



## **Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Di RS X di Kabupaten Klaten**

**Rezyana Budi Syahputri<sup>1\*</sup>, Rheni Haryanti<sup>1</sup>, Freshtasya Nora Putri Rohma<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Program Studi Administrasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan dan Teknologi, Universitas Muhammadiyah Klaten

*rezyanabs@umkla.ac.id, rheni@umkla.ac.id*

---

### **Keywords:**

*Medical records,  
Completeness,  
Inpatient Care,  
Hospital,*

---

### **ABSTRACT**

*One of the essential support services in hospitals is the completeness of medical records. The ability to properly maintain medical records facilitates healthcare providers in conducting patient treatments and interventions, while also serving as a valuable information source for hospital management in evaluating and developing healthcare services. However, common issues in medical record documentation include incomplete entries and physicians' insufficient specificity in documenting diagnoses. The aim of this study is to describe the medical records of inpatients at RS X Kabupaten Klaten. This research analyzes the completeness of medical record files at RS X Kabupaten Klaten. A quantitative study was conducted on 98 medical record files by reviewing four components. The results show varying levels of completeness, with some components reaching 100% (such as demographic data), while the lowest was 25.5% (ICD9CM procedures). Critical components like Diet (25.5%) indicate areas in need of improvement. The readability of medical records reached 94.9%. This study identifies areas that require enhancement and suggests strategies such as staff training, routine audits, standardized formats, and the implementation of electronic medical records. Improving the completeness of medical records is expected to enhance patient care quality and hospital operational efficiency.*

---

### **Kata Kunci**

*Rekam medis,  
Kelengkapan,  
Rawat inap,  
Rumah sakit,*

---

### **ABSTRAK**

Salah satu pelayanan penunjang di rumah sakit adalah kelengkapan rekam medis. Kemampuan untuk mengisi berkas rekam medis dapat memudahkan tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan atau pengobatan pasien dan juga dapat berfungsi sebagai sumber informasi yang berguna bagi manajemen rumah sakit untuk menentukan evaluasi dan pengembangan pelayanan kesehatan. Namun, salah satu masalah yang sering terjadi saat mengisi rekam medis adalah pengisian yang tidak lengkap dan penulisan dokter yang tidak cukup spesifik tentang diagnosa yang diberikan. Tujuan untuk mengetahui gambaran rekam medis pasien rawat inap di RS X Kabupaten Klaten. Penelitian ini menganalisis kelengkapan pengisian berkas rekam medis di RS X Kabupaten Klaten. Studi kuantitatif dilakukan terhadap 98 berkas rekam medis dengan mereview 4 komponen. Hasil menunjukkan variasi kelengkapan, dengan beberapa komponen mencapai 100% (seperti data demografis) dan yang terendah 25.5% (Tindakan ICD9CM). Komponen penting seperti Diet (25.5%) menunjukkan kebutuhan perbaikan. Keterbacaan rekam medis mencapai 94.9%. Penelitian ini mengidentifikasi area-area yang memerlukan peningkatan dan menyarankan strategi seperti pelatihan staf, audit rutin, standarisasi format, dan penerapan rekam medis elektronik.

---

Peningkatan kelengkapan rekam medis diharapkan dapat meningkatkan kualitas perawatan pasien dan efisiensi operasional rumah sakit.

---

**Korespondensi Penulis:**

Rezyana Budi Syahputri,  
Universitas Muhammadiyah Klaten,  
Jl. Ir. Soekarno Km.1 Buntalan, Klaten Tengah, Kab.  
Klaten  
Telepon : +62 823-2575-0134  
Email: rezyanabs@umkla.ac.id

**Submitted : 24-10-2024; Accepted : 25-10-2024;**

**Published : 26-11-2024**

*Copyright (c) 2024 The Author (s)  
This article is distributed under a Creative Commons  
Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA  
4.0)*

---

## 1. PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan rumah sakit memiliki banyak aspek yang sangat kompleks. Rumah sakit harus mempersiapkan diri untuk bersaing di era globalisasi. Beriringan ketika ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) berkembang lebih cepat, rumah sakit membutuhkan layanan kesehatan yang cepat dan profesional untuk memenuhi kebutuhan informasi medis. Rumah sakit harus memiliki rekam medis yang baik. Setiap dokter atau dokter gigi yang menjalankan praktik medis diharuskan untuk membuat rekam medis sesuai dengan Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis. Setelah pasien menerima perawatan, rekam medis harus dibuat dan dilengkapi segera setelahnya. Setelah pasien menerima perawatan, rekam medis harus dibuat dan dilengkapi segera setelahnya. Setiap rekam medis harus mencatat nama, waktu, dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan layanan langsung kepada pasien. Kelengkapan rekam medis harus lengkap sepenuhnya dalam waktu satu kali dua puluh empat jam setelah keluar. Rekaman medis, seperti rekam medis, harus diisi secara lengkap. Sangat sulit untuk menemukan informasi kesehatan pasien sebelumnya ketika rekam medis tidak diisi dengan lengkap karena dokumen yang ada di dalamnya tidak sinkron [1]

