

SKRIPSI

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETIDAKLENGKAPAN PENGISIAN BERKAS REKAM
MEDIK RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2022**

**AMALIA PUJI LESTARI
K011181313**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KETIDAKLENGKAPAN
PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIK RUMAH SAKIT UNIVERSITAS
HASANUDDIN TAHUN 2022**

Disusun dan diajukan oleh

AMALIA PUJI LESTARI
K011181313

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelasaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 7 Juni 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM

Nip. 19730104 200012 2 001

Pembimbing Pendamping



Nurmala Sari SKM., M.Kes., MA

Nip. 19910318 202101 6 001

Ketua Program Studi,



Dr. Hasnawati Amgam, SKM, M.Sc

Nip. 19760418 200501 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu Tanggal 7 Juni 2023.

Ketua : **Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM** (.....)

Sekretaris : **Nurmala Sari SKM.,M.Kes.,MA** (.....)

Anggota :

1. **Nur Arifah, SKM.,MA** (.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Amalia Puji Lestari
NIM : K011181313
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
No. Hp : 082116195573
E-mail : amaliapuji29@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi “Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medik Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2022” benar bebas dari plagiat dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 29 Mei 2022

Yang membuat pernyataan



Amalia Puji Lestari

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Manajemen Rumah Sakit

Amalia Puji Lestari

“Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medik Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2022”

(xiv + 163 Halaman + 8 Tabel + 1 Gambar + 11 Lampiran)

Mutu pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat penting untuk selalu ditingkatkan oleh sebuah rumah sakit. Ketidaklengkapan rekam medis merupakan masalah signifikan yang mempengaruhi kualitas layanan perawatan kesehatan di banyak rumah sakit. Penelitian ini untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan metode deskriptif. Untuk mendapatkan informasi, maka dipilih informan yang merupakan mereka yang dianggap mengetahui serta terlibat langsung dalam pelaksanaan pengisian rekam medik. Sehingga pemilihan informan ini dilakukan dengan menggunakan metode random sampling sehingga terdapat 7 informan. Analisis data kualitatif terdapat tiga tahap, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat dua faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medis yaitu faktor *man* dan faktor *method*. Pada faktor *man* disebabkan oleh kepatuhan dan tanggung jawab petugas dalam melakukan pengisian berkas rekam medis terutama oleh Dokter yang masih kurang, pada faktor *method* yaitu SOP tidak berjalan maksimal dan tidak tercapainya implementasi dari kebijakan tersebut, sedangkan faktor lain yang tidak menyebabkan ketidaklengkapan yaitu faktor *material* karena formulir rekam medis yang selalu tersedia dan tidak pernah tidak ada ketika sudah dibutuhkan. Sehingga diperlukan beberapa perbaikan bagi tenaga kerja dan pihak manajemen rumah sakit yaitu untuk meningkatkan kepatuhan dan tanggung jawab Dokter dalam pengisian berkas rekam medis.

Kata Kunci : Ketidaklengkapan, Rekam Medik, Rumah Sakit

Daftar Pustaka : 132 (1926-2022)

SUMMARY

*Hasanuddin University
Public Health Faculty
Hospital Management*

Amalia Puji Lestari

“Affecting Factors for Incomplete Filling of Medical Record Documents in Hasanuddin University Hospital 2022”

(xiv + 163 Pages + 8 Tables + 1 Figures + 11 Attachments)

The quality of health services is very important for a hospital to always improve. Incomplete medical records are a significant problem affecting the quality of health care services in many hospitals. Purpose: To know the factors to influence incompleteness of filling out the medical record file at Hasanuddin University Hospital.

This study used a qualitative with descriptive methods. To get an information, informants were selected who were considered to know and were directly involved in the implementation of medical record filling. So that the selection of informants was carried out using the purposive sampling method so that there were 7 informants. Qualitative data analysis has three stages, namely data reduction, data presentation, and drawing conclusions.

The results showed that there were two factors that caused incomplete filling of medical records, namely the man factor and the method factor. The man factor is caused by the compliance and responsibility of officers in filling out medical record files, especially by doctors who are still lacking, the method factor is that the SOP is not running optimally and the implementation of the policy is not achieved, while other factors that do not cause incompleteness are material factors because medical record forms are always available and never absent when needed. So that some improvements are needed for the workforce and hospital management, namely to increase the compliance and responsibility of doctors in filling out medical record files.

Keyword : *Incomplete, Medical Record, Hospital*

Bibliography : 132 (1926-2022)

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kehadirat Allah *Shubahanahu Wa Ta'ala* atas berkat, rahmat, dan karunia-Nya, yang senantiasa memberikan kesehatan dan kemampuan berpikir kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul **“Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medik Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2022”** sebagai salah satu syarat untuk untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat dapat terselesaikan dengan baik. Salam serta sholawat semoga tetap tercurah kepada nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabatnya yang telah yang mengajarkan kepada seluruh umat manusia nilai-nilai intelektualitas dan membawa agama islam dengan segala rahmat-Nya.

Skripsi ini tidak luput dari peran-peran orang istimewa bagi penulis yang senantiasa memberikan doa, dukungan, motivasi, serta membantu secara langsung ataupun secara tidak langsung selama penulis menyelesaikan skripsi. Maka izinkan penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada Ibu **Dr. dr. A. Indahwaty Sidin, MHSM** dan Ibu **Nurmala Sari, S.KM., M.Kes, MA** selaku pembimbing I dan II yang senantiasa meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi masukan serta arahan selama proses penyusunan skripsi ini. Teruntuk kedua orang tua, **Ayahanda Bambang Haryono S.Sos** dan **Ibunda Evi Maryani S.Sos** penulis ucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya dan

penghargaan setinggi-tingginya yang memberikan dukungan, semangat, kasih sayang, doa, dan restu yang selalu mengiringi setiap langkah penulis sehingga bisa sampai ke titik ini, serta kepada kakek dan nenek yang telah membesarkan, mendidik, membimbing dan senantiasa memberikan semangat dan dukungan kepada penulis.

Selama proses pengerjaan skripsi ini, begitu banyak bantuan, dukungan, serta motivasi yang didapatkan oleh penulis. Dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM., M. Kes., M.Sc. PH., Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
2. Ibu Rini Anggraeni, SKM., M.Kes selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit
3. Ibu Jumriani Ansar selaku penasehat akademik selama tujuh semester perkuliahan.
4. Bapak Dr. Wahiduddin, S.KM, M.Kes. selaku Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan FKM Unhas, dosen penasehat akademik selama dua semester terakhir.
5. Ibu Nur Arifah, SKM., MA selaku penguji I dari Departemen Manajemen Rumah Sakit, dan Bapak Prof. Dr. Stang, M.Kes selaku penguji II dari Departemen Biostatistik yang telah memberikan saran dan kritik serta arahan untuk penyempurnaan skripsi ini.

6. Bapak dan Ibu Dosen MRS dan seluruh Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang telah diberikan selama di bangku kuliah.
7. Direktur Rumah Sakit Universitas Hasanuddin beserta staf yang telah memberikan izin melakukan penelitian.
8. Kepala Instalasi Rekam Medis Kak Findayani yang sangat membantu dalam mengambil data awal hingga penelitian.
9. Staf Departemen Manajemen Rumah Sakit (Kak Rany, Kak Fuad, Ibu Hadijah) yang sangat membantu dalam proses administrasi setiap pelaksanaan ujian penulis.
10. Teman-Teman Volunter Berintegrasi Tinggi Pengobar Jiwa Humanis (VENOM) 2018 yang telah menjadi keluarga saya selama ber KM FKM UNHAS.
11. Sahabat seperjuangan kampus merah “Lomangz” (Eky, Ayha, Sutra, Nura, dan Novi) sejak awal menjadi mahasiswa baru sampai sekarang ini yang selalu mau direpotkan selama masa perkuliahan serta setia menemani dan membantu dalam mengerjakan skripsi.
12. Teman-teman MRS 2018 dan *Hospital Management Student Forum* (HMSF) periode 2021-2022 yang telah mendukung dalam proses perkuliahan sejak masuk jurusan hingga saat ini.
13. Kepada *K-pop Grup* “BTS” (Kim Namjoon, Kim Seokjin, Min Yoongi, Jung Hoseok, Park Jimin, Kim Taehyung, Jeon Jungkook)

selamat 10 tahun *anniversary* terima kasih telah menemani penulis melalui lagu-lagunya selama proses skripsian.

14. Seluruh pihak yang tidak sempat penulis sebutkan namanya, namun telah membantu penulis dalam penyelesaian studi.

Penulis menyadari bahwa hasil penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis memohon maaf, serta dengan kerendahan hati menerima kritik dan saran yang membangun dari pembaca. Demikianlah, semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi siapa pun yang membacanya dan khususnya teruntuk penulis.

Wassalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, 15 Mei 2022

Penulis

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....	iii
RINGKASAN	v
SUMMARY	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	17
A. Latar Belakang	17
B. Rumusan Masalah	26
C. Tujuan Penelitian.....	26
D. Manfaat Penelitian.....	27
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	29
A. Tinjauan Umum Tentang Rekam Medis	29
B. Tinjauan Umum Tentang Kelengkapan Rekam Medis	58
C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit.....	61
D. Matriks Penelitian.....	65
E. Kerangka Teori Penelitian.....	72
BAB III KERANGKA KONSEP.....	73
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti	73
B. Definisi Konseptual	75
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	81
A. Jenis Penelitian	81
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	81
C. Informan Penelitian	81

D.	Pengumpulan Data	83
E.	Instrumen Penelitian	84
F.	Teknik Analisis Data	85
G.	Penguji Keabsahan	87
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....		89
A.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	89
B.	Karakteristik Informan	91
C.	Hasil Penelitian.....	92
D.	Pembahasan	106
BAB VI PENUTUP		129
A.	Kesimpulan.....	129
B.	Saran.....	130
DAFTAR PUSTAKA		132
LAMPIRAN.....		138

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Tahun 2021 (Januari-September)	21
Tabel 2. 1 Matriks Penelitian Terdahulu.....	65
Tabel 3. 1 Definisi Teori dan Konseptual Variabel Penelitian	75
Tabel 5. 1 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam.....	91
Tabel 5. 2 Inventaris Peralatan di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2022.....	98
Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Item Formulir Pengisian Rekam Medis Pasien Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Oktober-November 2022.....	104
Tabel 5. 4 Data Indikator Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Tahun 2022	105
Tabel 5. 5 Standar Prosedur Operasional Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.	116

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori.....	72
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Untuk Informan.....	139
Lampiran 2 Formulir Persetujuan Informan	140
Lampiran 3 Pedoman Wawancara	141
Lampiran 4 Lembar Checklist Triangulasi	149
Lampiran 5 Matriks Wawancara.....	150
Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Fakultas	159
Lampiran 7 Surat Izin Penelitian PTSP	160
Lampiran 8 Etik Penelitian.....	161
Lampiran 9 Dokumentasi Penelitian.....	162
Lampiran 10 Riwayat Hidup Peneliti.....	163

DAFTAR SINGKATAN

ATK	: Alat Tulis Kantor
ART	: Alat Rumah Tangga
RKAT	: Rencana Kerja Anggaran Tahunan
BLU	: Badan Layanan Umum
BPJS	: Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial
BRM	: Berkas Rekam Medis
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dirjen Yanmed	: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IMR	: Incomplete Medical Record
KARS	: Komisi Akreditasi Rumah Sakit
KTP	: Kartu Tanda Pengenal
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PMK	: Peraturan Menteri Kesehatan
RM	: Rekam Medis
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Menkes	: Menteri Kesehatan
MOU	: <i>Memorandum of Understanding</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPM	: Standar Pelayanan Minimum
UU	: Undang-Undang

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang memiliki peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Pada era globalisasi rumah sakit dituntut untuk dapat mewujudkan visi dan misi dalam mencapai tujuan organisasi dan diharapkan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas sehingga mampu memberikan kepuasan pasien. Salah satu cara dalam mewujudkan kepuasan pelanggan yakni dengan menjaga mutu pelayanan secara berkelanjutan yang dapat dipantau dan berlandaskan pada catatan rekam medis di rumah sakit, yakni dengan menjaga ketertiban, keakuratan, dan ketertiban administrasi rumah sakit (Rini et al., 2019).

Mutu layanan kesehatan merupakan hal yang sangat penting untuk selalu ditingkatkan oleh sebuah rumah sakit. Pelayanan yang bermutu bukan hanya tentang pelayanan medis tetapi juga pelayanan penunjang. Salah satu pelayanan penunjang yang penting diperhatikan adalah pelayanan rekam medis rumah sakit. Pelayanan rekam medis di rumah sakit dapat mendukung peningkatan mutu dan kesehatan yaitu melalui pendokumentasian secara cepat dan tepat sehingga informasi yang dihasilkan lebih efektif dan efisien.

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada

pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan, maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Kedokteran Konsil, 2006). Pengertian lain rekam medis berisi informasi tentang catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Depkes, 2006).

Rekam medis pada dasarnya merupakan informasi medis dari seorang pasien yang bersumber dan dicatat atau direkam oleh para tenaga kesehatan di rumah sakit. Informasi tersebut akan dijadikan dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan lainnya yang diberikan kepada pasien (Karma et al., 2019). Jadi rekam medis bukan hanya sebagai catatan atau keterangan tertulis, tetapi lebih bermakna sebagai dokumen medis karena dokumen tersebut mempunyai makna yang lebih luas dari sekedar catatan.

Proses kegiatan rekam medis dimulai pada saat diterimanya pasien di rumah sakit, dilanjutkan dengan kegiatan pendaftaran dimana petugas rekam medis mengisi data-data sosial pasien. Kemudian rekam medis itu segera didistribusikan ke ruang rawat inap, sehingga berkas rekam medis menjadi tanggung jawab dokter dan perawat untuk melengkapi berkas sesuai dengan formulir yang telah disediakan. Pada tahap selanjutnya dilakukan penataan rekam medis dimana tahap-tahap tersebut adalah *assembling*, *coding*, dan *indexing*, serta melakukan analisa kuantitatif dan kualitatif terhadap berkas rekam medis. Setelah berkas rekam medis melalui tahap-tahap tersebut baru dilakukan *filing* (DKR, 2006).

Melalui rekam medis dapat pula dihasilkan berbagai indikator yang dapat dipakai untuk menilai mutu dan efisiensi pelayanan. Staf medik dan tenaga kesehatan dituntut untuk mengisi rekam medis secara cepat, akurat, dan mudah dibaca agar tenaga kesehatan dapat mengikuti perkembangan pasien secara terus-menerus tanpa adanya satupun kegiatan yang tidak terekam (Hanafiah, 2008). Rekam medis yang tidak lengkap dapat menyulitkan petugas dalam mengetahui riwayat pengobatan pasien apabila terdapat pasien melakukan kunjungan rutin ke rumah sakit sehingga tidak dapat memberikan data yang dibutuhkan petugas kesehatan untuk menangani pasien yang menjalani perawatan rutin (Inne Siti Nurjanah et al., 2022). Selain itu dampak ketidaklengkapan rekam medis juga menyebabkan terhambatnya proses pembuatan pelaporan rumah sakit, sehingga menghambat klaim asuransi oleh pihak ketiga yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) karena penulisan diagnosa utama atau disertai dengan diagnosa sekunder/tambahan akan sangat berpengaruh dengan besaran klaim asuransi yang diajukan (Nurhaidah et al., 2016).

Dalam rekam medis yang lengkap dan benar dapat diperoleh informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan. Keperluan tersebut antara lain sebagai bahan bukti untuk di pengadilan, pendidikan dan pelatihan, serta dapat digunakan untuk bahan analisis dan evaluasi mutu pelayanan rumah sakit. Mengingat kegunaan rekam medis yang banyak maka diperlukan pengendalian terhadap pengisian formulir rekam medis. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 269/MENKES

/PER/III/2008 tentang pengisian rekam medis di rumah sakit, sanksi hukum bisa dikenakan kepada rumah sakit atau petugas kesehatan yang melalaikan tugasnya atau berbuat khilaf dalam pengisian formulir rekam medik (Muninjaya, 2011). Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau terapi kepada pasien. Selain itu juga sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan (Hatta, 2013).

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin merupakan rumah sakit Pendidikan milik Universitas Hasanuddin yang terletak di Makassar Sulawesi Selatan. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin didirikan untuk memenuhi Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran yang menyatakan bahwa Fakultas Kedokteran harus memiliki Rumah Sakit Pendidikan untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/222/2018, Rumah Sakit Universitas Hasanuddin telah ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan Satelit Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin sejak tanggal 3 Mei 2018 oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Berdasarkan survei awal peneliti pada magang residensi September 2021 di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin peneliti menemukan adanya

salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yaitu kelengkapan pengisian berkas rekam medis yang tidak memenuhi standar sebagai berikut.

Tabel 1. 1
Data Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Tahun 2021 (Januari-September)

NO	BULAN	PENCAPAIAN
1.	Januari	88%
2.	Februari	87%
3.	Maret	77%
4.	April	73%
5.	Mei	77%
6.	Juni	85%
7.	Juli	65%
8.	Agustus	54%
9.	September	70%

Sumber: Data Sekunder Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin 2021

Tabel 1 menunjukkan data kelengkapan pengisian berkas rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan pada tahun 2021 rata-rata per triwulan (triwulan I, triwulan II dan triwulan III) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mencapai 84% pada triwulan I, 78,49% pada triwulan II dan 63,22% pada triwulan III. Dapat disimpulkan dari tabel di atas bahwa kelengkapan pengisian berkas rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin hasilnya masih dibawah standar

yang telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit mengharuskan pengisian rekam medis lengkap 100% (Permenkes, 2008).

