

KELENGKAPAN PENGISIAN DOKUMEN REKAM MEDIS PENYAKIT *HERNIA* DENGAN METODE ANALISIS KUANTITATIF

Bima Yunus Dzulhanto
STIKes Mitra Husada Karanganyar
Email: bimayunusd21@gmail.com

ABSTRACT

Based on the result of preliminary survey of patient of diagnosis of Hernia done in RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri In the initial survey of 10 documents of medical record of diagnosis of Hernia found the incompleteness in physician name and signature authentication is 3 (30%) complete while 7 (70%) Is not yet fully loaded. The purpose of this research is to know the completeness of filling patient identification, important reporting, authentication and recording document documentation technique of Hernia patient patient. The type of research is descriptive with retrospective approach. The population is Hernia medical record document that amounted to 217 period of year 2016 with big sample of 43 document with sampling technique using simple random sampling, research instrument using checklist and interview guide, observation data collection and unstructured interview and descriptive data analysis. The results of the study showed that the highest incidence of identification of patients by name as much as 20 (46.51%) and age 21 (48.84%) were on the integrated patient record form, while the medical record number was 22 (51,16%) On the inpatient statement form, the highest incomplete reporting report 1 (2.33%) is found on the operational and anesthesia report form, the highest incompleteness authentication review based on the name of the doctor / nurse of 20 (46.51%) is on the summary form Nursing and based on the highest incompleteness physician / nurse signature as much as 16 (37.21%) are found on the laboratory results form, the review of the highest incorrect recording technique is clear that 9 (20.93%) are found on the nursing care summary form, incorrect The highest error correction of 15 (34.88%) is on the integrated patient development records form And fixed line assignments are not done correctly as much as 41 (95.35%) are on the incoming and outgoing summary forms. Based on the result of research, it is suggested that assembling officers should maximize the use of medical record filling sheet to minimize unfilled documents.

Keywords : *Completeness of Filling, Hernia Patients*

ABSTRAK

Berdasarkan hasil survei pendahuluan pasien diagnosis *Hernia* yang dilakukan di RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso Wonogiri Dalam survey awal terhadap 10 dokumen rekam medis diagnosa *Hernia* ditemukan ketidaklengkapan pada review autentikasi nama dan tanda tangan dokter yaitu 3 (30%) terisi lengkap sedangkan 7 (70%) belum terisi lengkap. Tujuan penelitian adalah mengetahui kelengkapan pengisian identifikasi pasien, pelaporan penting, autentifikasi dan teknik pencatatan dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *Hernia*. Jenis penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Populasi adalah dokumen rekam medis *Hernia* yang berjumlah 217 periode tahun 2016 dengan besar sampel sebanyak 43 dokumen dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*, Instrumen penelitian menggunakan *checklist* dan pedoman wawancara, pengumpulan data secara observasi dan wawancara tidak terstruktur dan Analisis data secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *review* identifikasi pasien ketidaklengkapan tertinggi berdasarkan nama sebanyak 20 (46,51%) dan umur sebanyak 21 (48,84%) terdapat pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi, sedangkan nomor rekam medis sebanyak 22 (51,16%) terdapat pada formulir surat pernyataan rawat inap, *review* pelaporan penting ketidaklengkapan tertinggi sebanyak 1 (2,33%) terdapat pada formulir laporan operasi dan anastesi, *review* autentikasi ketidaklengkapan berdasarkan nama dokter/perawat tertinggi sebanyak 20 (46,51%) terdapat pada formulir ringkasan asuhan keperawatan dan berdasarkan tanda tangan dokter/ perawat ketidaklengkapan tertinggi sebanyak 16 (37,21%) terdapat pada formulir hasil laboratorium, *review* teknik pencatatan yang tidak benar tertinggi jelas

terbaca sebanyak 9 (20,93%) terdapat pada formulir ringkasan asuhan keperawatan, tidak benar pembetulan kesalahan tertinggi sebanyak 15 (34,88%) terdapat pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi dan pemberian garis tetap tidak dilakukan dengan benar sebanyak 41 (95,35%) terdapat pada formulir ringkasan masuk dan keluar. Berdasarkan hasil penelitian, disarankan sebaiknya petugas *assembling* lebih memaksimalkan penggunaan lembar kelengkapan pengisian catatan medis agar dapat meminimalisir dokumen yang tidak terisi.

