

Audit Rekam Medis dalam Upaya Peningkatan Kualitas Pengisian Rekam Medis di RSUD Sleman

Sugeng^{1,4}, Dian Herawati², Marko Ferdian Salim³

^{1,2,3}Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

⁴Instalasi Catatan Medik, RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Jul 26, 2023

Revised Jan 30, 2024

Accepted Feb 23, 2024

Keywords:

Audit
Completeness
Medical Record
Quality
RSUD Sleman

ABSTRACT

A hospital is a health service institution that provides complete individual health services for inpatient, outpatient, and emergency care. Hospitals as health service providers are required to maintain medical records. The administration of medical records for each hospital refers to the Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia. A medical record audit is needed to determine the completeness of data in medical records both in quantity and quality. The purpose of this study was to determine the medical record audit at RSUD Sleman. The type of research used is analytic observational with a cross-sectional study design. This research was conducted at RSUD Sleman, Special Region of Yogyakarta. The research was done from April to October 2022, during a period of 7 months. Simple random sampling was used to collect data from 94 medical records. The audit of 94 samples of medical records resulted in the following findings: completeness, patient identity 100%, professional identity in providing care 99.01%, date and time 70.21%, initial assessment 90.42%, subjective examination 98.84%, objective examination 66.01%, management plan 91.49%, clinical pathology examination 58.51%, radiological examination 75.53%, primary diagnosis 100%, secondary diagnosis 100%, and general agreement 100%. The lowest percentage of 58.51% was obtained for incomplete data.

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



Corresponding Author:

Sugeng,
Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan,
Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta,
Gedung Iso Reksohadiprodjo, Sekolah Vokasi, Universitas Gadjah Mada,
Sekip Unit 1 Catur Tunggal, Depok, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia. 55281
Email: sugeng03@ugm.ac.id

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis untuk pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Setiap pemberi layanan diwajibkan untuk membuat rekam medis. Dalam menyelenggarakan rekam medis, setiap rumah sakit mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) 269 tahun 2008. Dalam Permenkes tersebut dijelaskan bahwa isi dari rekam medis adalah tentang riwayat kesehatan, diagnosis saat pasien tersebut dirawat, tindakan kedokteran yang diberikan kepada pasien, yang selanjutnya dokumen tersebut akan dijadikan satu rangkaian pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien [1, 2].

Pada bidang kedokteran dan kedokteran gigi, rekam medis merupakan salah satu bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi. Rekam medis memuat data klinis pasien selama proses diagnosis dan pengobatan. Secara umum, rekam medis akan menggambarkan pengkajian awal pada saat pasien tersebut masuk perawatan, kondisi pasien, kebutuhan pasien baik itu kebutuhan medis maupun kebutuhan perawatan. Kondisi pasien saat masuk atau keluhan pasien akan menjadi dasar pengelolaan awal pasien ini sehingga dapat ditentukan target terukur terhadap kondisi, serta diagnosis termasuk juga target untuk mengatasi masalah kesehatan pasien pada saat itu. Oleh karena itu setiap kegiatan pelayanan medis harus mempunyai rekam medis yang lengkap dan akurat untuk setiap pasien, dan setiap dokter dan dokter gigi wajib mengisi rekam medis dengan benar, lengkap dan tepat waktu [3].

Profesional pemberi Asuhan (PPA) yang memberikan pelayanan kepada pasien mempunyai kewajiban untuk mendokumentasikan data hasil temuannya dalam rekam medis [4]. Data yang dimaksud adalah seluruh data administratif dan data klinis. Data administratif merupakan data sosial pasien serta mencatat tanggal periksa dan keterangan lain yang berhubungan dengan layanan yang diberikan kepada pasien di instansi pelayanan kesehatan, sedangkan data klinis menggambarkan kondisi pasien sebelum diberikan pelayanan, pada saat dilakukan pelayanan, dan setelah dilakukan pelayanan kesehatan. Data sosial pasien seperti nama, tanggal lahir, jenis kelamin, pekerjaan, dan data klinis yang didokumentasikan dalam rekam medis merupakan elemen data yang dapat dipergunakan sebagai dasar dalam melakukan evaluasi dalam upaya mendapatkan informasi kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien oleh fasilitas pelayanan kesehatan [5].

