

Tinjauan Penggunaan Singkatan Baku Pada Penulisan Diagnosa Dalam Laporan Morbiditas Rawat Inap di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu Tahun 2020

Sri Andika Sopiawati^{1,*}, Deno Harmanto²

¹Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti, Jl. Mahakam Raya No 16, Bengkulu 53382, Indonesia

²Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti, Jl. Mahakam Raya No 16, Bengkulu 53382, Indonesia

¹sriandika98@gmail.com*; ²denoharmanto86@gmail.com

*Sri Andika Sopiawati

Abstrak

Banyaknya penggunaan singkatan tidak baku pada penulisan diagnosis dalam laporan morbiditas rawat inap, menyebabkan petugas pelaporan sering keliru dalam memberikan kode diagnosa penyakit berdasarkan ICD-10, sedangkan tingkat pemahaman dan pengetahuan petugas rekam medis dibagian pengelolaan yang cukup. sehingga menyebabkan keakuratan morbiditas tidak tercapai. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah gambaran penggunaan singkatan baku pada penulisan diagnosa dalam laporan morbiditas rawat inap. Sampel penelitian pengambilan sampel dilokasi dengan menggunakan teknik random sampling yaitu pengambilan Berkas rekam medis Secara acak dengan menggunakan undian. Hasil penelitian dari 88 sampel jenis diagnosa pada pelaporan morbiditas rawat inap Februari 2019, didapat sampel yang menggunakan singkatan baku 58 diagnosa (65%), dan tidak baku 30 diagnosa (35%). Belum ada sosialisasi terbaru, belum ada SOP, belum ada evaluasi buku petunjuk teknis singkatan baku, belum dibuat buku daftar singkatan diagnosa sesuai kebijakan Rumah Sakit. Ditemukan adanya singkatan diagnosa yang tidak baku pada pelaporan morbiditas rawat inap. Saran : Membuat buku daftar singkatan diagnosa sesuai kebijakan rumah sakit, sosialisasi kepada tenaga kesehatan khususnya Koder tentang penggunaan singkatan diagnosa baku di rumah sakit, evaluasi pembuatan buku, membuat standar operasional prosedur (SOP).

Kata kunci: Standard Abbreviations, Diagnosis Writing, Morbidity Report, Hospitalization

Overview of The Use of Standard Abbreviations In Writing Diagnoses In Morbidity Report of Hospitalization at Rafflesia Hospital, Bengkulu 2020

Abstract

The large number of non-standard abbreviations used in writing the diagnosis in inpatient morbidity reports has caused reporting officers to often mistakenly provide a disease diagnosis code based on ICD-10, while the level of understanding and knowledge of medical record staff in the management section is sufficient. thus causing the morbidity accuracy is not achieved. This study aims to determine the number of descriptions of the use of standard abbreviations in writing diagnoses in inpatient morbidity reports. The research sample is taking the sample location using a random sampling technique, namely taking medical record files randomly by using a lottery. The results of the study of 88 samples of the type of diagnosis in the reporting of inpatient morbidity in February 2019, obtained samples using standard abbreviations of 58 diagnoses (65%), and not standard 30 diagnoses (35%). There has been no recent socialization, no SOP, no evaluation of standard acronym technical

manuals, no diagnostic abbreviations list book has been made according to hospital policy. It was found that there were non-standard diagnostic abbreviations in the reporting of inpatient morbidity. Suggestion: Make a list of diagnostic abbreviations in accordance with hospital policies, socialization to health workers, especially Koder regarding the use of standard diagnostic abbreviations in hospitals, evaluation of making books, making standard operating procedures (SOP)

Keywords: *Standard Abbreviations, Diagnosis Writing, Morbidity Report, Hospitalization*

PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Kegunaan rekam medis sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahlinya yang ikut ambil bagian di dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kegunaan rekam medis dapat pula ditinjau dari beberapa aspek yaitu aspek administrasi, aspek medis, aspek hukum, aspek keuangan, aspek penelitian, aspek pendidikan, dan aspek dokumentasi (Rustiyanto, 2009). Oleh karena itu kelengkapan berkas rekam medis membantu dalam pemberian pelayanan kepada pasien, hal ini berkaitan dengan isi rekam medis yang mencerminkan segala informasi menyangkut pasien sebagai dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lain (PERMENKES No.269/Menkes/Per/III/2008).

