

ANALISIS DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP KASUS BEDAH DI RUMAH SAKIT X BANDUNG

Siti Khofidhoh^{1*}, Meira Hidayati²
Politeknik Piksi Ganesha Bandung, Indonesia^{1,2}
skhofidhoh@piksil.ac.id^{1*}, meira.hidayati@piksi.ac.id²

Received: 05-08-2021
Revised : 20-10-2021
Accepted: 24-10-2021

Abstrak

Latar Belakang: Instansi pelayanan kesehatan harus selalu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan menyelenggarakan rekam medis yang cepat, tepat dan akurat. Kelengkapan data rekam medis dapat di review pada empat yaitu review identifikasi, autentifikasi, pencatatan dan pelaporan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui angka kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung dengan analisis kuantitatif.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif. Pengambilan sampel menggunakan rumus Slovin dengan populasi 190 dan hasil sampel yang didapatkan adalah 65 sampel.

Hasil: Hasil penelitian ini didapatkan review kelengkapan berdasarkan identifikasi pasien yaitu 61% dan review ketidaklengkapannya yaitu 39%. Hasil review pada kelengkapan pelaporan yang penting yaitu 45% dan ketidaklengkapannya yaitu 55%. Hasil review kelengkapan pada autentifikasi yaitu 75% dan ketidaklengkapannya yaitu 25%. Hasil review kelengkapan pada dokumentasi yaitu 63% dan ketidaklengkapannya yaitu 37%.

Kesimpulan: Bahwa dokumen rekam medis yang tidak lengkap setelah di KLPCM dan dianalisis kelengkapannya akan dikembalikan kepada unit rawat inap. Saran yang disampaikan yaitu perlu dilakukan sosialisasi ulang kepada seluruh tenaga kesehatan (dokter dan perawat) tentang Standar Prosedur Operasional (SPO) pengisian atau pencatatan *resume* medis agar tercapainya standar pelayanan minimal dengan hasil 100%.

Kata kunci: Analisis Kuantitatif; Dokumen Rekam Medis; Kasus Bedah.

Abstract

Background: Health service agencies must always improve the quality of health services by organizing medical records that are fast, precise, and accurate. Completeness of medical record data can be reviewed in four, namely review identification, authentication, recording, and reporting.

Objective: This study aims to determine the number of completeness of medical record documents for inpatient

surgical cases at Hospital X Bandung with quantitative analysis.

Methods: *This study uses a quantitative descriptive approach. Sampling uses the Slovin formula with a population of 190 and the results obtained are 65 samples.*

Results: *The results of this study obtained a review of completeness based on patient identification that is 61% and a review of incompleteness that is 39%. The results of the review on the completeness of the important reporting are 45% and the incompleteness is 55%. The results of the completeness review on authentication are 75% and the incompleteness is 25%. The results of the completeness review on the documentation are 63% and the incompleteness is 37%.*

Conclusion: *That incomplete medical record documents after being in KLPCM and analyzed for completeness will be returned to the inpatient unit. And the suggestions submitted are that it is necessary to re-socialize all health workers (Doctors and Nurses) about standard operating procedures (SOP) for filling or recording medical resumes in order to achieve minimum service standards with 100% results.*

Keywords: *Aanalysis Quantitative; Document Record Medical; Case Surgery.*

**Correspondent Author: Siti Khofidhoh
Email : skhofidhoh@piksil.ac.id*



PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Arini et al., 2015).

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 (Hatta, 2013).

Instansi pelayanan kesehatan harus selalu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, salah satunya adalah dengan menyelenggarakan rekam medis yang cepat, tepat, dan akurat (Susanto & Windari, 2017). Sesuai dengan Permenkes RI Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Penilaian dokumen rekam medis dapat dilakukan dengan cara analisis kuantitatif (Permenkes, 2008a).