Pada fasilitas pelayanan kesehatan, data disimpan (didokumentasikan) dalam rekam medis pasien [5]. Berbagai data dalam rekam medis digabungkan, dibandingkan, dan selanjutnya akan dianalisis oleh dokter dan penyedia pelayanan kesehatan yang lain [5, 6]. Hasil pengkajian seluruh tenaga kesehatan akan digabungkan dengan keluhan pasien untuk mendapatkan informasi mengenai penyakit atau diagnosis pasien [7]. Dokter menggunakan data dan informasi untuk mendiagnosis penyakit, mengembangkan rencana pengobatan, menilai keefektifan asuhan, dan juga prognosis pasien setelah mendapatkan pelayanan [8].

Audit rekam medis sangat diperlukan untuk mengetahui kelengkapan data dalam rekam medis baik secara kuantitas maupun kualitas. Rekam medis yang tidak diisi lengkap akan berdampak pada keakuratan isi rekam medis serta aspek kelegalan rekam medis tersebut menjadi tidak sah [9]. Analisis kuantitas menitikberatkan pada kelengkapan rekam medis secara kuantitas dalam upaya untuk memastikan bahwa rekam medis yang telah dipergunakan untuk pelayanan dipastikan kondisinya lengkap secara kuantitas. Analisis kualitatif akan dilakukan untuk memastikan bahwa terjadi konsistensi dalam pendokumentasian perjalanan penyakit pasien sehingga muncul sebuah alur pengelolaan pasien dalam satu episode perawatan. Kelengkapan dokumen rekam medis sangat berpengaruh terhadap proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas medis dan dapat

mempengaruhi kualitas serta mutu dari pelayanan suatu sarana pelayanan kesehatan [10]. Hasil penelitian Sakidjan tahun 2014 tentang analisis kelengkapan rekam medis kasus *tetralogy of fallot* pada implementasi INA-CBGS di RSPJN Harapan Kita menemukan bahwa dari 215 kasus yang ditelaah, 21,4% di antaranya adalah kasus dengan diagnosis sekunder yang tidak lengkap [11].

Penelitian ini bertujuan untuk mengaudit kelengkapan rekam medis guna memperoleh gambaran tentang kualitas rekam medis secara umum sehingga dapat mencerminkan pengelolaan pasien rawat inap di RSUD Sleman. RSUD Sleman adalah rumah sakit daerah yang memiliki sumber daya manusia (SDM) dengan kualifikasi pendidikan rekam medis untuk melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif serta menetapkan kode diagnosis. Oleh karena itu perlu diketahui audit rekam medis di RSUD Sleman yang dapat dimanfaatkan sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan kualitas rekam medis dan pelayanan kepada pasien di RSUD Sleman.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *descriptive cross-sectional study*. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang mana lebih berfokus pada hal-hal spesifik dan mudah diukur pada sampel tertentu untuk dapat disimpulkan berdasarkan hasil analisis statistik data [12]. Penelitian dilakukan di RSUD Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta pada bulan April sampai bulan Oktober tahun 2022. Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis pasien yang rawat inap pada triwulan IV (Oktober, November, Desember) tahun 2021 sebanyak 1.442 berkas. Penelitian ini menggunakan rumus perhitungan sampel Slovin dalam menentukan besar sampel penelitian dengan hasil 94 berkas. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan metode *simple random sampling*.

Variabel dalam penelitian ini adalah audit rekam medis yang terdiri dari beberapa sub variabel yaitu identitas pasien, identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA), asesmen awal, hasil pemeriksaan subjektif, rencana penatalaksanaan dan implementasi perencanaan, hasil pemeriksaan objektif, hasil pemeriksaan penunjang diagnosis, diagnosis, dan persetujuan umum. Selengkapnya definisi operasional penelitian terkait audit rekam medis di RSUD Sleman dapat dilihat pada tabel 1.

Pengumpulan data penelitian mengikuti tahapan audit rekam medis. Langkah awal yaitu menentukan variabel yang akan dianalisis, kemudian melakukan analisis kelengkapan variabel yang sudah ditentukan secara independen oleh peneliti. Pengolahan data dilakukan dengan cara memberikan kode 1 untuk pengisian item data yang lengkap dan kode 0 untuk item data yang tidak lengkap. Kemudian dilanjutkan dengan analisis dan visualisasi data penelitian yang disajikan secara deskriptif dalam tabel kelengkapan.

