

Review Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Rawat Inap di Rumah Sakit Harapan Dan Doa Kota Bengkulu

¹Isma Windartini, ²Deno Harmanto

¹Mahasiswa Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Akkes Sapta Bakti Bengkulu Jl. Mahakam Raya No. 16, Bengkulu 53382, Indonesia

¹Dosen Prodi D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Akkes Sapta Bakti Bengkulu Jl. Mahakam Raya No. 16, Bengkulu 53382, Indonesia

ismawin27@gmail.com, deno86sapta@gmail.com

Abstrak

Formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi memuat informasi tentang identitas pasien, pelaporan, dan autentifikasi dokter yang berupa tulisan atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien. Review ketidaklengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi berupa autentifikasi akan berpengaruh kepada mutu dan pelayanan di rumah sakit tersebut. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui review kelengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu. Jenis penelitian yang adalah deskriptif dengan cara observasional. Populasi dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis rawat inap, teknik pengambilan sampel adalah *simple random sampling*. Menggunakan data sekunder yang diolah secara univariat. Hasil analisis univariat dari 86 berkas rekam medis rawat inap pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi menunjukkan pada item identitas pasien lengkap pengisiannya sebanyak 86 (100%), pelaporan tidak lengkap sebanyak 86 (100%), dan autentifikasi lengkap sebanyak 51 (59%) dan tidak lengkap sebanyak 35 (41%). Diharapkan tenaga rekam medis di Rumah Sakit dapat mengadakan pengawasan, pengoreksian, dan melengkapi pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap untuk meningkatkan mutu pelayanan rekam medis di rumah sakit agar dapat menjadi bahan bukti di pengadilan bila terjadi mal praktik. Maka dari itu, rekam medis yang lengkap dapat membantu dokter atau tenaga kesehatan lainnya sebagai bukti pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Kata Kunci: Kelengkapan, Identitas Pasien, Pelaporan, dan Autentifikasi

Abstract

The integrated patient development record form contains information about the patient's identity, reporting, and doctor's authentication in the form of a written health service that has been provided to the patient. Review incompleteness of filling in an integrated patient development record form in the form of authentication will affect the quality and service at the hospital. Objective of this study to find out the completeness review of filling in the patient development record form integrated inpatients at the Hospital of Hope and Prayer in the City of Bengkulu. This type of research is descriptive by observational. The population in this study is the inpatient medical record file, the sampling technique is simple random sampling. Using secondary data that is processed univariately. The results of univariate analysis of 86 inpatient medical record files on the integrated patient development record form showed 86 items of complete patient identity filling (86%), incomplete reporting of 86 (100%), and complete authentication of 51 (59%) and incomplete 35 (41%). It is expected

that medical records personnel at the Hospital can conduct supervision, correction, and complete filling in an integrated inpatient patient development record form to improve the quality of medical record services at the hospital so that it can become evidence in court in the event of a practice mall. Therefore, a complete medical record can help doctors or other health workers as evidence of the services provided to patients.

Keywords: *Completeness, Patient Identity, Reporting, and Authentication*

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010). Salah satu kewajiban rumah sakit sebagaimana tertuang dalam Permenkes RI No. 69 tahun 2014 tentang kewajiban rumah sakit dan kewajiban pasien adalah menyelenggarakan kegiatan rekam medis (Kemenkes RI, 2010).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis menyatakan bahwa, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Setiap rumah sakit harus membuat rekam medis baik itu rekam medis rawat jalan maupun rekam medis rawat inap. Rekam medis juga berguna sebagai bukti tertulis atau tindakan-tindakan pelayanan terhadap seseorang pasien, juga mampu melindungi kepentingan hukum bagi pasien yang bersangkutan, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya, apabila di kemudian hari terjadi suatu hal yang tidak diinginkan menyangkut rekam medis itu sendiri (Permenkes, 2008).

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/Mekes/per/III/2008).

Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis menjadi hal yang sangat penting karena jika ada isian yang tidak terisi akan berkurangnya informasi terkait pasien. Salah satunya pada pelayanan rawat jalan. 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 tidak termasuk tidak hanya diselenggarakan oleh sarana pelayanan yang telah lazim di kenal seperti rumah sakit, puskesmas atau klinik, tetapi juga yang diselenggarakan di rumah pasien (pamungkas 2010). Hal ini akan mengakibatkan kurang optimalnya pelayanan yang diberikan terhadap proses pengobatan dan penyembuhan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.129/MENKES/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal (SPM) rumah sakit mengenai standar pelayanan rekam medis rumah sakit yaitu kelengkapan pengisian rekam medis maksimal 24 jam setelah selesai pelayanan memiliki standar yaitu 100%.

Pencatatan perkembangan dikatakan lengkap dan baik apabila pencatatan dalam berkas rekam medis harus selalu dilakukan dengan cara yang benar seperti perkembangan pasien, terapi pemberian obat farmasi, pemberian nutrisi dari gizi, perkembangan penunjang fisioterapi. Karena berkas rekam medis merupakan catatan penting yang harus diperhatikan

pencatatannya. Apabila terjadi kesalahan pencatatan dalam berkas rekam medis tidak diperbolehkan untuk melakukan penghapusan dengan cara apapun. Untuk mengkoreksinya adalah dengan cara bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih biasa terbaca, kemudian diberi catatan disampingnya bahwa catatan tersebut salah dan berkas rekam medis dikatakan lengkap apabila terdiri dari nomor rekam medis, nama lengkap, tanggal lahir, dan jenis kelamin (Marwati, 2010).

Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter yang merawat. Dia mengembangkan tanggung jawab terakhir akan kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis. Sementara petugas rekam medis membantu dokter yang merawat dalam mempelajari kembali rekam medis yaitu melakukan analisis kuantitatif kelengkapan isi rekam medis yang dimaksud untuk mencari hal-hal yang kurang dan masih diragukan (Rustiyanto, 2009).

Menurut Rano Indardi (2012), komponen analisis kuantitatif yang terdiri dari review kelengkapan lembar formulir sesuai kasus masing-masing pasien dan sesuai dengan peraturan/ kebijakan yang berlaku, Review kelengkapan identifikasi pasien pada setiap lembar rekam medis, Review kelengkapan semua laporan/ catatan yang dibutuhkan sesuai kasus masing-masing pasien, Review kelengkapan autentifikasi dari setiap isian dalam lembar rekam medis, review teknik/ cara pencatatan dalam lembar rekam medis.

Dari menurut Huffman (1999) analisis kuantitatif berkas pada review identifikasi dokumen rekam medis setidaknya memiliki komponen minimal nomor rekam medis dan nama, karena hal tersebut merupakan komponen penting untuk mengetahui kepemilikan dokumen rekam medis tersebut, dan mempermudah pengembalian apabila ada formulir yang tercecer dari suatu dokumen rekam medis. Analisa kuantitatif dimulai dengan memeriksa tiap lembar rekam medis. Jika suatu halaman di bagian identitas pasien tidak terisi maka halaman ini harus di review untuk memastikan apakah ini milik pasien yang rekam medisnya sedang dianalisa atau bukan. Sehingga jika di bagian identifikasi tidak lengkap terutama pada umur pasien maka akan mengakibatkan dokter kesulitan dalam memberikan takaran obat dan pengobatan yang sesuai dengan umurnya, jika yang tidak lengkap adalah bagian jenis kelamin maka dokter akan sulit membedakan gender pasien, jika yang tidak lengkap adalah bagian ruang dan kelas perawatan maka dokter sulit mengetahui ruang dan kelas perawatan pasien serta akan menyulitkan dokter yang menerima rujukan tentang pasien selama pasien dirawat. Petugas berasumsi bahwa jika lembar pertama sudah diisi maka halaman selanjutnya pengisian identitas pasien tidak lengkap tidak menjadi masalah. Item atau komponen nomor rekam medis dan nama minimal harus terisi pada tiap formulir rekam medis agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan, serta mempermudah petugas dalam pengembalian berkas dokumen rekam medis pasien apabila tercecer. Karena bisa jadi memiliki nama yang sama tapi berbeda nomor rekam medisnya, dan apabila nomor rekam medisnya tidak terisi dapat menyebabkan kesalahan pengembalian lembar rekam medis tersebut ke folder dokumen rekam medis pasien yang bersangkutan. Pengisian komponen identifikasi yang lengkap juga merupakan hal yang penting untuk kesinambungan informasi pasien serta kepemilikan isi dokumen rekam medis tersebut.