Rekam medis menurut para ahli yaitu : 1) Menurut Undang-Undang No.29 tahun 2004 pasal 46 ayat (1) tentang praktik kedokteran, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan pengobatan, tindakan

dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien ([UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran](#), 2004). 2) Menurut ([Munawaroh et al.](#), 2013) rekam medis adalah kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan dan catatan segala kegiatan para pelayan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu.

Berdasarkan laporan hasil kegiatan yang didapatkan bahwa jumlah kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung pada bulan Maret 2021 itu lebih tinggi (190) kasus dibandingkan bulan-bulan sebelumnya. Peningkatan kasus bedah dari bulan sebelumnya itu naik 36%. Dalam penelitian ini akan dianalisis kelengkapan *resume* medis di Rumah Sakit X Bandung karena persentase kelengkapannya masih belum optimal dimana masih banyak *resume* medis yang belum terisi dengan lengkap. Sesuai dengan standar pelayanan minimal mutu rekam medis kelengkapan pengisian *resume* medis harus 100% ([Permenkes](#), 2008).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh (Esraida Simanjuntak, 2016) pada berkas rekam medis khususnya kasus bedah masih belum terisi yaitu sebanyak 40% dari semua kasus bedah yang ada di RSU IPI Medan. Hal ini disebabkan karena kurangnya kesadaran petugas untuk melengkapi berkas rekam medis dengan baik, Setiap petugas harusnya menyadari akan pentingnya kelengkapan dokumen rekam medis.

Setiap komponen pada review pencatatan dilakukan skoring dan di kategorikan menjadi dua yaitu lengkap dan tidak lengkap. Lengkap yaitu kondisi dimana komponen pencatatan terisi. Tidak lengkap yaitu kondisi dimana komponen pencatatan tidak diisi sesuai cara pencatatan. (Marsum, Elisa dkk. 2018)

Mengenai kelengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung sejumlah 65 dokumen dengan persentase kelengkapan yang belum optimal yaitu pengisian Identifikasi pasien 61%, catatan yang penting 45%, autentifikasi 75%, pendokumentasian 63% ([Septiany](#), 2020). dari kelengkapan yang belum sesuai dengan standar pelayanan minimal yang bisa berakibat tertundanya pelaporan dan jika ada pasien yang meminta dibuatkan surat keterangan medis prosesnya bisa tertunda karena harus meminta dokter untuk melengkapi dokumen rekam medis tersebut.

Tujuan pada penelitian ini yaitu: 1).Untuk mengetahui proses dilaksanakannya analisis pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung. 2).Mengetahui hasil analisis dokumen rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung. 3).Mengetahui faktor penyebab ketidak lengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dan bertempat di Rumah Sakit X Bandung khususnya di Instalasi Rekam Medis unit KLPCM. Waktu penelitian ini berlangsung pada tanggal 5 April hingga 5 juni 2021. Penelitian yang digunakan yaitu pendekatan deskriptif kuantitatif dengan tujuan untuk mengetahui hasil kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung.

Cara pengumpulan data pada penelitian ini dengan metode observasi dan wawancara. Metode ini digunakan untuk mengetahui kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah dan melakukan pengamatan secara langsung pada formulir rekam medis rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif. Teknik yang digunakan dalam penelitian ini yaitu dengan cara mendeskripsikan data yang telah dikumpulkan dan diolah sebagai evaluasi untuk membuat gambaran tentang analisis kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung

Populasi adalah sebagian wilayah generalisasi terdiri dari objek/subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu untuk dipelajari lalu diambil kesimpulannya ([Sugiyono](#), 2016). Populasi pada penelitian ini yaitu kunjungan pasien khusus kasus bedah

selama 1 bulan pada bulan Maret 2021 di Rumah Sakit X Bandung berjumlah 190. Sampel adalah jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien awat inap kasus bedah periode bulan Maret 2021.