Kata kunci : Kelengkapan Pengisian, Pasien Hernia

PENDAHULUAN

Berdasarkan PerMenKes 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.

Menurut Sudra (2013) Analisis kuantitatif dokumen rekam medis adalah telaah atau review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pencatatan rekam medis. Terdapat 5 *Review* kelengkapan yaitu : review teknik pencatatan, review autentikasi, review pelaporan yang dibutuhkan, review kelengkapan identitas pasien, review kelengkapan lembar formulir sesuai kasus.

Dalam survei awal terhadap 10 dokumen rekam medis diagnosa *Hernia* pada formulir laboratorium ditemukan ketidaklengkapan pada review autentikasi nama dan tanda tangan dokter yaitu 3 (30%) terisi lengkap sedangkan 7 (70%) belum terisi lengkap. Hal ini akan menyebabkan berkurangnya mutu pelayanan dan terhambatnya pelayanan kepada pasien apabila pengisian pada dokumen tidak lengkap. Berdasarkan latar belakang diatas, maka perlu dilakukan penelitian dengan judul "Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Penyakit *Hernia* Dengan Metode Analisis Kuantitatif di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri". Tujuan umum penelitian Untuk mengetahui kelengkapan pengisian dokumen rekam medis penyakit *Hernia* dengan metode analisis kuantitatif di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

METODE

Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Pendekatan penelitian ini adalah *retrospektif* dimana dalam penelitian ini menggunakan data lampau pada periode tahun 2016. Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri, pengambilan data dilaksanakan pada bulan Maret 2017. Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis *Hernia* 217 dokumen rekam medis pada periode tahun 2016. Besar sampel ditentukan dengan mengambil 20% dari total populasi, teknik pengambilan sampel dengan *sistematis non random* jadi besar sampel yang digunakan yaitu 43 dokumen rekam medis dengan mengambil 20% dari 217 populasi kasus *hernia* pasien rawat inap tahun 2016 di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data dengan menggunakan *Chek list*. Cara pengumpulan data dengan melakukan observasi dan wawancara tidak terstruktur dengan memberikan pertanyaan kepada petugas *assembling* untuk mengetahui faktor yang menyebabkan terjadinya ketidaklengkapan dokumen rekam medis pasien penyakit *Hernia*. Teknik pengolahan yaitu *Collecting* (pengumpulan), *Editing*, *Klasifikasi*, *Tabulating* dan *Penyajian* data. Analisis yang digunakan analisis diskriptif cara menguraikan atau memaparkan hasil penelitian mengenai kelengkapan isi pada dokumen rekam medis dengan penyakit *Hernia* yang di analisis berdasarkan teori yang telah dikemukakan dalam tinjauan pustaka tanpa melakukan uji statistik.

HASIL

1. Kelengkapan Identitas Pasien

- a. Kelengkapan identitas pasien berdasarkan nama pasien

Tabel 1. Kelengkapan identitas pasien berdasarkan nama pasien

No	Jenis Formulir	Terisi		Tidak Terisi		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	43	100	0	-	43	100
2.	Resum Pasien Pulang	41	95,35	2	4,65	43	100
3.	Grafik Vital Sign	43	100	0	-	43	100
4.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	23	53,49	20	46,51	43	100
5.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	39	90,70	4	9,30	43	100
6.	Hasil Laboratorium	43	100	0	-	43	100
7.	Surat Persetujuan Tindakan Medis	43	100	0	-	43	100
8.	Laporan Operasi	41	95,35	2	4,65	43	100
9.	Laporan Anastesi	42	97,67	1	2,33	43	100
10.	Surat Pernyataan Rawat Inap	39	90,70	4	9,30	43	100

Persentase tertinggi tingkat kelengkapan pengisian identitas pasien berdasarkan nama pasien terdapat pada formulir Ringkasan masuk keluar, grafik vital sign, hasil laboratorium dan surat persetujuan tindakan medis sebanyak 43

dokumen rekam medis (100%). Dan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 20 dokumen rekam medis (46,51%).

