

## Analisis Kualitatif Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang Tahun 2022

Zulham Andi Ritonga<sup>1</sup>, Ali Sabela Hasibuan<sup>2</sup>, Tasya Adinda Putri<sup>3</sup>  
<sup>1,2,3</sup> Program Studi D3 Perekam dan Informasi Kesehatan, Universitas Imelda Medan

---

### Article Info

#### Article history:

Received Jan 25, 2023

Revised Feb 16, 2023

Accepted Feb 28, 2023

---

#### Keywords:

Qualitative  
Analysis  
Inpatient  
Medical Record

---

### ABSTRACT

Completeness of filling out medical records in hospitals is a must for health workers and can be done using qualitative analysis. The purpose of this study was to determine the qualitative analysis of filling in inpatient medical records at the Aceh Tamiang District General Hospital. This research is a descriptive research with a quantitative approach. The research was conducted at the Aceh Tamiang District Hospital. The population in this study was 1,840 and the sample obtained was 95 inpatient medical records. The results showed that the review of the completeness and consistency of the diagnosis was 90 (95%) accurate and 5 (5%) inaccurate, namely in the inpatient doctor's notes. In the notes and nursing care and nursing diagnoses there were 87 (92%) complete and 8 (8%) incomplete. Review of the consistency of recording the diagnosis, there were 85 (89%) complete and 10 (11%) incomplete. There are 83 medical records (87%) accurate and 12 (13%) inaccurate. Incomplete and inaccurate filling of inpatient medical records is found in the consistency of development records and nursing care. There were 82 (86%) complete and 13 (14%) incomplete records of things that were carried out during treatment and treatment, namely on evidence of implementation of treatment plans, instructions and drug changes, and actions taken which were filled out by nurses. Review of informed consent from 16 inpatient medical records, there were 14 (87%) complete and 2 (13%) incomplete, namely the completeness of the contents of the informed consent filled out by nurses. Review of medical methods or practices, there are 84 (88%) complete and 11 (12%) incomplete, namely on the date and time, the signature / initials is easy to read filled in by the doctor.

*This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.*



---

### Corresponding Author:

Zulham Andi Ritonga,  
Program Studi D3 Perekam dan Informasi Kesehatan,  
Universitas Imelda Medan,  
Jl. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur, Medan - Sumatera Utara.  
Email: [zulhamandi63@yahoo.com](mailto:zulhamandi63@yahoo.com)

## 1. PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit dan setiap rumah sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis [1]. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit terdapat penyelenggaraan rekam medis dimana salah satu indikator mutu rekam medis sesuai pendapat [2] yaitu keakuratan dalam pengisian rekam medis. Menurut [3] menyebutkan bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Bagian dari penyelenggaraan rekam medis yaitu melakukan analisis rekam medis.

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai pada saat diterimanya pasien dirumah sakit, diteruskan kegiatan pencatatan data medis pasien selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis dirumah sakit, dan dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis yang meliputi penyelenggaraan penyimpanan untuk keperluan lainnya. Menurut [2] rekam medis harus dibuat untuk setiap orang yang menerima pelayanan di rumah sakit. Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Jika tidak ada dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, maka tertib administrasi rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan.

Kegunaan utama rekam medis adalah sebagai bukti perjalanan penyakit pasien dan pengobatan yang telah diberikan, alat komunikasi diantara para tenaga kesehatan yang memberikan perawatan kepada pasien, sumber informasi untuk riset dan pendidikan, serta dalam pengumpulan data statistik kesehatan kelengkapan dan keakuratan rekam medis harus selalu diperhatikan, oleh karena itu dilalukan audit pendokumentasian rekam medis secara rutin terhadap dokumen rekam medis agar kelengkapan dan keakuratannya terjaga.

Audit pendokumentasian rekam medis sangat diperlukan guna mengetahui kelengkapan pengisian rekam medis, mengingat pentingnya rekam medis untuk menghasilkan informasi yang berkesinambungan. Ketidaklengkapan rekam medis dapat menyebabkan kerugian finansial dan turunnya mutu pelayanan rumah sakit [4].

Rekam medis dikatakan bermutu jika memenuhi kriteria: kelengkapan isi, keakuratan, ketepatan waktu dan pemenuhan aspek hukum [5]. Analisis mutu rekam medis dilakukan dengan dua cara yaitu: analisis kuantitatif (jumlah atau kelengkapannya) dan analisis kualitatif (mutu). Analisis kualitatif yang bertujuan tercapainya isi rekam medis yang terhindar dari masukan yang tidak jelas atau taat asas (konsisten) maupun pelanggaran terhadap rekaman yang berdampak pada hasil yang tidak akurat dan tidak lengkap. Analisis kualitatif terdiri dari analisis kualitatif administratif dan analisis kualitatif medis [5].