Cara menghitung jumlah sampel menggunakan rumus Slovin sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi (populasi pada bulan Maret = 190)

e = Presisi yang ditetapkan (10% = 0,1)

$$n = \frac{190}{1 + 190 (0,1)^2} = \frac{190}{1 + 1,9} = \frac{190}{2,9} = 65,51 = 65$$

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Cara menganalisis dokumen rekam medis ini dengan *form* observasi analisis kuantitatif pada dokumen rekam medis kasus bedah bulan Maret 2021 di unit rekam medis Rumah Sakit X Bandung. adapun penjelasannya jika hasil : 0 (nol) = tidak lengkap, 1 (satu) = lengkap. Penilaian angka 0 diberikan jika dokumen rekam medis tidak lengkap, dan penilaian angka 1 diberikan jika dokumen rekam medis lengkap. selanjutnya nilai ditabulasi menggunakan rumus persentase tabulasi :

$$\text{Tabulasi} = \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\Sigma \text{ Sampel}} \times 100\%$$

Keterangan :

Tabulasi : Perhitungan nilai hasil *review*.

Σ Sampel : Jumlah sampel.

1. Review Identifikasi Pasien

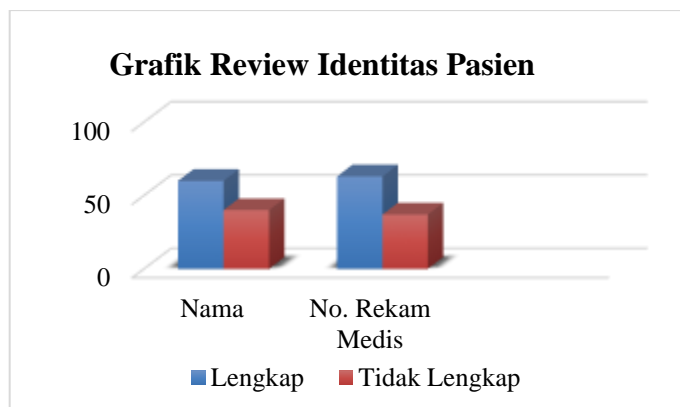
Analisis dimulai dengan memeriksa setiap formulir rekam medis dan kriteria yang dinilai pada *review* identifikasi pasien adalah nama dan nomor rekam medis. Setelah itu hasil di tabulasi berdasarkan rumus tabulasi yang telah ditentukan. Berikut tabel peilaian analisis berdasarkan *review* identifikasi pasien :

Tabel 1. Review Identifikasi Pasien

No.	Kriteria	Kelengkapan	
		L	TL
1.	Nama Pasien	39	26
2.	Nomor Rekam Medis	41	24
	Rata-rata	40	25

Berdasarkan tabel 1, hasil kelengkapan yang di dapatkan dari pengisian nama pasien sebanyak 39 dokumen dan ketidaklengkapannya sebanyak 26 dokumen. Dan hasil kelengkapan nomor rekam medis sebanyak 41 dokumen dan ketidaklengkapannya

sebanyak 24 dokumen. Dari hasil rata-rata yang didapatkan pada hasil kelengkapan di atas berjumlah 40 dokumen dan ketidaklengkapannya berjumlah 25 dokumen.



Gambar 1. Grafik *Review* Identitas Pasien

Berdasarkan gambar 1, grafik menjelaskan bahwa adanya hasil persentase pada identifikasi pasien dengan persentase kelengkapan penulisan nama pada dokumen rekam medis sebesar (60%) dan ketidaklengkapannya (40%). Persentase kelengkapan penulisan nomor rekam medis sebesar (63%) dan ketidaklengkapannya (37%). Dari hasil di atas bahwa persentase belum 100% untuk memenuhi standar pelayanan minimal di rumah sakit.

