

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization*, rumah sakit adalah suatu bagian dari organisasi medis dan sosial yang mempunyai fungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun preventif pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumah. Rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan dan penelitian biologi, psikologi, sosial ekonomi dan budaya. Tujuan rumah sakit adalah untuk menghasilkan produk, jasa atau pelayanan kesehatan yang benar-benar menyentuh kebutuhan dan harapan pasien dari berbagai aspek, yang menyangkut medis dan non medis, jenis pelayanan, prosedur pelayanan, harga dan informasi yang dibutuhkan.<sup>(1)</sup> Dalam ruang lingkup rumah sakit juga terdapat unit-unit kerja yang saling berhubungan untuk mencapai tujuan bersama dalam pelayanan terhadap pasien salah satunya adalah unit rekam medis.

Berdasarkan Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.<sup>(2)</sup> Rekam medis merupakan bukti tertulis maupun rekaman tentang identitas, anamnese, hasil laboratorium, diagnosa, serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan / tindakan perawatan. Bukti tertulis pelayanan dilakukan

setelah pemeriksaan tindakan, pengobatan sehingga dapat dipertanggungjawabkan.<sup>(3)</sup>

Rekam medis harus berisikan informasi yang lengkap sesuai standar yang telah ditetapkan Departemen Kesehatan. Rekam medis yang lengkap dan benar akan memudahkan informasi bagi pihak rumah sakit. Kelengkapan dokumen rekam medis juga sangat berpengaruh terhadap keselamatan pasien dan kepentingan pasien diantaranya dapat digunakan sebagai bahan pembuktian perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan, menunjang informasi untuk *quality assurance* serta dapat digunakan sebagai alat analisa terhadap mutu pelayanan di rumah sakit. Sedangkan pengisian rekam medis yang tidak lengkap akan menghambat penyediaan informasi, oleh sebab itu pengisian rekam medis harus sesuai dengan protap rumah sakit.

Dalam proses pencatatan dokumen rekam medis dilakukan oleh unit rawat inap yang mencatat semua hasil pelayanan yang diberikan kepada pasien, untuk kemudian diserahkan ke unit rekam medis khususnya assembling dengan alur pengembalian dilakukan dari bangsal ke assembling dalam waktu selambat-lambatnya 2x24 jam setelah pasien pulang. Penyerahan dokumen rekam medis ke unit rekam medis dengan maksud agar dokumen rekam medis disimpan setelah dokumen rekam medis tersebut dikatakan lengkap oleh unit peneliti kelengkapan yaitu assembling.<sup>(18)</sup>

Berdasarkan survei awal dan wawancara langsung dengan petugas rekam medis di RSUD kabupaten Brebes pelaksanaan pengendalian dokumen rekam medis rawat inap pasien

BPJS belum sesuai, karena dokumen yang dari bangsal langsung menuju ke bagian koding untuk dilakukan klaim tidak dilakukan assembling terlebih dahulu, hal ini dikarenakan bagian klaim BPJS tidak masuk dalam unit rekam medis yang merupakan kebijakan dari rumah sakit. Setelah dilakukan koding dan klaim di bagian BPJS petugas rekam medis mengambil dokumen rekam medis untuk dibawa ke unit rekam medis dibagian assembling. Ketika dokumen sudah masuk ke unit rekam medis dokumen hanya dicocokkan nama dan nomor rekam medisnya pada buku ekspedisi, dan hanya diteliti kelengkapannya pada RM 1 dan RM 11 ketika sudah ada diagnosa dan tanda tangan atau nama dokter pada RM 1 atau RM 11 maka dokumen dianggap lengkap. Dokumen rekam medis tidak dirakit kembali karena dokumen sudah urut. Di RSUD Kabupaten Brebes juga tidak menggunakan kartu kendali untuk mengendalikan ketidaklengkapan karena yang diteliti kelengkapannya hanya lembar formulir RM 1 dan lembar formulir RM 11, jika dalam lembar formulir RM 1 atau lembar formulir RM 11 ada yang belum lengkap petugas hanya menulis apa yang belum lengkap dilembar kertas kecil kosong dan dikembalikan ke bangsal. RM 1 adalah lembar masuk dan keluar pasien rawat inap yang berisi identitas pasien, sedangkan RM 11 adalah lembar resume keluar atau resume medis yang berisi ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Mengingat resume medis merupakan lembaran yang sangat penting dan mendasar dalam formulir rawat inap, maka kelengkapan isinya menjadi tanggung jawab semua pihak yang terlibat dalam pengisian resume medis tersebut