Unit rekam medis sebagai salah satu gerbang terdepan dalam pelayanan kesehatan dapat digunakan sebagai ukuran kepuasan pasien dalam menerima pelayanan. Tugas unit rekam medis mulai dari pengumpulan data, pemrosesan data, dan penyajian informasi kesehatan. Data pasien didapatkan ketika pasien mendaftar dan data medis didapatkan setelah pasien mendapat pemeriksaan dari tenaga kesehatan (Savitri, 2011).

Pelayanan rawat jalan adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran secara sederhana yang dimaksud pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap. Pengertian rawat jalan ini termasuk tidak hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan yang telah lazim dikenal seperti rumah sakit, puskesmas atau klinik, tetapi juga yang diselenggarakan di rumah pasien (Pamungkas, 2010).

Proses pengumpulan data ditempat penerimaan pasien dijadikan sebagai sumber data pasien yang berobat di klinik, bangsal, atau pelayanan penunjang. Setelah mendapatkan masukan data, maka data akan diproses melalui tahapan penyusunan, pengecekan kelengkapan, pengkodean, pengindekan, dan rekap laporan. Hasil akhir dari kegiatan ini adalah informasi kesehatan yang cepat, tepat, dan akurat mulai dari jumlah kunjungan pasien, jumlah pemfaatan tempat tidur di bangsal, rata-rata lama pasien, dan data pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Savitri, 2011). Untuk mendapatkan hal tersebut, berkas rekam medis harus terisi dengan lengkap sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit yaitu 100% (Kepmenkes RI, 2006).

Berkas rekam medis disesuaikan dengan jenisnya yaitu berkas rekam medis rawat inap dan berkas rekam medis rawat jalan. Pada berkas rekam medis rawat jalan terdapat lembaran formulir rawat jalan. Lembaran ini berisi tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien,

catatan klinis, nama dan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan (Ditjen Yanmed, 2006).

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis menjadi hal yang sangat penting karena jika ada isian yang tidak terisi akan berkurangnya informasi terkait pasien. Dampak langsung yang akan ditimbulkan karena tidak lengkapnya pengisian berkas rekam medis adalah proses pelayanan yang terhambat atau tidak berjalan dengan baik sehingga menimbulkan pemborosan waktu, tenaga, materi ataupun pekerjaan yang tidak efisien serta akan merugikan pasien itu sendiri, misalnya kesalahan pemberian obat/tindakan dan masih banyak terjadi ketidaklengkapan pengisian lembaran poliklinik rawat jalan.

Berdasarkan penelitian Arief (2017) faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medis karena waktu yang digunakan dokter untuk mengisi berkas rekam medis sangat terbatas, juga karena beban kerja dokter yang tinggi dikarenakan pasien yang banyak dengan waktu terbatas. Selain itu juga karena kurangnya kerjasama antara dokter dan perawat dengan baik dalam mempertanggungjawabkan kelengkapan pengisian rekam medis, dokter kurangnya sosialisasi dan pelatihan tentang akan pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis.

Menurut pengalaman penulis selama melaksanakan praktik lapangan di beberapa rumah sakit di dapatkan ketidaklengkapan pengisian lembar berkas rekam medis poliklinik rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu yaitu 80%. Sedangkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar pelayanan rekam medis rumah sakit yaitu kelengkapan pengisian rekam medis maksimal 24 jam setelah selesai pelayanan memiliki standar yaitu 100%.