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pencatatan dokumen rekam medis yang diteliti pada masing-masing formulir pasien rawat jalan dokumen dengan item ketidaklengkapan adalah adanya cairan penghapus/tip-ex dan adanya coretan. Apabila dalam pengisian dokumen rekam medis masih terdapat beberapa coretan sampai tulisan tidak terbaca serta tidak ada pembetulan, tanda tangan pembetulan, adanya tip-ex dan tulisan tidak terbaca maka pencatatan tersebut dikatakan tidak baik, hal tersebut akan mempengaruhi

keakuratan isi dokumen rekam medis tersebut. Selain itu penggunaan tinta juga berpengaruh pada baik atau tidaknya pencatatan rekam medis tersebut (Huffman, 1999).

Menurut Rano Indradi S (2012) tentang review pelaporan yang dibutuhkan bertujuan untuk memeriksa kelengkapan semua bentuk laporan sesuai dengan kebutuhan kasus masing-masing pasien. Yang dimaksud dengan laporan di sini bukan hanya lembar formulir yang mencantumkan judul (laporan) saja (misalnya, laporan operasi, laporan anestesi, laporan persalinan, laporan kematian) melainkan semua bentuk laporan. Setiap hal yang didapati dari pasien harus dilaporkan (tercantum) dalam rekam medisnya. Misalnya, dokter melakukan wawancara (anamnesis) dengan pasien dan mendapat jawaban (keterangan), maka hasil anamnesis tersebut juga harus ditulis dalam rekam medis. Hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dan sebagainya) juga harus tercantum dalam rekam medis, demikian juga harus konsultasi dan pemantauan harian. Penting untuk diperhatikan bahwa setiap pencatatan pelaporan ini harus mencantumkan tanggal dan jamnya. Hal ini terkait erat dengan peraturan pengisian rekam medis dan sangat penting pada saat diperlukan pelacakan suatu kejadian.

Review autentifikasi merupakan suatu lembaran rekam medis yang menjelaskan tentang nomor rekam medis, nama pasien, ruang atau kelas, dokter penanggung jawab pasien (DPJP) utama, dokter yang merawat. dengan memperhatikan kelengkapan pengisian review autentifikasi akan membantu keselamatan pasien selama dirawat seperti riwayat penyakit pasien sebelumnya, terapi atau pengobatan yang sudah diberikan sebelumnya. Selain itu review autentifikasi membantu memudahkan pengobatan jika pasien ditangani oleh dua orang dokter spesialis sehingga pengobatan dan terapi berjalan dengan baik (Herisa, 2017).

Beberapa bentuk pelaksanaan asuhan terintegrasi adalah pendokumentasian yang dilakukan oleh dokter dan perawat. Dokumentasi yang dilakukan dalam catatan terintegrasi berbentuk catatan perkembangan yang ditulis berdasarkan data subjektif (S), data objektif (O), Analisa Data (A) dan Planning/perencanaan (P) (Hariyati, 2014).