karena resume medis yang lengkap adalah cermin mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Resume keluar ini digunakan untuk kepentingan pasien bila akan berobat kembali atau kontrol karena tidak mungkin dokter memberikan dokumennya kepada pasien. Jika dalam pengisiannya tidak lengkap maka berdampak pada keselamatan pasien yaitu bisa terjadi salah dalam penanganan dan tindakan, dokter tidak tahu riwayat penyakit pasien serta dapat berdampak saat pasien dirujuk ke rumah sakit lain.

Tabel 1.1 Analisa Kuantitatif Dokumen Rekam Medis

No	No RM	Identifikasi		Pencatatan		Pelaporan		Otentifikasi		Keterangan
		L	TL	B	TB	L	TL	L	TL	
1	032xxx	V		V		V		V		DRM sudah lengkap dan jelas
2	059xxx	V			V	V		V		Tulisan diagnosis tidak bisa terbaca
3	199xxx	V		V		V		V		DRM sudah lengkap dan jelas
4	027xxx	V		V		V			V	Tidak ada nama dan ttd dokter
Jumlah		100%	0%	75%	25%	100%	0%	75%	25%	50% Tidak lengkap

Tabel 1.2 Analisa Kualitatif Dokumen Rekam Medis

No RM	Lembar RM	Keterangan
571xxx	RM 7 (Surat pernyataan pembayaran)	Sudah Konsisten pengisiannya.
063xxx	Semua formulir (lembar masuk keluar – lembar resum keluar)	Sudah Konsisten pengisiannya.
031xxx	RM 8 (Lembar asuhan keperawatan)	Identitas pasien tidak diisi, tulisan tidak bisa dibaca.
532xxx	RM 2, RM 4, RM 5 (Lembar anamnesa, lembar grafik, lembar catatan pemberian obat)	Sudah konsisten pengisiannya.
310xxx	RM 7 (Lembar pernyataan pembayaran)	Sudah konsisten pengisiannya.
085xxx	RM 1, RM 3, RM 8 (Lembar masuk keluar, lembar perjalanan penyakit, lembar asuhan keperawatan)	Tidak ada nama dan tanda tangan dokter dan pencatatan tidak bisa terbaca.

Di RSUD Kabupaten Brebes pelaksanaan pengendalian ketidaklengkapan dokumen rekam medis belum sesuai berdasarkan standar operasional prosedur dan belum melakukan sepenuhnya sesuai teori rekam medis dan informasi kesehatan. Dari 10 sampel dokumen rekam medis yang diteliti kelengkapannya dari lembar formulir RM 1 sampai lembar formulir RM 11, hasil kuantitatif dari 4 dokumen rekam medis 50% dokumen rekam medis yang belum lengkap terdapat pada aspek autentifikasi dan pencatatan padahal dokter berperan penting dalam pengisian dokumen rekam medis pasien sebagai bukti pertanggungjawaban pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Sedangkan untuk analisa kualitatif dokumen rekam medis 30% dokumen medis yang belum lengkap terdapat pada aspek pencatatan identitas

pasien dan pencatatan yang tidak bisa dibaca. Dari ketidaklengkapan dokumen rekam medis dapat berdampak pada kualitas data yang kurang akurat, untuk pasien BPJS jika kualitas data kurang akurat akan menghasilkan diagnosa yang tidak akurat sehingga jika dilakukan pengklaiman dapat merugikan beberapa pihak baik itu rumah sakit maupun pasien.

Berdasarkan masalah tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang *Tinjauan Pelaksanaan Pengendalian Ketidakeengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD Kabupaten Brebes tahun 2016*.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana pelaksanaan pengendalian ketidakeengkapan DRM RI pasien BPJS di RSUD Kabupaten Brebes ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan pelaksanaan pengendalian ketidakeengkapan Dokumen rekam medis pasien BPJS dari unit rawat inap ke assembling di RSUD Kabupaten Brebes.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengetahuan petugas assembling terhadap tugas pokok dan fungsi petugas assembling.
- b. Mendeskripsikan standar operasional prosedur tentang kelengkapan isi dokumen rekam medis rawat inap.
- c. Mendeskripsikan alur pengendalian ketidakeengkapan dokumen rekam medis rawat inap pasien BPJS.