Berdasarkan survey awal pada bulan april setelah dilakukan analisis kuantitatif pada berkas rekam medis rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu, pasien yang datang berobat rawat jalan mendaftar terlebih dahulu, kemudian berkas rekam medis pasien rawat jalan dicari dan diantar oleh petugas rekam medis ke poliklinik, berkas tersebut dikembalikan keruang rekam medis, pada saat dikembalikan berkas dicek kelengkapannya, setelah dicek terdapat ketidaklengkapan pada item lembar poliklinik seperti identitas , autentikasi, dan data klinis. Namun dibiarkan saja oleh petugas dan langsung disimpan ke rak penyimpanan tanpa dilengkapi terlebih dahulu. Di Rumah sakit Rafflesia Bengkulu sudah terdapat Standar Prosedur Operasional tentang rekam medis dan informasi kesehatan namun untuk SPO tata cara pengisian formulir rekam medis belum ada. Jumlah pasien di rawat jalan pada bulan April berjumlah 280 pasien. Penulis melakukan pengecekan sebanyak 10 sampel berkas rekam medis rawat jalan dari hasil pengecekan ditemukan ketidaklengkapan hasil dari identitas pasien yang meliputi nama, tempat tanggal lahir, alamat, jenis kelamin, agama, nama orangtua rata-rata keseluruhan sebanyak 10 (100% tidak lengkap) berkas lembar rawat jalan, pada data klinis meliputi hasil pemeriksaan , pengobatan, perawatan, dan penunjang medis rata rata keseluruhan ketidaklengkapan 0 (0% tidak lengkap) berkas lembar rawat jalan, pada autentikasi meliputi nama terang dan tanda tangan penanggungjawab rata-rata keseluruhan 7 (70% tidak lengkap) berkas lembar rawat jalan , sementara pada teknik pencatatan rata-rata ketidaklengkapan 4 (40% tidak lengkap) berkas lembar rawat jalan.

Dengan tidak lengkapnya rekam medis rawat jalan maka akan berdampak mengakibatkan informasi yang tidak akurat, tidak dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan, menurunnya mutu rekam medis, tidak dapat menjadi bahan bukti di pengadilan bila terjadi mal praktik, tidak terpenuhinya standar akreditasi yang telah ditetapkan, dan akan menyulitkan petugas dalam membuat laporan rumah sakit,. Maka dari itu, rekam medis yang lengkap dapat membantu dokter ataupun tenaga kesehatan lainnya sebagai bukti pelayanan yang diberikan (Eunike, 2014).

Rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah bagaimanakah angka ketidaklengkapan pengisian catatan medis pada berkas rekam medis pasien rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu Tahun 2020?. Tujuan dalam karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui angka ketidaklengkapan pengisian catatan medis pasien rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu Tahun 2020 .

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian adalah observasional, penilaian yang dilakukan dengan cara observasi, pengamatan, dan pengukuran terhadap variable yang diteliti. Rancangan penelitian ini adalah menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan meninjau kelengkapan pengisian berkas rekam medis rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu . Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Notoadmojo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medis rawat jalan bulan Desember 2020 berjumlah 280 berkas di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. Sampel adalah bagian dari populasi yang mewakili populasi yang akan diambil (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan semua total populasi dijadikan sebagai sampel sebesar 280 berkas rekam medis. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diambil secara melihat lembaran formulir berkas rekam medis pasien rawat jalan Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. Analisis data dalam penelitian ini adalah dengan cara menggunakan analisa univariat. Analisa univariat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Ketidaklengkapan Pengisian Identitas Pasien

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Ketidaklengkapan Identifikasi Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu Tahun 2019.

No.	Variabel	Frekuensi (n)		Jumlah	Persentase (%)	
		Lengkap	Tidak Lengkap		Lengkap	Tidak Lengkap
Identifikasi						
1.	No RM	280	0	280	100%	0%
2.	Nama	265	15	280	95%	5%
3.	Jenis Kelamin	250	30	280	89%	11%
4.	Umur	200	80	280	72%	28%
5.	Tempat Tanggal Lahir	215	65	280	77%	23%
6.	Alamat	135	145	280	48%	52%
7.	Status Perkawinan	190	90	280	68%	32%
8.	Pekerjaan	180	100	280	64%	36%

9.	Agama	200	80	280	72%	28%
10	Nama					
.	keluarga/kawan terdekat	175	135	280	62%	38%
11	Hubungan					
.	Keluarga	155	125	280	55%	45%
12	Pendidikan					
.		185	95	280	66%	34%
13	Suku Bangsa					
.		175	105	280	62%	38%
14	Tanggal Berobat					
.		280	0	280	100%	0%
15	No HP					
.		195	85	280	70%	30%

Sumber data skunder terolah, 2019

Dari tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa dari 280 sampel yang diteliti didapatkan bahwa ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis rawat jalan tertinggi pada variabel identifikasi yaitu komponen alamat berjumlah 135 (52%) berkas rekam medis, hubungan keluarga 125 (45%) berkas rekam medis, suku bangsa 105 (38%) berkas rekam medis, nama keluarga/kawan terdekat 135 (38%) berkas rekam medis, pekerjaan 100 (36%) berkas rekam medis.

Berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 129 (2008) tentang standar pelayanan minimal rumah sakit untuk kelengkapan pengisian rekam medis adalah 100%. Dapat dikatakan lengkap apabila seluruh item yang terdapat pada identitas pasien terisi dengan lengkap. Adapun item yang terdapat pada identitas pasien dilembar rawat jalan yaitu nama pasien, jenis kelamin, umur, tempat tanggal lahir, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, nama keluarga, hubungan keluarga, nama orang tua, suku bangsa.

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan bahwa dari sampel 280 berkas rekam medis persentase ketidaklengkapan pengisian identitas pasien pada lembar rawat jalan Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu Juni 2019 didapatkan 100% tidak lengkap. Petugas yang berhak mengisi identitas pasien yaitu petugas rekam medis dan pentingnya dibuat SOP tentang tata cara pengisian formulir rekam medis yang terisi dengan cepat, tepat, akurat dan sesuai dengan kewenangan dan dapat dipertanggung jawabkan. Dari hasil data review pada pengisian identitas pasien ketidaklengkapan pengisian terbanyak pada item alamat berjumlah 145 (52%), pekerjaan (36%), nama keluarga 105 (38%), hubungan keluarga 125 (45%), pendidikan 95 (34%), suku dan bangsa 105 (38%). Berdasarkan hasil observasi hal tersebut terjadi karena belum adanya Standar Prosedur Operasional (SOP) pengisian berkas rekam medis di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu.

Dampak terhadap pelayanan yaitu ketidaklengkapan pengisian item identitas pasien akan mengakibatkan pelayanan pada pasien menjadi terhambat (Citra Budi, 2011) dan apabila berkas tercecer akan menyulitkan petugas dalam menyusun kembali rekam medis tersebut (Melinda, 2013).

2. Kelengkapan Pengisian Catatan Penting (Data Klinis)

Berdasarkan hasil observasi dari review kelengkapan pengisian catatan penting (data klinis) dari lembar poliklinik rawat jalan pada Rumah Sakit Rafflesia bulan Desember 2020 sebagai berikut :

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Catatan Penting (Data Klinis) Rawat Jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu Tahun 2019.

No.	Variabel	Frekuensi (n)		Jumlah	Persentase (%)	
		Lengkap	Tidak Lengkap		Lengkap	Tidak Lengkap
Catatan Penting						
1.	Anamnesa Pemeriksaan Fisik	280	0	280	100%	0%
2.	Pemeriksaan dokter & Perawat	280	0	280	100%	0%
3.	Pengobatan	280	0	280	100%	0%
4.	Diagnosa	280	0	280	100%	0%

Sumber : Data skunder terolah, 2019

Tabel 4.2 diatas menunjukkan bahwa dari 280 sampel yang diteliti, didapatkan bahwa semua catatan penting (data klinis) lembar rawat jalan pada variabel pengisian seluruh item terisi lengkap berjumlah 280 (100%) berkas rekam medis.

Data klinis merupakan ringkasan yang menjelaskan informasi penting secara singkat tentang penyakit, pemeriksaan, dan pengobatan yang diberikan. Data klinis harus diisi atau ditulis segera dengan lengkap dan isinya harus mampu menjawab pertanyaan mengapa pasien dirawat, apa hasil pemeriksaan pendukungnya, bagaimana keadaan pasien saat keluar, apa tindakan yang dilakukan dan apa anjuran dokter untuk pasien (Depkes, 2006).

Data harus diisi dengan lengkap karena data klinis memiliki tujuan yaitu untuk menjamin pelayanan medis dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima apabila pasien tersebut dirawat kembali, sebagai bahan penilaian staff medis dirumah sakit, untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien (misalnya asuransi), untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dan sebagai informasi untuk statistic kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian tabel 4.2 diketahui bahwa dari 280 sampel berkas rekam medis rawat jalan persentase catatan penting (catatan klinis) yang terdiri dari item anamnesa pemeriksaan fisik berjumlah 280 (100%) lengkap dan 0 (0%) tidak lengkap, pemeriksaan dokter dan perawat berjumlah 280 (100%) lengkap dan 0 (0%) tidak lengkap, pengobatan berjumlah 280 (100%) lengkap dan 0 (0%) tidak lengkap, diagnose berjumlah 280 (100%) lengkap dan 0 (0%) tidak lengkap.