Analisa kualitatif adalah suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang ke konsistenan dan isinya merupakan bukti bahwa rekam medis tersebut akurat dan lengkap. Untuk review kualitatif terdiri 6 komponen yaitu review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, review kekonsistenan pencatatan diagnosa, review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, review adanya informed consent, review cara atau praktek pencatatan dan review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi [5].

Beberapa penelitian yang berkaitan dengan analisis kualitatif rekam medis diantaranya oleh penelitian [6] dari hasil analisis 41 dokumen rekam medis, diketahui

presentase rata-rata rekam medis terisi lengkap sebanyak 33 (80,48 %) dan tidak lengkap sebanyak 8 (19,52 %).

Selanjutnya penelitian [7] dari 82 dokumen rekam medis yaitu terdapat masih banyak ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis diare akut balita terutama dari segi kualitatif medis baik anamnesa, pemeriksaan fisik, tindakan atau terapi, dan status pulang.

Menurut penelitian [8] dari sampel 95 dokumen rekam medis menunjukkan bahwa 99% identifikasi sudah terisi lengkap, laporan penting 81% lengkap, autentifikasi 54% lengkap dan pendokumentasian 39% lengkap. Kesimpulan pada penelitian ini adalah ketidaklengkapan terbanyak pada review pendokumentasian yaitu 61% [8].

Penelitian [9] menunjukkan bahwa implementasi kelengkapan pengisian dan ketepatan waktu pengembalian berkas rekam medis masih tergolong rendah. Pada komponen input, kemampuan dan keterampilan petugas rendah, beban kerja yang tinggi, tidak ada reward dari pihak rumah sakit, SOP yang telah tersedia namun berjalan belum maksimal, dan kebijakan pelaksanaan rekam medis telah disosialisasikan. Pada komponen proses, masih ditemukan kekosongan pada pengisian item rekam medis serta pengembalian rekam medis yang tidak tepat waktu. Pada komponen output, ketidaklengkapan yang paling banyak tidak diisi adalah resume medis 44,8% rekam medis dan tanda tangan DPJP 39,1% medis.

Hal ini sesuai dengan penelitian [10] dari data angka ketidaklengkapan pengisian catatan medis (KLPCM), ditemukan bahwa dari seluruh berkas rekam medis pasien pulang dari rumah sakit pada tahun 2018, dari 13279 berkas terdapat ketidaklengkapan pengisian sebanyak 7,66% (1017), dimana salah satu diantaranya adalah ketidaklengkapan pengisian resume medis. Terdapat ketidaklengkapan pengisian identitas pasien sebanyak 5 formulir (16,6%), anamnesa 4 (13,3%), pemeriksaan fisik 2 (6,6%), diagnosa 1 (6,6%), pemeriksaan penunjang 4 (13,3%) dan tindakan medis sebanyak 2 formulir (6,6%).

Berdasarkan penelitian oleh [11] dari 65 rekam medis pasien rawa inap menunjukkan persentase kelengkapan rata-rata 83,0%, untuk persentase kelengkapan terbesar ditemukan pada komponen catatan yang penting sebesar 93,8%, sedangkan persentase kelengkapan terkecil ditemukan pada komponen Autentikasi Penulis sebesar 69,2%.

Berdasarkan survey awal di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang didapati dari 30 rekam medis rawat inap yang dianalisis terdapat 85% rekam medis yang lengkap, akurat dan konsisten. Sesuai observasi, rumah sakit tersebut menggunakan sistem penyimpanan sentralisasi dimana berkas rekam medis rawat jalan dan rawat inap digabung menjadi satu file. Kemungkinan penyebabnya karena tenaga kesehatan yang terlibat dalam pengisian rekam medis kurang mempunyai pengetahuan akan rekam medis.

Berdasarkan uraian dari permasalahan di atas tentang pengisian rekam medis rawat inap maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Analisis Kualitatif Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang.” Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis kelengkapan dan kekonsistenan dalam pengisian rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang yaitu kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kekonsistenan pencatatan diagnosa, pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, adanya informed consent, serta bagaimana praktek pencatatan yang dilakukan.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Metode ini bertujuan untuk mengetahui kelengkapan rekam medis pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten

Aceh Tamiang secara kualitatif. Dimana, penelitian ini dilakukan pada bulan Mei sampai dengan Agustus 2022.