Kelengkapan rekam medis tidak hanya menunjukkan profesionalisme tenaga kesehatan, tetapi juga sangat penting untuk diagnosis yang akurat, keputusan klinis, dan evaluasi kualitas layanan kesehatan. Namun, kelengkapan rekam medis masih menjadi tantangan di banyak rumah sakit, termasuk RS X Kabupaten Klaten yang baru beroperasi selama 2 tahun. Keterbatasan sumber daya manusia yang terlatih untuk mengelola rekam medis, kurangnya pemahaman tenaga kesehatan tentang pentingnya rekam medis, dan sistem pencatatan dan pengawasan kelengkapan rekam medis yang kurang optimal adalah beberapa penyebab umum. Permasalahan ini dapat menyebabkan kesalahan dalam proses pelayanan, seperti ketidaksesuaian prosedur medis, atau kesulitan untuk mengajukan klaim ke lembaga pembiayaan kesehatan.

Adanya kontrol terhadap pengisian dokumen rekam medis diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan mengingat pentingnya dokumen rekam medis untuk prosedur RS X di Kabupaten Klaten. Rekam medis adalah komponen penting dari layanan kesehatan rumah sakit, dan seberapa baik rekam medisnya menentukan kualitas layanan yang diberikan. Rumah sakit sangat dibutuhkan oleh seluruh lapisan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat secara keseluruhan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, rumah sakit harus memberikan pelayanan yang memadai dan memuaskan. Oleh karena itu, rumah sakit perlu mampu meningkatkan mutu pelayanannya, termasuk meningkatkan mutu dokumentasi medis [2]

Penelitian Pamungkas menyatakan bahwa persentase ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis Bagian Penyakit Dalam, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah 40,43 % dikarenakan keterbatasan waktu dan ketidakdisiplinan [3] Sistem rekam medis di RS X di Kabupaten Klaten sudah memanfaatkan sistem informasi berbasis komputer namun masih terbatas penggunaannya. Rekaman medis masih dilakukan secara manual dengan kertas catatan medik yang berisi identitas pasien, tanggal dan waktu, dokter, anamnesis, pemeriksaan intraoral dan ekstraoral, diagnosa, rencana perawatan, dan tindakan, serta nama dan tanda tangan operator yang merawat dan penanggung jawab. Dalam mengoptimalkan pengisian berkas rekam medis di RSUD dr. Rasidin Padang, kepemimpinan dan desain

kerja berkorelasi erat dengan kepatuhan DPJP. Ini karena masalah seperti SPO, komunikasi, pengawasan, beban kerja, waktu, dan fasilitas [4]

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis kelengkapan dokumen rekam medis di RS X Kabupaten Klaten. Penelitian ini mendeskripsikan kelengkapan rekam medis yang hasilnya dapat berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi praktis dalam meningkatkan kualitas pencatatan rekam medis, yang pada akhirnya akan menghasilkan peningkatan kualitas layanan rumah sakit secara keseluruhan. Penelitian ini dapat membantu mengembangkan kebijakan strategis untuk manajemen rekam medis di RS X karena relevansi yang tinggi terhadap upaya akreditasi dan kepatuhan regulasi.

## 2. METODE PENELITIAN

Metode dengan analisis kuantitatif yang digunakan adalah pendekatan cross-sectional dengan cek list yang terdiri dari review empat komponen yaitu komponen identifikasi, laporan penting, autentikasi dan pencatatan yang juga berisi pembetulan dokumen dalam rekam medis RS X Kabupaten Klaten. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, yang berarti menggambarkan hasil penelitian dengan tabulasi. Penelitian ini menggunakan metode retrospektif untuk mengumpulkan dan melihat data. Indikator rekam medis dikatakan lengkap apabila memenuhi kelengkapan sesuai dengan Permenkes RI No. 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis [1]. Metode kuantitatif dipilih karena memiliki kemampuan untuk menyediakan data yang dapat diukur secara objektif dan dapat dianalisis secara statistik. Metode berbasis angka memungkinkan peneliti menemukan pola atau kecenderungan dalam kelengkapan rekam medis berdasarkan variabel yang telah ditentukan. Hasil penelitian dapat diolah menjadi indikator kuantitatif yang dapat dibandingkan dan digunakan sebagai dasar untuk rekomendasi perbaikan. Penilaian indikator kelengkapan dilakukan menggunakan data rekam medis pasien rawat jalan di RS X di Kabupaten Klaten.