2. *Review* Pelaporan yang Penting

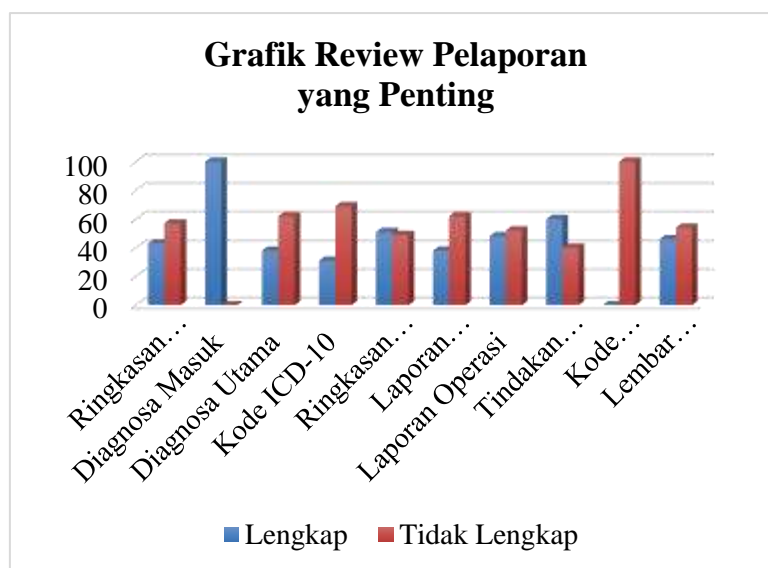
Kriteria yang di nilai pada *review* pelaporan yang penting yaitu lembar ringkas masuk dan keluar, diagnosa masuk, diagnosa utama, kode ICD-10, lembar ringkasan keperawatan, lembar laporan anastesi, lembar laporan operasi, tindakan operasi, kode tindakan ICD-9-CM dan lembar *informed consent*. Setelah dokumen rekam medis di analisis, selanjutnya hasil ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi yang sudah ditentukan. Adapun hasil perhitungan pada *review* pelaporan yang penting sebagai berikut :

Tabel 2. *Review* Pelaporan yang Penting

No.	Kriteria	Kelengkapan	
		L	TL
1.	Ringkas Masuk dan Keluar	28	37
2.	Diagnosa Masuk	65	0
3.	Diagnosa Utama	25	40
4.	Kode ICD-10	20	45
5.	Ringkasan Keperawatan	33	32
6.	Laporan Anastesi	25	40
7.	Laporan Operasi	31	34
8.	Tindakan Operasi	39	26
9.	Kode Tindakan ICD-9-CM	0	65
10.	Lembar <i>Informed Concent</i>	30	35
	Rata-rata	29,6	35,4

Berdasarkan tabel 2, hasil kelengkapan pengisian lembar ringkas masuk dan keluar sebanyak 28 dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 37. Kelengkapan pengisian pada diagnosa masuk sebanyak 65 dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 0 (nol). Kelengkapan pengisian pada diagnosa utama sebanyak 25 dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 40. Kelengkapan pengisian pada kode ICD-10 sebanyak 20

dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 45. Kelengkapan pengisian pada lembar ringkasan keperawatan sebanyak 33 dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 32. Kelengkapan pengisian pada laporan anastesi sebanyak 25 dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 40. Kelengkapan pengisian pada lembar laporan operasi sebanyak 31 dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 34. Kelengkapan pengisian pada tindakan operasi sebanyak 39 dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 26. Kelengkapan pengisian pada kode tindakan ICD-9-CM berjumlah 0 (nol) dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 65. Kelengkapan pengisian pada lembar *informed concent* berjumlah 30 dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 35. Dari hasil rata-rata yang didapatkan pada kelengkapan di atas berjumlah 25,6 dan ketidaklengkapannya berjumlah 35,4.