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu staf bagian *assembling* dan analisis instalasi rekam medis diketahui bahwa ada banyak hal yang menjadikan indikator ini tidak tercapai, seperti terdapat form yang tidak lengkap diisi oleh dokter penanggung jawab ataupun perawat, sehingga perlu dikembalikan kepada perawat, baik di ruang perawatan maupun ruang operasi. Faktor ini yang menjadikan salah satu ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medik lebih dari 24 jam setelah pelayanan.

Dalam literatur review (Erni, 2020) pencatatan rekam medis sering dianggap menjadi persoalan yang kedua oleh pemberi layanan kesehatan seperti dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Karena tingkat kesibukan dokter dan perawat seringkali berkas rekam medis tidak diisi secara lengkap dan tidak dikembalikan tepat waktu. Akibatnya petugas rekam medis sering merasa terhambat dalam proses pengolahan berkas rekam medis, belum lagi terkadang petugas rekam medis ikut merangkap bekerja sebagai operator penerima pasien. Sehingga akan menambah lagi beban kerja petugas rekam medis akibat merangkap pekerjaan lain selain mengolah berkas rekam medis. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Arief, 2017) yang menemukan bahwa ketidaklengkapan pengisian rekam

medis disebabkan dokter merasa waktunya terbatas, karena kesibukan terhadap jumlah pasiennya yang banyak, dokter memiliki pengetahuan yang kurang akan pemanfaatan rekam medis terhadap aspek CIALFRED, kurangnya kerja sama antara dokter dan perawat dengan baik dalam mempertanggungjawabkan kelengkapan pengisian berkas rekam medis, dokter kurang mendapatkan sosialisasi dan pelatihan tentang rekam medis oleh pihak rumah sakit. Padahal kualitas data akan mencerminkan baik buruknya rekam medis. Karena alasan tersebut penganalisaan catatan berkas rekam medis menjadi hal yang perlu untuk dilakukan agar dapat diolah dan menghasilkan informasi kesehatan yang sesuai dan akurat (Hendrik, 2013).

Pelaksanaan pengisian formulir rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Universitas Sumatera Utara Medan penelitian yang dilakukan oleh (Zendrato, 2017) masih banyak yang tidak diisi yaitu pada anamnesa, nama dan tanda tangan, identitas pasien, pemeriksaan fisik pasien, persetujuan tindakan pasien, dan pengobatan pasien. Ditemukan hanya sekitar 50 berkas yang dinyatakan diisi, sedangkan ada 34 berkas yang tidak diisi lengkap dalam berkas rawat inap pasien dari 84 total berkas yang diambil di RS Universitas Sumatera Utara Medan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Winarti dan Supriyanto terkait kelengkapan pengisian dan pengembalian rekam medis dalam hasilnya menunjukkan bahwa angka kelengkapan rekam medis rawat inap rumah sakit di Surabaya hanya mencapai 66%. Kepatuhan petugas kesehatan dalam tanggung jawabnya melengkapi formulir pengisian berkas rekam medis sebanyak 85%. Sedangkan hanya

58% rekam medis yang dikembalikan secara tepat yakni kurang dari sama dengan 2 kali 24 jam (Winarti & Stefanu, 2013).

Pengembalian dokumen rekam medis dinyatakan terlambat apabila melebihi batas waktu pengembalian yaitu maksimal 2x24 jam setelah pasien keluar dari rumah sakit. Keterlambatan ini akan menghambat pelaksanaan tugas bagian assembling rekam medis yang dapat berdampak pada terhambatnya pelayanan pasien. Faktor utama penyebab keterlambatan pengembalian Berkas rekam medis rawat inap adalah faktor Sumber Daya Manusia (SDM) yaitu ketidakdisiplinan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam pengisian rekam medis terutama resume medis, beberapa DPJP tidak *visite* setiap hari sehingga advis pulang per telepon dan perawat lupa mengingatkan dokter untuk mengisi resume medis dan tanda tangan (Mirfat et al., 2017). Pada penelitian lain menyebutkan bahwa keterlambatan pengembalian rekam medis rawat jalan diantaranya ialah penundaan pengembalian rekam medis oleh perawat di poliklinik, pasien yang batal melakukan pemeriksaan rekam medis tidak segera dikembalikan, rekam medis terselip, dan perawat lupa dalam mengembalikan rekam medis karena ada rencana tindakan pada pasien (Muchtar D. R & Yulia, 2017).

Ketidaklengkapan rekam medis merupakan masalah signifikan yang mempengaruhi kualitas layanan perawatan kesehatan di banyak rumah sakit di Ethiopia. Meningkatkan kelengkapan catatan pasien adalah langkah penting menuju peningkatan kualitas layanan kesehatan. Hasil penelitian menyatakan bahwa kelengkapan rekam medis rawat inap keseluruhan

ditemukan 84% setelah intervensi. Peningkatan kelengkapan dan pelaporan kelengkapan rekam medis rawat inap meningkat secara signifikan dari garis dasar 73% menjadi 84% selama evaluasi pasca intervensi dengan nilai $<0,05$. Temuan proyek ini menunjukkan bahwa serangkaian intervensi sederhana yang terdiri dari format rekam medis rawat inap dan pelatihan penyedia layanan kesehatan menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kelengkapan rekam medis rawat inap (Tola et al., 2017).

Untuk mengetahui lebih lanjut dalam penelitian ini, Peneliti menggunakan pendekatan sistem yaitu input, proses dan output. Input yang terdiri dari *Man* (Jumlah tenaga, kemampuan dan keterampilan), *Material* (Formulir rekam medis dan sarana prasarana), *Method* (SOP dan Kebijakan). Proses (Pengisian rekam medis) terhadap kelengkapan berkas rekam medis dan Output (Ketidaklengkapan berkas rekam medis pasien). Penelitian ini menggunakan pendekatan sistem dikarenakan kelengkapan berkas rekam medis merupakan salah satu bagian dari sistem rekam medis yang memiliki bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi (Azwar, 1996).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi ketidaklengkapan berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dilihat pendekatan sistem dengan judul “Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medik Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2022”.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pengaruh ketersediaan input *Man* (jumlah tenaga, kemampuan, keterampilan), terhadap ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
2. Bagaimana pengaruh ketersediaan input *Material* (formulir rekam medis dan sarana prasarana), terhadap ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
3. Bagaimana pengaruh ketersediaan input *Method* (SOP dan kebijakan), terhadap ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
4. Bagaimana pengaruh proses pengisian rekam medis terhadap ketidaklengkapan berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

C. Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

b. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui pengaruh ketersediaan input *Man* (Jumlah tenaga, kemampuan, dan keterampilan) terhadap ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

2. Untuk mengetahui pengaruh ketersediaan input *Material* (Formulir rekam medis dan sarana prasarana) terhadap ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
3. Untuk mengetahui pengaruh ketersediaan input *Method* (SOP dan kebijakan) terhadap ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
4. Untuk mengetahui pengaruh proses terhadap ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan maupun referensi informasi tambahan bagi peneliti lain dan merupakan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan peneliti tentang ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Rumah Sakit

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak rumah sakit mengenai pengelolaan ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

3. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana pembelajaran dan penerapan ilmu-ilmu manajemen rumah sakit yang telah dipelajari

selama mengikuti perkuliahan, serta menjadi pengalaman peneliti mengenai permasalahan nyata di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Rekam Medis

1. Definisi Rekam Medis

Rekam Medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Menurut (Hatta, 2013) rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, diagnosis pengobatan, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan yang meliputi pendaftaran pasien yang dimulai dari tempat penerimaan pasien, kemudian bertanggung jawab untuk mengumpulkan, menganalisa, mengolah, dan menjamin kelengkapan berkas rekam medis dari unit rawat jalan, unit rawat inap, unit gawat darurat, dan unit penunjang lainnya.

Sistem rekam medis di rumah sakit adalah satu sistem administrasi dokumen tempat mencatat segala transaksi pelayanan medis yang diberikan oleh dokter, perawat ataupun teknisi. Rekam medis dikelola berdasarkan struktur yang standar, dengan ketentuan sistem pelaksanaan dievaluasi untuk menghasilkan informasi dan memiliki standar

kerahasiaan yang harus dijaga. Dokumen rekam medis pada prinsipnya disimpan baik di rumah sakit sehingga mudah dapat dicari ulang untuk setiap keperluan informasi pelayanan terhadap pasien. Oleh karena itu, resume medis merupakan catatan yang mencerminkan segala informasi penting yang menyangkut pasien, menjadi dasar untuk menentukan tindakan yang lebih lanjut dalam upaya pelayanan medis (Depkes, 2006).

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu sistem penyelenggaraan suatu instalasi atau unit kegiatan. Sedangkan kegiatan pencatatannya sendiri hanya merupakan salah satu bentuk kegiatan yang tercantum didalam uraian tugas (*job description*) pada unit atau instalasi rekam medis (Depkes, 2006).

2. Tujuan dan Kegunaan Rekam Medik

Rekam medis bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa adanya dukungan dari suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes, 2006).