Penelitian ini dilakukan di unit rekam medis Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Aceh Tamiang, rumah sakit kelas B dengan tingkat akreditasi paripurna. Adapun alasan pemilihan tempat penelitian karena ditemukan masalah terkait kelengkapan pengisian rekam medis dan tidak pernah dilakukan penelitian ini.

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian [12]. Dalam penelitian ini yang menjadi populasi yaitu berkas rekam medis rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Agustus tahun 2022 di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang sebanyak 1.840 rekam medis rawat inap [13].

Menurut [13] sampel adalah sebagian dari populasi yang mewakili suatu populasi. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan masalah dalam penelitian sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya [14]. Dalam penelitian ini menggunakan rumus perhitungan dari Slovin :

Keterangan :

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e= persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat ditolerir atau diinginkan (0,1).

$$n = N / (1 + (N \times d^2))$$

$$n = 1.840 / (1 + (1.840 \times 0,1^2))$$

$$n = 1.840 / 19,4$$

$$n = 95$$

Teknik pengambilan sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik *probability sampling* jenis pengambilan sampel acak sederhana (*Simple Random Sampling*). Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu [12]. Variabel pada penelitian ini adalah kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang.

Defenisi operasional adalah membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diteliti atau diamati, perlu sekali variabel-variabel tersebut diberi batasan atau definisi oprasional [15].

Instrumen Penelitian adalah alat ukur atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (cermat, lengkap dan sistematis) sehingga lebih mudah diolah [15]. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah lembar checklist atau tabel yang terdapat komponen analisis kualitatif.

#### 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari subjek penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambilan data langsung pada objek sebagai sumber informasi yang dicari [15]. Pengumpulan data diperoleh melalui wawancara dan observasi langsung terkait pengisian rekam medis.

#### 2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, tidak langsung diperoleh oleh peneliti dari subjek penelitian. Data sekunder biasanya berwujud data dokumentasi atau data laporan yang sudah tersedia [15]. Data sekunder diperoleh dari analisis kualitatif dalam pengisian rekam medis rawat inap.

Menurut [16] Setelah sdata terkumpul maka dilakukan pengolahan data, data diolah secara:

1. Pengeditan Data (Editing)  
Editing dilakukan dengan cara memeriksa lembar ceklist yang telah diisi.
2. Pengkodean (coding)  
Coding (pengkodean) data dilakukan dengan cara pemberian kode angka/skor. angka 0 (nol) dan angka 1 (satu). angka nol berarti bahwa data tersebut kosong / tidak terisi / tidak lengkap, dan angka satu berarti data tersebut ada / terisi / lengkap.
3. Tranformasi Data  
Pemindahan data dilakukan dengan aplikasi Microsoft Word.
4. Tabulasi Data  
Proses tabulasi dilakukan dengan menggunakan tabel distribusi frekuens

Analisa data pada penelitian ini menggunakan analisis univariat. Hasil analisis disajikan dalam bentuk angka-angka yang kemudian dijelaskan dan diintrespretasikan dalam suatu uraian. Analisa univariat yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif serta membandingkan hasil penelitian dengan teori yang ada untuk diambil kesimpulan tanpa melakukan uji statistik [16].

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 3.1 HASIL

Setelah penelitian tentang Analisis Kualitatif Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang Tahun 2022 telah dilakukan, diperoleh hasil dana nalisis data sebagai berikut.

#### Karakteristik Responden

**Tabel 1. Rekapitulasi Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa**

No	Komponen Analisis	Lengkap		Tidak Lengkap		Akurat		Tidak Akurat		Konsisten		Tidak Konsisten	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>I. Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa</b>													
<b>Dokter</b>													
1	Ada diagnosa awal di UGD/Klinik	95	100	0	0	95	100	0	0	95	100	0	0
2	Anamnesa dan diagnose masuk	95	100	0	0	95	100	0	0	95	100	0	0
3	Work diagnosis / catatan dokter rawat inap	95	100	0	0	90	95	5	5	95	100	0	0
4	Diagnosa keluar pada ringkasan penyakit	95	100	0	0	95	100	0	0	95	100	0	0
<b>Perawat</b>													
5	Catatan dan asuhan keperawatan serta diagnosa keperawatan	87	92	8	8	95	100	0	0	95	100	0	0

Berdasarkan Tabel 1 di atas, menunjukkan bahwa hasil review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 95 rekam medis rawat inap, terdapat 90 (95%) akurat dan 5 (5%) tidak akurat yaitu pada item catatan dokter rawat inap. Pada item catatan dan asuhan keperawatan dan diagnosa keperawatan terdapat 87 (92%) lengkap dan 8 (8%) tidak lengkap.

