisian terisi sebesar 84,8%, dan pengisian tidak terisi sebesar 15,1%. Umur merupakan salah satu item yang dapat mempermudah petugas dalam proses pengidentifikasian pasien. penulisan umur secara detail pada formulir rekam medis akan sangat berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan pasien, terutama didalam bidang kefarmasian, dikarenakan umur dapat menentukan dosis obat yang harus diberikan kepada pasien. dalam studi epidemiologi, umur sebagai salah satu sifat karakteristik tentang orang yang merupakan variable yang cukup penting karena cukup banyak penyakit ditemukan dengan berbagai variasi frekuensi yang disebabkan oleh umur.

Persentase pengisian data identitas pada item alamat yaitu pengisian terisi sebesar 86,0%, dan pengisian tidak terisi sebesar 13,9%. Tingginya angka ketidaklengkapan pengisian alamat ini juga di sebabkan karna petugas medis maupun non medis masih menganggap penulisan alamat pada sampul berkas

rekam medis sudah bisa mewakili formulir-formulir yang ada pada berkas rekam medis. Penulisan alamat secara lengkap akan sangat berpengaruh terhadap proses input data dan pencarian data pasien apabila rekam medis tersebut sudah menggunakan system komputerisasi. Persentase pengisian data identitas pada item penanggung jawab pasien yaitu pengisian terisi sebesar 75,5%, dan pengisian tidak terisi sebesar 24,4%. Selain data pasien diperlukan juga data identitas penanggung jawab pasien pada beberapa formulir rekam medis seperti persetujuan rawat inap dan persetujuan tindakan medis. Karena persetujuan dari pihak pasien harus diisi secara lengkap dan benar sesuai dengan aturan tetap yang sudah dibuat secara konsisten.

Persentase pengisian data identitas pada item tanda tangan yaitu pengisian sebesar 93,0%, dan pengisian tidak terisi sebesar 6,9%. Tanda tangan berarti "tanda" atau Paraf merupakan tulisan tangan atau goresan tinta dari tangan, kadang-kadang diberi gaya tulisan tertentu dari nama seseorang atau tanda identifikasi lainnya yang ditulis pada dokumen sebagai suatu sebuah bukti dari identitas dan kemauan. Adanya angka ketidaklengkapan pengisian tanda tangan disebabkan karna adanya petugas medis dan non medis yang belum mengetahui desain formulir secara lengkap, sehingga pada saat pengisian banyak kolom tanda tangan yang tidak terisi. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka jumlah item identitas yang lengkap adalah 84,83%, dan tidak lengkap 15,17%, ketidaktelitian petugas rekam medis dalam mengisi dan mengecek ulang, merupakan salah satu penyebab terjadinya ketidaklengkapan berkas rekam medis pasien rawat inap. Pengisian item identifikasi pada formulir persetujuan umum termasuk data administratif sebagai informasi

demografi haruslah diisi secara lengkap karna jika tidak diisi berakibat tidak dapat menginformasikan identitas pasien sebagai basis data statistik, penelitian dan sumber perencanaan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan[6].

Pendapat tersebut juga dikuatkan dengan Permenkes RI[2], bahwa setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Menurut Joint Commission International (JCI) Standar akreditasi rumah sakit, untuk memperbaiki proses identifikasi, dikembangkanlah bersama suatu kebijakan atau prosedur. Kebijakan atau prosedur itu setidaknya memerlukan pengidentifikasian pasien, seperti nama pasien, nomor identifikasi pasien dan tanggal lahir pasien atau umur pasien atau item yang lain. Tujuan dari kebijakan tersebut adalah untuk mengidentifikasi pasien dengan benar sebagai orang yang akan diberi layanan atau pengobatan tertentu dan untuk mencocokkan layanan atau perawatan dengan individu tersebut.

b. Identifikasi Ketidaklengkapan Pengisian Data Klinis, Dan Tindakan Pada Formulir Resume Medis Pasien Rawat Inap.

Persentase pengisian data klinis pada item anamnesis yaitu pengisian sebesar 77,9%, dan pengisian tidak terisi sebesar 22,0% diagnosis masuk memberikan gambaran tentang bagaimana pengobatan yang seharusnya dilakukan oleh seorang dokter. Dengan adanya diagnosis masuk akan memberikan dokter kemudahan dalam memberikan diagnosis saat ini dan pengobatan yang semestinya diberikan kepada pasien. Menurut Hatta[6], keluhan utama/anamnesis merupakan sifat dan lamanya gejala yang menyebabkan pasien mencari bantuan medis sesuai dengan apa yang dikatakan

pasien. Oleh karena itu, keluhan utama berfungsi untuk mempertegas alasan diperlukannya pengobatan medis selanjutnya oleh petugas kesehatan.

Persentase pengisian data klinis pada item tindakan pembedahan yaitu pengisian sebesar 31,3%, pengisian tidak terisi sebesar 6,9%, dan tidak berlaku 61,6%. adanya angka ketidaklengkapan pada formulir tindakan pembedahan disebabkan oleh kurang telitnya petugas medis khususnya di ruang operasi dalam melengkapi formulir persetujuan tindakan pembedahan, laporan operasi, dan anastesi sebelum dilakukan tindakan karena setiap tindakan medis yang mengandung resiko cukup besar mengharuskan adanya persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh pasien, setelah sebelumnya pasien itu memperoleh informasi yang cukup kuat tentang perlunya tindakan medis yang bersangkutan serta resiko yang bersangkutan dengannya[7].

