

ANALISIS KETERLAMBATAN PENGEMBALIAN DOKUMEN REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP DI BAGIAN ASSEMBLING DI RSU PKU MUHAMMADIYAH DELANGGU TRIWULAN I TAHUN 2009

Sari Dwi Hastuti¹, Sri Sugiarsi², Tri Lestari²

Mahasiswa APIKES Mitra Husada Karanganyar¹, Dosen APIKES Mitra Husada Karanganyar²

ABSTRAK

Dalam penyerahan dokumen rekam medis rawat inap dari bangsal rawat inap ke Unit Rekam Medis bagian *assembling* terjadi keterlambatan. Hal ini dikarenakan pengembalian dokumen rekam medis belum dilaksanakan sesuai dengan prosedur tetap, sehingga mengakibatkan keterlambatan dalam sistem pelaporan. Jenis penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Metode pengumpulan data dengan observasi dan wawancara. Populasi dan sampel penelitian adalah semua dokumen rekam medis yang dikembalikan dari bangsal rawat inap ke bagian *assembling* selama bulan Januari sampai Maret 2009. Analisis data yang digunakan adalah analisis deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap terdapat pihak-pihak yang terkait didalamnya yaitu dari URI, apotik, kasir, *assembling* hal tersebut belum sesuai dengan prosedur tetap. Persentase keterlambatan tertinggi pada bulan Februari sebanyak 53,62% dari total 138 dokumen yang dikembalikan ke bagian *assembling*. Persentase penyebab keterlambatan penyerahan dokumen rekam medis yang tertinggi terdapat pada tingkat kedisiplinan dokter dalam pengisian data pada dokumen rekam medis (diagnosis dan tanda tangan) sebanyak 80%. Secara umum pelaksanaan pengembalian dokumen rekam medis sesuai dengan prosedur tetap yang berlaku di rumah sakit. Perlu adanya peningkatan kesadaran dan kedisiplinan petugas yang bertanggung jawab dengan sosialisasi kelengkapan data rekam medis pada semua unit pelayanan di rumah sakit antara lain pada dokter, perawat dan petugas *assembling*. Memberikan penghargaan bagi petugas yang memenuhi tanggung jawab melengkapi pengembalian dokumen rekam medis dengan disiplin.

Kata Kunci : Keterlambatan pengembalian, Dokumen Rekam Medis

Kepustakaan : 9 (1991-2002)

PENDAHULUAN

Penyelenggaraan rekam medis yang sesuai dengan standar yang berlaku. Seperti yang tercantum dalam PERMENKES no. 269/MENKES/PER/III/2008, disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Hal ini sebagai landasan hukum bagi semua pengelola rumah sakit untuk menyelenggarakan rekam medis rumah sakit. Hal tersebut dijelaskan lebih lanjut dalam surat keputusan Dirjen Yanmed No. 78 tahun

1991 tentang petunjuk penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.

Unit Rawat Inap (URI) merupakan salah satu bagian pelayanan klinis yang melayani pasien karena keadaannya harus dirawat selama satu hari atau lebih. Tugas pokok URI adalah mencatat semua hasil pelayanan yang diberikan kepada pasien kedalam formulir rekam medis yang sesuai, kemudian diserahkan kepada Unit Rekam Medis khususnya ke Unit Rekam Medis bagian *assembling* dalam waktu selambat-lambatnya 1x24 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 Rekam Medis bagian *assembling*.

RSU PKU Muhammadiyah Delanggu sebagai salah satu rumah sakit swasta yang menyediakan informasi yang akurat yang dibutuhkan oleh pihak yang membutuhkan. Akan tetapi masih terdapat ketidaksesuaian dalam pelaksanaannya. Dalam penyerahan dokumen rekam medis rawat inap dari bangsal rawat inap ke Unit Rekam Medis bagian *assembling* terjadi keterlambatan. Hal ini dikarenakan pengembalian dokumen rekam medis belum dilaksanakan sesuai dengan prosedur tetap, sehingga mengakibatkan keterlambatan pembuatan sistem pelaporan.

Tujuan penelitian adalah Mengetahui keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap di RSU PKU Muhammadiyah Delanggu, Mengetahui alur penyerahan dokumen rekam medis rawat inap dari bangsal rawat inap ke Unit Rekam Medis bagian *assembling*. Mengetahui tingkat keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap ke Unit Rekam Medis bagian *assembling*. Mengetahui penyebab keterlambatan penyerahan dokumen rekam medis rawat inap ke Unit Rekam Medis bagian *assembling*.

TINJAUAN PUSTAKA

1. Pengertian Rekam Medis

Dalam PERMENKES no. 269 / MENKES / PER / III / 2008, disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien,

pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dijelaskan lebih lanjut dalam surat keputusan direktorat jenderal pelayanan medik No. 78 tahun 1991 tentang petunjuk penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk gawat darurat dan unit rawat inap.

Sedangkan menurut *Huffman, EK, th 1992*, rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana, dan bagaimana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya. Dari pengertian-pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan mengenai identitas pasien dan keadaan pasien selama pasien memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk gawat darurat dan unit rawat inap.