Pendekatan cross-sectional digunakan karena sangat efektif untuk menganalisis kelengkapan rekam medis pada titik waktu tertentu. Dengan pendekatan pada penelitian ini dapat menunjukkan gambaran tingkat kelengkapan dokumen rekam medis secara langsung tanpa memerlukan waktu pengamatan yang lama. Dalam hal keakuratan hasil penelitian, kombinasi teknik kuantitatif dan pendekatan cross-sectional memberikan keuntungan untuk memastikan bahwa informasi yang dikumpulkan relevan dan mencakup semua elemen penting dari kelengkapan rekam medis. Analisis kuantitatif memberikan validitas yang tinggi karena mengurangi potensi bias subjektif. Oleh karena itu, temuan penelitian ini dapat memberikan gambaran yang akurat tentang kondisi kelengkapan rekam medis RS X dan saran yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret - April 2024 di unit rekam medis RS X di Kabupaten Klaten. Populasi yang digunakan dalam penelitian adalah berkas rekam medis pasien rawat inap periode November tahun 2022 hingga November tahun 2023 dengan jumlah 4247 dokumen rekam medis. Penentuan jumlah sampel dihitung berdasarkan rumus Slovin :

$$n = \frac{N}{1+(N \times e^2)} \quad (1)$$

$$n = \frac{4247}{1+(4247 \times (0,1)^2)} \quad (2)$$

$$n = 97,6 \quad (3)$$

$$n = \mathbf{98 \text{ berkas}} \quad (4)$$

Keterangan :

$n$  : jumlah sampel yang dicari

$N$  : populasi sampel

$e^2$  : nilai margin error (0,1<sup>2</sup>)

Komponen identifikasi, laporan penting, autentikasi, dan pencatatan adalah empat komponen dalam pengumpulan data yang dilakukan peneliti menggunakan ceklist kelengkapan rekam medis untuk mengumpulkan data kuantitatif. Data diolah melalui pengkodean, yang menunjukkan angka 0 (nol) untuk data yang tidak terisi atau tidak lengkap dan angka 1 (satu) untuk data yang terisi atau lengkap. Data yang telah diolah kemudian disajikan dalam tabel.

### 3. HASIL DAN ANALISIS

Penelitian ini menganalisis kelengkapan rekam medis berdasarkan beberapa komponen penting: identifikasi pasien, laporan penting, autentikasi, dan kualitas pencatatan. Hasil penelitian akan dibahas secara kuantitatif di bagian ini.

#### 3.1 Analisis Kuantitatif Komponen Identifikasi

Hasil analisis pada komponen identifikasi antara lain nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan dan agama ditampilkan pada Tabel 1.

No	Nama Item	Jumlah		Persentase (%)		Total (%)
		Terisi	Tidak Terisi	Terisi	Tidak Terisi	
1	Nomor Rekam Medis	98	0	100	0	100
2	Nama Pasien	98	0	100	0	100
3	Tanggal Lahir	98	0	100	0	100
4	Jenis Kelamin	98	0	100	0	100
5	Alamat	98	0	100	0	100
5	Pekerjaan	72	26	73.5	26.5	100
6	Agama	40	58	40.8	59.2	100

Berdasarkan Tabel 1. menunjukkan kepatuhan dalam pengisian informasi dasar pasien. Nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir, dan jenis kelamin memiliki tingkat kelengkapan 100%, hal ini tergambar positif untuk mengidentifikasi pasien. Namun, dalam pengisian pekerjaan dengan kelengkapan sebesar 73.5%, dan untuk agama yang hanya sebesar 40.8%. Hal ini mengindikasikan adanya ketidaklengkapan dalam pencatatan informasi administratif yang penting untuk manajemen pasien rawat inap.

Hasil penelitian menunjukkan pengisian data identitas seperti nomor rekam medis, nama pasien, tanggal lahir, dan jenis kelamin mencapai 100%, sejalan dengan penelitian Murtiningtyas (2022) yang menyatakan bahwa proses identifikasi pasien merupakan langkah utama dalam keselamatan pasien [5]. Namun, pengisian pekerjaan (73.5%) dan agama (40.8%) masih kurang optimal, berbeda dengan temuan Mayolia (2022) yang mendapatkan kelengkapan data administratif pekerjaan mencapai 89,5% dan agama mencapai 92,7% [6]. Ketidaklengkapan dalam pengisian pekerjaan dan agama dapat mengakibatkan kesulitan dalam penelusuran riwayat pasien saat dibutuhkan untuk keperluan medis maupun administratif. Hal ini juga berpotensi menimbulkan hambatan dalam proses rujukan dan koordinasi antar unit pelayanan di rumah sakit. Ketidaklengkapan data administratif dapat menghambat kontinuitas pelayanan dan meningkatkan risiko kesalahan identifikasi pasien [7]. Secara hukum, data pasien yang tidak lengkap dapat menjadi dasar gugatan, terutama jika pasien menerima tindakan medis yang keliru akibat kesalahan identifikasi. Secara klinis, ketidaklengkapan ini dapat menyebabkan kesalahan administrasi seperti pemberian obat atau tindakan medis kepada pasien yang salah. Diperlukan *checklist* khusus untuk memastikan kelengkapan pengisian kedua komponen tersebut. Peningkatan supervisi dan monitoring secara berkala oleh kepala ruangan atau petugas yang bertanggung jawab dapat membantu meningkatkan kepatuhan dalam pengisian data administratif ini. Peran dari manajer di unit rekam medis diperlukan agar pencatatan dapat terlaksana dengan baik [8]