**Tabel 2. Rekapitulasi Review Kekonsistenan Pencatatan Diagnosa**

No	Komponen Analisis	Lengkap		Tidak Lengkap		Akurat		Tidak Akurat		Konsisten		Tidak Konsisten	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
		<b>II. Pencatatan yang Konsisten</b>											
<b>Dokter</b>													
1	Kesinambungan catatan UGD / klinik dan catatan dokter hingga ringkasan penyakit	95	100	0	0	95	100	0	0	95	100	0	0
<b>Penunjang Diagnosa</b>													
2	Adanya hasil laboratorium, radiologi dan lainnya	95	100	0	0	95	100	0	0	95	100	0	0
<b>Perawat</b>													
3	Konsistensi catatan perkembangan dan asuhan keperawatan	85	89	10	11	83	87	12	13	95	100	0	0

Berdasarkan Tabel 2 di atas, menunjukkan bahwa hasil review kekonsistenan pencatatan diagnosa dari 95 rekam medis rawat inap, terdapat 85 (89%) lengkap dan 10 (11%) tidak lengkap. Terdapat 83 rekam medis (87%) akurat dan 12 (13%) tidak akurat. Ketidakeengkapan dan ketidak akurat pengisian rekam medis rawat inap terdapat pada item konsistensi catatan perkembangan dan asuhan keperawatan.

**Tabel 3. Rekapitulasi Review Pencatatan Hal-hal yang Dilakukan saat Perawatan dan Pengobatan**

No	Komponen Analisis	Persentase Item Review Pencatatan Hal-hal yang Dilakukan saat Perawatan dan Pengobatan											
		Lengkap		Tidak Lengkap		Akurat		Tidak Akurat		Konsisten		Tidak Konsisten	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>III. Catatan Terkait Pengobatan</b>													
<b>Dokter</b>													
1	Bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan	95	100	0	0	95	100	0	0	95	100	0	0
<b>Perawat</b>													
2	Bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan	82	86	13	14	95	100	0	0	95	100	0	0

Berdasarkan Tabel 3 di atas, menunjukkan bahwa hasil review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dari 95 rekam medis rawat inap terdapat 82 (86%) lengkap dan 13 (14%) tidak lengkap yaitu pada item bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan yang diisi oleh perawat.

**Tabel 4. Review Adanya Informed Consent**

No	Komponen Analisis	Lengkap		Tidak Lengkap		Akurat		Tidak Akurat		Konsisten		Tidak Konsisten	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
		<b>IV. Surat Pemberian Informasi</b>											
<b>Dokter</b>													
1	Informasi sesuai dengan tindakan yang dilakukan	16	100	0	0	16	100	0	0	16	100	0	0
<b>Perawat</b>													
2	Kelengkapan isi informasi	16	100	0	0	16	100	0	0	16	100	0	0
<b>IV. Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran Lengkap</b>													
<b>Dokter</b>													
1	<i>Informed Consent</i> sesuai dengan operasi/ tindakan yang dilakukan	16	100	0	0	16	100	0	0	16	100	0	0
<b>Perawat</b>													
2	Kelengkapan isi informed consent	14	87	2	13	16	100	0	0	16	100	0	0

Berdasarkan Tabel 4 di atas, menunjukkan bahwa hasil review adanya informed consent dari 16 rekam medis rawat inap, terdapat 14 (87%) lengkap dan 2 (13%) tidak lengkap yaitu pada item kelengkapan isi informed consent yang diisi oleh perawat.

**Tabel 5. Rekapitulasi Review Cara/ Praktek Kedokteran**

No	Komponen Analisis	Lengkap		Tidak Lengkap		Akurat		Tidak Akurat		Konsisten		Tidak Konsisten	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
		<b>V. Praktik Pendokumentasian</b>											
<b>Dokter</b>													
1	Tanggal dan waktu, tanda tangan / paraf mudah dibaca	84	88	11	12	95	100	0	0	95	100	0	0
<b>Perawat</b>													
2	Tanggal dan waktu, tanda tangan / paraf mudah dibaca	95	100	0	0	95	100	0	0	95	100	0	0

Berdasarkan Tabel 5 diatas, menunjukkan bahwa hasil review cara atau praktek kedokteran dari 95 rekam medis rawat inap, terdapat 84 (88%) lengkap dan 11 (12%) tidak lengkap yaitu pada item tanggal dan waktu, tanda tangan / paraf mudah dibaca diisi oleh dokter.