2. Tujuan Rekam Medis

Tujuan diselenggarakannya rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib

administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa dukungan suatu pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit berhasil sebagaimana yang diharapkan. Sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan didalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

3. Kegunaan Rekam Medis

Adapun kegunaan rekam medis menurut Dirjen Pelayanan Medis Departemen Kesehatan RI dalam keputusan No. 78 tahun 1991 menjelaskan bahwa rekam medis di gunakan sebagai:

- a. Sumber informasi medis dari pasien yang berobat ke rumah sakit berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
- b. Alat komunikasi antara dokter dengan dokter lainnya, antara dokter dengan para medis guna memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan.
- c. Bukti tertulis (documentary evidence) tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit dan keperluan lainnya.
- d. Alat untuk analisis dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dan keperluan lainnya.
- e. Alat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokter, tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.
- f. Untuk penelitian dan pendidikan.

g. Untuk perencanaan dan pemanfaatan sumber daya.

h. Untuk keperluan lain yang ada kaitannya dengan rekam medis.

Sedangkan menurut Gibony, 1991, kegunaan rekam medis disingkat ALFRED yaitu:

- a. *Administration*, informasi yang dihasilkan rekam medis dapat di gunakan manajemen dalam pengelolaan berbagai sumber daya.
- b. *Legal*, alat bukti hukum yang dapat melindungi terhadap pasien, provider kesehatan, serta pengelola dan pemilik sarana pelayanan kesehatan.
- c. *Financial*, setiap jasa yang diterima pasien bila dicatat dengan lengkap maka dapat digunakan untuk menghitung biaya yang harus di bayar pasien.
- d. *Research*, berbagai macam penyakit yang telah dicatat kedalam dokumen rekam medis dapat dilakukan penelusuran guna kepentingan penelitian.
- e. *Education*, para mahasiswa atau peneliti dapat belajar dan mengembangkan ilmunya dengan menggunakan dokumen rekam medis.
- f. *Documentation*, rekam medis sebagai dokumenn karena memiliki sejarah medis seseorang. Oleh sebab itu Departemen kesehatan telah mengatur pula tata cara pengadaan dan pemusnahan formulir rekam medis.

4. Pengertian dan Fungsi URI dalam Pelayanan Rekam Medis

Unit rawat inap atau merupakan instalasi rawat inap merupakan inti kegiatan (*core business*) rumah sakit yang berfungsi memberikan pelayanan pasien satu hari atau lebih dengan berbagai jenis didalam suatu ruangan dengan kelas perawatan yang berbeda. Perbedaan ruangan dengan kelas tidak menunjukkan perbedaan mutu pelayanan namun semata-mata pada jenis dan tarif pelayanan.

Unit Rawat Inap merupakan unit yang paling banyak menghasilkan informasi dan paling banyak menggunakan formulir rekam medis. Dengan dikembangkannya *Problem Oriented Medical Record* (POMR), setiap jenis pelayanan dapat berbeda jenis dan isi formulir sesuai dengan kebutuhan informasi medis dan keperawatannya. Oleh sebab itu catatan penggunaan formulir menjadi sangat penting artinya agar efisien dapat dijaga. Namun jenis dan kelas perawatan apapun pasien di rawat, setiap petugas yang bertanggung jawab melayani tetap berkewajiban melengkapi isi rekam medis. Rekam medis rawat inap dikatakan lengkap minimal berisi :

- a. Identitas Pasien
- b. Anamnesis tentang keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang pernah diderita, riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan/kontak.

c. Pemeriksaan meliputi fisik, laboratorium, rontgen dan khusus lainnya.

d. Diagnosis kerja/diferensial diagnosis/diagnosis akhir.

e. Persetujuan tindakan/pengobatan.

f. Pengobatan/tindakan.

g. Catatan konsultasi.

h. Catatan perawat dan tenaga kesehatan lain.

i. Catatan observasi klinik dan hasil pengobatan.

j. Resume akhir dan evaluasi pengobatan.

k. Nama dan tanda tangan petugas yang bertanggung jawab.

Selain pengisian dokumen rekam medis, URI berfungsi pula sebagai pemberi informasi pasien yang berada didalamnya. Jumlah dan identitas pasien yang masuk, pindahan dari ruang lain, jumlah dan identitas pasien dipindahkan ke ruang lain, pasien yang keluar, yang dirawat di intensif, OK, VK dan lain-lain yang keluar serta meninggal pencatatan dimulai pada pukul 06.05 satu hari yang lalu sampai batas akhir waktunya (*cut off*) pada pukul 06.00 hari pelaporan sedangkan pasien yang datang setelah pukul 06.00 hari itu dicatat pada hari berikutnya.

5. Tugas Pokok URI dalam Pelayanan Rekam Medis

Berdasarkan uraian diatas, tugas pokok URI dalam sistem pelayanan rekam medis sebagai berikut:

- a. Setiap ada mutasi pasien melaporkan ke TPPRI
 - b. Melakukan perekaman dan pencatatan identitas pasien, hasil pemeriksaan, diagnosis, pengobatan dan tindakan yang telah dilakukannya kepada pasien termasuk penulisan kode ICD dan ICOPIM yang sesuai.
 - c. Menentukan tindak lanjut dari hasil pemeriksaan apakah dirujuk, kontrol atau dinyatakan sembuh.
 - d. Membuat surat rujukan dan jawaban rujukan.
 - e. Memberikan keterangan kesehatan sesuai kebutuhan.
 - f. Membuat sensus harian, dan menyerahkan ke bagian assembling berikut dokumen rekam medisnya.
 - g. Bersama-sama bagian keuangan (kasir) melakukan kontrol pendapatan jasa pelayanan
 - h. Bila diperlukan membuat visum et repertum.
 - i. Bila diperlukan membuat informed consent
 - j. Bersama-sama bagian keuangan (kasir) melakukan kontrol pendapatan jasa pelayanan.
6. Fungsi-fungsi yang Terkait
- a. Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap, bertanggung jawab terhadap:
 - 1) Penerimaan pasien dan penempatan tempat tidur yang sesuai dengan permintaan pasien dan *admission note*.
 - 2) Penyediaan formulir kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap sesuai dengan penyakit yang tertera pada *admission note*.
 - b. Fungsi *Assembling* Unit Rekam Medis, bertanggung jawab terhadap:
 - 1) Penerimaan sensus harian dan dokumen rekam medis pasien yang sudah keluar untuk diproses lebih lanjut.
 - 2) Penelitian kelengkapan isi dokumen rekam medis.
 - c. Instalasi Pemeriksaan Penunjang, bertanggung jawab terhadap pemeriksaan, pencatatan, dan pengisian hasil pemeriksaan penunjang dan ditandatangani oleh penanggung jawab.
 - d. Instalasi Gizi, bertanggung jawab terhadap pencatatan dan pengisian hasil konsultasi gizi ke dalam dokumen rekam medis.
 - e. Instalasi Bedah Sentral (IBS), kamar bersalin (VK), kamar intensif, kamar bayi bertanggung jawab terhadap :
 - 1) Pencatatan dan pengisian dokumen rekam medis hasil tindakan pra dan post operasi, perjalanan operasi dan anastesi dan ditandatangani oleh dokter yang bertanggung jawab.
 - 2) Pencatatan dan pengisian dokumen rekam medis hasil pemeriksaan dan tindakan perjalanan perawatan intensif serta ditandatangani oleh dokter yang bertanggung jawab.
 - 3) Pencatatan dan pengisian dokumen rekam medis perjalanan dan hasil persalinan, serta ditandatangani oleh dokter atau bidan yang bertanggung jawab.

- 4) Pencatatan dan pengisian dokumen rekam medis identitas bayi, hasil pemeriksaan dan tindakan bayi lahir serta ditandatangani oleh dokter/petugas yang bertanggung jawab.
7. Bagian Keuangan, bertanggung jawab terhadap:
 - a. Perhitungan biaya jasa pelayanan rumah sakit yang diterima oleh pasien sesuai dengan tarif rumah sakit pada formulir yang telah disediakan dan ditandatangani.
 - b. Penerimaan uang pembayaran jasa tersebut diatas.
8. *Assembling*
Assembling merupakan bagian di Unit Rekam Medis yang berfungsi sebagai peneliti kelengkapan isi dan perakitan dokumen rekam medis sebelum disimpan. Dokumen-dokumen rekam medis yang telah diisi oleh audit pencatat data rekam medis yaitu Unit Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat, Unit Rawat Inap dan Instalasi Pemeriksaan Penunjang akan dikirim ke fungsi *assembling* bersama-sama sensus harian setiap hari. Lembar formulir dalam dokumen rekam medis diatur kembali sesuai dengan urutan riwayat penyakit pasien dan diteliti kelengkapan isi dokumen rekam medis, bila belum lengkap akan dikembalikan ke unit yang bertanggung jawab. Untuk mengendalikan dokumen yang belum lengkap digunakan kartu kendali. Dokumen rekam medis yang sudah lengkap diserahkan ke fungsi pengkodean dan pengindeks (*koding* dan

indeksing) sedangkan sensus harian diserahkan ke fungsi penganalisis dan pelaporan (analisis dan *reporting*) untuk diolah lebih lanjut.

Sehubungan dengan itu, fungsi *assembling* mengetahui jenis formulir yang sering digunakan, maka bagian ini berfungsi pula sebagai pengendalian formulir rekam medis. Pengendalian formulir ini penting artinya agar dalam merancang formulir lebih efisien sesuai dengan kebutuhan pelayanan pasien serta kebutuhan informasi bagi manajemen rumah sakit. Usulan pengadaan jumlah dan jenis formulir datang dari unit rekam medis khususnya fungsi *assembling* ini. Dengan demikian, salah satu kecakapan petugas yang ditempatkan di sini adalah dapat melakukan analisis perancangan formulir.

a. Tugas Pokok *Assembling*

Assembling merupakan salah satu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok :

- 1) Menerima dokumen rekam medis dan sensus harian dari unit-unit pelayanan.
- 2) Meneliti kelengkapan isi dan merakit kembali urutan formulir rekam medis.
- 3) Mencatat dan mengendalikan dokumen rekam medis yang isinya belum lengkap dan secara periodik melaporkan kepada Kepala Unit Rekam Medis mengenai ketidaklengkapan isi dokumen dan petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi tersebut.