S-O-A-P dilaksanakan pada saat tenaga kesehatan menulis penilaian ulang terhadap pasien rawat inap atau saat visit pasien. S-O-A-P ditulis di catatan terintegrasi pada status rekam medis pasien rawat inap, sedangkan untuk pasien rawat jalan S-O-A-P di tulis di dalam status rawat jalan pasien. Dokumentasi yang terintegrasi dapat dijadikan bukti tertulis dari kegiatan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan multidisiplin yang ada di ruangan rawat inap. Dokumentasi yang dikatakan lengkap apabila pencatatan yang dilakukan oleh dokter dan perawat jika sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, sehingga mampu melindungi tenaga kesehatan terhadap permasalahan hukum yang terjadi (Hariyati, 2014).

Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu sarana pelayanan kesehatan yaitu dengan meningkatkan mutu pelayanan rekam medis meliputi kelengkapan, kecepatan dan ketepatan dalam memberikan informasi untuk kebutuhan pelayanan kesehatan. Rekam medis yang lengkap dan akurat dapat digunakan sebagai referensi pelayanan kesehatan, dasar hukum (medical legal), menunjang informasi untuk meningkatkan kualitas medis, riset medis dan dijadikan dasar menilai kinerja rumah sakit (Nurhadiah, 2016).

Rekam medis yang lengkap mencerminkan mutu pelayanan medis yang diberikan kepada penderita (Huffman, 1999). Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, serta mengingat pentingnya rekam medis untuk rumah sakit, maka diperlukan adanya pengendalian terhadap pengisian rekam medis. Namun, mutu rekam medis tidak hanya dipengaruhi oleh indikator kelengkapan, keakuratan, tepat waktu dan terpenuhinya aspek

hukum dari rekam medis tetapi juga dipengaruhi oleh faktor sumber daya manusia, sarana dan prasarana, prosedur atau metode dan pembiayaan (Warsito, 1993).

Berdasarkan hasil penelitian Pamungkas (2010) 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. Selain itu juga karena kurangnya kesadaran dokter akan pentingnya kelengkapan pengisian berkas rekam medis.

Ketidaklengkapan dalam pengisian data formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi yang memberikan dampak yang tidak baik pada proses pelayanan, serta tidak dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan, dan tidak dapat dijadikan bahan bukti di pengadilan bila terjadi mal praktik. Maka dari itu, rekam medis yang lengkap dapat membantu dokter atau tenaga kesehatan lainnya sebagai bukti pelayanan yang diberikan (Eunike, 2014).

Berdasarkan survey awal di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu tahun 2019 jumlah pasien rawat inap pada bulan April berjumlah 631 orang. Sampel awal yang diteliti di ruang filling rekam medis rawat jalan terdapat sebanyak 10 berkas rekam medis rawat inap yang diambil secara acak ditemukan ketidaklengkapan pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi. Berdasarkan 5 formulir catatan perkembangan rekam medis dinyatakan ketidaklengkapan pada autentifikasi dengan frekuensi 50% karena tidak tertulisnya nama dokter, tanggal, hasil pemeriksaan dan tandatangan dokter/petugas kesehatan. Item tersebut sangat penting karena merupakan pertanggungjawaban atas tindakan yang diberikan. dampak dari ketidaklengkapan ini dapat berakibat pada mutu pelayanan rumah sakit dan tidak dapat dijadikan sebagai bukti hukum.

Rekam medis yang lengkap mencerminkan mutu pelayanan medis yang diberikan kepada penderita (Huffman, 1999). Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, serta mengingat pentingnya rekam medis untuk rumah sakit, maka diperlukan adanya pengendalian terhadap pengisian berkas rekam medis khususnya pada formulir catatan perkembangan. namun, mutu rekam medis tidak hanya dipengaruhi oleh faktor saja dan dipenuhinya aspek hukum dari rekam medis tetapi juga dipengaruhi oleh faktor sumber daya manusia, sarana dan prasarana, prosedur dan metode pembiayaan.

Mengingat begitu pentingnya review kelengkapan, maka penulis tertarik untuk melaksanakan penelitian tentang review kelengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap (CPPT) di Rumah Sakit di Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2019.