### 3.2 Pembahasan

#### Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 95 rekam medis rawat inap terdapat 90 (95%) akurat dan 5 (5%) tidak akurat yaitu pada item catatan dokter rawat inap. Pada item catatan dan asuhan keperawatan serta diagnosa keperawatan terdapat 87 (92%) lengkap dan 8 (8%) tidak lengkap.

Penelitian [12] di Rumah Sakit Permata Medika Semarang ditemukan bahwa hasil untuk kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa menunjukkan 45 (55%) lengkap dan 19

(30%) tidak lengkap. Penelitian [13], menunjukkan bahwa dari 77 dokumen rekam medis kasus persalinan Caesarean Section di RSUD Ratu Zalecha Martapura terdapat pada kelengkapan diagnosa 62 (80,5%) dokumen lengkap dan 15 (19,5%) tidak lengkap, kemudian pada kekonsistenan diagnosa 73 (94,8%) dokumen konsisten dan 4 (5,2%) tidak konsisten, kemudian pada kelengkapan informed consent 35 (45,5%) dokumen lengkap dan 42 (54,5%) tidak lengkap, kemudian dalam keterbacaan diagnosa 48 (62,3%) terbaca dan 29 (37,7%) tidak terbaca.

Sesuai analisis data yang dilakukan pada rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang, terdapat ketidakakuratan dalam pengisian catatan dokter rawat inap dikarenakan dokter tersebut sibuk untuk memberikan pelayanan kepada pasien yang lainnya sehingga tidak dapat mengisi berkas rekam medis. Terdapat ketidaklengkapan dalam pengisian catatan dan asuhan keperawatan serta diagnosa keperawatan dikarenakan kurangnya pengetahuan perawat dalam pengisian catatan keperawatan.

### **Review Kekonsistenan Pencatatan Diagnosa**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil review kekonsistenan pencatatan diagnosa dari 95 rekam medis rawat inap, terdapat 85 (89%) lengkap dan 10 (11%) tidak lengkap. Terdapat 83 rekam medis (87%) akurat dan 12 (13%) tidak akurat. Ketidaklengkapan dan ketidakakuratan pengisian rekam medis rawat inap terdapat pada item konsistensi catatan perkembangan dan asuhan keperawatan.

Penelitian [14], analisa kualitatif dari 79 rekam medis rawat inap pasien diabetes melitus review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa terdapat 73 yang lengkap (92%) dan 6 yang tidak lengkap (8%). Review kelengkapan pencatatan diagnosa terdapat 75 yang lengkap (95%) dan 4 yang tidak lengkap (5%).

Penelitian [15] di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta ditemukan bahwa dari 88 dokumen rekam medis rawat inap kasus Covid-19 yaitu review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa 100% konsisten. Review kekonsistenan pencatatan diagnosa 60% konsisten dan 40% tidak konsisten. Review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan 98% konsisten dan 2% tidak konsisten. Review terhadap informed consent tidak ada dikarenakan tidak adanya tindakan yang memerlukan formulir informed consent. Review cara praktik atau pencatatan 72% konsisten dan 28% tidak konsisten. Review hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi 100% konsisten.

Sesuai analisis data yang dilakukan pada rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang, terdapat ketidaklengkapan dan ketidakakuratan pengisian rekam medis rawat inap terdapat pada item konsistensi catatan perkembangan dan asuhan keperawatan. Pada salah satu berkas pasien di formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi tidak dituliskan poli serta jam pada kunjungan yang terbaru. Hal ini dikarenakan perawat atau dokter kurang teliti dalam pengisian rekam medis dan juga disebabkan banyaknya jumlah formulir rawat yang terdapat pada rekam medis rawat inap pasien.

### **Review Pencatatan Hal-hal yang Dilakukan saat Perawatan dan Pengobatan**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dari 95 rekam medis rawat inap terdapat 82 (86%) lengkap dan 13 (14%) tidak lengkap yaitu pada item bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan yang diisi oleh perawat.

Penelitian [16], dari sampel sebanyak 82 DRM terdapat masih banyak ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan pengisian DRM diare akut balita di RSI Masyithoh Bangil terutama dari segi kualitatif medis baik anamnesa, pemeriksaan isik, tindakan atau terapi, dan status pulang.