- 4) Mengendalikan penggunaan formulir-formulir rekam medis dan secara periodik melaporkan kepada Kepala Unit Rekam Medis mengenai jumlah dan jenis formulir yang telah digunakan.
 - 5) Mengalokasikan dan mengendalikan nomor rekam medis.
 - 6) Menyerahkan dokumen rekam medis yang sudah lengkap ke fungsi pengkode dan pengindeks.
 - 7) Menyerahkan sensus harian ke fungsi analisis dan pelaporan.
- b. Deskripsi Kegiatan Pokok
- 1) Menyediakan dokumen rekam medis baru dan kelengkapan formulirnya kepada unit pengguna.
 - 2) Mencatat setiap penggunaan formulir rekam medis ke dalam buku pengendalian penggunaan formulir rekam medis.
 - 3) Mengalokasikan dan mencatat penggunaan nomor rekam medis ke dalam buku penggunaan nomor rekam medis.
 - 4) Menerima pengembalian dokumen rekam medis dan sensus harian rawat inap, rawat jalan dan unit gawat darurat dengan menandatangani buku ekspedisi.
 - 5) Mencocokkan jumlah dokumen rekam medis dengan jumlah pasien yang tertulis pada sensus harian. Jumlah dokumen rekam medis yang diterima harus sesuai dengan jumlah yang tercatat didalam sensus harian.
 - 6) Meneliti kelengkapan isi dokumen rekam medis dan mencatat identitas pasien ke dalam kartu kendali. Sambil meneliti kelengkapan isi sekaligus formulir-formulir rekam medis di atur kembali sehingga sejarah dan riwayat penyakit pasien mudah ditelusuri.
 - 7) Bila dokumen rekam medis belum lengkap, tulis ketidak lengkapannya diatas secarik kertas yang ditempelkan pada sampul depan dokumen rekam medis kemudian dikembalikan ke unit pelayanan yang bersangkutan, untuk dilengkapi oleh petugas yang bertanggung jawab dengan menggunakan buku ekspedisi, kemudian kartu kendali disimpan menurut tanggal pengembalian.
 - 8) Sensus harian diserahkan ke fungsi analisis dan pelaporan untuk diolah lebih lanjut.
 - 9) Membuat laporan ketidak lengkapan isi dokumen rekam medis.
 - 10) Membuat laporan penggunaan formulir rekam medis.
- c. Fungsi-fungsi yang terkait dengan *assembling* dalam pelayanan rekam medis:
- 1) Fungsi pendaftaran pasien, bertanggung jawab terhadap :

- a) Distribusi penggunaan formulir rekam medis.
 - b) Distribusi dokumen rekam medis.
- 2) Fungsi pelayanan rawat inap, bertanggung jawab terhadap :
- a) Pencatatan data pasien ke dalam dokumen rekam medis.
 - b) Pencatatan sensus harian rawat inap.
 - c) Mengembalikan dokumen rekam medis dan sensus harian setiap hari.
 - d) Melengkapi dokumen rekam medis yang belum lengkap setelah diteliti ketidaklengkapannya.
 - e) Penggunaan nomor rekam medis bayi baru lahir.
- 3) Fungsi pelayanan rawat jalan bertanggung jawab terhadap :
- a) Pencatatan data pasien ke dalam dokumen rekam medis.
 - b) Pencatatan sensus harian rawat jalan.
 - c) Mengembalikan dokumen rekam medis dan sensus harian setiap hari.
 - d) Melengkapi dokumen rekam medis yang belum lengkap setelah diteliti ketidaklengkapannya.
 - e) Penggunaan nomor rekam medis gawat darurat.
- 4) Fungsi pelayanan gawat darurat, bertanggung jawab terhadap :
- a) Pencatatan data pasien ke dalam dokumen rekam medis.
 - b) Pencatatan sensus harian gawat darurat.
 - c) Mengembalikan dokumen rekam medis dan sensus harian setiap hari.
 - d) Melengkapi dokumen rekam medis yang belum lengkap setelah diteliti ketidaklengkapannya.
 - e) Penggunaan nomor rekam medis gawat darurat.
- 5) Fungsi pelayanan penunjang, bertanggung jawab terhadap :
- a) Pencatatan data pasien ke dalam dokumen rekam medis.
 - b) Pencatatan sensus harian IPP.
 - c) Menyerahkan sensus harian setiap hari.
- 6) Fungsi pengkode dan pengindeks, bertanggung jawab terhadap :
- a) Penelitian penulisan kode di dalam dokumen rekam medis.
 - b) Kelengkapan catatan pada kartu kendali.
 - c) Pengkodean dan pengindeksan penyakit.
 - d) Pengkodean dan pengindeksan tindakan/operasi.
 - e) Pengkodean dan pengindeksan dokter.
 - f) Pengkodean dan pengindeksan kematian.

d. Informasi yang diperlukan Manajemen.

- 1) Kelengkapan dan ketidaklengkapan isi dokumen rekam medis
 - a) Unit yang pengembaliannya lengkap dan cepat.
 - b) Dokter yang pencatatannya lengkap.
 - c) Paramedis yang pencatatannya lengkap.
- 2) Kebutuhan formulir dan desain formulir-formulir rekam medis.
- 3) Tingkat kehilangan dokumen rekam medis.
- 4) Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pengembalian dokumen rekam medis.
- 5) Rata-rata penyelesaian kegiatan assembling setiap satu dokumen rekam medis.

e. Dokumen dan catatan yang dipergunakan

- 1) Dokumen rekam medis.
- 2) Kartu Kendali.
- 3) Buku pengendalian penggunaan formulir rekam medis.
- 4) Buku catatan penggunaan nomor rekam medis.
- 5) Buku ekspedisi dokumen rekam medis.
- 6) Buku catatan tingkat kehilangan dokumen rekam medis.

f. Jaringan prosedur yang membentuk sistem

- 1) Prosedur penerimaan dokumen rekam medis dan sensus harian.
- 2) Prosedur peneliti dan assembling.

3) Prosedur pengembalian dokumen rekam medis yang belum lengkap.

4) Prosedur penggabungan kartu kendali dengan dokumen rekam medis.

g. Unsur-Unsur Pengendalian

- 1) Diserahkannya dokumen rekam medis dan sensus harian oleh unit pencatatan data pada setiap hari.
- 2) Digunakannya kartu kendali untuk mengendalikan dokumen rekam medis yang tidak lengkap.
- 3) Digunakannya buku ekspedisi.

h. Tingkat Ketidaklengkapan dan Kebandelan dokumen rekam medis dapat dicari dengan perhitungan sebagai berikut:

1) IMR (*Incomplete Medical Record*)

Adalah jumlah dokumen rekam medis yang belum lengkap setelah pasien selesai pelayanan atau perawatan. Pemberi pelayanan kesehatan diberitahu untuk melengkapi rekam medis yang telah lengkap agar sesuai dengan batas waktu pelengkapan yang telah ditentukan oleh aturan staf medis:

$$\frac{\text{Jumlah berkas rekam medis yang belum lengkap}}{\text{Jumlah rata-rata pasien pulang dalam periode perlengkapan rekam medis tersebut}} \times 100\%$$

2) DMR (*Delinquent Medical Record*)

Adalah dokumen rekam medis dikatakan lengkap setelah lewat masa pelengkapan dari masing-masing unit pelayanan. Batas waktu

pelengkapan dokumen rekam medis
2 x 24 jam.