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian deskriptif. Metode yang digunakan adalah observasi. Rancangan penelitian yang digunakan adalah semua variabel penelitian yang diamati untuk memprediksikan pelaksanaan pencatatan perkembangan pasien terintegrasi selanjutnya. Subjek Penelitian adalah petugas pemberian pelayanan rawat inap (dokter, perawat). Objek Penelitian adalah kelengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi berkas rekam medis. Populasi adalah 631 berkas rekam medis rawat inap pada pasien terintegrasi serta petugas pengisian catatan berkas rekam medis rawat inap. Sampel diperoleh dengan teknik "*random sampling*" sebanyak 86 berkas rekam medis rawat inap pada pasien terintegrasi. Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data dianalisis menggunakan analisis univariat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel.1
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Identifikasi Pasien

No	Variabel Identitas Pasien	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Lengkap	86	100
2	Tidak lengkap	0	0
	Total	86	100

Sumber: Data terolah, 2019

Dari tabel 1 di atas diketahui variabel pelaporan dalam Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu berjumlah 86 berkas rekam medis dinyatakan lengkap (100%).

Tabel. 2
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Pelaporan

No	Variabel Pelaporan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Lengkap	0	0
2	Tidak lengkap	86	100
	Total	86	100

Sumber: Data terolah, 2019

Dari tabel 2 di atas diketahui variabel pelaporan dalam Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu berjumlah 86 berkas rekam medis dinyatakan tidak lengkap (100%).

Tabel. 3
Distribusi Frekuensi Kelengkapan Pengisian Autentifikasi

No	Variabel Autentifikasi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Lengkap	51	59
2	Tidak lengkap	35	41
	Total	86	100

Sumber: Data terolah, 2019

Dari tabel 3 di atas didapatkan variabel autentifikasi pada Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dinyatakan lengkap ada 51 formulir CPPT (59,3%) dan dinyatakan tidak lengkap ada 35 formulir CPPT (41%).

Review Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Rawat Inap Berdasarkan Identitas Pasien

Identitas pasien menurut Budi (2011) merupakan proses pengumpulan data pertama sebelum pelayanan di fasilitas kesehatan. Sebaiknya identitas pasien dilakukan sebelum pasien dirawat/ diperiksa dengan meminta atau mewawancarai pasien sendiri namun apabila tidak mungkin maka diminta keterangan kepada keluarga terdekat pasien. Pengumpulan identitas pasien juga harus didukung dengan bukti legal pasien seperti KTP, SIM, kartu mahasiswa, dll. Hal ini sejalan dengan penelitian Rano Indiradi S (2012) Review kelengkapan identifikasi pasien pada setiap lembar rekam medis wajib mencantumkan identifikasi pasien minimal terdiri dari nama dan nomer rekam medisnya. Bila ada lembar identifikasinya harus di review untuk menentukan milik siapa lembar tersebut. Dalam hal ini secara *concurrent analysis* lebih baik karena lebih cepat mengetahui identifikasinya dari pada secara *retrospective analysis*. Jika suatu formulir terdiri dari beberapa lembar maka harus mencantumkan identifikasi pasien pada suatu lembarnya. Identifikasi pasien pada lembar rekam medisnya dapat pula dilengkapi dengan: nama, nomer rekam medis, tanggal lahir/umur, jenis kelamin, dan alamat lengkap. Kelengkapan ini disesuaikan dengan kebijakan dan kebutuhan pada masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada penelitian ini diperoleh bahwa dari 86 sampel berkas rekam medis persentase kelengkapan identifikasi pasien sesuai standar pelayanan minimal rumah sakit untuk kelengkapan pengisian mulai dari Nomer RM, Nama lengkap, Jenis kelamin, Tanggal lahir, dan umur, yaitu 100% lengkap. Dan identifikasi pasien dapat langsung ditempelkan menggunakan label atau tulisan dari perawat dan petugas yang bertanggung jawab terhadap pasien, yang berhak mengisi identitas pasien yaitu patugas rekam medis.

