



**ANALISIS KELENGKAPAN PENGISIAN DOKUMEN REKAM  
MEDIS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA  
SEMARANG PADA PERIODE BULAN MEI 2013**

**ARTIKEL**

**Disusun**

**Oleh:**

**Mhammad Chairul Ulum**

**NIM : D22.2010.00986**

**PROGRAM STUDI DIII REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS DIAN NUSWANTORO**

**SEMARANG**

**2013**

**ANALISIS KELENGKAPAN PENGISIAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP DI  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG PADA PERIODE BULAN MEI 2013**

**Wijayanti \*) , Jaka Prasetya, S.Kep \*\*)**

\*) Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

\*\* ) Dosen Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula I No 5-11 Semarang

E-mail: [irul.ulum@yail.com](mailto:irul.ulum@yail.com)

**ABSTRAK**

**Background.** *In running services health Hospital Semarang Bhyangkara Semarang been using SOP. Control officer incompleteness in Bhayangkara Semarang by assembling with a time limit 2x24 hours maximum 7x24 hours.*

**Method.** *The research methodology used is descriptive research is one method of research conducted with the main objective to create a snapshot of a situation objectively . To 2 variables which includes a study 4 review; ( A ) review covers identity , medical record number , name , sex, age, religion , address ( B ) review records include , clinical history record form ( C ) reporting review includes , date of visit poly intended , diagnosis , diagnose and treatment ( D ) review autentivikasi covers , doctor's name and signature of the doctor .*

**Result.** *The results in the medical record documents in the hospital inpatient Bhayangkara semarang in May of 2013 of 239 medical records were examined documents 45 documents are not complete and 194 incomplete documents.*

**Sugesstions.** *Suggestions in the medical record that the charging document , preferably procedures governing permanent medical record documents must be socialized by the director of the hospital back to the officer who handles documents related medical records in order to avoid the buildup of incomplete documents in assembling .*

**Keywords:** *Quality assurance, quantitative analysis, filing*

## **PENDAHULUAN**

Rumah sakit merupakan tempat rujukan kesehatan yang melayani pasien rawat jalan, rawat darurat dan rawat inap dengan berbagai jenis pelayanan medis dan penunjang medis dalam satu sistem pelayanan rumah sakit. Melayani pasien merupakan salah satu bentuk pelayanan rumah sakit tersebut, maka terkena kewajiban menyelenggarakan pelayanan Rekam Medis (RM). Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.<sup>(1)</sup>

Rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bila mana dan bagaimana pelayanan yang diberikan pada pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosa dan pengobatan serta merekam hasilnya. Keterangan dan catatan tentang pasien harus lengkap diantaranya yaitu identitas pribadi, identitas sosial dan semua keterangan yang menjelaskan tentang pasien tersebut.

Pencatatan recording merupakan pendokumentasian segala informasi kedalam berkas pasien itu sendiri maupun dibuku catatan masing-masing unit rumah sakit. Rekam Medis pada dasarnya merupakan informasi medis dari seorang pasien yang bersumber dan dicatata atau direkam oleh para tenaga kesehatan di rumah sakit. Informasi tersebut akan dijadikan dasar didalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan lainnya yang diberikan kepada pasien. Jadi rekam medis bukan hanya sebagai catatan atau keterangan tertulis, tetapi lebih bermakna sebagai dokumen medis karena dokumen mempunyai makna yang lebih luas dari sekedar catatan.

Bidang rekam medis merupakan salah satu instalasi yang ada di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang yang berfungsi mendukung proses pelayanan medis di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang adapun kegiatan yang dilaksanakan salah satunya yaitu pengumpulan data dan pengolahan data rekam medis yang bertugas dalam sistem kerja pengolahan data rekam medis dari sensus harian, assembling, coding, indeksing dan analising reporting yang semuanya berfokus didalam pemberian pelayanan dan penyajian data informasi bagi pihak internal dan external Rumah Sakit Bhayangkara Semarang sendiri.

Dari hasil pengamatan, pada bulan Mei 2013 di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang pada bagian assembling dalam pelaksanaan tugasnya di peroleh data dokumen rekam medis rawat inap yang masih menumpuk dibagian assembling sampai satu bulan dan masih kosong yang meliputi, pengisian tanggal periksa, pengisian anamnesa, pengisian diagnosa, terapi dan tanda tangan dokter.

Selain terjadi ketidaklengkapan dalam pengisian formulir, petugas bagian rawat inap sering melakukan kesalahan dalam pengisian data pasien rawat inap kedalam item formulir, yaitu pada pengisian alamat pasien dan pada pengisian pangkat jabatan atau kesatuan suami atau orang tua pasien. Sehingga setiap hari terlihat dokumen rekam medis rawat inap yang menumpuk untuk dilengkapi pengisian formulir rekam medis rawat inap.