- b. Kelengkapan identitas pasien berdasarkan nomor RM

Tabel 2. Kelengkapan identitas pasien berdasarkan nomor RM

No	Jenis Formulir	Terisi		Tidak Terisi		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	43	100	0	-	43	100
2.	Resum Pasien Pulang	41	95,35	2	4,65	43	100
3.	Grafik Vital Sign	41	95,35	2	4,65	43	100
4.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	26	60,47	17	39,53	43	100
5.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	39	90,70	4	9,30	43	100
6.	Hasil Laboratorium	43	100	0	-	43	100
7.	Surat Persetujuan Tindakan Medis	39	90,70	4	9,30	43	100
8.	Laporan Operasi	41	95,35	2	4,65	43	100
9.	Laporan Anastesi	42	97,67	1	2,33	43	100
10.	Surat Pernyataan Rawat Inap	21	48,84	22	51,16	43	100

Persentase tertinggi tingkat kelengkapan pengisian identitas pasien berdasarkan nomor RM terdapat pada formulir ringkasan masuk keluar dan hasil laboratorium sebanyak 43

dokumen rekam medis (100%). Dan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir Surat Pernyataan Rawat Inap sebanyak 22 dokumen rekam medis (51,16%).

- c. Kelengkapan identitas pasien berdasarkan umur

Tabel 3. Kelengkapan identitas pasien berdasarkan umur

No	Jenis Formulir	Terisi		Tidak Terisi		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	43	100	0	-	43	100
2.	Resume Pasien Pulang	41	95,35	2	4,65	43	100

3.	Grafik Vital Sign	42	97,67	1	2,33	43	100
4.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	22	51,16	21	48,84	43	100
5.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	39	90,70	4	9,30	43	100
6.	Hasil Laboratorium	43	100	0	-	43	100
7.	Surat Persetujuan Tindakan Medis	43	100	0	-	43	100
8.	Laporan Operasi	41	95,35	2	4,65	43	100
9.	Laporan Anastesi	41	95,35	2	4,65	43	100
10.	Surat Pernyataan Rawat Inap	42	97,67	1	2,33	43	100

Persentase tertinggi tingkat kelengkapan pengisian identitas pasien berdasarkan umur terdapat pada formulir ringkasan masuk keluar, hasil laboratorium, dan surat persetujuan tindakan medis sebanyak 43 dokumen rekam medis (100%). Dan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir Catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 21 dokumen rekam medis (48,84%).

2. Kelengkapan Pengisian Laporan atau Catatan Penting Berdasarkan Formulir

Tabel 4. Kelengkapan pengisian laporan atau catatan penting berdasarkan formulir

No	Jenis Formulir	Ada		Tidak Ada		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	43	100	0	-	43	100
2.	Resum Pasien Pulang	43	100	0	-	43	100
3.	Grafik Vital Sign	43	100	0	-	43	100
4.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	43	100	0	-	43	100
5.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	43	100	0	-	43	100
6.	Hasil Laboratorium	43	100	0	-	43	100
7.	Surat Persetujuan Tindakan Medis	43	100	0	-	43	100
8.	Laporan Operasi	42	97,67	1	2,33	43	100
9.	Laporan Anastesi	42	97,67	1	2,33	43	100
10.	Surat Pernyataan Rawat Inap	43	100	0	-	43	100

Persentase tertinggi tingkat kelengkapan formulir pelaporan penting terdapat pada formulir ringkasan masuk keluar, resume pasien pulang, grafik vital sign, catatan perkembangan pasien terintegrasi, ringkasan asuhan keperawatan, hasil laboratorium, surat persetujuan tindakan medis, surat pernyataan rawat inap sebanyak 43 dokumen rekam medis (100%). Dan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir laporan operasi dan laporan anastesi sebanyak 1 dokumen rekam medis (2,33%).