- d. Mendeskripsikan pelaksanaan pengendalian ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap pasien BPJS.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan peneliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi peneliti

Menambah pengalaman peneliti tentang penerapan ilmu rekam medis khususnya mengenai pelaksanaan pengendalian ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan untuk lebih meningkatkan pelaksanaan pengendalian dokumen rawat inap terutama pasien BPJS sehingga mutu pelayanan dapat di tingkatkan.

3. Bagi Akademik

Sebagai bahan masukan pembaca dalam mengembangkan ilmu rekam medis dan sebagai dasar pembandingan antara teori yang diberikan dan kenyataan yang dilakukan di lapangan.

#### **E. Ruang Lingkup**

1. Lingkup Keilmuan

Lingkup keilmuan dalam penelitian yang digunakan adalah rekam medis dan informasi kesehatan.

2. Lingkup Materi

Lingkup materi dalam penelitian adalah alur prosedur pelaksanaan rekam medis khususnya mengenai alur pelaksanaan pengendalian

ketidaklengkapan dokumen rekam medis pasien BPJS dari unit rawat inap ke unit rekam medis di RSUD Kabupaten Brebes.

### 3. Lingkup Lokasi

Lingkup lokasi dalam penelitian adalah unit rekam medis RSUD Kabupaten Brebes.

### 4. Lingkup metode

Lingkup metode dalam penelitian adalah wawancara, observasi dan checklist.

### 5. Lingkup Objek

Objek dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis.

### 6. Lingkup waktu

Lingkup waktu penelitian adalah bulan Juni 2016.

## F. Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Hasil
1.	Devi Ayu Kumalasari	Evaluasi Kinerja Assembling dalam Pengendalian Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis di Assembling RSUD Ungaran tahun 2015.	Penelitian yang dilakukan adalah Deskriptif, metode yang digunakan Observasi dan Wawancara.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat protap tentang ketidaklengkapan dokumen rekam medis.</li> <li>2. Secara teori protap dan kebijakan rumah sakit sudah sesuai namun para petugas amasih belum menjalankan protap dan kebijakan rumah sakit yang diberikan oleh direkur utama.</li> <li>3. Dari hasil analisa kuantitatif didapat ketidaklengkapan 100% pada</li> </ol>



			review pencatatan, review pelaporan, dan review autentifikasi.
2.	Retno Mukti	Analisa Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) Di RSUD Sunan Kalijaga Demak Periode Triwulan I Tahun 2013.	Penelitian yang dilakukan adalah Deskriptif.
			1. Hasil analisa kuantitatif dokumen rekam medisrawat inap pasien ISPA periode I tahun 2013 yang diteliti terdapat 1 dokumen lengkap (1%) dan kebandelan 79 dokumen (99%) kebandelan tertinggi terdapat di review pelaporan.
3.	Andi Kristianto	Tinjauan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Berdasarkan Elemen Penilaian Standar JCI ( <i>Joint Commission International</i> ) di bangsal Rajawali 4B RSUP Dr.Kariadi Semarang triwulan I tahun 2015.	Jenis penelitian yang digunakan Adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang menggambarkan kejadian nyata sesuai hasil yang diamati. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode observasi dengan mengamati secara langsung terhadap sumber penelitian dengan rancangan penelitian cross sectional.
			1.Kelengkapan data rekam medis resume pasien rawat inap di bangsal Rajawali 4B RSUP Dr.Kariadi secara keseluruhan dari 80 dokumen rekam medis lengkap yaitu 73,75 dan 26,25% tidak lengkap. Itu menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan dokumen rekam medis masih di bawah nilai standar mengingat untuk mendapatkan baik dan mendapatkan akreditasi nilai minimal mencapai 90% 2.Di RSUP Dr.Kariadi Semarang sudah ada kebijakan yang mengatur tentang pengisian