Berdasarkan latar belakang diatas penulisan tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “ **ANALISIS KELENGKAPAN PENGISIAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG PADA PERIODE BULAN MEI 2013.**

#### **METODE PENELITIAN.**

penelitian ini adalah deskriptif, yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif<sup>(8)</sup>. Metode yang digunakan adalah wawancara dan observasi. Variable pada penelitian ini adalah :

1. Review Identifikasi Dokumen Rekam Rawat Inap Pada Periode Bulan Mei 2013
2. Review Pelaporan Dokumen Rekam Rawat Inap Pada Periode Bulan Mei 2013
3. Review Autentifikasi Dokumen Rekam Rawat Inap Pada Periode Bulan Mei 2013
4. Review Pencatatan Dokumen Rekam Rawat Inap Pada Periode Bulan Mei 2013

Populasi yang diamati yaitu jumlah Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Pada Periode Bulan Mei 2013 yaitu

sebanyak 239 DRM Instrumen yang digunakan yaitu tabel check list untuk memasukkan angka-angka yang digunakan untuk mengetahui lengkap tidaknya pengisian berkas Rekam Medis. Pengolahan data dilakukan secara bertahap, yaitu pengumpulan data, *editing, tabulating*, penyajian data. Analisa yang digunakan yaitu analisa deskriptif.

## HASIL PENELITIAN

TABEL 4.1  
ANALISIS KUANTITATIF REVIEW IDENTIFIKASI DRM-RI  
RS BHAYANGKARA SEMARANG  
PADA BULAN MEI 2013

BANGSAL	L		TL		TOTAL
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	
Cendana	23	82%	5	17%	28
Flamboyan Mawar	114	93%	8	7%	122
Melati	18	94%	1	5%	19
Seruni	61	87%	9	13%	70
<b>TOTAL</b>	216	90%	23	10%	239

Dari hasil analisis kuantitatif menunjukkan untuk Review Identifikasi dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang dari 239 DRM yang diteliti diperoleh 216 (90%) lengkap dan 23 (10%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan paling banyak terdapat pada butir pengisian alamat pasien dan paling banyak ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis dilakukan oleh bangsal seruni sebanyak 9 (13%) DRM. disebabkan karena petugas belum tahu arti penting dari kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien.

TABEL 4.2  
 ANALISIS KUANTITATIF REVIEW PELAPORAN DRM-RI  
 RS BHAYANGKARA SEMARANG  
 PADA BULAN MEI 2013

BANGSAL	L		TL		TOTAL
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	
Cendana	18	64%	10	36%	28
Flamboyan Mawar	113	93%	9	7%	122
Melati	18	95%	1	5%	19
Seruni	56	80%	14	20%	70
<b>TOTAL</b>	205	85%	34	14%	239

Dari hasil analisis kuantitatif menunjukkan untuk Review Pelaporan dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang dari 239 DRM yang diteliti diperoleh 205 (85%) lengkap dan 34 (14%) tidak lengkap yaitu pada RM 1. Ketidaklengkapan paling banyak terdapat pada diagnosa utama dan paling banyak ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis dilakukan oleh bangsal seruni sebanyak 14 (20%) DRM. disebabkan karena petugas medis yang terkait belum tahu arti penting dari kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien.

TABEL 4.3  
 ANALISIS KUANTITATIF REVIEW AUTENTIFIKASI DRM-RI  
 RS BHAYANGKARA SEMARANG  
 PADA BULAN MEI 2013

BANGSAL	L		TL		TOTAL
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	
Cendana	23	82%	5	17%	28
Flamboyan Mawar	119	98%	3	2%	122
Melati	18	95%	1	5%	19
Seruni	65	93%	5	7%	70
<b>TOTAL</b>	225	94%	14	6%	239

Dari hasil analisis kuantitatif menunjukkan untuk Review Autentifikasi dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang dari 239 DRM yang diteliti diperoleh 225 (94%) lengkap dan 14 (6%) tidak lengkap yaitu pada RM 8 (resume keperawatan pasien pulang meninggal) dan paling banyak ketidaklengkapan pada pengisian dokumen rekam medis dilakukan oleh bangsal cendana sebanyak 5 (17%) dan seruni sebanyak 5 (7%), ketidaklengkapan terjadi pada tidak diisinya tanda tangan dan nama terang petugas yang merawat. Hal ini di sebabkan karena kesibukan dokter maupun perawat yang tidak mengetahui arti pentingnya dari kelengkapan dokumen rekam medis.