Kegunaan Rekam Medis dapat dilihat dari beberapa aspek (Depkes, 2006) yang dikenal ALFRED meliputi:

a. Aspek Administrasi (*Administration*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Hukum (*Legal*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk penegakkan hukum.

c. Aspek Keuangan (*Financial*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pendaftaran pelayanan di rumah sakit. Tanpa adanya bukti catatan tindakan/pelayanan, maka pembayaran pelayanan di rumah sakit tidak dapat dipertanggungjawabkan. Data atau informasi yang ada dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

d. Aspek Penelitian (*Research*)

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena informasi yang dikandungnya dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

e. Aspek Pendidikan (*Education*)

Suatu dokumen rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan rekam medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran di bidang profesi si pemakai.

f. Aspek Dokumentasi (*Documentation*)

Aspek dokumentasi menyangkut rekam jejak yang dapat dipakai sebagai jawaban mengenai hal apa yang telah terjadi. Ilmu pengetahuan dan teknologi informasi dapat menunjang penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang cukup efektif dan efisien. Disamping itu segala bentuk pertanggung jawaban dikemudian hari dapat diperoleh berdasarkan sumber dokumentasi tersebut.

3. Isi Dokumen Rekam Medik

Dalam menentukan isi rekam medis, para petugas medis memerlukan acuan yang benar sehingga tidak ada kesalahan ataupun hal yang tertinggal mengenai data atau keterangan yang menyangkut kepentingan perawatan pasien. Untuk itu berdasarkan (Permenkes, 2008), membagi isi rekam medis berdasarkan kondisi pasien yang sedang menjalani perawatan.

Menurut pasal 3 ayat (1) Permenkes Nomor 269/MENKES /PER/III/2008, isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas Pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil anamnesa, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- e. Diagnosis;
- f. Rencana penatalaksanaan;
- g. Pengobatan dan/atau tindakan;
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik; dan
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

Pasal 3 ayat (2) Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas Pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil anamnesa, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- e. Diagnosis;
- f. Rencana penatalaksanaan;
- g. Pengobatan dan/atau tindakan;

- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan;
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*);
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan *odontogram* klinik.

Pasal 3 ayat (2) Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008, Isi

Rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas Pasien;
- b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
- c. Identitas pengantar pasien
- d. Tanggal dan waktu;
- e. Hasil anamnesa, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis;
- g. Diagnosis;
- h. Pengobatan dan/atau tindakan;
- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut;
- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga pelayanan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain; dan

1. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis harus diisi dengan jelas, benar, lengkap dan tepat waktu oleh petugas yang berwenang. Disebut jelas jika dapat dibaca oleh setiap orang yang berkepentingan, benar adalah sesuai dengan bukti diri pasien, lengkap adalah dokumen rekam medis diisi secara lengkap sesuai dengan pedoman tertulis, tepat waktu adalah penyelesaian/pengisian rekam medis sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam pedoman tertulis, 2x24 jam rekam medis kembali dari ruangan ke rekam medis, 14 hari selesai dilengkapi di ruang perawatan kemudian kembali ke unit rekam medis.

4. **Mutu Rekam Medik**

Peranan medis sangat penting dalam manajemen mutu pelayanan rumah sakit. Kualitas pelayanan rekam medis menjadi salah satu standar penilaian akreditasi rumah sakit. Salah satu parameter untuk menilai mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu dengan menilai data dan informasi yang tersedia dalam dokumen rekam medis. Mutu rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis yaitu kelengkapan isi, akurat, tepat waktu dan pemenuhan aspek persyaratan hukum (Lihawa et al., 2015). Adapun penjelasan dari indikator mutu tersebut:

- a. Akurat: agar data menggambarkan proses atau hasil pemeriksaan pasien di ukur secara benar;

- b. Lengkap: agar data mencakup seluruh karakteristik pasien dan sistem yang dibutuhkan dalam analisis hasil ukuran;
- c. Dapat dipercaya: agar dapat digunakan dalam berbagai kepentingan;
- d. *Valid* atau sah: agar data dianggap sah dan sesuai dengan gambaran proses atau hasil akhir yang diukur;
- e. Tepat waktu: agar sedapat mungkin data dikumpulkan dan dilaporkan mendekati waktu episode pelayanan;
- f. Dapat digunakan: agar data yang bermutu menggambarkan bahasa dan bentuk sehingga diinterpretasi, dianalisis untuk pengambil keputusan;
- g. Seragam: agar definisi elemen data dibakukan dalam organisasi dan penggunaannya konsisten dengan definisi di luar organisasi;
- h. Dapat dibandingkan: agar data yang bermutu terevaluasi dengan menggunakan referensi data dasar yang berhubungan sumber-sumber riset dan literature;
- i. Terjamin: agar data yang bermutu menjamin kerahasiaan informasi spesifik pasien;
- j. Mudah diperoleh: agar data yang bermutu dapat diperoleh melalui komunikasi langsung dengan tenaga kesehatan, pasien, rekam medis, dan sumber-sumber lain.

5. **Tanggung Jawab Terhadap Resume Medis**

Rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi informasi yang ada didalam rekam medis terhadap kemungkinan hilangnya keterangan

ataupun memasukkan data yang ada di dalam rekam medis atau dipergunakan oleh orang yang semestinya tidak diberi izin (Rustiyanto, 2009). Adapun tanggung jawab itu diberikan kepada:

a. Tanggung jawab dokter yang merawat

Tanggung jawab utama dalam kelengkapan resume medis yaitu dokter yang merawat pasien hingga pulang. Walaupun untuk melengkapi rekam medis khususnya resume medis dapat didelegasikan ke stafnya, namun tetap tanggung jawab utama dari isi rekam medis khususnya resume medis adalah dokter yang merawat. Dokter mengemban tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis dan khususnya resume medis.

Disamping itu untuk mencatat beberapa keterangan medis seperti riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penyakit, dan ringkasan pulang, yang kemudian bisa didelegasikan kepada Co asisten, asisten ahli dan dokter lainnya. Data tersebut harus dipelajari kembali dan dikoreksi kembali kemudian diberi tanda tangan oleh dokter yang merawat.

b. Tanggung jawab petugas rekam medis

Petugas rekam medis Petugas rekam medis yaitu membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali rekam medis. Analisis dari kelengkapan isi dimaksudkan untuk mencari hal-hal yang kurang dan masih diragukan, dan menjamin bahwa rekam

medis telah dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, yaitu rekam medis yang lengkap dan akurat.

c. Tanggung jawab pimpinan rumah sakit

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menyediakan fasilitas unit rekam medis yang meliputi: ruangan rekam medis, peralatan dan tenaga yang memadai. Sehingga tenaga rekam medis dapat bekerja secara efektif dan efisien dengan memeriksa kembali, membuat indeks, penyimpanan dari semua sistem medis dalam waktu singkat.

d. Tanggung jawab staf medik

Staf medik terdiri dari dokter, perawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya. Mempunyai peranan penting di rumah sakit dan pengorganisasian staf rekam medis tersebut secara langsung menentukan kualitas pelayanan kepada pasien. Agar dapat menjalankan tugasnya dengan baik, maka dibuatlah peraturan-peraturan yang akan mengatur para anggota staf medis dan membentuk komisi khusus.

6. Pendekatan Teori Pada Pelaksanaan Rekam Medis

1. *Input*

Input (struktur) rekam medis, ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan rekam medis, seperti sarana fisik,

perlengkapan, keuangan, organisasi dan manajemen, SDM dan lain-lain.

1) Tenaga

Tenaga adalah potensi yang terkandung dalam diri manusia untuk mewujudkan perannya sebagai makhluk sosial yang adaptif dan transformatif yang mampu mengelola dirinya serta seluruh potensi yang terkandung di alam menuju tercapainya kesejahteraan kehidupan dalam tatanan yang seimbang dan berkelanjutan. Yang mengelola rekam medis adalah tenaga rekam medis.

Penyelenggaraan rekam medis dan tenaga yang berhak membuat rekam medis adalah:

- a) Dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi yang bekerja di rumah sakit
- b) Dokter tamu yang merawat pasien di rumah sakit
- c) Dokter Residen yang sedang melaksanakan kepaniteraan medis
- d) Tenaga paramedis perawatan dan paramedis non perawatan yang langsung terlibat dalam pelayanan kepada pasien antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium, gizi, anestesi, penata rontgen dan rehabilitasi medis, rekam medis dan lain sebagainya

- e) Dalam hal dokter luar negeri melakukan ahli teknologi kedokteran yang berupa tindakan atau konsultasi kepada pasien, yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh rumah sakit. Direktur rumah sakit wajib melakukan pembinaan terhadap petugas yang berkaitan dengan pergerakan dan keterampilan mereka.