Persentase pengisian data klinis pada item diagnosis yaitu pengisian sebesar 56,9%, pengisian tidak terisi sebanyak 37,2%. Angka ketidaklengkapan disebabkan oleh banyak dari berkas rekam medis tidak diisi oleh dokter yang menjadi DPJP, dan diisi oleh dokter pengganti. diagnosis adalah hasil dari evaluasi dan itu mencerminkan temuan. jika item diagnosis tidak terisi maka pelayanan seperti penentuan kode penyakit akan menjadi terhambat, dan tentunya akan berpengaruh terhadap proses klaim asuransi kesehatan seperti halnya program BPJS yang menggunakan indikator kode diagnosis dalam menghitung tanggungan biaya pasien. selain itu apabila diagnosis tidak terisi lengkap akan mengakibatkan penyakit yang diderita pasien tidak dapat diidentifikasi dengan tepat serta dapat menimbulkan kerugian baik bagi pasien maupun bagi rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian yang

dilakukan, maka jumlah item data klinis yang lengkap adalah 55,36%, tidak lengkap 22,0%, tidak berlaku 22,64%. faktor pengetahuan dan kurangnya sosialisasi adalah salah satu faktor utama yang menjadi penyebab adanya beberapa formulir data klinis menjadi tidak lengkap. Data klinis merupakan segala data tentang riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, pengobatan serta hasilnya, laporan dokter, perawat, hasil penunjang dsb. Data-data ini merupakan data yang bersifat rahasia (confidential) sehingga tidak dapat dibuka kepada pihak ketiga tanpa izin dari pasien yang bersangkutan kecuali jika ada alasan lain berdasarkan peraturan atau perundang-undangan yang memaksa dibukanya informasi tersebut. Hal tersebut juga di kuatkan dengan Permenkes 296 tahun 2008 setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien pengisiannya selambat-lambatnya 1x24 jam[2].

c. Identifikasi Ketidaklengkapan Pengisian Data Pada Formulir Hasil Penunjang Medis Pasien Rawat Inap

Persentase pengisian data hasil penunjang pada item laboratorium yaitu pengisian sebesar 47,6%, pengisian tidak terisi sebesar 25,5%, dan tidak berlaku sebesar 26,7%. Tingginya angka ketidaklengkapan pengisian hasil laboratorium disebabkan karena hasil penunjang tidak di satukan langsung dengan induk dokumen rekam medis sehingga pada waktu analisis kelengkapan berkas rekam medis oleh petugas distribusi tidak bisa terlaksanakan. Dengan lengkapnya pengisian hasil penunjang laboratorium, juga akan berpengaruh terhadap proses pengklaiman pasien asuransi, karena bias sebagai penunjang penagakan suatu diagnosis tertentu.

Persentase pengisian data hasil penunjang pada item radiologi yaitu pengisian sebesar 46,5%, pengisian tidak

terisi sebesar 12,7%, dan tidak berlaku sebesar 40,6%. Dengan adanya angka ketidaklengkapan pengisian lembar hasil radiologi dapat berpengaruh terhadap pelayanan rekam medis dalam hal penegakan diagnosis secara tepat. Dengan lengkapnya pengisian lembar radiologi juga dapat menjadi penunjang dalam kelancaran penggunaan rekam medis dalam aspek pendidikan, karena rekam medis dapat memuat kronologis penyakit yang diderita pasien dari awal perawatan hingga selesai.

Persentase pengisian data hasil penunjang pada item konsultasi gizi yaitu pengisian sebesar 2,3%, pengisian tidak terisi sebesar 0%, dan tidak berlaku sebesar 97,6%. Dalam hal ini pelengkapan pengisian hasil pemeriksaan penunjang sudah baik, pentingnya pelengkapan pengisian lembar konsultasi gizi juga harus di pertahankan karena. Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit[6]. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka jumlah data hasil penunjang yang lengkap adalah 32,13%, tidak lengkap 8,5%. dan tidak berlaku 59,37% Ketidaklengkapan pengisian hal ini tentu saja tidak sesuai dengan aturan yang ada yakni. Rumah sakit dalam menganalisis rekam medis dilakukan dengan cara meneliti rekam medis yang dihasilkan oleh staf medis dan paramedic serta hasil, hasil pemeriksaan dari unit-unit penunjang sehingga kebenaran penempatan diagnose dan kelengkapan rekam medsi dapat dipertanggungjawabkan[7]. Aturan tersebut juga diperkuat dengan Permenkes RI yaitu pembuatan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan

kepada pasien[2].

D. KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Patut Patuh Patju, masih terdapat ketidaklengkapan data administratif pada formulir persetujuan rawat inap 15,17%, data klinis pada formulir resume medis sebesar 22,0% dan data hasil penunjang sebesar 8,5%. Secara keseluruhan kelengkapan berkas rekam medis pasien rawat inap di RSUD Patut Patuh Patju belum bisa mencapai 100%.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Permenkes RI No.55/MENKES/PER/2013. *Tentang penyelenggaraan pekerjaan Perekam Medis.*
- [2] Permenkes RI No.269/MENKES/PER/III/2008. *Tentang rekam medis.*
- [3] Dirjen Yanmed Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia.* Jakarta: DepKes.2006.
- [4] Shofari,B. 2002. *PSRK 01 pengelolaan Rekam Medis dan dokumentasi Rekam Medis:* PORMIKI.
- [5] Husen Umar. 1999. *Riset Pemasaran dan Perilaku Konsumen, Cetakan Ketiga,* Jakarta:PT.Gramedia Pustaka Utama.
- [6] Hatta, Gemala. 2010. *Pedoman manajemen informasi kesehatan disarana pelayanan kesehatan,* hal 201, Jakarta:universitas Indonesia.
- [7] Dirjen Yanmed Departemen Kesehatan RI. 1997. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia.* Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.