TABEL 4.4  
 ANALISIS KUANTITATIF REVIEW PENCATATAN DRM-RI  
 RS BHAYANGKARA SEMARANG  
 PADA BULAN MEI 2013

BANGSAL	L		TL		TOTAL
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	
Cendana	18	64%	10	35%	28
Flamboyan Mawar	107	88%	15	12%	122
Melati	18	95%	1	5%	19
Seruni	56	80%	14	20%	70
<b>TOTAL</b>	199	83%	40	16%	239

Dari hasil analisis kuantitatif menunjukkan untuk Review Pencatatan dokumen rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang dari 239 DRM yang diteliti diperoleh 199 (83%) penulisan yang sudah baik dan 40 (16%) penulisan yang belum baik yaitu pada penulisan diagnosa utama, nama terang dokter pada RM 1 dan penulisan keterangan anamnesa, keterangan diagnosa penunjang dan tanda tangan dokter pada RM 2.

## PEMBAHASAN

### 1. Review Identifikasi

Analisa kuantitatif dimulai dengan memeriksa setiap lembar RM menurut Huffman, bahwa identitas pasien paling tidak nama, dan No RM kalau suatu halaman tidak mempunyai identitas maka halaman ini harus direview. Untuk memastikan apakah ia milik pasien yang rekam medisnya sedang dianalisa atau bukan. Dengan terisinya semua item identifikasi akan lebih mudah untuk menemukan kembali berkas pasien. Apabila ada yang tercecer dan merupakan hal yang penting untuk kesinambungan informasi pasien serta kepemilikan isi dokumen rekam medis tersebut.

Dari 239 DRM yang diteliti ternyata untuk review identifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat butir data yang masih belum lengkap yaitu pada RM 1 dan pada bagian umur, jenis kelamin dan alamat pasien. Dari hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 216 (90%) lengkap dan 23 (10%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan paling banyak terdapat pada butir pengisian alamat pasien dan paling banyak ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis dilakukan oleh bangsal seruni sebanyak 9 (13%) DRM. Dan pada review identifikasi ini apabila dokumen rekam medis tidak lengkap maka akan menyebabkan ketidaksinambungan informasi pasien serta kepemilikan isi dokumen rekam medis tersebut.

## 2. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 239 dokumen rekam medis yang diteliti terdapat butir data yang masih belum lengkap yaitu pada bagian diagnosa utama, laporan tindakan operasi, dan laporan keadaan keluar. Dari hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 205 (85%) yang lengkap dan 34 (14%) tidak lengkap yaitu pada RM 1. Ketidaklengkapan paling banyak terdapat pada diagnosa utama dan paling banyak ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam dilakukan oleh bangsal seruni sebanyak 14 (20%) DRM. Penulisan diagnosa itu sangat penting karena sebagai dasar untuk menentukan perhitungan biaya pembayaran, kesinambungan informasi medis dari penelitian. Jika diagnose tidak diisi maka akan menghambat klaim asuransi, terutama pada pasien jamkesmas yang harus membutuhkan keakuratan kode dari diagnosa yang diberikan.

Berdasarkan teori kelengkapan pengisian pada item pelaporan mempunyai arti penting karena dapat dijadikan informasi tentang perjalanan penyakit pasien di rumah sakit yang meliputi riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, observasi klinis dan kesimpulan pada akhir perawatan serta keterangan diagnosa akhir. Menurut Huffman EK, review pelaporan merupakan prosedur analisa kuantitatif yang harus menegaskan laporan mana yang dilakukan, kapan dan keadaan yang bagaimana jika sewaktu-waktu ada pasien yang meras telah di malpraktek pihak rumah sakit bisa menunjukkan dokumen rekam medis yang merupakan bukti tindakan apa saja yang dilakukan dan merupakan bukti hukum.<sup>(11)</sup>

### 3. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 239 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap terdapat 225 (94%) yang lengkap dan 14 (6%) tidak lengkap yaitu pada RM 8 (resume keperawatan pasien pulang meninggal) dan paling banyak ketidaklengkapan pada pengisian dokumen rekam medis dilakukan oleh bangsal cendana dan seruni, ketidaklengkapan terjadi pada tidak diisinya tanda tangan dan nama terang petugas yang merawat. Padahal tanda tangan petugas perawat sangatlah penting untuk mengetahui siapa perawat yang menangani pasien pada saat pasien dirawat serta pertanggung jawaban dari petugas perawat. Apabila tanda tangan dokter tidak diisi maka dapat berakibat tidak diketahuinya siapa petugas perawat yang melakukan tindakan perawatan pada pasien selama dirawat serta tidak bisa meminta pertanggung jawaban dari petugas perawat tersebut. Dari hasil observasi dan wawancara dengan petugas rekam medis bagian assembling bahwa hal ini disebabkan karena kesibukan dokter maupun perawat yang tidak mengetahui arti pentingnya dari kelengkapan dokumen rekam medis.