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel

No.	Sub Variabel	Definisi Operasional
a.	Identitas Pasien	Identitas pasien yang tertera dalam rekam medis yang merupakan identitas dari pemilik informasi dalam rekam medis
b.	Identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA)	Identitas dari tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien
c.	Asesmen Awal	Pengkajian kondisi awal pasien pada saat masuk ruang perawatan
d.	Hasil Pemeriksaan Subjektif	Hasil pemeriksaan secara subjektif dari tenaga Kesehatan yang mengelola pasien
e.	Rencana Penatalaksanaan dan Implementasi Perencanaan	Perencanaan pengelolaan pasien selama dalam perawatan
f.	Hasil Pemeriksaan Objektif	Hasil pemeriksaan secara objektif dari tenaga Kesehatan yang mengelola pasien dan dilengkapi dengan pemeriksaan penunjang medis
g.	Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnosis	Hasil pemeriksaan penunjang sebagai dasar dalam penegakan diagnosis
h.	Diagnosis	Penyakit yang ditetapkan oleh dokter dalam satu episode perawatan
i.	Persetujuan Umum	Persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga yang terkait dengan perawatan pasien

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian audit rekam medis dalam upaya peningkatan kualitas pengisian rekam medis di RSUD Sleman dengan mengambil sampel sebanyak 94 sampel dari 1442 populasi pasien rawat inap selama triwulan IV tahun 2021. Audit rekam medis merupakan satu metode yang dapat dipergunakan untuk memastikan terhadap kelengkapan rekam medis, kelengkapan item data dalam rekam medis akan sangat bermanfaat bagi rumah sakit maupun tenaga Kesehatan dan dapat juga dipergunakan untuk kesinambungan pelayanan kepada pasien [5]. Rekam medis yang lengkap dapat digunakan bagi referensi pelayanan kesehatan, melindungi hukum, menunjang informasi, *quality assurance*, menetapkan diagnosa, prosedur pengodean, pengertian biaya dan untuk penelitian [13, 14]. Bahkan dalam kondisi darurat seperti pandemi pun rekam medis harus dijamin kelengkapannya [15]. Beberapa riset menemukan terdapat perbedaan kelengkapan saat pandemi Covid-19 dengan sebelum pandemi Covid-19 yang dipengaruhi oleh multifaktor seperti faktor SDM, kebijakan, ketersediaan SOP, dan aspek pengawasan [16, 17].

Tabel 2. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis

No	Komponen	Lengkap	Tidak Lengkap
a. Identitas Pasien			
1)	Nama pasien	100%	0%
2)	Nomor rekam medis	100%	0%
3)	Tanggal lahir	100%	0%
b. Identitas PPA			
1)	Nama dan tanda tangan DPJP	99,01%	0,99%
2)	Tanggal dan waktu	70,21%	29,79%
c. Asesmen Awal			
1)	Asesmen Awal	90,42%	9,58%
d. Hasil Pemeriksaan Subjektif			
1)	Pemeriksaan subjektif	98,84%	1,16%
e. Rencana Penatalaksanaan dan Implementasi			
1)	Rencana Penatalaksanaan dan Implementasi	91,49%	8,51%
f. Pemeriksaan Objektif			
1)	Pemeriksaan objektif	66,01%	33,99%
g. Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnosis			
1)	Patologi klinik	58,51%	41,49%
2)	Radiologi	75,53%	24,47%
h. Diagnosis			
1)	Diagnosis utama	100%	0%
2)	Diagnosis sekunder	100%	0%
i. Persetujuan Umum			
1)	Penjelasan hak dan kewajiban pasien	100%	0%
2)	Bukti tanda tangan	100%	0%

3.1. Kelengkapan Identitas Pasien

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa kelengkapan pengisian identitas pasien adalah 100% terisi lengkap pada semua item dengan total rekam medis adalah 94 rekam medis. Setiap lembar rekam medis selalu mencantumkan identitas pasien yang merupakan pemilik informasi dalam rekam medis tersebut. Identitas ini didapatkan pada saat pasien melakukan registrasi di tempat penerimaan pasien. Kelengkapan pengisian identitas pasien mencapai 100%. Capaian kelengkapan ini menggambarkan bahwa setiap formulir rekam medis selalu terisi identitas dari pasien tersebut.