Penelitian [17], di instalasi rekam medis RSU Mitra Medika dari data angka ketidaklengkapan pengisian catatan medis (KLPCM), ditemukan bahwa dari seluruh berkas rekam medis pasien pulang dari rumah sakit pada tahun 2018, yaitu terdapat 13.279 berkas terdapat ketidaklengkapan pengisian sebanyak 7,66% (1.017) berkas, dimana salah satu diantaranya adalah ketidaklengkapan pengisian resume medis, terdapat ketidaklengkapan pengisian identitas pasien sebanyak 5 formulir (16,6%), anamnese 4 (13,3%), pemeriksaan fisik 2 (6,6%), diagnosa 1 (6,6%), pemeriksaan penunjang 4 (13,3%) dan tindakan medis sebanyak 2 formulir (6,6%).

Sesuai analisis data yang dilakukan pada rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang, terdapat ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap pada item bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan yang diisi oleh perawat. Hal ini dikarenakan perawat kurang komunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam perawatan pada pasien. Hal ini lain juga disebabkan karena bukti tindakan yang dilakukan pada pasien tersebut masih belum dicetak, sibuknya perawat dalam melayani pasien sehingga formulir bukti tindakan tersebut tidak dilampirkan atau di gabungkan ke berkas rekam medis yang seharusnya.

### **Review Adanya *Informed Consent***

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil review adanya informed consent dari 16 rekam medis rawat inap, terdapat 14 (87%) lengkap dan 2 (13%) tidak lengkap yaitu pada item kelengkapan isi informed consent yang diisi oleh perawat.

Penelitian [18] masih terdapat dokumen rekam medis tuberkulosis paru di RSUD Tongas Probolinggo masih belum lengkap dan akurat. Salah satunya terdapat pada analisis kualitatif administratif yaitu terdapat penulisan alamat pasien yang tidak lengkap 100%, dikarenakan perawat kurang memperhatikan dan mengingatkan pasien/wali dalam pengisian lembar informed consent. Selain itu tenaga medis tidak menerapkan 100% penulisan singkatan baku tuberkulosis yang terdapat pada SOP singkatan baku RSUD Tongas, dikarenakan masih kurangnya sosialisasi dari unit RM kepada tenaga medis terkait penggunaan singkatan baku tuberkulosis. Pada analisis kualitatif medis, tidak terdapat hasil pemeriksaan rontgen terhadap pasien yang dilakukan pemeriksaan rontgen sebanyak 19 dokumen, dikarenakan di RSUD Tongas tidak memiliki lembar hasil pemeriksaan, sehingga hasil pemeriksaan tidak dituliskan dalam DRM. Maka kualitas DRM pasien tuberkulosis paru baik secara administratif maupun medis masih dikatakan belum baik. Sebaiknya diperlukan ketelitian dan kedisiplinan petugas medis dalam pengisian DRM.

Menurut [19] bahwa kelengkapan pengisian berkas rekam medis harus mencapai angka 100% selama 1x24 jam setelah pasien keluar rumah sakit rekam medis sebagai catatan perjalanan penyakit pasien merupakan berkas yang pengisiannya harus terisi secara lengkap. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis akan mengakibatkan catatan yang termuat menjadi tidak sinkron serta informasi kesehatan pasien terdahulu sulit diidentifikasi. Data laporan yang penting dalam berkas rekam medis antara lain diagnosis utama, keadaan keluar, tanggal masuk Rumah Sakit, jenis operasi, laporan operasi, dan informed consent.

Berdasarkan [20] dinyatakan bahwa Surat pernyataan dari pasien untuk suatu pengobatan harus digambarkan secara hati-hati. Dokter juga teliti dalam mencatat keterangan yang diberikan kepada pasien, yang memungkinkan pasien menulis surat pernyataan untuk persetujuan atau tidak terhadap tindakan kedokteran yang akan dilakukan. Setiap fasilitas pelayanan harus mempunyai peraturan yang konsisten tentang Surat persetujuan tindakan kedokteran ini untuk kepentingan hukum.

Salah satu fungsi rekam medis yaitu legalitas dimana suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian

hukum atas keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan [21].

Sesuai analisis data yang dilakukan pada rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang, terdapat ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap pada item kelengkapan isi informed consent yang diisi oleh perawat. Hal ini dikarenakan lembaran informasi pada status pasien tidak terlampir lembaran *informed consent*. Mungkin ketidakterlampirnya *informed consent* ini karena kelalaian dari perawat yang belum menuliskan *informed consent*.