Data medis harus diisi dengan lengkap karena data klinis memiliki tujuan yaitu untuk menjamin pelayanan medis dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima apabila pasien tersebut dirawat kembali, sebagai bahan yang berguna bagi dokter yang menerima apabila pasien tersebut dirawat kembali, sebagai bahan penilaian staff medis di rumah sakit, untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien (misalnya asuransi, hukum), untuk keperluan penelitian dan pendidikan, dan sebagai informasi untuk statistik kesehatan.

3. Kelengkapan Pengisian Autentifikasi Berkas Rekam Medis

Berdasarkan hasil observasi dari review ketidaklengkapan pengisian autentifikasi berkas rekam medis dari lembar poliklinik rawat jalan pada Rumah Sakit Rafflesia bulan Desember 2020 sebagai berikut :

No.	Variabel	Frekuensi (n)		Jumlah	Persentase (%)	
		Lengkap	Tidak Lengkap		Lengkap	Tidak Lengkap
Autentifikasi						
1.	Nama Dokter	80	200	280	29%	71%
2.	Tanda Tangan Dokter	100	180	280	36%	64%
3.	Nama Perawat	165	115	280	59%	41%
4.	Tanda Tangan Perawat	145	135	280	52%	48%

Sumber : Data skunder terolah, 2019

Dari tabel 4.3 diatas menunjukkan bahwa dari 280 sampel yang diteliti didapatkan persentase ketidaklengkapan lembar rawat jalan tertinggi pada variabel autentifikasi yaitu item nama dokter 200 (71%) berkas rekam medis, dan tanda tangan dokter 180 (64%) berkas rekam medis.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI 129 (2008) Kelengkapan dan keakuratan data rekam medis pasien harus dipelajari, dikoreksi, dan ditandatangani oleh dokter yang merawat. Nilai dari sebuah rekam medis adalah sesuai dengan standar pengobatan dan perawatan yang diberikan kepada pasien oleh dokter yang merawat. Oleh karena itu rekam medis sangat bernilai penting karena rekam medis berguna bagi pasien untuk kepentingan riwayat perkembangan pasien, rekam medis dapat melindungi rumah sakit maupun dokter dalam segi hukum, serta rekam medis dapat digunakan untuk meneliti rekaman kegiatan dan pencatatan medik maupun administratif atas pasien.

Berdasarkan hasil penelitian tabel 4.2 diketahui bahwa dari 280 sampel berkas rekam medis rawat jalan persentase ketidaklengkapan yang paling banyak pada item nama dokter dan tanda tangan dokter yaitu tidak mencapai kelengkapan sebanyak 100%. Adapun rincian persentase ketidaklengkapan tertinggi pada autentifikasi nama dokter yaitu berjumlah 145 (51%) tidak lengkap, tanda tangan dokter berjumlah 180 (64%) tidak lengkap, nama perawat berjumlah 115 (41%) tidak lengkap, tanda tangan perawat berjumlah 135 (48%) tidak lengkap. Berdasarkan hasil observasi ketidaklengkapan tersebut mengakibatkan tidak diketahuinya siapa dokter yang melakukan pemeriksaan atau pelayanan medis terhadap pasien serta tidak bisa minta pertanggung jawaban dari dokter jika terjadi hal yang tidak diinginkan terhadap pasien. Dampak lain dapat ditimbulkan adalah pada saat kegiatan pengkodingan, klaim biaya pasien tidak dapat dilakukan karena tidak diketahuinya siapa dokter yang merawat pasien. Hal ini dikarenakan dokter lebih mengutamakan pelayanan terlebih dahulu.

4. Teknik Pencatatan Berkas Rekam Medis

Berdasarkan hasil observasi dari review kelengkapan pengisian teknik pencatatan berkas rekam medis dari lembar poliklinik rawat jalan pada Rumah Sakit Rafflesia bulan Juni Tahun 2019 sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Teknik Pencatatan Berkas Rekam Medis Rawat Jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu Tahun 2019.