Pada saat melakukan penyusunan formulir rekam medis (*assembling*), perekam medis harus memastikan bahwa Identitas sosial pasien tercantum dalam setiap formulir, kelengkapan ini sangat penting untuk memastikan bahwa informasi yang ada dalam formulir tersebut sesuai dengan pemilik informasi yang sebenarnya. Selain itu, kelengkapan identitas dalam setiap formulir juga akan memudahkan penggabungan kembali apabila formulir tersebut lepas dari folder rekam medis. Kelengkapan identitas sosial yang tercantum dalam setiap formulir rekam medis dapat dilihat dengan tercantumnya identitas pasien sebagai pemilik informasi yang terdokumentasi dalam rekam medis tersebut [5].

Penelitian yang dilakukan oleh Musparlin Halid dan Maryam tahun 2016 dengan judul Tinjauan Analisis Kuantitatif Review Identifikasi pada Ringkasan Masuk Keluar Berkas Rekam Medis Operasi Caesar di Rumah Sakit Bhayangkara Mataram didapatkan bahwa ketidaklengkapan identitas pasien khususnya pada ringkasan masuk dan keluar adalah disebabkan karena kurang telitnya petugas (perawat) dalam mengisi identitas pasien. Kelengkapan 100% menunjukkan bahwa analisis kualitatif telah dilakukan secara rutin di RSUD Sleman sehingga seluruh formulir rekam medis terisi dengan lengkap [18].

3.2. Kelengkapan Identitas PPA

Kemudian untuk kelengkapan identitas PPA pada item nama dan tanda tangan DPJP adalah 99,01% lengkap dan 0,99% tidak lengkap, sedangkan pada item tanggal dan waktu adalah 70,21% lengkap dan 29,79% tidak lengkap. Kelengkapan identitas PPA merupakan bukti autentikasi dari satu dokumen rekam medis. Tanda tangan dan nama terang PPA pada dokumen rekam medis sifatnya sangat penting karena merupakan legalitas. Dari hasil audit, capaian kelengkapan pada identitas PPA adalah sebesar 99,01%. Hal ini sejalan dengan penelitian Hatta tahun 2013 bahwa capaian ini masih belum maksimal [5]. Hasil penelitian serupa juga ditemukan oleh Khoiroh, dkk tahun 2020 yang menyatakan bahwa Dokter Penanggung Jawab Pasien melengkapi catatan terintegrasi dan asesmen awal medis, namun pada lembar resume medis sering ditemukan masih belum dilengkapi yaitu pada diagnosa pasien maupun tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pasien [19]. Ketidaklengkapan pengisian tanda tangan dapat disebabkan oleh ketidaktepatan, kurang disiplin, keterbatasan waktu dalam mengisi dokumen rekam medis, serta kurangnya kesadaran dokter dan petugas medis lainnya dalam mengisi dokumen rekam medis [20].

Kelengkapan pengisian tanggal dan waktu pada formulir asesmen awal adalah 70,21%. Capaian ini masih jauh dari maksimal. Tanggal dan waktu pendokumentasian berkaitan dengan mutu rekam medis. Pencatatan tanggal dan waktu dapat menunjukkan mutu dari rekam medis yang dipergunakan dalam pelayanan kepada pasien. Mutu rekam medis juga dapat pula mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit terhadap pasien [8]. Kelengkapan pencatatan tanggal dan waktu dapat dipergunakan sebagai bahan evaluasi terhadap ketepatan pelayanan yang dilakukan oleh rumah sakit. Mutu pelayanan dapat terlihat dari dokumentasi dalam rekam medis [5]. Oleh karena itu, pengisian tanggal dan waktu sangat diperlukan untuk memastikan tidak terjadi keterlambatan dalam pendokumentasian pelayanan. Kelengkapan pengisian tanggal dan waktu merupakan bukti mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien [21]. Pencantuman waktu dan tanggal dapat menjadi bukti bahwa pada waktu dan tanggal tersebut pasien mendapatkan tindakan kedokteran adalah benar adanya [22].