Gambar 2. Grafik Review Pelaporan yang Penting

Berdasarkan gambar 2, grafik diatas bahwa ditemukan hasil persentase pada *review* pelaporan yang penting dengan persentase kelengkapan pengisian pada lembar ringkas masuk & keluar yaitu 43% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 57%. Persentase kelengkapan pengisian pada diagnosa masuk yaitu 100% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 0%. Persentase kelengkapan pengisian pada diagnosa utama yaitu 38% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 62%. Persentase kelengkapan pengisian pada kode ICD-10 yaitu 31% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 69%. Persentase kelengkapan pengisian pada lembar ringkasan keperawatan yaitu 51% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 49%. Persentase kelengkapan pengisian pada lembar laporan anastesi yaitu 38% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 62%. Persentase kelengkapan pengisian pada laporan operasi yaitu 48% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 52%. Persentase kelengkapan pengisian pada tindakan operasi yaitu 60% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 40%. Persentase kelengkapan pengisian pada kode tindakan ICD-9-CM yaitu 0% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 100%. Persentase kelengkapan pengisian pada lembar *informed concent* yaitu 46% dan ketidaklengkapannya yaitu 54%.

Hasil grafik diatas bahwa persentase belum 100% untuk memenuhi standar pelayanan minimal di rumah sakit.

3. Review Autentifikasi

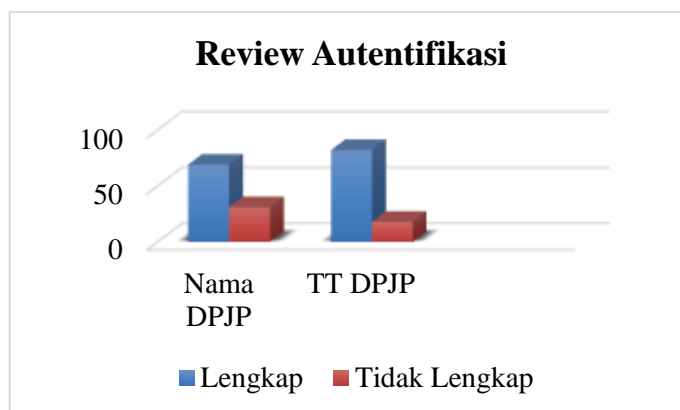
Kriteria yang dinilai pada *review* autentifikasi yaitu nama DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dan tanda tangan DPJP. Setelah dokumen rekam medis di

analisis, selanjutnya hasil ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi yang sudah ditentukan. Adapun hasil perhitungan pada *review* autentifikasi sebagai berikut :

Tabel 3. Review Autentifikasi

No.	Kriteria	Kelengkapan	
		L	TL
1.	Nama DPJP	45	20
2.	Tanda Tangan DPJP	53	12
	Rata-rata	49	16

Berdasarkan tabel 3, hasil kelengkapan pengisian pada nama DPJP sebanyak 45 dokumen dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 20 dokumen. Kelengkapan pengisian pada tanda tangan DPJP sebanyak 53 dokumen dan hasil ketidaklengkapannya yaitu 12 dokumen. Hasil rata-rata yang didapatkan pada kelengkapan di atas berjumlah 49 dokumen dan ketidaklengkapannya berjumlah 16 dokumen.



Gambar 3. Review Autentifikasi

Berdasarkan gambar 3, grafik diatas bahwa ditemukan hasil persentase pada *review* autentifikasi dengan persentase kelengkapan pengisian pada nama DPJP yaitu 69% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 31%. Persentase kelengkapan pengisian pada tanda tangan DPJP yaitu 84% dan ketidaklengkapannya yaitu 18%.

Hasil grafik diatas bahwa persentase belum 100% untuk memenuhi standar pelayanan minimal di rumah sakit.