#### 3.2 Analisis Kuantitatif Komponen Laporan Penting

Hasil analisis kuantitatif pada komponen laporan penting disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Hasil Analisis Kuantitatif Komponen Laporan Penting

No	Nama Item	Jumlah		Persentase (%)		Total (%)
		Terisi	Tidak Terisi	Terisi	Tidak Terisi	
1	Anamnesis	92	6	93.9	6.1	100
2	Pemeriksaan fisik	91	7	92.9	7.1	100
3	Pemeriksaan penunjang	66	32	67.3	32.7	100
4	Prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan	67	31	68.4	31.6	100
5	Diagnosis ICD 10	38	60	38.8	61.2	100
6	Tindakan ICD9CM	25	73	25.5	74.5	100
7	Diet	25	73	25.5	74.5	100
8	Instruksi tindak lanjut	67	31	68.4	31.6	100
9	Kondisi saat pulang	54	44	55.1	44.9	100
10	Cara KRS	48	50	49	51	100
11	Tindak lanjut	62	36	63.3	36.7	100
12	Pengobatan selama dirawat	39	59	39.8	60.2	100
13	Pengobatan pulang	55	43	56.1	43.9	100

Berdasarkan Tabel 2. terdapat variasi hasil dalam kelengkapan pengisian berbagai komponen laporan medis. Anamnesis dan pemeriksaan fisik memiliki tingkat kelengkapan yang tinggi (93.9% dan 92.9%), menunjukkan bahwa informasi klinis dasar umumnya dicatat dengan baik. Hal ini mendekati standar minimal 95% yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI [9]. Namun, terdapat penurunan signifikan untuk pemeriksaan penunjang (67.3%) dan prosedur terapi (68.4%). Yang lebih mengkhawatirkan adalah rendahnya kelengkapan untuk diagnosis ICD 10 (38.8%), tindakan ICD9CM (25.5%). Rendahnya kelengkapan diagnosis ICD 10 (38.8%) dan tindakan ICD9CM (25.5%) mengindikasikan masalah serius dalam coding, ketidaklengkapan coding dapat mempengaruhi klaim pembiayaan kesehatan [10]. Penelitian lain oleh Tarigan (2024) juga menemukan bahwa ada pengaruh kelengkapan berkas dengan keterlambatan klaim [11] Ini menunjukkan adanya kesenjangan besar dalam standardisasi pencatatan diagnosis dan tindakan, yang penting untuk pelaporan dan penagihan. Ketidaklengkapan dokumentasi prosedur terapi pada penelitian (68.4%) dapat menimbulkan risiko dalam kontinuitas perawatan dan evaluasi pengobatan. Menurut Purwandari (2022) penggunaan teknologi informasi untuk dokumentasi dapat membantu perawat karena standarisasi bahasa dan sistem yang saling terkait memudahkan dokumentasi seluruh proses perawatan, yang membuatnya lebih lengkap [12]

Peneliti melakukan konfirmasi terkait rendahnya pencatatan ICD10 dan hasil wawancara menunjukkan bahwa semua ICD10 sudah tertulis dalam e-RM di RS X di Kabupaten Klaten sehingga banyak dokumen manual RM yang tidak menyertakan hal tersebut. Meskipun demikian perlu adanya sistem verifikasi berlapis untuk memastikan setiap diagnosis dan tindakan telah dikoding dengan benar sebelum berkas dinyatakan lengkap. Dalam hal klinis, ketidaklengkapan dalam pencatatan kode diagnosis ICD-10 berdampak langsung pada aspek legal dan klinis. Dalam hal legal, pencatatan yang salah atau tidak lengkap dapat menimbulkan potensi sengketa hukum, terutama jika diagnosis tidak selaras dengan tindakan medis yang diberikan [13]. Ketidaktepatan atau ketidaklengkapan dalam pengkodean diagnosis atau prosedur dapat menyebabkan penolakan klaim, kerugian finansial, atau bahkan sengketa hukum. Selain itu, spesifikasi dalam ICD-10 membantu melindungi tenaga kesehatan dengan memberikan bukti yang jelas mengenai layanan yang telah diberikan, yang sangat penting dalam kasus audit atau klaim malpraktik. Dalam hal klinis, ketidaklengkapan ini dapat menyebabkan tim medis salah menafsirkan diagnosis, menyebabkan rencana pengobatan yang tidak akurat atau tidak sesuai. Secara klinis, ICD-10 mendukung peningkatan kualitas perawatan pasien melalui dokumentasi kondisi dan tindakan medis yang lebih terperinci. Pengkodean yang akurat memungkinkan komunikasi

yang lebih baik antar penyedia layanan kesehatan, sehingga kontinuitas perawatan dapat terjaga dan pengambilan keputusan medis menjadi lebih tepat [14].