Dalam rangka melaksanakan peraturan untuk meningkatkan pergerakan dan keterampilan tersebut, minimal pendidikan petugas-petugas rekam medis sebagai berikut:

Untuk rumah sakit tipe A:

- 1) 4 orang S1 dari medis
- 2) 6 orang dari DIII rekam medis
- 3) Semua staf rekam medis mempunyai SLTP rekam medis minimal 200 jam

Untuk rumah sakit tipe B:

- 1) 2 orang S1 dari rekam medis
- 2) 4 orang dari DIII rekam medis
- 3) Semua staf rekam medis mempunyai SLTP rekam medis minimal 200 jam

Untuk rumah sakit tipe C:

- 1) 2 orang DIII dari rekam medis
- 2) Semu staf rekam medis mempunyai SLTP rekam medis minimal 200 jam

2) Metode

Metode adalah cara atau proses yang digunakan dalam melaksanakan suatu kegiatan dalam organisasi sesuai dengan aturan atau standar yang telah ditetapkan. Ketersediaan PROTAP/SOP rekam medis di rumah sakit, yaitu:

- 1) Standar pendaftaran pasien baru
- 2) Standar pendaftaran pasien lama
- 3) Standar prosedur pasien rawat inap
- 4) Standar pendaftaran pasien dengan perjanjian
- 5) Standar prosedur pendaftaran dini
- 6) Standar prosedur registrasi rawat inap
- 7) Standar prosedur pembuatan sertifikat kelahiran
- 8) Standar prosedur registrasi kelahiran
- 9) Standar prosedur pendistribusian rekam medis
- 10) Standar prosedur pengkodean dan indeks penyakit rawat jalan
- 11) Standar prosedur pengkodean diagnosis penyakit rawat jalan
- 12) Standar prosedur pembuatan laporan morbiditas rawat jalan
- 13) Standar prosedur penataan berkas rekam medis rawat jalan
- 14) Standar prosedur penyelesaian resume dan laporan kematian

- 15) Standar prosedur pengkodean dan indeks penyakit rawat inap
 - 16) Standar prosedur pencarian rekam medis
 - 17) Standar prosedur penyimpanan rekam medis
 - 18) Standar prosedur mikrofilmisasi berkas
 - 19) Standar prosedur penyusutan arsip rekam medis
 - 20) Standar prosedur sensus harian pasien rawat inap dan rawat jalan
 - 21) Standar prosedur pembuatan laporan kegiatan rumah sakit
 - 22) Standar prosedur peminjaman rekam medis
 - 23) Standar prosedur pembuatan laporan data individual morbiditas pasien rawat inap
- 3) Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana merupakan segala sesuatu yang dibutuhkan untuk mendukung terlaksananya rekam medis dengan baik. Sarana lebih ditujukan kepada benda-benda yang bergerak contohnya komputer, mesin-mesin, dll, sedangkan prasarana ditujukan pada benda-benda yang tidak bergerak, seperti gedung/ruangan penyimpanan rekam medis dan lain-lain.

4) Kebijakan

Kebijakan adalah peraturan/undang-undang yang dapat mendukung pelaksanaan rekam medis yang telah disusun dalam dasar hukum penyelenggaraan rekam medis.

2. Proses

1. Pendaftaran pasien

1) Identitas pasien

Identitas pasien merupakan pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang, dengan kata lain bahwa dengan identifikasi kita dapat mengetahui identitas seseorang dan dengan identitas tersebut kita dapat mengenal seseorang dengan membedakan dari orang lain. Untuk mengadakan identitas pasien kita memerlukan tiga hal yaitu:

a) Mengenali secara fisik

- Melihat wajah atau fisik seseorang secara umum
- Membandingkan seseorang dengan gambar atau foto

b) Memperoleh keterangan pribadi, keterangan pribadi yang dimaksud antara lain:

- Nama
- Alamat
- Agama
- Tempat dan tanggal lahir
- Tanda tangan

- Nama orang tua, suami, atau istri
- c) Mengadakan penggabungan antara pengenalan fisik dengan keterangan pribadi dari penggabungan tersebut biasanya yang paling dapat dipercaya berupa Kartu Tanda Penduduk (KTP), passport, dan Surat Izin Mengemudi (SIM).

Keakuratan data identitas pasien:

- Data identitas pasien bisa akurat atau benar karena memang dibuat tidak benar untuk tujuan tertentu
- Pertanyaan-pertanyaan yang kurang jelas dapat menimbulkan kesalahpahaman sehingga data yang diperoleh kurang akurat/kurang jelas, atau karena situasi tertentu sehingga seseorang takut/malu mengungkapkan identitas.

2. Pengisian Rekam Medis

Rekam medis rumah sakit merupakan komponen penting dalam pelaksanaan kegiatan manajemen rumah sakit, rekam medis rumah sakit harus mampu menyajikan informasi lengkap tentang proses pelayanan medis dan kesehatan di rumah sakit, baik di masa lalu, masa kini maupun perkiraan masa datang tentang apa yang akan terjadi. Pengisian Rekam Medis pasien oleh tenaga kesehatan yang melayani pasien di rawat inap. Aspek Hukum Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes)

tentang pengisian rekam medis dapat memberikan sanksi hukum bagi rumah sakit atau petugas kesehatan yang melalaikan dan berbuat khilaf dalam pengisian lembar-lembar rekam medis.

3. Penataan Kembali Rekam Medis

1) *Assembling*

Penyusunan kembali rekam medis sesuai dengan urutannya dan mengeluarkan berkas rekam medis yang tidak perlu. Rekam medis yang tidak lengkap (tidak ada diagnosa dan tanda tangan dokter yang merawat atau dokter jaga) maka rekam medis tersebut harus dikembalikan lagi ke ruang perawatan atau ke bangsal yaitu kepada dokter yang merawat paling lama 1-3 hari.

Dokumen rekam medis pasien pulang telah selesai perawatan diserahkan kepada bagian assembling dalam waktu selambat-lambatnya 1x24 jam dengan tujuan rekam medis dapat diteliti kelengkapan isi data dari dokumen rekam medis tersebut. Apabila dokumen rekam medis belum lengkap setelah pasien selesai pelayanan atau perawatan dengan batas waktu pelengkapan dokumen rekam medis 2x24 jam dapat dikategorikan sebagai IMR (*Incomplete Medical Record*) sedangkan dokumen rekam medis yang belum lengkap setelah melebihi masa pelengkapan dari masing-masing unit pelayanan dengan batas waktu

pelengkapan dokumen rekam medis lebih dari 14 hari maka dokumen rekam medis dikategorikan DMR (*Delinquent Medical Record*).

2) Analisis Isi Rekam Medis

Analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis, paramedik dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis setiap berkas yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada rekam medis seorang pasien sudah ada atau belum.

Analisa Kuantitatif dapat berupa jumlah persentase (%) ketidaklengkapan rekam medis (*Incomplete Medical Record/IMR*). Ketidaklengkapan berkas pasien dari lembaran tertentu agar segera menghubungi petugas ruangan rawat inap dimana pasien dirawat. Komponen analisis kuantitatif yaitu:

1. Mengoreksi identifikasi pasien pada setiap formulir
2. Memeriksa setiap halaman catatan medis minimal nama dan nomor rekam medis
3. Kehadiran semua laporan yang diperlukan
4. Terdapat laporan tertentu yang umumnya ada pada catatan medis semua fasilitas, misalnya laporan

riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, catatan kemajuan dan resume.

5. Otentifikasi yang diharuskan pada semua entri
6. Otentifikasi bisa berupa tanda tangan, stempel yang hanya dipegang oleh pemilik.

3) *Coding*

Pengkodean (*coding*) merupakan lembar rekam medis yang telah disusun sesuai urutannya, lalu memberi kode pada data rekam medis sesuai dengan ICD-10 menurut diagnosa utama, diagnosa tambahan, komplikasi, tindakan operasi, penyebab kecelakaan lalu lintas, kematian bayi baru lahir.

4) *Indeksing*

Indeksing merupakan sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks (dapat dilakukan dengan kartu indeks atau komputerisasi). Di dalam kartu indeks tidak boleh mencantumkan nama pasien. Indeks dalam rumah sakit ada tiga yaitu indeks penyakit, operasi dan kematian.

3. *Output*

Output merupakan hasil dari sebuah pelaksanaan. Berkaitan dengan pelaksanaan rekam medis maka output yang dimaksud kelengkapan pengisian berkas rekam medis di Rumah Sakit

Universitas Hasanuddin tahun 2022. Rekam medis yang bermutu adalah:

- 1) Akurat, menggambarkan proses dan hasil akhir pelayanan yang diukur secara benar
- 2) Lengkap, mencakup seluruh kekhususan pasien dan sistem yang dibutuhkan dalam analisis hasil ukuran.
- 3) Terpercaya, dapat digunakan dalam berbagai kepentingan
- 4) *Valid* atau sah sesuai dengan gambaran proses atau produk hasil akhir yang diukur.
- 5) Tepat waktu, dikaitkan dengan episode pelayanan yang terjadi.
- 6) Dapat digunakan untuk kajian, analisis, dan pengambilan keputusan
- 7) Dapat dibandingkan dengan standar yang disepakati diterapkan
- 8) Terjamin kerahasiaannya
- 9) Mudah diperoleh melalui sistem komunikasi antar yang berwenang.