3. Kelengkapan Pengisian Aumentikasi

a. Kelengkapan Pengisian Aumentikasi

Tabel 5. Kelengkapan autentikasi berdasarkan nama Dokter / perawat

No	Jenis Formulir	Terisi		Tidak Terisi		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	40	93,02	3	6,98	43	100
2.	Resume Pasien Pulang	41	95,34	2	4,65	43	100
3.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	42	97,67	1	2,33	43	100
4.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	23	53,49	20	46,51	43	100
5.	Hasil Laboratorium	42	97,67	1	2,33	43	100
6.	Surat Persetujuan Tindakan Medis	37	86,05	6	13,95	43	100

7.	Laporan Operasi	41	95,35	2	4,65	43	100
8.	Laporan Anastesi	40	93,02	3	6,98	43	100
9.	Surat Pernyataan Rawat Inap	37	86,05	6	13,95	43	100

Persentase tertinggi tingkat kelengkapan pengisian autentikasi berdasarkan nama dokter / perawat terdapat pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi dan hasil laboratorium sebanyak 42 dokumen rekam

medis (97,67%). Dan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir ringkasan asuhan keperawatan sebanyak 20 dokumen rekam medis (46,51%).

b. Kelengkapan pengisian autentikasi

Tabel 6. Kelengkapan autentikasi berdasarkan tanda tangan Dokter / perawat

No	Jenis Formulir	Terisi		Tidak Terisi		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	40	93,02	3	6,98	43	100
2.	Resum Pasien Pulang	43	100	0	-	43	100
3.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	42	97,67	1	2,33	43	100
4.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	29	67,44	14	32,56	43	100
5.	Hasil Laboratorium	27	62,79	16	37,21	43	100
6.	Surat Persetujuan Tindakan Medis	37	86,05	6	13,95	43	100
7.	Laporan Operasi	39	90,70	4	9,30	43	100
8.	Laporan Anastesi	33	76,74	10	23,26	43	100
9.	Surat Pernyataan Rawat Inap	42	97,67	1	2,33	43	100

persentase tertinggi tingkat kelengkapan pengisian autentikasi berdasarkan tanda tangan dokter / perawat terdapat pada formulir resume pasien pulang sebanyak 43 dokumen rekam

medis (100%). Dan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir hasil laboratorium sebanyak 16 dokumen rekam medis (37,21%).

4. Pencatatan atau Pendokumentasian

a. Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan jelas terbaca

Tabel. 7 pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan jelas terbaca

No	Jenis Formulir	Benar		Tidak Benar		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	41	95,35	2	4,65	43	100
2.	Resum Pasien Pulang	39	90,70	4	9,30	43	100
3.	Grafik Vital Sign	40	93,02	3	6,98	43	100
4.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	40	93,02	3	6,98	43	100
5.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	34	79,07	9	20,93	43	100
6.	Hasil Laboratorium	43	100	0	-	43	100
7.	Surat Persetujuan Tindakan Medis	43	100	0	-	43	100
8.	Laporan Operasi	36	83,72	7	16,28	43	100
9.	Laporan Anastesi	39	90,70	4	9,30	43	100
10.	Surat Pernyataan Rawat Inap	43	100	0	-	43	100

Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan jelas terbaca terdapat pada formulir hasil

laboratorium, surat persetujuan tindakan medis dan surat pernyataan rawat inap sebanyak 43 dokumen rekam medis (100%). Dan persentase

ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir ringkasan asuhan keperawatan sebanyak 9 dokumen rekam medis (20,93%).

b. Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan pembetulan kesalahan

Tabel. 8 Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan pembetulan kesalahan.