Pada komponen laporan penting variabel diet juga terindikasi dengan hasil yang rendah sebesar 25.5%, Sulistiyanto (2017) menyatakan bahwa kelengkapan pencatatan diet (25.5%) yang rendah dapat mempengaruhi kualitas asuhan gizi pasien [15]. Hal ini dikarenakan RS X di Kabupaten Klaten hanya memiliki seorang ahli gizi yang menangani pasien rawat inap, sehingga kebijakan sementara pasien kronis yang dikunjungi dan diberikan catatan diet, untuk pasien lainnya diberikan diet yang sama dengan aturan AKG yang telah disesuaikan. Ketidaklengkapan pencatatan diet dapat menimbulkan risiko kesalahan dalam pemberian nutrisi pasien dan mempengaruhi proses evaluasi status gizi pasien. Ketidaklengkapan pencatatan tindakan diet juga berdampak besar pada legalitas pasien dan kualitas perawatan pasien .

Dokumentasi komponen diet dalam rekam medis pasien merupakan aspek penting pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 Tahun 2013, dokumentasi ini tidak hanya sekadar pencatatan administratif, tetapi menjadi alat strategis untuk memastikan kualitas asuhan gizi pasien. Dengan mendokumentasikan secara detail jenis diet, kebutuhan nutrisi, status gizi, dan indikasi medis, tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan yang lebih personal, terukur, dan berkelanjutan. Dokumentasi komponen diet membantu koordinasi antart tenaga medis, melindungi hak pasien, mendukung proses pengobatan, serta menjadi sarana penting dalam pengembangan ilmu kesehatan. Selain itu, kelengkapan dokumentasi ini menjadi salah satu indikator mutu pelayanan rumah sakit dan mendukung proses akreditasi, sehingga memastikan standar pelayanan kesehatan yang profesional dan berkualitas [16].

Rumah sakit dapat mengembangkan sistem informasi untuk dokumentasi yang terintegrasi antara unit rekam medis, unit gizi, dan ruang perawatan dapat membantu meningkatkan kelengkapan pencatatan diet. Selain itu, tim manajemen mutu dapat merancang template dokumentasi gizi secara komprehensif dan sistematis. Manajemen rumah sakit yang menerapkan teknologi informasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan gizi dan memastikan dokumentasi yang transparan serta akuntabel. Seiring dengan berkembangnya rumah sakit, diperlukan proses rekrutmen untuk memenuhi kebutuhan ahli gizi yang ada di RS X.

### 3.3 Analisis Kuantitatif Komponen Autentikasi

Hasil analisis pada komponen autentikasi antara lain tanggal, nama DPJP, dan tanda tangan DPJP pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil Analisis Kuantitatif Komponen Identifikasi

No	Nama Item	Jumlah		Persentase (%)		Total (%)
		Terisi	Tidak Terisi	Terisi	Tidak Terisi	
1	Tanggal	75	23	76.5	23.5	100
2	Nama DPJP	89	9	90.8	9.2	100
3	Tanda Tangan DPJP	88	10	89.8	10.2	100

Berdasarkan Tabel 3 autentikasi dokumen cukup baik, dengan nama DPJP dan tanda tangan DPJP memiliki tingkat kelengkapan 90.8% dan 89.8%. Hal ini menunjukkan kepatuhan yang baik terhadap aspek legal rekam medis, sesuai dengan penelitian Pohan (2024) yang menekankan pentingnya autentikasi dalam aspek hukum rekam medis [17]. Namun, pencatatan tanggal autentikasi sedikit lebih rendah (76.5%) perlu ditingkatkan mengingat Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2022 mewajibkan pencatatan waktu dalam setiap tindakan medis. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar dokumen divalidasi dengan benar, tetapi masih ada ruang untuk peningkatan, terutama dalam hal pencatatan tanggal. Autentikasi lengkap memiliki nilai penting dalam pembuktian hukum bila terjadi tuntutan malpraktik [18]. Ketidaklengkapan tanggal autentikasi dapat mempersulit analisis timeline perawatan pasien [17]

Meskipun tingkat kelengkapan nama dan tanda tangan DPJP sudah baik, masih diperlukan peningkatan dalam hal ketepatan waktu penandatanganan dokumen. Keterlambatan dalam autentikasi

dapat mempengaruhi proses administrasi klaim asuransi dan evaluasi kasus. Implementasi terkait SOP Pengisian Rekam Medis untuk DPJP dapat dimaksimalkan untuk meningkatkan kepatuhan dalam melengkapi autentikasi tepat waktu. Standardisasi format tanggal dan waktu autentikasi juga diperlukan untuk memudahkan proses audit dan evaluasi berkas.