Menurut Kepmenkes Tahun 2008 Standar Pelayanan Minimal (SPM) rekam medis di Rumah sakit adalah kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan yaitu 100% (Permenkes, 2008).

7. Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap memuat identitas pasien, anamnesa, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan laboratorium, diagnosis, persetujuan tindakan medis, tindakan/pengobatan, catatan perawat, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, resume akhir dan evaluasi pengobatan

Berkas Rekam Medis pasien rawat inap terdiri dari lembaran-lembaran umum dan lembaran-lembaran khusus, serta lembaran-lembaran diagnostik/terapi.

Lembaran-lembaran Umum, misalnya:

- Ringkasan Masuk dan Keluar;
- Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik;
- Lembaran Grafik;
- Perjalanan Penyakit/Perkembangan Perintah Dokter dan Pengobatan;
- Catatan Perawat/Bidan;
- Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Rontgen;
- Resume Keluar.

Lembaran-lembaran Khusus, misalnya;

- Laporan Operasi;
- Laporan Anestesi;
- Riwayat Kehamilan;
- Catatan/Laporan Persalinan;
- Identifikasi Bayi;

1. Ringkasan Masuk dan Keluar

Lembaran Ringkasan Masuk dan Keluar ini sering disebut ringkasan atau lembaran muka, selalu menjadi lembaran paling depan pada suatu berkas rekam medis. Lembaran ini berisi informasi tentang informasi tentang identitas pasien, cara penerimaan melalui cara masuk dikirim oleh serta berisi ringkasan data pada saat pasien keluar.

Lembaran ini merupakan sumber informasi untuk mengindeks rekam medis, serta menyiapkan laporan rumah sakit. Informasi tentang identitas pasien sekurang-kurangnya mencari hal-hal sebagai berikut:

- Nama Pasien
- Nomor Rekam Medis
- Tanggal Lahir
- Pendidikan
- Jenis Kelamin
- Agama
- Alamat
- Pekerjaan

Informasi lain yang perlu dicatat, diantaranya

- Status perkawinan;
- Cara penerimaan pasien, melalui;
- Cara masuk, dikirim oleh;
- Nama penanggung jawab pembayaran dan alamatnya.
- Nama keluarga terdekat dan alamatnya;
- Tanggal dan jam masuk ruang rawat inap;
- Tanggal dan jam keluar ruang rawat inap

- Bagian/Spesialisasi, Ruang Rawat, Kelas;
- Lama dirawat;
- Diagnosis akhir (utama, lain-lain dan komplikasi);
- Operasi/Tindakan (jika ada);
- Infeksi Nosokomial dan penyebabnya (jika ada);
- Imunisasi yang pernah didapat;
- Imunisasi yang diperoleh selama dirawat;
- Transfusi darah (jika ada);
- Keadaan keluar;
- Nama dan tanda tangan dokter yang merawat.

2. Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik

Tujuan pokok data anamnesa dan pemeriksaan fisik adalah untuk memberikan bahan pelengkap bagi dokter untuk menetapkan diagnosis yang menjadi dasar tindakan pertolongan dan perawatan/pengobatan terhadap seorang pasien. Sebagai tambahan terhadap anamnesa dan pemeriksaan fisik ini mungkin diperlukan berbagai hasil pemeriksaan laboratorium, rontgen, sebelum sampai pada satu kesimpulan mengenai diagnosis. Untuk lembaran anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat dipergunakan formulir kosong atau formulir dengan catatan penunjuk. Pokok-pokok pengisian anamnesa, meliputi:

- Keluhan utama: pernyataan singkat tentang keadaan dan lamanya gejala yang timbul yang menyebabkan pasien meminta pertolongan medis, berdasarkan laporan yang diucapkan oleh pasien sendiri maupun yang mengantarkan ke dokter.
- Riwayat penyakit sekarang: penjelasan detail secara kronologis tentang perkembangan penyakit pasien : sejak timbulnya gejala pertama sampai saat ini.

- Keadaan sosial: Catatan tentang status perkawinan, kebiasaan, hubungan sosial, pekerjaan dan lingkungannya.
- Pengamatan ulang sistematis : untuk mengungkapkan gejala-gejala pokok, yang mungkin terlupakan oleh si pasien atau kelihatannya tidak perlu, ini untuk menentukan seberapa jauh dan teliti pemeriksaan fisik harus dilakukan.

Pemeriksaan fisik mencakup 4 langkah dasar yaitu:

- 2) Inspeksi: melihat ke seluruh bagian tubuh.
 - 3) Palpasi: meraba berbagai bagian tubuh.
 - 4) Perkusi: mengetuk daerah tertentu pada tubuh dengan jari tangan/alat, mendengar suaranya dan meneliti tingkat resistensinya.
 - 5) Auskultasi: Mendengar bunyi yang terjadi karena proses fisiologis atau patologis didalam tubuh.
3. Lembar Grafik

Lembaran grafik memberikan gambaran kepada dokter tentang suhu, nadi, dan pernafasan seorang pasien. Pengisiannya dilakukan oleh petugas perawat, dimulai saat pasien mulai dirawat. Dalam lembaran grafik ini juga dicatat data-data tekanan darah, pemasukan dan pengeluaran cairan, defekasi. Dapat juga diisi informasi tentang kunjungan dokter, spesimen untuk laboratorium, diet, dll.

4. Perjalanan Penyakit, Instruksi Dokter, dan Pengobatan

Perintah medis tertulis adalah petunjuk dokter kepada bagian perawatan dan staf medis/paramedis mengenai semua medikasi dan pengobatan

yang diberikan kepada pasien. Petugas rekam medis dalam meneliti kelengkapan lembaran perintah dokter, harus mengamati:

- a. Semua perintah harus telah ditandatangani oleh pemberi perintah. Perintah yang diberikan secara lisan atau lewat telepon harus ditandatangani oleh si pemberi perintah pada kunjungan berikutnya, yang menunjukkan dia benar-benar bertanggung jawab atas perintah tersebut. Untuk menghindari kekeliruan, diusahakan agar perintah lisan maupun telepon ini tidak sering terjadi.
- b. Perintah keluar harus ditulis sebelum pasien meninggalkan rumah sakit. Jika perintah keluar belum ditulis, petugas rekam medis harus meneliti apakah ada pernyataan yang ditandatangani pasien keluar atas tanggung jawab sendiri. Pernyataan ini harus disimpan di dalam rekam medisnya. Dalam hal ini harus ada catatan dari dokternya yang menyatakan bahwa pasien telah keluar tanpa persetujuan.
- c. Hasil-hasil pemeriksaan diagnosis yang diperintahkan/dimintakan oleh dokter harus ada di dalam rekam medis. Petugas rekam medis harus berusaha memperolehnya, untuk secepatnya disatukan dengan berkas rekam medis yang bersangkutan.
- d. Hasil-hasil pemeriksaan diagnosis yang diperintahkan/dimintakan oleh dokter harus ada di dalam rekam medis. Petugas rekam medis harus berusaha memperolehnya, untuk secepatnya disatukan dengan berkas rekam medis yang bersangkutan.

5. Catatan Perkembangan

Lembaran ini mencatat secara spesifik perkembangan penyakit pasien yang ditulis dan ditandatangani oleh dokter. Catatan pertama dimulai dengan catatan pada saat pasien masuk, yang seterusnya ditambah selama pasien di dalam perawatan dan diakhiri pada saat pasien keluar atau meninggal. Catatan pada saat pasien untuk: mencatat ringkasan keadaan umum pasien pada saat masuk, terutama fakta-fakta penting yang belum tercatat pada anamnesa dan pemeriksaan fisik. Fakta tersebut mungkin didapat dari keluarga pasien, dokter yang mengirim atau dari rumah sakit lain. Catatan selama pasien dalam perawatan: memberikan perkembangan ini harus dibuat setiap hari, setiap beberapa jam selama fase akutnya seorang pasien, dan seterusnya sesuai dengan perkembangan pasien itu sendiri. Semua tindakan yang dilakukan dicatat jam, tanggal dan jenis tindakannya. Semua catatan harus ditandatangani oleh dokter pemeriksa.

6. Catatan Perawat/Bidan

Catatan Perawat/Bidan digunakan oleh petugas perawatan untuk mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawat yang telah mereka berikan kepada pasien. Catatan ini memberikan gambaran kronologis pertolongan perawat, pengobatan yang diberikan dan reaksi pasien terhadap tindakan tersebut. Catatan ini berfungsi sebagai alat komunikasi antara sesama perawat, antara perawat dengan dokter.