$\frac{\text{Jumlah berkas rekam medis bandel}}{\text{Jumlah rata-rata pasien pulang selama periodeperlengkapan rekam medis tersebut}} \times 100\%$
--

9. Quality Assurance

Quality Assurance adalah istilah yang diambil antara lain dari industri. Secara harafiah artinya jaminan mutu. Dalam industri manufaktur dapat dikatakan secara sederhana, bahwa *Quality Assurance* adalah untuk meminimalkan produk yang cacat. Ada dua pengertian untuk istilah *Quality Assurance*, sehingga tidak jarang terjadi keracunan pemahaman. Menurut Prof. A. Donabedian sendiri “Bapak” *Quality Assurance* di Amerika, memberikan definisi yang berbeda untuk istilah yang sama sbb:

- Quality Assurance* dalam arti luas
Quality Assurance semua pengaturan dan kegiatan yang dimaksudkan untuk mengamankan, memelihara dan meningkatkan mutu asuhan. *Quality Assurance* dalam arti luas ini sebenarnya adalah manajemen mutu dalam arti umum, kegiatan/program apapun di rumah sakit asal bertujuan mutu pelayanan.
- Quality Assurance* dalam arti spesifik
Quality Assurance hanya meliputi kegiatan-kegiatan yang secara periodik/berlanjut mengkaji kondisi pemberian asuhan, memantau asuhan itu sendiri dan menelusuri *out come* asuhan itu. Kekurangan-kekurangan dapat ditemukan, sehingga

menghasilkan penyempurnaan kesehatan dan *well being*. Program *Quality Assurance* merupakan alat yang paling penting untuk memantau dan mengevaluasi kualitas pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam hal ini khususnya kualitas data.

10. Tujuan *Quality Assurance*

- Untuk mencapai kesempurnaan dalam *processing* informasi pelayanan kesehatan guna memfasilitasi pemberian asuhan pasien yang bermutu tinggi bagi masyarakat.
- Untuk memastikan bahwa prosedur dan praktek pelayanan rekam medis sudah sesuai dengan standar yang berlaku di bidang akreditasi, regulasi, lisensi dan manajemen resiko.
- Untuk memaksimalkan kontribusi pelayanan rekam medis guna pencapaian tujuan institusi.

11. Jenis Analisis Dokumentasi Rekam Medis

Ada tiga jenis analisis dokumentasian informasi kesehatan yaitu :

- Analisis Kuantitatif
Adalah suatu review area tertentu catatan medik untuk mengetahui bagian yang belum dilengkapi. Analisis kuantitatif dilakukan oleh tenaga rekam medis yang mengetahui tentang :
 - 1) Jenis formulir yang digunakan
 - 2) Jenis formulir yang harus ada
 - 3) Orang yang berhak mengisi rekam medis
 - 4) Orang yang harus melegalisasi penulisan

Yang dimaksud dengan tahu yaitu dapat mengidentifikasi (mengenal, menemukan) bagian yang tidak lengkap ataupun belum tepat pengisiannya.

b. Analisis Kualitatif

Adalah review untuk mengidentifikasi pencatatan yang tidak konsisten dan tidak akurat. Analisis kualitatif memerlukan pengetahuan tentang terminologi medis, anatomi dan fisiologi, dasar proses penyakit, isi catatan medik, akreditasi. Analisis ini dilaksanakan oleh praktisi informasi kesehatan yang telah terpercaya. Analisis kualitatif lebih mendalam dari pada analisis kuantitatif dalam :

- 1) Mendukung kualitas informasi
- 2) Merupakan aktifitas dari risk management
- 3) Membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik
- 4) Untuk meningkatkan pencatatan rekam medis oleh pemberi pelayanan harus dilakukan secara diplomasi.

c. Analisis Statistik

Mencakup pengabstrakan (peringkasan) data dari catatan medik untuk pengambilan keputusan administrasi dan klinis.

12. Faktor yang Berpengaruh Terhadap Pengisian Data Rekam Medis
Kelengkapan suatu data merupakan syarat mutlak dalam penelitian rekam medis rumah sakit. Rekam medis terselenggara

apabila bagian yang melakukan tugasnya dengan baik. Faktor yang mempengaruhi kelengkapan data antara lain:

a. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) yang dimaksud adalah petugas yang bertanggung jawab mengisi formulir/berkas. Ketrampilan, pendidikan, kedisiplinan petugas sangat berpengaruh terhadap kelengkapan data.

b. Desain Formulir

Sebuah formulir harus didesain untuk memenuhi tujuan penggunaannya. Pemikiran primer adalah tentang apakah formulir akan digunakan untuk mengumpulkan data untuk informasi laporan. Apapun aturan desain dasar mencakup:

- 1) Pelajari tujuan dan pemakaian formulir dan buatlah rancangan dengan memikirkan pengguna.
- 2) Rancanglah formulir sesederhana mungkin, hilangkan data atau informasi yang tidak diperlukan.
- 3) Gunakan terminologi standard untuk semua elemen data.
- 4) Aturan urutan item-item data secara logis, sehubungan dengan dokumen sumbernya atau dengan urutan perolehannya, sajikan informasi dengan cara yang dapat menangkap pembaca.