### 3.4 Analisis Kuantitatif Komponen Pencatatan

Hasil analisis pada komponen pencatatan antara lain coretan dan tipe-ex pada Tabel 4 dan sedangkan keterbacaan pada Tabel 5.

Tabel 4 Hasil Analisis Kuantitatif Komponen Pencatatan

No	Nama Item	Jumlah		Persentase (%)		Total (%)
		Ada	Tidak Ada	Ada	Tidak Ada	
1	Coretan	1	97	1	99	100
2	Tipe-ex	1	97	1	99	100

Tabel 5 Hasil Analisis Kuantitatif Komponen Pencatatan

No	Nama Item	Jumlah		Persentase (%)		Total (%)
		Terbaca	Tidak Terbaca	Terbaca	Tidak Terbaca	
1	Keterbacaan	93	5	94.9	5.1	100

Berdasarkan Tabel 4 dan 5 hasil analisis komponen pencatatan menunjukkan kualitas fisik pencatatan yang sangat baik. Minimnya coretan dan penggunaan tipe-ex (masing-masing 1%) serta tingkat keterbacaan yang tinggi (94.9%) menunjukkan kualitas pencatatan yang baik tentang pentingnya aspek keterbacaan dalam rekam medis [19]. Hal ini juga menandakan tingkat kehati-hatian dan profesionalisme yang tinggi dalam pencatatan. Tingkat keterbacaan yang mencapai 94.9% juga sangat positif, menunjukkan bahwa hampir semua catatan dapat dibaca dengan jelas. Menurut Ningrum (2023) pencatatan yang jelas dan terbaca mengurangi risiko kesalahan interpretasi yang dapat membahayakan keselamatan pasien [19]. Standar akreditasi rumah sakit menekankan bahwa pencatatan harus jelas, akurat, dan dapat dibaca untuk mendukung komunikasi efektif antar petugas kesehatan [9]. Tingkat keterbacaan yang tinggi perlu dipertahankan melalui standardisasi penulisan dan penggunaan template yang jelas. Implementasi rekam medis elektronik (RME) dapat menjadi solusi jangka panjang untuk mengeliminasi masalah keterbacaan dan penggunaan tipe-x [12]. Perlu dikembangkan mekanisme kontrol kualitas yang lebih ketat untuk memastikan konsistensi dalam pencatatan dan mencegah terjadinya coretan atau penggunaan tipe-x. Penggunaan format standar dan template yang seragam dapat membantu meningkatkan efisiensi dan akurasi dalam pencatatan.

Penggunaan RME juga dapat membantu mengurangi risiko kesalahan penulisan dan meningkatkan efisiensi dalam pencarian informasi [20]. Standardisasi format penulisan dan penggunaan kode warna tertentu untuk informasi penting dapat membantu meningkatkan keterbacaan dan aksesibilitas informasi. Perlu adanya sistem *backup* yang memadai untuk mencegah kehilangan data dan memastikan keamanan informasi pasien. Pelatihan berkala tentang teknik dokumentasi yang baik dan benar dapat membantu mempertahankan kualitas pencatatan yang sudah baik ini.

### 3.5 Analisis Kuantitatif Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap

Pada bagian ini menyajikan data kuantitatif berupa distribusi skor kelengkapan berkas rekam medis pada Tabel 6 dan kategori kelengkapan berkas rekam medis pada Tabel 7.

Tabel 6 Distribusi Skor Kelengkapan Berkas Rekam Medis

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal
Skor Kelengkapan	16.14	4.341	7 - 25

Berdasarkan Tabel 6 distribusi skor kelengkapan berkas rekam medis dengan skor rata-rata 16.14 (SD = 4.341) dari rentang 7-25, data ini menunjukkan bahwa kelengkapan berkas rekam medis berada di tingkat menengah atau mengindikasikan tingkat kelengkapan yang belum optimal. Variasi yang cukup besar (ditunjukkan oleh standar deviasi) mengindikasikan adanya inkonsistensi dalam pengisian berkas antar pasien. Temuan ini sejalan dengan penelitian Kimalaha et al. (2018) yang menemukan bahwa ketidaklengkapan berkas rekam medis sering terjadi akibat beban kerja tinggi dan kurangnya supervisi. Standar deviasi yang cukup besar (4.341) menunjukkan variabilitas yang tinggi dalam pengisian berkas, dapat disebabkan oleh perbedaan pemahaman dan kepatuhan petugas terhadap standar pengisian rekam medis [8] Skor minimal 7 dan maksimal 25 menggambarkan kesenjangan yang signifikan dalam praktik pengisian rekam medis, yang dapat berdampak pada kualitas pelayanan dan aspek legal dokumentasi medis.