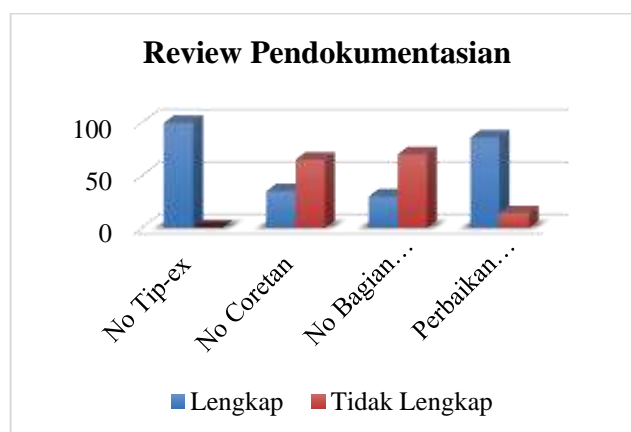
4. Review Pendokumentasi

Kriteria yang dinilai pada *review* pendokumentasian yaitu tidak adanya *tipe-x*, tidak adanya coretan, tidak adanya bagian kosong, perbaikan kesalahan disertai tanda tangan. Setelah dokumen rekam medis di analisis, selanjutnya hasil ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi yang sudah ditentukan. Adapun hasil perhitungan pada *review* pendokumentasian sebagai berikut :

Tabel 4. *Review* Pendokumentasi

No.	Kriteria	Kelengkapan	
		L	TL
1.	Tidak ada <i>Tipe-x</i>	65	0
2.	Tidak ada Coretan	23	42
3.	Tidak ada Bagian Kosong	20	45
4.	Perbaikan Kesalahan	56	9
	Rata-rata	41	24

Berdasarkan tabel 4, hasil kelengkapan pengisian pada point tidak ada tipe-x yaitu 65 dan ketidaklengkapannya yaitu 0. Kelengkapan pengisian pada point tidak ada coretan sebanyak 23 dokumen dan ketidaklengkapannya yaitu 42. Kelengkapan pengisian pada point tidak ada bagian kosong sebanyak 20 dan ketidaklengkapannya yaitu 45. Kelengkapan pengisian pada point perbaikan kesalahan sebanyak 56 dan ketidaklengkapannya yaitu 9 dokumen.

Gambar 4. *review* Pendokumentasian

Berdasarkan gambar 4, grafik diatas bahwa ditemukan hasil persentase pada *review* pendokumentasian dengan persentase kelengkapan pengisian pada point tidak ada *tipe-x* yaitu 100% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 0%. Persentase kelengkapan pengisian pada *point* tidak ada coretan yaitu 35% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 65%. Persentase kelengkapan pengisian pada point tidak ada bagian kosong yaitu 30% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 70%. Persentase kelengkapan pengisian pada point perbaikan kesalahan yaitu 86% dan persentase ketidaklengkapannya yaitu 14%.

Hasil grafik diatas bahwa persentase belum 100% untuk memenuhi standar pelayanan minimal di rumah sakit.

B. Pembahasan

Hasil yang telah ditetapkan bahwa jumlah persentase kelengkapan tertinggi pada pengisian identifikasi pasien dengan nomor rekam medis berjumlah 40 dokumen dengan hasil (63%). Persentase terendah pada pengisian nama pasien berjumlah 39 dokumen dengan hasil (60%). Setiap pasien memiliki formulir rekam medis yang berisikan identitas seperti nama dan nomor rekam medis. Jika ada dokumen rekam medis ditemukan tanpa identitas harus segera di analisis dan di *review* untuk menemukan milik siapa lembar tersebut ([Pengisian & Alfira, 2018](#)).

Kelengkapan pengisian pada identifikasi pasien rawat inap kasus bedah di Rumah Sakit X Bandung belum lengkap 100%, dikarenakan masih sangat banyak dokumen rekam medis yang harus dilengkapi oleh petugas yang bertanggung jawab dokter ataupun perawat. dan hasil penelitian yang di dapatkan ada beberapa formulir yang identitasnya tidak lengkap ditemukan pada beberapa lembar rekam medis yaitu lembar ringkasan keperawatan. Di rumah sakit ini identitas pasien pada lembar dalam dokumen dilengkapi dengan label yang di print, karna keterbatasan label maka ada beberapa yang tidak didapati label tersebut atau saat perawat menempelkannya ada lembar yang terlewat.

Pembahasan diatas belum sesuai dengan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dimana kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan.