### **Review Cara/Praktek Kedokteran**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil review cara atau praktek kedokteran dari 95 rekam medis rawat inap, terdapat 84 (88%) lengkap dan 11 (12%) tidak lengkap yaitu pada item tanggal dan waktu, tanda tangan / paraf mudah dibaca diisi oleh dokter.

Penelitian yang dilakukan [22] di RSUD. Dr. Pringadi terdapat 40 berkas rekam medis telah dianalisa dengan dokumen yang konsisten, akurat dan lengkap sebanyak 22 dokumen (55 %) dan yang tidak terisi dengan lengkap sebanyak 18 dokumen (45 %).

Menurut pendapat [23] bahwa kelengkapan dalam pengisian berkas rekam medis oleh dokter akan dapat memudahkan tenaga kesehatan lain dalam memberikan tindakan atau pengobatan pada pasien, dan dapat dijadikan sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengelolaan data dan laporan yang akan dijadikan informasi yang berguna bagi pihak manajemen rumah sakit dalam menentukan evaluasi dan pengembangan pelayanan Kesehatan.

Dokter yang merawat wajib mengisi resume medis mengenai informasi perawatan pasien karena memiliki berbagai kegunaan. Menurut [23] bahwa salah satu kegunaannya yaitu untuk menjaga kelangsungan perawatan dikemudian hari. Disarankan perlu dilakukannya analisa kualitas pencatatan yang dilakukan oleh dokter. Kegiatan tersebut dilakukan guna mengevaluasi mutu pelayanan medik yang diberikan dokter yang merawat.

Sesuai analisis data pada rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang, terdapat ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap pada item tanggal dan waktu, tanda tangan/paraf mudah dibaca diisi oleh dokter. Hal ini dapat terjadi karena kesibukan dokter dalam melayani pasien sehingga rekam medis tidak terisi dengan benar juga dikarenakan formulir yang akan diisi sangat banyak sehingga pengisian formulir tersebut tidak konsisten.

### **Review Hal-hal yang Berpotensi Menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil review hal hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dari 95 rekam medis rawat inap yang dianalisis, tidak ditemukan item prosedur batal yang dilakukan, reaksi alergi pada obat/transfusi, masuk kamar operasi 2x, masuk ICU 2x, masuk ICU tanpa rencana dan pasien yang pulang dipaksa dari rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian [24] analisis kuantitatif untuk membantu dokter dalam pencatatan dan pengisian rekam medis yang lengkap dan akurat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis kuantitatif kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap dengan diagnosis fraktur femur di RSUD DR. RM Djoelham Binjai. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Sampel yang digunakan adalah seluruh populasi sebanyak 36 dokumen rekam medis pasien rawat inap dengan diagnosis fraktur tahun 2018. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan tabel check list. Kelengkapan hasil identifikasi pasien tertinggi adalah nama pasien, nomor rekam medis, dan tanggal lahir sebanyak 20 dokumen (56%), persentase terendah adalah jenis kelamin sebanyak 10 dokumen rekam medis (28%). Kelengkapan pelaporan yang penting adalah persetujuan

umum sebanyak 25 dokumen rekam medis (69%), persentase terendah adalah informed consent sebanyak 13 dokumen rekam medis (36%). Kelengkapan autentikasi tertinggi adalah tanda tangan dokter, nama perawat dan tanda tangan perawat sebanyak 15 dokumen rekam medis (42%), persentase terendah adalah nama dokter dan jabatan profesi sebanyak 11 dokumen rekam medis (31%). Kelengkapan pendokumentasian yang benar adalah penggunaan singkatan sebanyak 26 dokumen rekam medis (72%), persentase terendah adalah koreksi kesalahan sebanyak 16 dokumen rekam medis (44%). Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis belum 100% lengkap.

#### 4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa hasil review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 95 rekam medis rawat inap terdapat 90 (95%) akurat dan 5 (5%) tidak akurat yaitu pada item catatan dokter rawat inap. Pada item catatan dan asuhan keperawatan serta diagnosa keperawatan terdapat 87 (92%) lengkap dan 8 (8%) tidak lengkap. Review kekonsistenan pencatatan diagnosa terdapat 85 (89%) lengkap dan 10 (11%) tidak lengkap. Terdapat 83 rekam medis (87%) akurat dan 12 (13%) tidak akurat yaitu pada item konsistensi catatan perkembangan dan asuhan keperawatan. Review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan terdapat 82 (86%) lengkap dan 13 (14%) tidak lengkap yaitu pada item bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan yang diisi oleh perawat. Review adanya informed consent terdapat 14 (87%) lengkap dan 2 (13%) tidak lengkap yaitu pada item kelengkapan isi informed consent yang diisi oleh perawat. Review cara atau praktek kedokteran terdapat 84 (88%) lengkap dan 11 (12%) tidak lengkap yaitu pada item tanggal dan waktu, tanda tangan / paraf mudah dibaca diisi oleh dokter.