Tabel 7. Distribusi Kategori Kelengkapan Rekam Medis

Kategori Kelengkapan Rekam Medis	Jumlah	Persentase (%)
Lengkap	2	2
Cukup Lengkap	47	48
Kurang Lengkap	49	50
Total	98	100

Berdasarkan Tabel 7 data ini memberikan gambaran yang lebih jelas tentang tingkat kelengkapan. Data menunjukkan bahwa hanya 2% berkas rekam medis yang tergolong lengkap, sementara 48% cukup lengkap dan 50% kurang lengkap, jauh dari standar kelengkapan yang ditetapkan Kementerian Kesehatan. Tingginya persentase berkas yang kurang lengkap (50%) mengindikasikan adanya masalah sistemik dalam proses dokumentasi medis yang memerlukan intervensi segera. Hasil ini menunjukkan perlunya evaluasi menyeluruh terhadap sistem manajemen rekam medis, termasuk aspek sumber daya manusia, infrastruktur, dan prosedur operasional.

Hasil analisis kelengkapan berkas rekam medis di RS X di Kabupaten Klaten menunjukkan variasi yang signifikan dalam berbagai aspek pencatatan, dengan beberapa area menunjukkan kepatuhan yang baik sementara area lain memerlukan perbaikan substantial. Meskipun pencatatan identitas dasar pasien dan kualitas fisik dokumentasi menunjukkan hasil yang memuaskan, masih terdapat kesenjangan dalam pencatatan informasi administratif, diagnosis, dan tindakan medis yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan dan aspek legal rekam medis. Ketidaklengkapan rekam medis dapat berdampak pada mutu pelayanan, klaim asuransi, dan akreditasi rumah sakit [11]. Penelitian Rendarti menyatakan ada hubungan antara layanan rekam medis dan kualitas layanan yang diberikan rumah sakit. Jumlah file rekam medis yang tidak lengkap merupakan indikator kualitas rekam medis yang dapat diukur. File rekam medis yang tidak lengkap berpotensi menurunkan kualitas pelayanan rumah sakit secara keseluruhan [21]. Diperlukan sistem monitoring dan evaluasi berkala seperti yang disarankan oleh Syahputri (2024) untuk meningkatkan kelengkapan pengisian rekam medis. Pelatihan berkelanjutan dan pengembangan *Standard Operating Procedure* (SOP) yang lebih ketat, sebagaimana direkomendasikan dapat membantu meningkatkan kepatuhan petugas dalam pengisian rekam medis [8]

#### 4. KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian berkas rekam medis di RS X di Kabupaten Klaten bervariasi antar komponen. Beberapa aspek seperti data demografis pasien telah mencapai tingkat kelengkapan yang optimal, mencerminkan kepatuhan yang baik terhadap standar administratif dasar. Namun, terdapat kesenjangan signifikan dalam pengisian komponen-komponen kritis seperti Diagnosis ICD 10, Tindakan ICD9CM, dan pencatatan Diet, yang dapat berdampak negatif pada kualitas perawatan pasien, akurasi penagihan, dan kontinuitas perawatan. Tingkat keterbacaan yang tinggi (94.9%) merupakan aspek positif, namun masih ada ruang untuk perbaikan guna mencegah potensi kesalahan medis akibat interpretasi yang salah. Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menggarisbawahi pentingnya upaya berkelanjutan untuk meningkatkan kelengkapan dan kualitas dokumentasi rekam medis.



Penelitian menunjukkan bahwa ada beberapa langkah yang dapat diambil untuk meningkatkan kelengkapan rekam medis di rumah sakit, diperlukan pendekatan strategis yang terstruktur dan pragmatis. Pertama adalah memberikan pelatihan teratur kepada seluruh karyawan administratif dan medis. Rumah sakit dapat menentukan apakah staf memerlukan pelatihan dengan melihat bagian rekam medis yang sering tidak lengkap, seperti pengkodean ICD-10 dan pencatatan diet. Pelatihan diberikan secara berkala setiap tiga bulan melalui metode interaktif seperti simulasi dan studi kasus, dan evaluasi pasca-pelatihan dilakukan untuk memastikan kompetensi staf. Implementasi langkah awal ini sebagai langkah strategis awal untuk mendukung kelengkapan dokumen rekam medis. Kedua, menerapkan audit berkala dan mengoptimalkan implementasi rekam medis elektronik (RME). Dengan modul prioritas seperti pengkodean diagnosis dan autentikasi, rumah sakit dapat memulai implementasi RME. Setiap bulan, rekam medis diaudit untuk memastikan bahwa dokumennya lengkap. Sehingga staf dapat segera memperbaiki kesalahan, hasil audit diberikan secara langsung kepada mereka sebagai umpan balik. Penggunaan fitur pengingat otomatis pada RME juga membantu mencegah kelalaian saat menulis. Ketiga adalah menciptakan lingkungan organisasi yang mendukung dokumentasi medis yang baik. Rumah sakit dapat meningkatkan kesadaran karyawan melalui kampanye internal seperti "Dokumentasi Lengkap, Perawatan Optimal." Selain itu, rekam medis yang lengkap dan berkualitas tinggi selalu diberi penghargaan dan insentif. Untuk meningkatkan budaya ini, manajemen harus mendukungnya dengan memberikan anggaran untuk pelatihan dan sistem rekam medis.

#### UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Muhammadiyah Klaten yang telah memfasilitasi penelitian ini sampai dengan terbit menjadi artikel publikasi.

#### REFERENSI

- [1] Menteri Kesehatan Republik Indonesia, "Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008," 2008.
- [2] S. Juwita Swari *et al.*, "Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang," 2019.
- [3] T. Wahyu Pamungkas, T. Marwati, S. Fakultas Kesehatan Masyarakat, and U. Ahmad Dahlan, "Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis.....," 2010.
- [4] Y. Yusuf, A. Kasni Astiena, U. Andalas, J. Perintis Kemerdekaan, P. Timur, and K. Padang, "ANALISIS KEPATUHAN DPJP DALAM KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIS DAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHINYA DI RSUD dr RASIDIN PADANG," 2022.
- [5] R. A. Murtiningtyas and I. Dhamanti, "Analisis Implementasi Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Indonesia Analysis of Implementation of Patient Identification In Hospitals to Improve Patient Safety in Indonesia."
- [6] N. Mayolia, S. Daniati, and T. Purnama Sari, "Analisis Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat," *Jurnal Rekam Medis (Medical Record Journal)*, vol. 2, no. 1, 2022, [Online]. Available: <https://jom.hip.ac.id/index.php/rmik>
- [7] M. Karma, M. Wirajaya, I. Ilmu, K. Medika, and P. Bali, "Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia," 2019.
- [8] R. B. Syahputri *et al.*, "PERAN MANAJER DALAM IMPLEMENTASI FUNGSI MANAJEMEN DI UNIT REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN RSU PKU MUHAMMADIYAH PRAMBANAN," vol. 19, pp. 7–14, 2024.
- [9] "KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA."
- [10] L. Indawati, "Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016," *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, vol. 7, no. 2, pp. 105–113, 2019.
- [11] A. M. Tarigan, D. S. R. Rangkuti, R. M. Sembiring, and F. Rahmadanisya, "Faktor yang Memengaruhi Keterlambatan Klaim Asuransi pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Rantau Prapat," *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, vol. 4, no. 5, pp. 1840–1852, May 2024, doi: 10.33024/mahesa.v4i5.14379.
- [12] R. Purwandari, D. E. Kurniawan, and S. K. Kotimah, "Nursing Documentation in Accredited Hospital," *Jurnal Keperawatan Indonesia*, vol. 25, no. 1, pp. 42–51, Mar. 2022, doi: 10.7454/jki.v25i1.1139.

- [13] N. F. Fadhilah *et al.*, “Pelaksanaan Keselamatan Pasien Dalam Identifikasi Pasien Di Rumah Sakit : Literature Review.”
- [14] M. E. McNally, “The importance of detailed documentation in ICD-10.” [Online]. Available: [www.facs.org/advocacy/](http://www.facs.org/advocacy/)
- [15] A. D. Sulistiyanto, O. W. K. H, and E. R. Rustiana, “Peran Petugas Gizi dalam Memberikan Pelayanan Asuhan Gizi pada Pasien Rawat Inap,” *Unnes Journal of Public Health*, vol. 6, no. 2, pp. 75–83, 2017.
- [16] “PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 78 TAHUN 2013 TENTANG.”
- [17] H. D. J. Pohan, S. A. Meliala, and M. A. Ilham, “Analisis Autentifikasi Dokumen Rekam Medis di RSUD Tere Margareth,” *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, vol. 3, no. 8, pp. 2491–2501, Jul. 2023, doi: 10.33024/mahesa.v3i8.10813.
- [18] T. Sitanggang, “Aspek Hukum Kepemilikan Rekam Medis dihubungkan dengan Perlindungan Hak Pasien,” *E-Jurnal UMNAW (Universitas Muslim Nusantara Al Washliya)*, vol. 2, no. 1, 2017.
- [19] K. P. A. Ningrum and D. S. Wulandari, “STUDI DESKRIPTIF KELENGKAPAN PENGISIAN RESUME MEDIS RAWAT INAP,” *Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, vol. 06, no. 02, pp. 76–84, 2023.
- [20] S. Ariani, “Analisis Keberhasilan Implementasi Rekam Medis Elektronik dalam Meningkatkan Efisiensi dan Mutu Pelayanan,” *Jurnal Kesehatan dan Kedokteran*, vol. 2, no. 2, pp. 7–14, 2023.
- [21] R. Rendarti, “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Rekam Medis di Rumah Sakit,” *SURYA MEDIKA Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Masyarakat*, vol. 14, no. 1, pp. 59–65, 2019.