No	Jenis Formulir	Benar		Tidak Benar		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	39	90,70	4	9,30	43	100
2.	Resum Pasien Pulang	40	93,02	3	6,98	43	100
3.	Grafik Vital Sign	40	93,02	3	6,98	43	100
4.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	28	65,11	15	34,88	43	100
5.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	36	83,72	7	16,28	43	100
6.	Hasil Laboratorium	43	100	0	-	43	100
7.	Surat Persetujuan Tindakan Medis	41	95,35	2	4,65	43	100
8.	Laporan Operasi	35	81,40	8	18,60	43	100
9.	Laporan Anastesi	40	93,02	3	6,98	43	100
10.	Surat Pernyataan Rawat Inap	43	100	0	-	43	100

pencatatan atau pendokumentasian dilakukan dengan benar 43 (100%) terdapat pada formulir hasil laboratorium dan surat pernyataan rawat inap. Dan sedangkan pencatatan dilakukan dengan tidak benar tertinggi pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 15 (34,88%) dokumen rekam medis.

c. Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan pemberian garis tetap

Tabel. 9 Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan pemberian garis tetap

No	Jenis Formulir	Benar		Tidak Benar		Total	
		N	%	N	%	N	%
1.	Ringkasan Masuk Keluar	2	4,65	41	95,35	43	100
2.	Resum Pasien Pulang	12	27,9	31	72,1	43	100
3.	Catatan Perkembangan pasien terintegrasi	41	95,35	2	4,65	43	100
4.	Ringkasan Asuhan Keperawatan	15	34,88	28	65,12	43	100
5.	Surat Persetujuan Tindakan medis	35	81,39	8	18,10	43	100
6.	Laporan Operasi	15	34,88	28	65,12	43	100
7.	Laporan Anastesi	10	23,26	33	76,74	43	100
8.	Surat Pernyataan Rawat Inap	14	32,56	29	67,44	43	100

persentase tertinggi tingkat pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan pemberian garis tetap terdapat pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 41 dokumen rekam medis (95,35%). Dan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir ringkasan masuk keluar sebanyak 41 dokumen rekam medis (95,35%).

PEMBAHASAN

1. Kelengkapan Identitas Pasien

Berdasarkan : Nama Pasien

Menunjukkan bahwa jumlah persentase tertinggi tingkat kelengkapan pengisian

identitas pasien berdasarkan nama pasien terdapat pada formulir Ringkasan masuk keluar, grafik vital sign, hasil laboratorium dan surat persetujuan tindakan medis sebanyak 43 (100%) dokumen rekam medis. Menurut Sudra RI (2013) bahwa identitas pasien minimal

terdiri dari nama pasien dan nomor rekam medis. Identitas berfungsi apabila ada yang hilang atau tercecer maka petugas akan mudah untuk mengidentifikasinya. Persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 20 (46,51%) dokumen rekam medis. Berdasarkan wawancara dengan petugas *assembling*, ketidaklengkapan pengisian nama pasien disebabkan oleh petugas yang kurang teliti dalam pengisiannya dan petugas juga kehabisan label pendaftaran rawat inap yang harusnya ada pada formulir ringkasan masuk keluar, resume pasien pulang, grafik vital sign, catatan perkembangan pasien terintegrasi, ringkasan asuhan keperawatan, surat persetujuan tindakan medis, surat pernyataan rawat inap sedangkan untuk formulir laporan operasi dan laporan anastesi dari intasalisasi bedah sentral, tetapi pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi terdapat lebih dari 1 formulir yang harus diberi label atau ditulis manual sehingga ada formulir yang tidak kebagian label yang menyebabkan ketidaklengkapan. Hal ini belum sesuai dengan prosedur yang tercantum dalam SPO Nomor Dokumen 021/01/001 tentang meneliti kelengkapan dokumen review identifikasi rekam medis minimal nama pasien dan nomor rekam medis.

2. Kelengkapan Nomor Rekam Medis

Menunjukkan bahwa jumlah persentase tertinggi tingkat kelengkapan pengisian identitas pasien berdasarkan nomor RM terdapat pada formulir ringkasan masuk keluar dan hasil laboratorium sebanyak 43 (100%) dokumen rekam medis. Menurut Sudra RI (2013) yaitu setiap lembar berkas rekam medis wajib mencantumkan identitas pasien, minimal terdiri dari nama pasien dan nomor rekam medis.

Persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir Surat Pernyataan Rawat Inap sebanyak 22 (51,16%) dokumen rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *assembling* ketidaklengkapan pengisian nomor rekam medis dikarenakan ada yang ditulis manual dan kurang teliti saat pengisiannya sehingga pada item nomor rekam medis ada yang tidak terisi, sedangkan hal ini akan berdampak jika terdapat salah satu formulir yang lepas dari dokumen rekam medis maka petugas akan kesulitan melakukan identifikasi dan penggabungan ke dalam

dokumen rekam medis tersebut, sebab nomor rekam medis merupakan identitas khusus bagi pasien.

Kelengkapan Umur Pasien menunjukkan persentase ketidaklengkapan item umur tertinggi terdapat pada formulir Catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 21 (48,84%) dokumen rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *assembling* ketidaklengkapan pengisian umur pasien disebabkan karena kehabisan label dan diisi secara manual oleh petugas, karena kurang hati-hati terdapat item umur yang belum diisi. Hal tersebut belum sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis dengan target kelengkapan 100%. Item umur berfungsi untuk menggolongkan pasien ke poli yang akan dituju berdasarkan usianya. Menurut hasil penelitian Heriyanto (2011) menyatakan jika item umur tidak terisi akan berdampak terhadap kurangnya informasi yang dibutuhkan untuk pelayanan medis yang akan diberikan.

3. Kelengkapan Pengisian Pelaporan Penting Berdasarkan Jenis Formulir

Menunjukkan bahwa jumlah persentase tertinggi tingkat kelengkapan formulir pelaporan penting terdapat pada formulir terdapat pada ringkasan masuk keluar, resume pasien pulang, grafik vital sign, catatan perkembangan pasien terintegrasi, ringkasan asuhan keperawatan, hasil laboratorium, surat persetujuan tindakan medis, surat pernyataan rawat inap sebanyak 43 (100%) dokumen rekam medis. Dokumen rekam medis dengan kasus *Hernia* formulirnya sudah lengkap semua dan sudah sesuai dengan Sudra RI (2013) tentang *Review* kelengkapan lembar formulir yang menyatakan petugas melakukan pengecekan terhadap ada tidaknya lembar-lembar formulir rekam medis sesuai dengan kasus tiap pasien.

Persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir laporan operasi dan laporan anastesi sebanyak 1 (2,33%) dokumen rekam medis. Ketidaklengkapan tersebut dikarenakan formulir operasi dan anastesi dari Instalasi Bedah Sentral (IBS), dan setelah dilakukan operasi petugas Instalasi Bedah Sentral kurang teliti dalam memberi formulir sehingga ada 1 dokumen yang tidak lengkap pada formulir laporan operasi. Hal ini belum sesuai PerMenKes No269/Menkes/Per/III/2008 (Bab III tata penyelenggara) pasal 5: rekam medis sebagaimana di maksud pada ayat (1)

bahwa Laporan operasi keterangan tertulis di lembar formulir dalam rekam medis, yang diisi oleh dokter setelah melakukan tindakan bedah. Laporan operasi harus di isi dengan lengkap berdasarkan harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan.

4. Kelengkapan Pengisian Aumentikasi

Kelengkapan Nama Dokter / Perawat

Ketidakkelengkapan tertinggi terdapat pada formulir ringkasan asuhan keperawatan sebanyak 20 (46,51%) dokumen rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas assembling ketidakkelengkapan pengisian nama dokter / perawat disebabkan karena dokter berfokus pada diagnosis sehingga lupa mengisi kelengkapan item nama dokumen rekam medis. Hal ini belum sesuai dengan prosedur SPO Nomor Dokumen 021/01/001 tentang meneliti kelengkapan autentikasi minimal ada nama, tanda tangan, inisial dokter. Nama terang berfungsi untuk mengetahui dokter atau perawat yang menangani pasien, jika masih ditemukan maka dokter/perawat akan diberikan ceklist tidak lengkap dan setiap hari Rabu dibuat laporan jumlah ketidakkelengkapan kemudian diberikan kepada kepala RM agar dokter/perawat segera melengkapi dokumen rekam medis. Menurut hasil penelitian Wahyu (2011) menyatakan bahwa ketidakkelengkapan nama dokter akan berdampak pada dokumen rekam medis tidak bisa dijadikan bukti otentik di pengadilan.