Kelengkapan Pengisian Pelaporan Penting

Hasil analisis yang telah ditetapkan bahwa jumlah persentase kelengkapan tertinggi pada pengisian Pelaporan penting pasien rawat inap kasus bedah yaitu terdapat pada diagnosa masuk berjumlah 65 dokumen dengan hasil (100%). Persentase terendah terdapat pada kode tindakan ICD-9-CM berjumlah 0 (nol) dokumen dengan hasil (0%).

Penjelasan dari hasil di atas bahwa diagnosa masuk lengkap, karena setiap pasien yang akan di rawat inap harus ada keterangan diagnosa masuk. Kode tindakan tidak ada satu pun yang terisi pada lembar rekam medis dan perlu diketahui bahwa penulisan kode tindakan itu sangat penting. Faktor yang menyebabkan terjadinya ketidak lengkapan atau terlewatnya beberapa lembar saat pencatatan pada formulir penting adalah karna keterbatasan waktu dokter sehingga waktu yang digunakan untuk mengisi dokumen rekam medis sangat terbatas dan kurang.

Rekam medis sangat bernilai penting karena jika terdapat diagnosa yang tidak benar ataupun tidak lengkap maka secara otomatis kode penyakitnya pun tidak tepat, hal tersebut dapat memengaruhi terhadap pengisian indeks penyakit dan laporan rumah sakit (Ri, 2006). Pengisian pelaporan harus selalu diperhatikan kelengkapannya, karena dokumen tersebut bisa menjadi suatu bukti tertulis dalam mendukung aspek hukum rekam medis dan untuk melindungi pasien atas setiap tindakan yang dilakukan tidak dikategorikan sebagai malpraktek. Jika dokumen rekam medis tidak terisi dengan lengkap maka akan dikenakan sanksi administrasi yang dapat mengakibatkan kerugian bagi pasien, baik itu material maupun non material (Permenkes RI, 2008).

Kelengkapan Pengisian Autentifikasi

Hasil analisis yang telah ditetapkan bahwa jumlah persentase kelengkapan tertinggi pada pengisian autentifikasi pasien rawat inap kasus bedah yaitu terdapat pada tanda tangan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) berjumlah 53 dokumen dengan hasil (82%). Persentase terendah terdapat pada nama DPJP berjumlah 45 dokumen dengan hasil (69%).

Hasil menunjukan bahwa masih ada saja dokter yang hanya menandatangani lembar rekam medis tanpa menyantumkan nama dokter dengan gelar profesional. hal tersebut dapat berakibat pada perawatan, pemeriksaan dan pengobatan yang sudah dilakukan lalu tidak bisa dipertanggung jawabkan oleh dokter tersebut dan bisa mempersulit petugas Rekam medis dalam menentukan dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien pada saat menganalisisnya.

Peraturan Menteri Kesehatan Reublik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 5 ayat (4), setiap penulisan atau pencatatan dalam rekam medis harus disertai nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Pada pencatatan pengisian setiap lembar dokumen rekam medis harus jelas penanggung jawabnya. *Review* autentifikasi ini dapat berupa tanda tangan, gelar profesional, nama atau cap (stempel) (Pengisian & Alfira, 2018).

Kelengkapan Pengisian Pendokumentasian

Hasil analisis yang telah ditetapkan bahwa jumlah persentase kelengkapan tertinggi pada pengisian pendokumentasian pasien rawat inap kasus bedah yaitu terdapat pada *point* tidak ada *tipe-x* sebesar 65 dokumen dengan hasil (100%). Persentase terendah terdapat pada *point* tidak ada bagian yang kosong sebesar 20 dokumen dengan hasil (30%).

Hasil menunjukkan bahwa dokter maupun perawat tidak memakai *tipe-x* sama sekali dalam membenaran kesalahan penulisan di formulir rekam medis dan ada beberapa dokter atau perawat yang mencoret pada tulisan yang salah beberapa kali dan tidak menyertai tanda tangan. Kesalahan pada pembetulan tulisan dapat membuat data yang ditulis menjadi tidak sah atau tidak benar untuk dijadikan bukti tindakan yang telah dokter lakukan kepada pasien.