Ada empat kegunaan catatan perawat/bidan , yaitu:

- a. Mencatat keadaan pasien selama tidak dilihat oleh dokter. Ini adalah catatan hal-hal yang penting oleh perawat yang memberikan gambaran perspektif yang jelas tentang perkembangan seorang pasien ditentukan oleh informasi yang dicatat pada lembaran ini. Dengan bantuan catatan perawat yang ditulis secara seksama, seorang dokter dapat mengikuti perkembangan pasiennya, meskipun ia mengunjungi pasien hanya sekali dalam satu hari.
- b. Menghemat waktu bagi dokter dan mencegah timbulnya kekeliruan. Tanpa adanya catatan tersebut, gambaran pasien dari waktu ke waktu, kepada petugas yang harus merawat pasien tersebut harus dijelaskan sendiri-sendiri keadaan seorang pasien. Hal ini tidak saja makan waktu, tetapi juga memungkinkan banyak kesalahan dalam pemberian medikasi dan pengobatan.
- c. Sebagai bukti pelaksanaan pekerjaan. Sangat perlu sekali setiap perawat harus mencatat apa-apa tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan perintah dokter, sehingga dokter dapat melihat hasilnya dan menentukan tindakan pengobatan selanjutnya. Untuk pembuktian secara hukum, catatan Perawat/Bidan berguna sebagai bukti pertolongan yang diberikan maupun bukti reaksi pasien terhadap pertolongan tersebut.

d. Sebagai salah satu kelengkapan berkas rekam medis. Catatan Perawat/Bidan dimulai pada saat pasien masuk ruang perawatan dan meliputi:

- Tanggal dan Jam
- Catatan-catatan tentang keadaan pasien, gejala-gejala yang tampak.
- Pengobatan yang dilakukan

Selama seorang pasien dirawat di rumah sakit, catatan Perawat/Bidan harus memuat observasi harian seorang pasien, juga rekam medisasi dan pengobatan yang diberikan.

7. Hasil Pemeriksaan Laboratorium/Radiologi

Lembaran ini dipakai untuk meletakkan formulir-formulir hasil pemeriksaan laboratorium maupun rontgen yang dilakukan kepada pasien. Cara meletakkan formulir-formulir hasil pemeriksaan secara kronologis berdasarkan waktu, dimulai dari bawah, terus ke atas.

8. Ringkasan Perawatan Pasien (Resume medis)

Ringkasan dapat ditulis pada lembaran tersendiri yaitu lembar Ringkasan Perawatan Pasien. Pengecualian bagi resume ini, terutama untuk pasien yang dirawat kurang 48 jam, cukup menggunakan Resume singkat, misalnya untuk kasus-kasus tonsilectomy, adnoidectomy, kecelakaan ringan, dan sebagainya. Tujuan dibuatnya resume ini adalah:

- a. Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medis dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima pasien apabila pasien tersebut dirawat kembali.
- b. Sebagai bahan penilaian staf medis rumah sakit.
- c. Untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari Perusahaan Asuransi (dengan persetujuan pimpinan)
- d. Sebagai bahan informasi bagi dokter yang bertugas dokter yang mengirim dan konsultan. Hal ini menjadi semacam insentif bagi semua dokter yang diharuskan menulis resume.
- e. Untuk diberikan tembusannya kepada asisten ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

Resume ini harus disingkat dan hanya menjelaskan informasi penting tentang penyakit, pemeriksaan yang dilakukan dan pengobatannya. Resume ini harus ditulis segera setelah pasien keluar dan isinya menjawab pertanyaan pertanyaan berikut:

- a. Mengapa pasien masuk rumah sakit (pertanyaan klinis singkat tentang keluhan utama, dan riwayat penyakit sekarang)
- b. Apakah hasil-hasil penting pemeriksaan laboratorium, rontgen dan fisik (hasil negatif mungkin sama pentingnya dengan hasil positif)
- c. Apakah pengobatan medis maupun operasi yang diberikan termasuk respon pasien, komplikasi dan konsultasi)

- d. Bagaimana keadaan pasien pada saat keluar (perlu berobat jalan, mampu bergerak sendiri, mampu untuk bekerja)
- e. Apakah anjuran pengobatan/perawatan yang diberikan (nama obat dan dosisnya, tindakan pengobatan lainnya, dirujuk kemana,

Didalam berkas rekam medis, lembaran resume diletakkan sesudah Ringkasan Masuk dan Keluar, dengan maksud memudahkan dokter melihatnya apabila diperlukan. Resume ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat bagi pasien yang meninggal tidak dibuatkan resume, tetapi dibuatkan Laporan Sebab Kematian. perjanjian untuk datang lagi).

B. Tinjauan Umum Tentang Kelengkapan Rekam Medis

Pencatatan rekam medis harus dibuat selengkap mungkin oleh dokter maupun tenaga kesehatan yang berwenang untuk melihat catatan perkembangan riwayat penyakit pasien dari awal hingga akhir secara kontinyu. Rekam medis yang lengkap, menyediakan informasi yang akurat dan dapat dipergunakan untuk berbagai keperluan seperti bahan pembuktian dalam hukum, bahan penelitian dan pendidikan serta alat analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (Pamungkas et al., 2015). Adapun sumber hukum yang dapat dijadikan acuan mengenai kelengkapan rekam medis, yaitu dalam Pasal 46 Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 yang mengatakan:

1. Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis
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.

Rekam medis sebagai catatan perjalanan penyakit pasien merupakan berkas yang pengisiannya harus terisi secara lengkap. (Hatta, 2013) mengemukakan kelengkapan dalam pengisian berkas rekam medis oleh dokter akan dapat memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau pengobatan pada pasien, dan dapat dijadikan sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengelolaan data dan laporan yang akan dijadikan informasi yang berguna bagi pihak manajemen rumah sakit dalam menentukan evaluasi dan pengembangan pelayanan kesehatan.

1. Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Mengacu Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimal, yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Standar Pelayanan Minimal juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum

yang diberikan oleh Badan Layanan Umum (BLU) terhadap masyarakat. SPM ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target standar pelayanan, cara perhitungan rumus/ pembilang dan penyebut standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data. Indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Adapun Standar Pelayanan Minimal (SPM) rekam medis yaitu:

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dengan standar 100%
2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas dengan standar 100%
3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan dengan standar ≤ 10 menit
4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap dengan standar ≤ 15 menit

Uraian standar kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan: Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu <24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap

diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.

2. Ketentuan Pengisian Berkas Rekam Medis

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembaran medis.
- b. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
- c. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbingnya.
- d. Catatan yang dibuat oleh Residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
- e. Dokter yang merawat, dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.
- f. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.

C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit adalah salah satu sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan. Rumah sakit merupakan bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (*komprehensif*), penyembuhan (*kuratif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, bahwa rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Adapun fungsi rumah sakit, sebagai berikut:

- a. Penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dari ketiga sesuai kebutuhan medis.

- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah sakit berdasarkan jenis pelayanannya dalam Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit, rumah sakit dapat dikelompokkan menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus:

1. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit umum berdasarkan jenis pelayanan, SDM, peralatan, bangunan dan prasarana dapat diklasifikasikan menjadi kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D. Pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit umum sebagai berikut:

- a. Pelayanan medik dan penunjang medik
- b. Pelayanan keperawatan dan kebidanan
- c. Pelayanan kefarmasian
- d. Pelayanan penunjang

2. Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Rumah sakit khusus berdasarkan jenis pelayanan, SDM, bangunan dan prasarana diklasifikasikan menjadi kelas A, kelas B, dan kelas C. Rumah sakit khusus terdiri atas;

- | | |
|--------------------|-----------------|
| a. Ibu dan anak | m. Kanker |
| b. Mata | n. Jantung dan |
| c. Gigi dan mulut | pembuluh darah. |
| d. Ginjal | |
| e. Jiwa | |
| f. Infeksi | |
| g. Telinga hidung | |
| tenggorok dan | |
| bedah kepala leher | |
| h. Paru | |
| i. Ketergantungan | |
| obat | |
| j. Bedah | |
| k. Otak | |
| l. Orthopedi | |

D. Matriks Penelitian

Tabel 2. 1
Matriks Penelitian Terdahulu

NO.	NAMA PENELITI (TAHUN)	JUDUL PENELITIAN	METODE PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
1.	Meehung Ahn, MSN, Mona Choi, PhD, RN, YoungAh Kim, PhD (2016)	Factors Associated with the Timeliness of Electronic Nursing Documentation	Penelitian retrospektif	- Ketepatan waktu Pencatatan keperawatan - Faktor yang berhubungan dengan perawat - Faktor yang berhubungan dengan pasien	Perawat yang memiliki pengalaman lebih 1 tahun melengkapi dokumen keperawatan hingga dua kali selama waktu kerja dibanding yang kurang dari 1 tahun. Sehingga pada perawat yang memiliki sedikit pengalaman, dokumentasi keperawatan biasanya dilengkapi setelah jam kerja. Oleh karena itu, perawat baru perlu dukungan untuk membiasakan

NO.	NAMA PENELITI (TAHUN)	JUDUL PENELITIAN	METODE PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
					mereka dengan berbagai tugas dan alur pekerjaan
2.	Arief (2017)	Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Di Rsud Sabang Tahun 2017	Deskriptif Kualitatif	Pengetahuan, Komunikasi <i>interpersonal</i> , dan monitoring	Ketidaklengkapan pengisian rekam medis disebabkan dokter merasa waktunya terbatas, karena kesibukan terhadap jumlah pasiennya yang banyak, dokter memiliki pengetahuan yang kurang akan pemanfaatan rekam medis terhadap aspek CIALFRED, kurangnya kerja sama antara dokter dan perawat dengan baik dalam mempertanggungjawabkan kelengkapan pengisian berkas rekam

NO.	NAMA PENELITI (TAHUN)	JUDUL PENELITIAN	METODE PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
					medis, dokter kurang mendapatkan sosialisasi dan pelatihan tentang rekam medis oleh pihak rumah sakit.
3.	Mahendra (2019)	Analisis Pelaksanaan Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Rasidin Padang Tahun 2018	Kualitatif	Input: Tenaga, Metode, Kebijakan, Sarana dan prasarana Proses: Pendaftaran pasien, Pengisian rekam medis, Penataan rekam medis, Analisis isi rekam medis Output: terlaksananya rekam medis	Hasil penelitian dari aspek input tenaga rekam medis sudah mencukupi tapi masih belum optimal, metode tentang alur dan SOP sudah ada, untuk kebijakan sudah ada peraturannya namun pelaksanaannya belum sepenuhnya berjalan dengan baik, sarana dan prasarana untuk penunjang pelaksanaan rekam medis masih belum mencukupi.