No.	Variabel	Frekuensi (n)		Jumlah	Persentase (%)	
		Benar	Salah		Benar	Salah
Teknik Pencatatan						
1.	Penggunaan Tinta permanen	280	0	280	100%	0%
2.	Kesalahan catatan tidak dicoret	200	80	280	71%	29%
3.	Tidak menggunakan tipe-x	270	10	280	96%	4%

Dari tabel 4.4 diatas menunjukkan bahwa dari 280 sampel yang diteliti didapatkan persentase ketidaklengkapan lembar rawat jalan tertinggi pada variabel teknik pencatatan berjumlah komponen kesalahan catatan sebanyak 10 (4%) berkas rekam medis.

Pencatatan dalam berkas rekam medis harus selalu dilakukan dengan cara yang benar karena berkas rekam medis merupakan catatan penting yang harus benar karena berkas rekam medis merupakan catatan penting yang harus diperhatikan pencatatannya.

Dalam menulis pada setiap rekam medis mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam, akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara factual, penulisan hendaknya menggunakan istilah, singkatan, dan simbol yang baku, terdaftar, dan terstandar sehingga bisa dipahami dengan jelas dan pasti oleh pembaca. Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau, Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” diatasnya serta paraf dengan jelas. (Indardi, 2013)

Berdasarkan hasil penelitian tabel 4.2 diketahui bahwa dari 280 sampel berkas rekam medis rawat jalan persentase ketidaklengkapan yang terdapat dalam teknik pencatatan yaitu penggunaan tinta permanen berjumlah 280 (0%) benar, kesalahan catatan tidak boleh dicoret berjumlah 280 (100%) benar, menggunakan tipe-x berjumlah 270 (96%) benar. Item kesalahan dalam pencatatan berkas rekam medis yang kemudian diperbaiki dan diparaf oleh dokter atau perawat. Hal ini menunjukkan bahwa perbaikan kesalahan pencatatan yang dilakukan belum mengikuti aturan yang ada atau sesuai dengan teori. Selain itu cara penulisan pada berkas rekam medis secara umum belum mengikuti standar prosedur yang ada. Hal ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan yang diselenggarakan di bagian penyakit dalam Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu cukup baik.

Hasil dari analisa yang telah dilakukan terhadap kelengkapan pengisian berkas rekam medis di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu kurang memenuhi syarat sebagai bahan bukti tertulis. Jika berkas rekam medis tersebut digunakan sebagai bukti tertulis, kekuatan hukumnya tidak kuat.

SIMPULAN

Dari 280 lembar berkas rekam medis rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu dari hasil data review pengisian identitas pasien ketidaklengkapan mencapai 100%, ketidaklengkapan pengisian terbanyak terdapat pada item alamat 145 (52%), hubungan keluarga 125 (45%), suku dan bangsa 105 (38%), nama keluarga/kawan terdekat 135 (52%) dan pekerjaan 100 (36%). Hal ini dikarenakan belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang cara pengisian rekam medis. Untuk lembar berkas rekam medis rawat jalan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu dari hasil data review pengisian catatan penting (data klinis) lengkap mencapai 100%. Manfaat kelengkapan data klinis yaitu untuk memberikan kejelasan tentang kesungguhan penyakit yang diderita oleh pasien dan memudahkan dokter dalam melakukan diagnosis, agar dokter mampu memperkuat hasil-hasil pemeriksaan sebelumnya, untuk pengisian autentifikasi berkas rekam medis ketidaklengkapan pada item nama dokter 145 (51%) tidak lengkap, tanda tangan dokter 165 (59%) tidak lengkap, nama perawat 115 (41%) tidak lengkap, tanda tangan perawat 135 (48%) tidak lengkap, dan pada teknik pencatatan pada item ketidaklengkapan pada penggunaan tipe-x 10 (4%) salah.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, S. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta. Quantum Sinergis Media.
- Dahlan, S. 2009. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Dirjen Yanmed.
- Eunike, C. (2014). *Analisis Kuantitatif Dan Kualitatif Ketidakeengkapan Dokumen Rekam Medis*.
- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Indar, I. 2013. *Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Rekam Medis di RSUD H.Padjonga DG.Ngalle Takalar*. Jurnal AKK Vol 2 No.2 Hal 10.18.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 Tentang Rekam Medis

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis.

Rustiyanto, Ery. (2009). *Etika Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan*. Graha Ilmu: Yogyakarta

Sastroasmoro, S & Ismael, S. 2010. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.