c. Prosedur Tetap (Protap)

Prosedur tetap atau kebijakan rumah sakit adalah standar kebijakan bersumber dari buku petunjuk dan

pedoman tertulis penyelenggaraan rekam medis sebagai dasar pelaksanaan pelayanan rekam medis dari Departemen Kesehatan dan peraturan perundangan yang berkaitan dengan rekam medis. Pedoman tertulis yang ditetapkan sendiri oleh Kepala Unit Rekam Medis yang disahkan oleh direktur tentang prosedur pengisian dokumen rekam medis yang baik. Dengan adanya protap yang baik berpengaruh terhadap petugas (dokter, perawat, dan bidan) untuk mengisi formulir laporan operasi dan formulir laporan anestesi dengan lengkap karena kalau tidak di isi dengan lengkap akan mendapatkan sangsi.

13. Pengendalian Ketidaklengkapan Isi Data Rekam Medis

Pencatatan hasil pelayanan ke dalam formulir rekam medis seringkali tidak lengkap, padahal salah satu syarat untuk disimpan Dokumen Rekam Medis harus sudah terisi dengan lengkap. Oleh karena itu diperlukan sistem pengendalian ketidaklengkapan isi rekam medis.

Sistem pengendalian ketidaklengkapan isi rekam medis yaitu suatu sistem yang bertujuan mengendalikan dokumen rekam medis yang dikembalikan ke unit pencatat data rekam medis untuk dilengkapi isi datanya per lembar formulir sehingga dapat diketahui dimana dokumen rekam medis tersebut berada dan kapan diserahkan serta kapan dikembalikan ke *assembling* lagi. Dengan demikian, maka apabila ternyata dokumen rekam medis

yang sedang dilengkapi tersebut dibutuhkan untuk pelayanan segera dapat diambil terlebih dahulu untuk pelayanan.

Pengendalian tersebut diawali dengan kegiatan penelitian isi data rekam medis pada setiap lembar formulir rekam medis yang telah diserahkan ke unit rekam medis. Kegiatan tersebut dilakukan oleh petugas *assembling*. Dokumen rekam medis isinya tidak lengkap dipisahkan dengan dokumen rekam medis yang telah lengkap. Ketidaklengkapan isi tersebut dicatat pada kartu kendali dan kertas kecil. Setelah pencatatan data yang tidak lengkap kartu kendali disimpan di fungsi *assembling* sedang kertas kecil ditempelkan pada halaman depan folder dokumen rekam medis. Penempelan kertas kecil tersebut dimaksudkan untuk memudahkan petugas yang bertanggung jawab segera dapat menemukan ketidaklengkapan data rekam medis dalam folder dokumen rekam medis. Folder tersebut diserahkan ke unit pencatat data untuk dilengkapi dengan menggunakan buku ekspedisi (serah-terima dokumen). Kartu kendali disimpan berdasarkan tanggal penyerahkannya dokumen rekam medis tidak lengkap.

Batas waktu melengkapi isi rekam medis yaitu selambat-lambatnya 2X24 jam sejak dokumen diserahkan ke unit pencatatan data oleh pihak *assembling*. Bila batas waktu dilampaui dokumen rekam medis akan diserahkan ke bagian *filing* untuk disimpan tersendiri. Oleh bagian *filing* akan diulangi lagi tata cara tersebut dengan

batas waktu 14X24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tidak lengkap. Selebihnya waktu tersebut dapat dikatakan dokumen rekam medis yang "bandel". Oleh karena itu di bagian *filing* dapat membuat laporan tingkat kebandelan dokumen rekam medis (*Delinquent Medical Record* (DMR) dan bagian *assembling* dapat membuat laporan *incomplet medical record* (IMR))

14. Prosedur Kelengkapan Isi Rekam Medis

- a. Setiap tindakan atau konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1 X 24 jam harus dalam lembaran (formulir) rekam medis.
- b. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter/tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terang serta di beri tanggal.
- c. Pencatatan yang dibuat mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter yang membimbing.
- d. Pencatatan yang dibuat oleh Residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
- e. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf.

METODELOGI PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif yaitu jenis penelitian yang dilakukan dengan menjelaskan atau menggambarkan keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap ke bagian assembling dengan menggunakan pendekatan retrospektif yaitu melihat data-data yang telah ada.

Tabel 1. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Nama Variabel	Definisi Operasional
1	Pengembalian berkas rekam medis	Pengiriman kembali berkas rekam medis dari bangsal ke assembling dalam berkas waktu 1x24 jam setelah pasien pulang
2	Keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap	Penyerahan dokumen rekam medis rawat inap dari bangsal ke assembling melebihi batas waktu yang telah ditetapkan dalam protap pengembaliandokumen rekam medis 1x24 jam setelah pasien pulang
2	Faktor penyebab keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap.	Hal (keadaan, peristiwa) yang menyebabkan terjadinya keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap ke assembling.

Populasi penelitian adalah keseluruhan kelompok subyek dapat berupa manusia, hewan percobaan, data laboratorium dan lain-lain yang ciri-cirinya akan diteliti (Arief, M 2008). Dengan memperhatikan pengertian diatas, maka peneliti mengambil populasi yaitu semua berkas rekam medis yang dikembalikan dari bangsal rawat inap ke bagian assembling.

Dengan jumlah populasi pada triwulan I sebanyak 430 dokumen rekam medis.