#### REFERENCES

- [1] U.-U. RI, *Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. 2009.
- [2] K.Huffman, *Health Information Management*. 1994.
- [3] Kemenkes, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Rekam Medis*. 2022.
- [4] Akasah, *Peningkatan Kualitas Rekam Medis Melalui Analisis Kelengkapan RekamMedis*. 2009.
- [5] G. R. Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta, 2008.
- [6] M. & Sari, "Analisis Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Di Poli Rawat Jalan Kia RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo," 2022.
- [7] D. Hikmah, *Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Diare Akut Balita di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil Kabupaten Pasuruan*. Jember, 2018.
- [8] D. Nisa, "Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Gondanglegi," 2021.
- [9] Fajariyani, "Analisis Kelengkapan Pengisian Dan Ketepatan Waktu Pengembalian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUD Kota Makassar," 2020.
- [10] Kartini, "Tinjauan Ketidaklengkapan Penulisan Resume Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Mitra Medika," 2019.
- [11] E. & Widjaja, "Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Secara Kuantitatif di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Muhammadiyah Taman Puring. Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Esa Unggul," 2021.
- [12] E. Rani, "Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Pasien Dengue Haemorrhagic Fever Di Rumah Sakit Permata Medika Semarang Periode Triwulan I Tahun 2015," 2015.
- [13] Asywaq, "Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Kasus Persalinan Caesarean Section Dalam Mendukung Keakuratan Kode Berdasarkan Icd-10 Di Rsud Ratu Zalecha Martapura Tahun 2020," 2020.
- [14] Anindyta, "Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Ketidaklengkapan Dokumen Rekam

- Medis Pada Pasien Diabetes Melitus Terhadap Akurasi Koding Di Rsud Kota Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014,” 2014.
- [15] D. Nugraheni, “Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Covid-19 Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Surakarta,” 2021.
- [16] D. Hikmah, “Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Diare Akut Balita Di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil Kabupaten Pasuruan Tahun 2016,” 2016.
- [17] L. Kartini, “Tinjauan Ketidاكلengkapan Penulisan Resume Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Mitra Medika tahun 2019,” 2019.
- [18] D. Nuraini, “Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Pasien Tuberkulosis Paru,” 2017.
- [19] Kemenkes, *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. 2008.
- [20] Depkes, *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. 2008.
- [21] G. JR, *Medical Records. Principle Of Hospital Administration*. New York, 1991.
- [22] Nasution, “Analisis Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi.,” 2019.
- [23] Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. 2014.
- [24] R. Giyatno, “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Dengan Diagnosa Fracture Femur Di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai,” 2018.

## BIOGRAPHIES OF AUTHORS

	<p><b>Zulham Andi Ritonga, SKM., MKM</b> berprofesi sebagai dosen pada Prodi D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Imelda Medan. Gelar D3 diperoleh dari AKPER Imelda Medan tamat tahun 2003. Gelar S1 diperoleh dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara minat studi Administrasi Kebijakan Kesehatan tamat pada tahun 2011. Gelar S2 diperoleh dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara minat studi Administrasi Rumah Sakit tamat tahun 2019.</p>
	<p><b>Ali Sabela Hasibuan</b>, Gelar D3 diperoleh dari AKPER Imelda Medan tamat tahun 2008, dan melanjutkan pendidikan jenjang Sarjana (S1) Keperawatan Tahun 2008, melanjutkan program pendidikan profesi Ners di STIKes Mutiara Indonesia pada Tahun 2011. Pada Tahun 2015, melanjutkan pendidikan pada jenjang magister di Universitas Sumatera Utara.</p>
	<p><b>Tasya Adinda</b>, putri lahir di Suka Mulia, 7 November 2001 dan beragama Islam. Penulis Lahir dari pasangan suami istri Badruddin S.pd dan Nila wati. Penulis mengenyam pendidikan di SDN Suka Mulia tahun 2007-2013. Setelah itu, penulis melanjutkan pendidikan di MTSS Raudhatun Najah pada tahun 2013-2016. Kemudian, penulis melanjutkan pendidikan ke SMAN 2 Patra Nusa Manyak Payed pada tahun 2016-2019. Terakhir, penulis melanjutkan pendidikan tinggi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan di Universitas Imelda Medan pada tahun 2019-2022.</p>