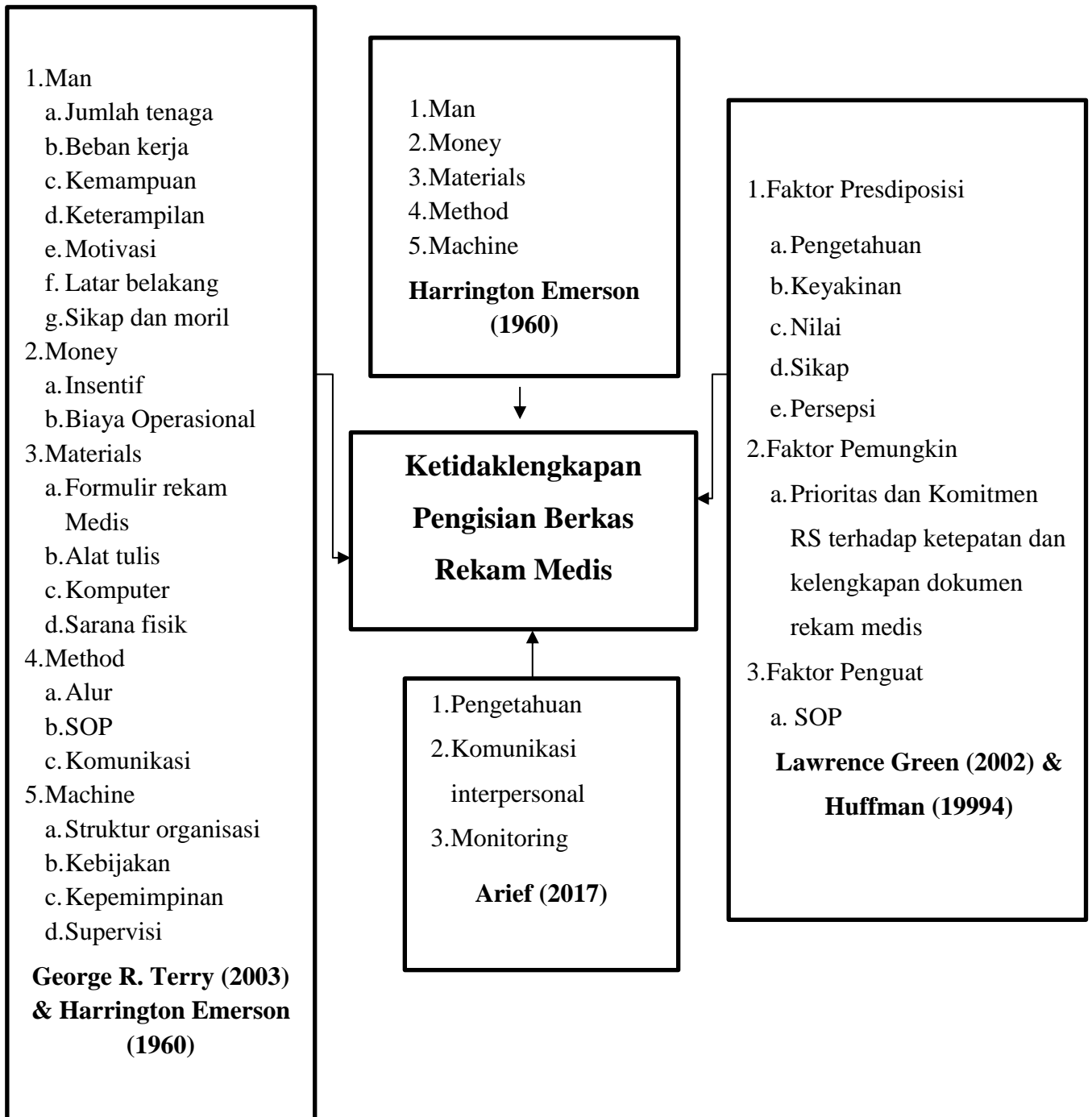
NO.	NAMA PENELITI (TAHUN)	JUDUL PENELITIAN	METODE PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
4.	Astri Meywati Zendrato (2017)	Gambaran Pelaksanaan Pelayanan Penerimaan Pasien Rawat Inap Dan Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit Universitas Sumatera Utara Tahun 2017	<i>Mixed Method</i>	Input : Sumber Daya Manusia, Pembagian Shift Kerja, Loker Penerimaan Proses: Pelaksanaan Pelayanan Rawat Inap, Proses Pendaftaran, Syarat Pendaftaran Output: Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Rawat Inap	Pelaksanaan pengisian formulir rekam medis rawat inap di Rumah Sakit USU Medan masih banyak yang tidak diisi yaitu pada anamnesa, nama dan tanda tangan, identitas pasien, pemeriksaan fisik pasien, persetujuan tindakan pasien, dan pengobatan pasien. Ditemukan hanya sekitar 50 berkas yang di nyatakan diisi, sedangkan ada 34 berkas yang tidak diisi lengkap dalam berkas rawat inap pasien dari 84 total berkas yang di ambil di RS USU Medan.

NO.	NAMA PENELITI (TAHUN)	JUDUL PENELITIAN	METODE PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
5.	Sayyidah Mirfat, Nurwulan Andadari, Yetty Nusaria Nawa Indah (2017)	Faktor Penyebab Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis di RS X Kabupaten Kediri	Deskriptif Kualitatif	Man, Material, Method, Money dan Machine.	Faktor utama penyebab keterlambatan pengembalian Berkas rekam medis rawat inap adalah faktor SDM yaitu ketidakdisiplinan DPJP dalam pengisian rekam medis terutama resume medis, beberapa DPJP tidak visite setiap hari sehingga advis pulang per telepon dan perawat lupa mengingatkan dokter untuk mengisi resume medis dan tanda tangan.
6.	Ngoako S. Marutha, Mpho Ngoepe (2017)	The Role of Medical Records in the Provision of Public	Penelitian Kuantitatif	- Kebijakan, prosedur dan	Diketahui 15% responden menyatakan manajemen rekam

NO.	NAMA PENELITI (TAHUN)	JUDUL PENELITIAN	METODE PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
		Health care Services in the Lompopo Province of South Africa		control pengukuran. - Manajemen Sumber Daya Rekam Medis. - Manajemen Pendidikan, Pelatihan dan Pengetahuan.	medisnya sangat buruk. Hal tersebut terjadi karena pengembalian dokumen yang lebih dari sebulan (99%). Selain itu, diketahui bahwa sumber daya untuk administrasi rekam medis belum memadai (46%), juga 94% menyatakan tidak pernah menerima adanya pelatihan terkait kebijakan dan standar dalam mengelola dokumen.
7.	Cahyo Hadi Premono (2018)	Pengaruh Redesain Formulir Rekam Medis Rawat Inap Terhadap Kelengkapan Pengisian	Penelitian dilakukan dengan metode <i>action research</i>	Anatomi formulir rekam medis	Anatomi formulir dan kemudahan formulir rekam medis lebih baik sebelum uji coba dibanding dengan setelah uji coba dengan melihat mean

NO.	NAMA PENELITI (TAHUN)	JUDUL PENELITIAN	METODE PENELITIAN	VARIABEL PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
		Rekam Medis Di RS Brayat Minulya Surakarta			sebelum uji coba <mean setelah uji coba. Kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap terjadi penurunan dari sebelum redesain (49%) menjadi sesudah redesain (33%).
8.	Fantri Pamungkas, Tuti Hariyanto, Endah Woro (2015)	Identifikasi ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Ngudi Waluto Wlingi	Kualitatif	1. Kedisiplinan, 2. Monitoring dan evaluasi kelengkapan RM, 3. Ketersediaan form rekam medis , 4. Dukungan manajemen	Dari hasil penelitian ini permasalahan yang paling mendasar yang mempengaruhi Ketidaklengkapan dokumen rekam medis adalah tingkat kedisiplinan dokter yang kurang.

E. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2 1.Kerangka Teori