Soehartono (2002) mendefinisikan bahwa sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti dan yang dianggap menggambarkan populasinya. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik sampling jenuh yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sugiyono, 2009).

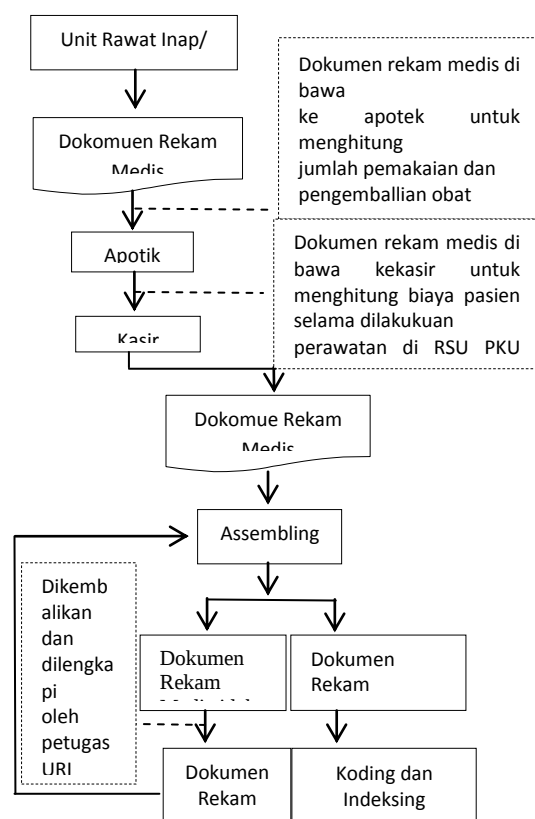
HASIL PENELITIAN

Alur pengembalian dokumen rekam medis dari bangsal atau ruang perawatan sampai ke Unit Rekam Medis bagian *Assembling* dimulai dari dokumen rekam medis dari unit rawat inap di bawa ke apotik untuk menghitung jumlah pemakaian dan pengembalian obat, dari apotik dokumen rekam medis dibawa ke kasir untuk menghitung biaya pasien selama dilakukan perawatan, dari kasir dokumen rekam medis di bawa ke unit rekam medis bagian *assembling* untuk diteliti kelengkapan dokumen rekam medis, apabila dokumen rekam medis tidak lengkap petugas *assembling* mengembalikan dokumen tersebut ke unit rawat inap untuk dilengkapi dengan batas waktu 1X24 jam. Dokumen rekam medis yang sudah lengkap di bawa ke bagian *koding* dan *index* kemudian disimpan di *filling*.

Formulir yang digunakan oleh pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Delanggu:

- Lembar Masuk dan Keluar
- Ringkasan Keluar (Resume)
- Resume Pemeriksaan dan Terapi Sementara

- Catatan Dokter
- Catatan Perawat (Pemberian Obat)
- Grafik Vital Sign
- Resume Keperawatan
- Diagnose dan Rencana Keperawatan
- Evaluasi Keperawatan
- Penempelan Hasil Pemeriksaan Penunjang
- Penempelan Salinan Resep
- Lembar Penempelan Surat Rujukan dan Surat Perawatan, Lembar Konsul dan lain-lain
- Persetujuan Pengobatan Perawatan
- Absensi Kegiatan Dokter di Ruang Rawat Inap.



Gambar 1. Alur pengembalian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat di bagian *Assembling*

Tingkat Keterlambatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Bagian

Assembling. Dokumen rekam medis yang dianggap terlambat dikembalikan adalah dokumen yang belum dikembalikan ke bagian *assembling* melebihi batas waktu yang telah ditentukan yaitu 1 X 24 Jam.

Tabel 2. Tingkat Keterlambatan Dokumen Rekam Medis Pada triwulan I tahun 2009

No	Keadaan Dokumen Rekam Medis	Januari		Februari		Maret	
		n	%	n	%	n	%
1.	Dokumen rekam medis yang dikembalikan tepat waktu 1x24 jam	138	60,79 %	64	46,38 %	41	63,08 %
2.	Dokumen rekam medis yang dikembalikan melebihi waktu yang ditetapkan 1X24 jam	89	39,21 %	74	53,62 %	65	100 %
Jumlah		227	100 %	138	100 %	65	100 %

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa persentase keterlambatan tertinggi pada bulan Februari sebanyak 53,62% dari total 138 dokumen yang dikembalikan ke bagian *assembling*. Dokumen rekam medis sudah dilengkapi dan dikembalikan di bagian *assembling* 1X24 jam setelah dokumen rekam medis dikembalikan ke unit yang bersangkutan untuk dilengkapi sesuai yang ada dalam prosedur tetap.

Penyebab Keterlambatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Bagian *Assembling*.

Tabel 3. Penyebab keterlambatan

No.	Penyebab	n	%
1.	Tingkat kedisiplinan dokter dalam pengisian data pada dokumen Rekam Medis (diagnosis dan tanda tangan)	4	80 %
2.	Tanggung jawab perawat dalam pengisian dokumen Rekam Medis	2	40 %
3.	Prosedur Tetap tidak dilakukan	3	60 %
4.	Petugas kasir dalam pengembalian dokumen Rekam Medis	3	60 %

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa dari 5 petugas yang di wawancara terdapat persentase penyebab keterlambatan penyerahan dokumen rekam medis yang tertinggi terdapat pada tingkat kedisiplinan dokter dalam pengisian data pada dokumen rekam medis (diagnosis dan tanda tangan) sebanyak 80%.