Apabila dalam review autentifikasi hanya menulis nama atau tanda tangan dokter saja, hal ini mencakup aspek legalitas yang tidak akurat dan tidak biasa dijadikan bahan bukti pertanggung jawaban bila sewaktu-waktu digunakan sebagai bahan perkara hukum apabila rumah sakit mendapat tuntutan dari keluarga pasien.

Berdasarkan teori apabila hanya tanda tangan dokter saja yang diisi dan tidak tercantum nama dokter yang merawat maka sulit untuk mengetahui siapa dokter yang bertanggung jawab, karena nama terang dan tanda tangan dokter menunjukkan aspek legalitas yakni sebagai bukti pertanggung jawaban bila sewaktu-waktu digunakan sebagai bahan bukti perkara hukum.<sup>(12)</sup>

### 4. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 239 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap terdapat 199 (83%) yang baik dan 40 (16%) belum baik yaitu pada penulisan diagnosa utama, nama terang dokter pada RM 1 dan penulisan keterangan anamnesa, keterangan diagnosa penunjang dan tanda tangan dokter pada RM 2.

Berdasarkan teori entri harus selalu dilakukan dengan cara pencatatan yang baik. Sementara analisa kuantitatif tidak biasa memecahkan masalah tentang isi yang tidak terbaca atau tidak lengkap, karena ia bias digunakan untuk mengkode diagnosa penyakit. Apabila pencatatannya tidak dapat dibaca maka petugas koding tidak biasa mengkode diagnosa penyakit yang diderita oleh pasien.<sup>(12)</sup>

#### 5. DMR (*Delinquent Medical Record*)

Hasil akhir dari analisa kuantitatif rawat inap di rumah sakit Bhayangkara Semarang berdasarkan review (identifikasi, pelaporan, autentifikasi, pencatatan) dari 239 DRM yang diteliti terdapat 45 DRM yang tidak lengkap sehingga ditemukan DMR (*Delinquent Medical Record*) sebesar (18%).

### **KESIMPULAN**

#### 1. Review Identifikasi

Dari 239 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti ternyata untuk review identifikasi terdapat dokumen lengkap 216 (90%) dan tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap sebanyak 23 (10%).

#### 2. Review Pelaporan

Dari 239 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti ternyata untuk review pelaporan terdapat dokumen lengkap 205 (85%) dan tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap sebanyak 34 (14%).

#### 3. Review Autentifikasi

Dari 239 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti ternyata untuk review autentifikasi terdapat dokumen lengkap 225 (94%) dan tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap sebanyak 14 (6%).

#### 4. Review Pencatatan

Dari 239 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti ternyata untuk review pencatatan terdapat dokumen lengkap 199 (83%) dan tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap sebanyak 40 (16%)

#### 5. DMR (*Delinquent Medical Record*)

Berdasarkan analisa penelitian dokumen rekam medis rawat inap yang meliputi review identifikasi, pelaporan, autentifikasi dan pencatatan dari 239 DRM yang diteliti terdapat 194 dokumen rekam medis yang lengkap dan 45 tidak lengkap.

Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada dokumen rekam medis rawat inap masih banyak tingkat kebandelannya. Hal ini disebabkan karena petugas belum tahu arti penting dari kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dan cara pengisiannya berdasarkan analisa kuantitatif.

## **SARAN**

1. Saran Bagi Manajemen Rumah Sakit
  - a. Mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga medis lainnya agar melengkapi dokumen rekam medis secara lengkap dan benar setelah melakukan tindakan atau pemeriksaan.
  - b. Memberikan reward kepada karyawan yang sudah melakukan pengisian dokumen rekam medis dengan lengkap dan benar berupa uang pembinaan terhadap karyawan tersebut.
2. Saran untuk semua petugas yang bertanggung jawab terhadap pengisian dokumen rekam medis pasien.
  - a. Pada review pencatatan sebaiknya diisi secara lengkap pada formulir rekam medis rawat inap, sehingga informasi tentang riwayat pemeriksaan pasien seperti, diagnosa utama, anamnesa, alamat, jenis kelamin dan tindakan keperawatan dapat diketahui dengan jelas.
  - b. Dalam proses kelengkapan di butuhkan kerjasama antara pihak URM dan para dokter atau tenaga medis lain dalam hal pengisian secara lengkap terhadap dokumen rekam medis pasien, guna meningkatkan kelengkapan pada dokumen rekam medis pasien.