Menurut Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 5, ayat (5), dijelaskan jika terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada formulir rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan cara satu kali pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibenarkan dan disertai Tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan ([Permenkes](#), 2016).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dari penelitian analisis dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah yang dilakukan di Rumah Sakit X Bandung, maka dapat disimpulkan bahwa dokumen rekam medis yang tidak lengkap yaitu ketika dokumen dikembalikan ke unit rekam medis kemudian dokumen tersebut di KLPCM dan dianalisis kelengkapannya. setelah di KLPCM dan dianalisa, dokumen rekam medis yang tidak lengkap akan dikembalikan kepada unit rawat inap.

Berdasarkan hasil analisis 65 dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah didapatkan hasil persentase kelengkapan pada komponen identifikasi pasien yaitu 61%, Catatan yang penting 45%, Autentifikasi penulis 75% dan pendokumentasian 63%. Adapun hasil presentase ketidaklengkapan identifikasi pasien 39%, Catatan yang penting 55%, Autentifikasi penulis 25% dan pendokumentasian 37%.

Maka persentase kelengkapan tertinggi terdapat pada komponen Autentifikasi penulis yaitu 75%, dan presentase kelengkapan terendah terdapat pada komponen catatan yang penting yaitu 45%. Begitu pula sebaliknya persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada komponen catatan yang penting yaitu 55%, dan persentase ketidaklengkapan terendah terdapat pada komponen autentifikasi penulis yaitu 25%.

Faktor penyebab ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah yaitu pengisian *resume* medis kurang disosialisasikan, dokter sibuk dan mempunyai waktu yang padat, dokter kurang patuh dalam pencatatan *resume* medis, sehingga belum maksimal dan menyebabkan banyaknya dokumen rekam medis yang tidak lengkap.

BIBLIOGRAFI

- Arini, L., Sulindawati, N. L. G. E., Herawati, N. T., & AK, S. E. (2015). [Analisis Pengendalian Intern Terhadap Persediaan Obat Untuk Pasien Pengguna BPJS \(Badan Penyelenggara Jaminan Sosial\) Kesehatan di RSUD \(Rumah Sakit Umum Daerah\) Kabupaten Buleleng](#). *JIMAT (Jurnal Ilmiah Mahasiswa Akuntansi) Undiksha*, 3(1).
- Hatta, G. R. (2013). [Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan](#). UI-Press.
- Munawaroh, E., Fatimah, D. D. S., & Supriatna, A. D. (2013). [Perancangan aplikasi rekam medis klinik bersalin baiturrahman menggunakan metode object oriented](#). *Jurnal Algoritma*, 10(2), 167–176.
- Pengisian, A. K. K., & ALFIRA, N. (2018). [Literatur Review](#).
- Permenkes, R. I. (2008a). [No 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis](#). Jakarta: Menteri Kesehatan Reupublik Indonesia.
- Permenkes, R. I. (2008b). [Permenkes Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis](#). Jakarta: Kemenkes RI.
- Permenkes, R. I. (2016). [Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups \(INA-CBG\) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional](#). Jakarta, Indonesia.
- Permenkes RI. (2008). [permenkes ri 269/MENKES/PER/III/2008](#). In *Permenkes Ri No 269/Menkes/Per/Iii/2008* (Vol. 2008, p. 7).
- Ri, D. (2006). [Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia](#). Jakarta: Depkes RI.
- Septiany, P. D. (2020). [Analisis Pengisian Odontogram Rekam Medis di Rumah Sakit Gigi dan Mulut \(Rsgm\) Universitas Jember](#).
- Sugiyono. (2016). [Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D](#). PT Alfabet.
- Susanto, E., & Windari, A. (2017). [Studi Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada Kasus Bedah Orthopedy di RSUD Kota Semarang](#). *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 5(2), 175–180.
- UU No. [29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran](#). (2004).



© 2021 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).