Kelengkapan Tanda Tangan Dokter / Perawat

Persentase ketidakkelengkapan tertinggi terdapat pada formulir hasil laboratorium sebanyak 16 (37,21%) dokumen rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas assembling ketidakkelengkapan pengisian tanda tangan dokter / perawat kurang teliti dalam pengisiannya hal ini akan mengakibatkan petugas rekam medis kesulitan dalam menentukan dokter / perawat yang bertanggung jawab terhadap tindakan medis yang diberikan kepada pasien, menurut teori Sudra RI (2013) bahwa manfaat dan penggunaan rekam medis berdasarkan aspek legal, rekam medis digunakan sebagai bukti telah terjadinya proses pelayanan kesehatan. Rekam medis akan dihadirkan dalam proses persidangan untuk menyelesaikan kasus mediko-legal (kasus medis bermuatan hukum) guna menelusuri kembali kejadian suatu pelayanan kesehatan melalui runtutan "cerita" yang tercatat / terekam didalamnya. Itulah sebabnya maka

rekam medis harus segera dibuat setelah melakukan pelayanan kesehatan. Konsep "Tulis yang dilakukan dan lakukan yang ditulis" merupakan salah satu kunci agar rekam medis dapat melaksanakan fungsi legal / hukumnya.

5. Teknik Pencatatan atau Pendokumentasian

Berdasarkan analisis kelengkapan dokumen rekam medis di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri disebutkan bahwa kelengkapan dokumen rekam medis untuk *review* teknik pencatatan, dokter / perawat / bidan petugas medis / tenaga kesehatan lainnya harus menulis dokumen rekam medis dengan tepat, cermat, jelas dan benar. Kesalahan penulisan dapat diperbaiki saat itu juga dengan mencoret yang salah dan dibubuhi paraf, sedangkan penghapusan dengan cara apapun / cairan penghapus tidak diperbolehkan. Berikut hasil analisisnya:

Kelengkapan Pendokumentasian Penulisan Jelas Terbaca

Menunjukkan bahwa jumlah persentase benar tertinggi Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan jelas terbaca terdapat pada formulir hasil laboratorium, surat persetujuan tindakan medis dan surat pernyataan rawat inap sebanyak 43 (100%) dokumen rekam medis.

Persentase tidak benar tertinggi terdapat pada formulir ringkasan asuhan keperawatan sebanyak 9 (20,93%) dokumen rekam medis. Berdasarkan wawancara dengan petugas *assembling* hal ini terjadi karena belum adanya SPO rumah sakit yang mengatur penulisan jelas terbaca. Menurut Sudra RI (2013) bahwa *review* teknik pencatatan diantaranya memenuhi aspek-aspek antara lain tulisan harus bisa dibaca kembali dengan selayaknya dan tidak menimbulkan kesulitan atau bias persepsi tulisan harus ditulis dengan menggunakan tinta permanen dan berwarna hitam sehingga tidak mudah luntur atau hilang, penulisan hendaknya menggunakan istilah, singkatan, dan simbol yang baku, terdaftar dan terstandar sehingga, bisa dipahami dengan jelas dan pasti oleh pembaca.

Kelengkapan Pendokumentasian Pembetulan Kesalahan

Menunjukkan bahwa jumlah persentase benar tertinggi Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan pembetulan kesalahan terdapat pada formulir laporan

laboratorium dan surat pernyataan rawat inap sebanyak 43 (100%) dokumen rekam medis.