3.3. Kelengkapan Pengisian Asesmen Awal

Asesmen awal pada item nama dan tanda tangan DPJP adalah 90,42% lengkap dan 9,58% tidak lengkap. Formulir tertentu yang digunakan pada saat pasien datang memasuki ruang rawat inap adalah formulir asesmen awal. Formulir yang terdapat di dalam dokumen rekam medis ini sangat penting untuk dilengkapi sejak awal perawatan. Asesmen awal sebagai penyedia informasi utama untuk mengetahui kondisi, kebutuhan, dan rencana tindak lanjut pasien supaya dalam pemberian terapi dan tindakan medis tidak terjadi malpraktek dan pasien mendapat pelayanan yang sesuai dengan penyakit yang dideritanya pada saat masuk ke ruang perawatan, baik penyakit kronis, infeksius/menular, maupun akut [23]. Asesmen awal merupakan data awal yang didapatkan oleh PPA untuk merencanakan pelayanan kepada pasien. Capaian kelengkapan pengisian asesmen awal adalah sebesar 90,42%.

Angka tersebut menunjukkan bahwa belum seluruh asesmen awal pada rekam medis pasien rawat inap di RSUD Sleman terisi lengkap pada saat pasien masuk perawatan. Kemenkes menyebutkan bahwa parameter untuk pendokumentasian rekam medis dilakukan <24 jam sejak pelayanan tersebut dilakukan [2].

3.4. Kelengkapan Hasil Pemeriksaan Subjektif

Kelengkapan hasil pemeriksaan subjektif adalah 98,84% lengkap dan 1,16% tidak lengkap. Pemeriksaan subjektif merupakan dasar untuk melakukan pengelolaan selanjutnya. Pemeriksaan subjektif merupakan hasil wawancara (anamnesis) PPA kepada

pasien sehingga dapat disimpulkan untuk mengarahkan diagnosis awal dari kondisi pasien. Anamnesis merupakan suatu kegiatan wawancara antara pasien/keluarga pasien dengan dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang berwenang untuk memperoleh keterangan-keterangan tentang keluhan dan riwayat penyakit yang diderita pasien. Tujuan dalam kegiatan anamnesis adalah untuk memperoleh informasi tentang permasalahan yang dialami oleh pasien. Jika anamnesis dilakukan dengan detail maka akan didapatkan informasi yang benar-benar dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, tenaga medis atau dokter yang menangani pasien harus menuliskan anamnesis secara lengkap agar diperoleh informasi yang tepat dalam penegakan suatu diagnosis [24]. Hasil analisis terhadap kelengkapan dokumentasi pemeriksaan subjektif adalah 98,84% lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa anamnesis sudah dilakukan dengan tertib dan detail. Pendokumentasian pemeriksaan awal dilakukan \leq 24 jam setelah pasien masuk perawatan [5].

3.5. Kelengkapan Rencana Penatalaksanaan dan Implementasi

Kelengkapan rencana penatalaksanaan dan implementasi adalah 91,49% lengkap dan 8,51% tidak lengkap. Persentase kelengkapan pengisian rencana penatalaksanaan dan implementasi mencapai 91,49%. Dari 94 sampel yang dilakukan audit masih ada 8,51% yang belum terisi secara lengkap. Rencana penatalaksanaan merupakan bagian dari asesmen awal yang dijadikan target untuk penanganan diagnosis pasien. Implementasi adalah merupakan bukti bahwa perencanaan telah dilakukan dan dapat dipergunakan sebagai monitor perkembangan kondisi pasien. Kelengkapan pendokumentasian dalam rekam medis merupakan kewajiban PPA [2].

3.6. Kelengkapan Pemeriksaan Objektif

Kelengkapan pemeriksaan objektif adalah 66,01% lengkap dan 33,99% tidak lengkap. Hasil pemeriksaan objektif dilakukan dengan pengukuran-pengukuran terhadap kondisi tubuh pasien. Capaian pendokumentasian hasil pemeriksaan objektif ini menunjukkan bahwa pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh PPA belum seluruhnya didokumentasikan dengan lengkap. Pemeriksaan fisik dan penunjang diagnosis merupakan langkah awal untuk mengidentifikasi kondisi tubuh pasien apakah menunjukkan kelainan atau tidak. Hasil audit rekam medis pada pemeriksaan objektif menunjukkan persentase 66,01%. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada pemeriksaan fisik yang belum diisi lengkap pada rekam medis pasien rawat inap RSUD Sleman. Kelengkapan pengisian rekam medis merupakan cerminan mutu pelayanan yang dilakukan kepada pasien [8].