---

				kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap, Kebijakan tersebut sudah sesuai dengan elemen penilaian dari standar <i>JCI (Joint Commission International)</i> . Tetapi dalam pengisian dokumen rekam medis rawat inap masih ada pengisian dokumen rekam medis yang belum lengkap.
4.	Yuliani Tamo Ina	Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Penyerahan Dokumen Rekam Medis Dari Rawat Inap ke Bagian Filing Di Rumah Sakit Panti Wilasa Dr.Cipto Semarang Periode 2013.	Pengambilan jumlah data dengan metode total populasi yaitu dengan melakukan wawancara dan observasi kepada beberapa petugas di rumah sakit Panti Wilasa Dr.Cipto Semarang.	<p>1. Dilihat dari kebijakan rumah sakit, bahwa dokumen rekam harus kembali dalam waktu yang di tentukan dalam waktu 2x24 jam dan apabila dokumen rekam medis belum dikembalikan maka akan diberi waktu selama 14 hari untuk dilengkapi dan segera dikembalikan di instalasi rekam medis.</p> <p>2. Dilihat dari alat bahwa di rumah sakit Panti Wilasa Dr.Cipto Semarang tidak adanya alat untuk mengantar dokumen rekam medis dari rawat inap ke bagian filing</p> <p>3. Dilihat dari prosedur penyerahan bahwa dokumen rekam medis pasien sudah dikembalikan di instalasi rekam medis.</p>

---

5.	Aisah Pahlevi	Analisis Kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus TBC Paru di RSUD Ungaran periodetriwulan 1 tahun 2015.	Metode yang digunakan adalah metode deskriptif, pendekatan yang dilakukan adalah cross sectional yaitu memperoleh data-data pada saat penelitian dilakukan.	1. Total akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif menunjukkan bahwa tingkat kebandelan dokumen mencapai 84% yaitu 47 dokumen yang tidak lengkap dari 56 dokumen yang di teliti baca dan dapat dimengerti. Selain itu lebih memperhatikan cara pembetulan kesalahan yang benar menurut teori karena ketidaklengkapan review pencatatan dan pelaporan sangat tinggi.
----	---------------	---	---	---

Dari penelitian sebelumnya peneliti tertarik untuk mengambil judul Tinjauan Pelaksanaan Pengendalian Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pasien BPJS di RSUD Kabupaten Brebes. Yang membedakan dalam penelitian ini diantaranya :

1. Pada penelitian Devi Ayu Kumalasari yang berjudul *Evaluasi Kinerja Assembling dalam Pengendalian Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis di Assembling RSUD Ungaran tahun 2015* yang membedakan adalah tempat dan waktu penelitian serta variabel yang digunakan, pada penelitian ini peneliti menggunakan variabel tentang evaluasi kinerja assembling tentang pengendalian ketidaklengkapan dokumen rekam medis.

2. Untuk penelitian ke-dua oleh Retno Mukti yang berjudul *Analisa Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) Di RSUD Sunan Kalijaga Demak Periode Triwulan I Tahun 2013* yang membedakan adalah waktu dan tempat penelitian serta variabel yang digunakan yaitu tentang kelengkapan dokumen rekam medis yang berpengaruh terhadap alur pengendalian dokumen rekam medis.
3. Penelitian ke-tiga oleh Andi Kristianto yang berjudul *Tinjauan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Berdasarkan Elemen Penilaian Standar JCI (Joint Commission International) di bangsal Rajawali 4B RSUP Dr.Kariadi Semarang triwulan I tahun 2015* yang membedakan dalam penelitian ini juga waktu dan tempat penelitian serta variabel yang digubakan yaitu hampir sama dengan penelitian Retno Mukti tentang kelengkapan dokumen rekam medis, namun dalam penelitian ini berdasarkan penilaian elemen standar JCI (*Joint Commission International*).
4. Penelitian ke-empat oleh Yuliani Tamo Ina dengan judul *Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Penyerahan Dokumen Rekam Medis Dari Rawat Inap ke Bagian Filing di Rumah Sakit Panti Wilasa Dr.Cipto Semarang Periode 2013* yang membedakan dengan penelitian ini adalah waktu dan tempat pelaksanaan penelitian serta variabel yang digunakan yaitu pelaksanaan prosedur penyerahan dokumen rekam medis ke filing yang berhubungan dengan alur pengendalian dokumen rekam medis.

5. Penelitian terakhir oleh Aisah Pahlevi yang berjudul *Analisis Kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus TBC Paru di RSUD Ungaran periode triwulan 1 tahun 2015* dan yang membedakan dengan penelitian ini adalah waktu dan tempat penelitian serta variabel yang digunakan yaitu tentang analisa kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis rawat inap yang berhubungan dengan kelengkapan dokumen rekam medis.