Persentase tidak benar tertinggi terdapat pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 15 (34,88%) dokumen rekam medis. Pembetulan kesalahan dikarenakan kurangnya sosialisasi kepada dokter/perawat tentang cara pembetulan pencatatan yang salah, yang tidak sesuai diantaranya menggunakan cairan penghapus untuk membetulkan, mencoret lebih dari satu garis pada tulisan yang salah sehingga tulisan tidak dapat dibaca dan tidak dibubuhi paraf saat melakukan pembetulan agar mudah ditelusuri siapa yang melakukan pembetulan tersebut. Hal ini belum sesuai dengan prosedur SPO Nomor Dokumen 021/01/001 tentang meneliti pencatatan tidak ada tipe-ex atau dihapus, ada paraf apabila ada perubahan. Menurut Sudra RI (2013) jika terjadi kesalahan tulisan maka untuk memperbaikinya tidak boleh menyebabkan tulisan yang salah tersebut hilang atau tidak terbaca lagi. Secara umum dianjurkan mencoret satu kali pada tulisan yang salah, menulis perbaikan di atas tulisan yang salah dan mencatumkan tanggal dan tanda tangan yang memperbaiki tulisan tersebut.

Kelengkapan Pendokumentasian Pemberian Garis Tetap

Menunjukkan bahwa jumlah persentase benar tertinggi Pencatatan atau pendokumentasian berdasarkan pemberian garis tetap terdapat pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 41 (95,35%) dokumen rekam medis.

Sedangkan persentase tidak benar tertinggi terdapat pada formulir ringkasan masuk keluar sebanyak 41 (95,35%) dokumen rekam medis. Kesalahan pemberian garis tetap ini terjadi karena dokter / perawat tidak memberikan garis tetap (-) pada item seperti jenis anastesi, infeksi nosokomial, gol darah, penyebab infeksi, transfusi darah, pengobatan radioterapi dan imunisasi yang diperoleh selama dirawat. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas assembling untuk ketidaktuntutan terjadi karena belum adanya SPO rumah sakit yang mengatur pemberian garis tetap. Menurut Sudra RI (2013) bahwa sisa area kosong pada baris, kolom atau halaman rekam medis dianjurkan untuk "ditutup" dengan tanda coretan garis tengah, horizontal, diagonal atau zigzag. Hal ini untuk mencegah agar tidak terjadi penambahan isi yang tidak semestinya.

SIMPULAN

1. Pengisian identifikasi pasien lengkap 100% (43) pada semua formulir DRM *Hernia* kecuali pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi sebanyak 20 (46,51%).
2. Pengisian pelaporan penting lengkap 100% (43) pada semua formulir DRM *Hernia* kecuali pada formulir laporan operasi dan laporan anastesi sebanyak 1 (2,33%).
3. Pengisian autentifikasi lengkap 20 (46,51%) pada formulir ringkasan asuhan keperawatan kecuali pada formulir hasil laboratorium sebanyak 16 (37,21%).
4. Pengisian pendokumentasian yang benar lengkap 100% (43) pada semua formulir DRM *Hernia* kecuali pada pemberian garis tetap tidak dilakukan secara benar terdapat pada formulir ringkasan masuk keluar 41 (95,35%).

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Peyelenggaraan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik. Revisi II. Jakarta.
- _____. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dorlands, WAN. 2012. *Kamus Saku Kedokteran Dorland*. Edisi 28. Jakarta : EGC.
- Heriyanto. 2011. *Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Carcinoma Mamae Pada Triwulan IV Tahun 2010 Di Unit Rawat Inap RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. [KTI]. Karanganyar: STIKes Mitra Husada Karanganyar.
- Notoatmodjo S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Sjamsuhidajat, R. Wim de Jong. 2011. *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Edisi Ketiga. Jakarta : EGC

Sudra RI. 2013. *Rekam Medis*. Jakarta :
Universitas Terbuka

Sugiyono. 2010. *Statistik Untuk Penelitian*.
Bandung: Alfabeta

Sujarwo T. 2011. *Analisis Kuantitatif Pada
Dokumen Rekam Medis Pasien
Laparotomy Di Unit Rawat Inap
Bangsal Dalam Rumah Sakit Umum*

*Daerah Kota Salatiga Periode Tahun
2010*. [KTI]. Karanganyar: STIKes
Mitra Husada Karanganyar.

Wahyuni. 2011. *Analisis Kuantitatif Dokumen
Rekam Medis Dengan Diagnosis
Tuberculosis Paru Triwulan I Tahun
2010 Di Unit Rawat Jalan BBKPM
Surakarta*. [KTI]. Karanganyar:
STIKes Mitra Husada Karanganyar.