3.7. Kelengkapan Hasil Pemeriksaan Penunjang Diagnosis

Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang diagnosis pada patologi klinik adalah 58,51% lengkap dan 41,49% tidak lengkap, sedangkan pada pemeriksaan radiologi adalah 75,53% lengkap dan 24,47% tidak lengkap. Kelengkapan pendokumentasian hasil penunjang diagnosis pada pemeriksaan laboratorium patologi klinik sebesar 58,51% dan pemeriksaan radiologi sebesar 78,53%, hal ini menunjukkan bahwa hasil pemeriksaan yang dilakukan belum semuanya terdokumentasi dalam rekam medis pasien. Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang akan mendukung ketetapan dalam penetapan diagnosis. Rekam medis memuat informasi tentang alasan penetapan diagnosis dan didukung oleh hasil pemeriksaan penunjang [2, 4].

3.8. Kelengkapan Pengisian Diagnosis

Kelengkapan pengisian diagnosis utama dan sekunder adalah 100% lengkap dengan total 94 rekam medis. Penulisan diagnosis merupakan aspek penentu kelengkapan

dari isi rekam medis. Angka kelengkapan penulisan diagnosis yang rendah akan mempengaruhi ketepatan pelaksanaan pengodean klinis oleh koder karena diagnosis pada resume medis merupakan dasar pelaksanaan pengodean klinis. Diagnosis yang tidak lengkap, selain dapat menambah waktu dan beban kerja koder karena harus membaca keseluruhan rekam medis untuk memahami keadaan yang dialami pasien sebelum melakukan pengodean klinis, juga dapat mempengaruhi ketepatan pengodean klinis karena diagnosis yang tidak lengkap menggambarkan tingkat spesifikasi yang rendah yang sangat berpengaruh terhadap spesifikasi nomor kode yang akan diberikan. Oleh karena itu, diagnosis harus dipastikan diisi lengkap karena untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan dan pendokumentasian rekam medis. Dari hasil audit, kelengkapan pengisian diagnosis mencapai 100%. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosis pada rekam medis pasien rawat inap RSUD Sleman telah terdokumentasi secara lengkap [8, 25].

3.9. Kelengkapan Pengisian Persetujuan Umum

Kelengkapan pengisian persetujuan umum adalah 100% lengkap dengan total 94 rekam medis. Persentase kelengkapan pengisian persetujuan umum mencapai 100%, data ini menunjukkan bahwa setiap pasien rawat inap selalu diawali dengan pengisian persetujuan umum. Persetujuan ini termasuk hak dan kewajiban pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit sehingga pasien memahami terhadap ketentuan serta tata tertib selama menjalani perawatan. Persetujuan pasien merupakan bagian dari hak pasien dalam perawatan. Riset lainnya menemukan bahwa faktor SDM sering kali menjadi penyebab ketidaklengkapan pengisian *general consent* misalnya ketika petugas lebih mementingkan kecepatan dalam mendaftarkan pasien tanpa menjelaskan isi dari *general consent*. Selain itu, tidak adanya SOP pemberian informasi *general consent* juga berpengaruh pada kelengkapan pengisian persetujuan umum [26, 27].

4. KESIMPULAN

Hasil audit rekam medis di RSUD Sleman dengan sampel sebesar 94 yaitu kelengkapan pengisian identitas pasien 100%, identitas PPA 99,01%, tanggal dan waktu 70,21%, asesmen awal 90,42%, pemeriksaan subjektif 98,84%, pemeriksaan objektif 66,01%, rencana penatalaksanaan 91,49%, pemeriksaan patologi klinik 58,51%, pemeriksaan radiologi 75,53%, diagnosis utama 100%, diagnosis sekunder 100%, persetujuan umum 100%. Ditemukan persentase kelengkapan data paling rendah 58,51% pada pendokumentasian hasil pemeriksaan patologi klinik. Disarankan kepada perekam medis RSUD Sleman untuk meningkatkan kelengkapan pengisian rekam medis terutama pada pemeriksaan objektif dan pemeriksaan patologi klinik. Kemudian untuk penelitian selanjutnya agar mengeksplorasi lebih lanjut mengenai audit rekam medis secara kualitatif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, dan Pihak RSUD Sleman yang telah mengizinkan dan mendukung pelaksanaan penelitian dengan judul “Audit Rekam Medis dalam Upaya Peningkatan Kualitas Pengisian Rekam Medis di RSUD Sleman”.