PEMBAHASAN

Alur Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Bagian *Assembling*. Di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Delanggu dalam pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap terdapat pihak - pihak yang terkait didalamnya yaitu bagian apotik dan bagian kasir untuk menghitung biaya selama dilakukan perawatan. Setelah melalui kedua bagian tersebut dokumen rekam medis diserahkan di bagian *assembling* untuk dirakit dan diteliti kelengkapan dokumen rekam medis. Apabila ditemukan dokumen yang tidak lengkap petugas *assembling*

mengembalikan dokumen yang tidak lengkap tersebut ke unit yang bersangkutan dengan menggunakan buku ekspedisi dengan batas waktu 1X24 jam. Hal tersebut belum sesuai dengan prosedur tetap tentang alur dokumen rekam medis pasien rawat inap ke bagian *assembling*. Karena dalam prosedur tetap alur pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap setelah dokumen dari bagian apotik dan kasir, dokumen rekam medis tersebut di bawa ke unit rawat inap untuk dilengkapi terlebih dahulu data-data rekam medisnya dan setelah itu dokumen dikirim ke Unit Rekam Medis bagian *assembling* dalam waktu 1X24 jam setelah pasien pulang.

Tingkat Keterlambatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Bagian *Assembling*. Berdasarkan hasil observasi tabel 2 halaman 3 diketahui bahwa tingkat keterlambatan penyerahan dokumen rekam medis dengan persentase tertinggi pada bulan Febuari sebanyak 53,62% dari total 138 dokumen yang dikembalikan ke bagian *assembling*. Dokumen rekam medis sudah dilengkapi dan dikembalikan di bagian *assembling* 1X24 jam setelah dokumen rekam medis dikembalikan ke unit yang bersangkutan untuk dilengkapi sesuai yang ada dalam prosedur tetap.

Pengembalian dokumen rekam medis yang tidak tepat waktu dapat menjadi beban petugas dalam pengolahan data. Karena data yang diperoleh sudah mengalami keterlambatan, maka dalam pengolahannya juga akan mengalami keterlambatan. Hal ini akan mempengaruhi informasi yang disampaikan kepada pimpinan rumah sakit menjadi tidak

tersaji tepat waktu yang berguna sebagai pengambilan keputusan manajemen secara efektif serta menyebabkan keterlambatan pembuatan laporan yang dikerjakan oleh petugas. Sedangkan bagi pasien akan mempengaruhi pengobatan selanjutnya yang akan dijalani oleh pasien dan pasien terhambat dalam mendapatkan informasi yang seharusnya dapat diperoleh dari data yang ada didalam dokumen rekam medis miliknya.

Penyebab Keterlambatan Penyerahan dokumen Rekam medis rawat inap di bagian *Assembling*. Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa penyebab keterlambatan penyerahan dokumen rekam medis rawat inap dengan persentase tertinggi terdapat pada tingkat kedisiplinan dokter dalam tanggung jawab dalam pengisian data pada dokumen rekam medis yaitu sebanyak 80%. Pihak yang terkait dalam pengisian data rekam medis selanjutnya adalah dokter yang merawat. Dalam pengisian ini dokter penanggung jawab hanya akan meneliti dan menandatangani dokumen rekam medis tersebut. Jika dilihat dari tanggung jawabnya seharusnya para dokter juga mempunyai tingkat kedisiplinan yang baik dalam menepati ketentuan tentang pengembalian dokumen rekam medis karena rekam medis adalah bukti tertulis atas segala bentuk pengobatan dan perawatan yang dilakukan dokter terhadap pasiennya (*Dirjen Yanmed,1997*). Selain itu juga dengan tingkat kedisiplinan pengembalian dokumen rekam medis yang baik, dokter juga akan merasakan manfaatnya apabila dokter sewaktu-waktu membutuhkan dokumen rekam medis.

KESIMPULAN

Alur pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap di bagian *assembling* di RSUD PKU Muhammadiyah Delanggu belum sesuai dengan prosedur tetap yang telah ditetapkan. Tingkat keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap di bagian *assembling* di RSUD PKU Muhammadiyah Delanggu dengan persentase tertinggi sebanyak 53,62% pada bulan Februari 2009. Penyebab keterlambatan penyerahan dokumen rekam medis pasien rawat inap yaitu tingkat kedisiplinan dokter dalam tanggung jawab dalam pengisian data pada dokumen rekam medis (diagnosis dan tanda tangan) sebanyak 80%.

Perlu adanya peningkatan kesadaran dan kedisiplinan petugas yang bertanggung jawab dengan sosialisasi kelengkapan data rekam medis pada semua unit pelayanan di rumah sakit antara lain pada dokter, perawat dan petugas *assembling*. Memberikan penghargaan bagi petugas medis yang memenuhi tanggung jawab melengkapi pengembalian dokumen rekam medis dengan disiplin.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief M. 2008. *Pengantar Metodologi Penelitian untuk Kesehatan*. Surakarta: LPP UNS dan UNS Press.
- DepDikNas RI . 2001. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- DepKes RI. 1991. *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis/Medical Record Rumah Sakit*.

Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

DepKes RI. 1997. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia Revisi I*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.

DepKes RI. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta: Menteri Kesehatan.

Hatta Gemala (ed.). 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.

MenKes RI. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informatika Kesehatan..* Jakarta: Menteri Kesehatan.

Notoatmodjo S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Shofari B. 2002. *Modul Pembelajaran Pengelolaan Rekam Medis dan Dokumentasi Rekam Medis*. PSRK_01. Semarang.

Syamsi I. 2004. *Efisiensi, Sistem dan Prosedur Kerja Edisi Revisi*. Jakarta : Bumi Aksara.

Wijono D. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Volume 2*. Surabaya: Airlangga University Press.