REFERENCES

- [1] Kemenkes RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Jakarta, 2022. [Online]. Available: www.peraturan.go.id
- [2] Kemenkes RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tahun 2008 tentang Rekam Medis*. Indonesia, 2008.
- [3] Sjamsuhidajat and Sabir Alwy, “Manual Rekam Medis,” *Konsil Kedokteran Indonesia*. Konsil Kedokteran Indonesia, Jakarta, 2006.

- [4] Ery Rustianto, *Manajemen Filing Dokumen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Politeknik Kesehatan Permata Indonesia, 2011.
- [5] Gemala R. Hatta, *Revisi Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit dan Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: UI Press, 2013.
- [6] Budi Sampurna and Gemala R. Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis/ Medical Record Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: UI Press, 2008.
- [7] Depkes RI, *Panduan Penyelenggaraan Rekam Medis*. Jakarta: Depkes RI, 1997.
- [8] Savitri Citra Budi, *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: PT Quantum Sinergis Media, 2011.
- [9] A. Nurliani and I. Masturoh, “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Formulir Ringkasan Masuk Dan Keluar Periode Triwulan IV Tahun 2015,” *Jurnal Persada Husada Indonesia*, vol. 4, no. 12, pp. 25–46, Jul. 2017, doi: 10.56014/JPHI.V4I12.204.
- [10] T. F. F. Azzahra, K. H. Aprilia, U. L. Pratiwi, S. Kurniati, and M. F. Salim, “Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Baru Rawat Jalan di Puskesmas Galur II Kabupaten Kulon Progo,” *Prosiding Seminar Nasional Rekam Medis & Manajemen Informasi Kesehatan*, vol. 0, no. 0, May 2023, Accessed: Jul. 26, 2023. [Online]. Available: <https://www.publikasi.apfirmik.or.id/index.php/prosidingmedan2023/article/view/282/266>
- [11] Indriwanto Sakidjan, “Analisis Kelengkapan Catatan Rekam Medis Kasus Tetralogy of Fallot pada Implementasi INA-CBGS di RSPJN Harapan Kita,” *Jurnal Administrasi Kebijakan Kesehatan*, vol. 1, no. 1, pp. 26–31, 2014.
- [12] Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta, 2014.
- [13] C. Rahmatika, I. N. Sulrieni, and A. N. Sary, “Kelengkapan Berkas Rekam Medis dan Klaim BPJS di RSUD M.Zein Painan,” *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, vol. 11, no. 1, pp. 11–15, Feb. 2021, doi: 10.30633/JKMS.V11I1.514.
- [14] I. Indar, M. Furqaan Naiem, R. H. Padjonga Dg Ngalle, B. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, F. Unhas, and B. Kesehatan dan Keselamatan Kerja, “Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Rekam Medis di RSUD H. Padjonga Dg. Ngalle Takalar,” *Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Indonesia*, vol. 2, no. 02, p. 8259, 2013, Accessed: Jul. 27, 2023. [Online]. Available: <https://www.neliti.com/publications/8259/>
- [15] A. Eko Pramono, M. Ferdian Salim, A. Wijayanti, A. Eko Pramono Sekolah Vokasi, and U. Gadjah Mada, “Studi Kasus Pelayanan Rekam Medis pada Masa Pandemi Covid-19 Di Puskesmas Gondokusuman II Kota Yogyakarta,” *Jurnal Ilmiah Perikam dan Informasi Kesehatan Imelda*, vol. 7, no. 1, pp. 24–34, Feb. 2022, doi: 10.52943/JIPIKI.V7I1.659.
- [16] M. Farras Hadyan, M. Nadjib, and K. Isi Obstetri dan Ginekologi Pandemi, “Completeness of Inpatient Medical Record Files in Obstetric and Gynecology Cases During Pandemic Period,” *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, vol. 7, no. S1, pp. 191–200, Jul. 2022, doi: 10.30604/jika.v7iS1.1135.
- [17] O. Hendra Rohman, R. Dwi Saputra, U. Maulida Nur Sholihah, and P. Kesehatan Bhakti Setya Indonesia, “Penyesuaian Kegiatan Pelayanan dan Pengelolaan Unit Kerja Rekam Medis Selama Masa Pandemi Covid-19 di Puskesmas,” *J-ABDI: Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat*, vol. 1, no. 5, pp. 897–904, Oct. 2021, doi: 10.53625/JABDI.V1I5.395.

- [18] M. Halid and Maryam, “Tinjauan Analisis Kuantitatif Review Identifikasi pada Ringkasan Masuk Keluar Berkas Rekam Medis Operasi Caesar di Rumah Sakit Bhayangkara Mataram,” *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, vol. 4, no. 2, Oct. 2016, doi: 10.33560/JMIKI.V4I2.138.
- [19] A. Nafidatul Khoiroh, N. Nuraini, M. Weka Santi, J. Kesehatan, and P. Negeri Jember, “Faktor Penyebab Ketidakeengkapan Rekam Medis Rawat Inap di RSUD dr. Saiful Anwar Malang,” *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, vol. 2, no. 1, pp. 91–98, Dec. 2020, doi: 10.25047/j-remi.v2i1.2080.
- [20] E. A. Agustina, “Faktor Penyebab Ketidakeengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit: Literature Review,” *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, vol. 10, no. 1, p. 104, Mar. 2022, doi: 10.33560/jmiki.v10i1.403.
- [21] Ery Rustianto, *Etika Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2009.
- [22] P. Pitaloka, Ani Nurhaeni, and Hendri Rosmawan, “Tinjauan Standar Pelayanan Minimal Rekam Medis Di Rumah Sakit Sumber Waras Kabupaten Cirebon,” *Jurnal Kesehatan Mahardika*, vol. 6, no. 1, pp. 27–31, Feb. 2019, Accessed: Jul. 26, 2023. [Online]. Available: www.jurnal.stikesmahardika.ac.id
- [23] Devi Pramita Sari and Donniar Riyadi, “Hubungan Antara Kelengkapan Dengan Ketepatan Waktu Pengisian Formulir Asesmen Awal Pasien Rawat Inap Penyakit Malignant Neoplasm of Cervix Uteri, Unspecified di RSUD Dr. Moewardi Triwulan I Tahun 2018,” in *Prosiding Call For Paper SMIKNAS Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta Tahun 2019*, 2019, pp. 84–93.
- [24] R. O. Maxelly, “Hubungan Kelengkapan Anamnesa Formulir Gawat Darurat Dengan Ketepatan Kode ICD 10 Sebab Eksternal Kasus Kecelakaan Di Rumah Sakit Panti Nirmala Malang,” *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, vol. 9, no. 2, pp. 144–144, Oct. 2021, doi: 10.33560/JMIKI.V9I2.330.
- [25] N. P. L. Yunawati, “Hubungan Kelengkapan Penulisan Diagnosis Terhadap Keakuratan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan III Pasien Rawat Inap Di RSU Premagana,” *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, vol. 10, no. 1, pp. 35–35, Mar. 2022, doi: 10.33560/JMIKI.V10I1.370.
- [26] B. D. Diansyah, G. Alfiasyah, and S. Farlinda, “Tinjauan Pelaksanaan General Consent Pada Pasien Baru Rawat Jalan RSUP Dr. Sardjito,” *JREMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, vol. 1, no. 3, 2020.
- [27] Harnum Mawarti and Marko Ferdian Salim, “Evaluasi Kelengkapan Berkas Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Standar Akreditasi di Klinik Nova Medika Klaten,” Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2021. Accessed: Jul. 27, 2023. [Online]. Available: <https://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/205481>

BIOGRAPHIES OF AUTHORS

	<p>Sugeng, Dosen Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. Perkam Medis dan Informasi Kesehatan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.</p>
	<p>Dian Herawati, Dosen Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.</p>
	<p>Marko Ferdian Salim, Dosen Departemen Layanan dan Informasi Kesehatan Sekolah Vokasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.</p>