Dampak dari kelengkapan review pengisian formulir perkembangan pasien terintegrasi rawat inap adalah mutu pelayanan menjadi lebih baik dan dapat dijadikan alat hukum bukti yang sah. Hal ini sejalan dengan Budi (2011) Data ini juga dapat dijadikan dasar untuk pelayanan medis dan pelaporan, pengisian identifikasi pasien harus dilaksanakan dengan benar, teliti, akurat, dan lengkap.

Review Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Rawat Inap Berdasarkan Pelaporan

Kelengkapan pelaporan rekam medis rawat inap sangat penting dalam menentukan perkembangan penyakit pasien. Dari laporan ini diperoleh informasi tentang tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat dalam merawat pasien. Untuk itu rekam medis diharapkan membuat informasi yang akurat, lengkap dan dapat dipercaya (Herisa, 2017).

Dikatakan laporan yang penting jika dalamnya terdapat hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan hasil konsultasi kepada dokter yang memberikan pelayanan kesehatan. Rekam medis sangat bernilai penting karena jika terdapat diagnosa yang tidak benar ataupun tidak lengkap maka secara otomatis kode penyakitnya pun tidak tepat, hal tersebut dapat mempengaruhi terhadap pengisian laporan rumah sakit.

Pada penelitian ini diperoleh bahwa dari 86 sampel berkas rekam medis persentase di atas diketahui variabel pelaporan dalam Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu yang terdiri dari Hasil anamnesis 30 (34,9%) formulir lengkap dan 56 (65,1%) formulir tidak lengkap, Hasil pemeriksaan fisik 20 (23,3%) formulir lengkap dan 66 (76,7%) formulir tidak lengkap, Pemeriksaan penunjang 24 (28%) formulir lengkap dan 62 (72%) formulir tidak lengkap, Hasil konsultasi 54 (62,8%) formulir lengkap dan 32 (37,2%) formulir tidak lengkap, dan pada item tanggal dan jm 86(100%) formulir lengkap. Dari hasil pemeriksaan penunjang untuk menegakan diagnose atau terkadang dibutuhkan konfirmasi pemeriksaan penunjang seperti laboratrium dan radioagnostik. Semua catatan hasil pemeriksaan penunjang

harus disimpan dalam rekam medis pasien. Dan yang berhak mengisi hasil pemeriksaan penunjang adalah dokter yang bertanggung jawab tersebut.

Penyebab dari ketidaklengkapan pengisian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi yaitu akan menyulitkan petugas dalam pembuatan pelaporan rumah sakit, mengakibatkan informasi yang tidak akurat, tidak dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan dan tidak bisa dijadikan bahan bukti di pengadilan bila terjadi mal praktik. Maka dari itu rekam medis yang lengkap dapat membantu dokter ataupun tenaga kesehatan lainnya sebagai pelayanan yang diberikan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Rano Indradi S (2012) dokter melakukan wawancara (anamnesis) dengan pasien dan mendapat jawaban (keterangan), maka hasil anamnesis tersebut juga harus ditulis dalam rekam medis. Hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dan sebagainya) juga harus tercantum dalam rekam medis, demikian juga harus konsultasi dan pemantauan harian. Penting untuk diperhatikan bahwa setiap pencatatan pelaporan ini harus mencantumkan tanggal dan jamnya. Hal ini terkait erat dengan peraturan pengisian rekam medis dan sangat penting pada saat diperlukan pelacakan suatu kejadian.

Review Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Rawat Inap Berdasarkan Autentifikasi Berkas Rekam Medis

Setiap dokter dalam menjalankan praktek kedokteran wajib membuat rekam medis, rekam medis yang dimaksud dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, dan tanda tangan dokter (Permenkes RI No.269, 2008).

Nama dan tanda tangan dokter harus diisi dengan lengkap karena item nama dan tanda tangan dokter berguna untuk indeks dokter, untuk melindungi rumah sakit dan dokter dari segi hukum atau disiplin kedokteran, dan bukti pemberian pelayanan terhadap pasien.

Pada penelitian ini diperoleh bahwa dari 86 sampel berkas rekam medis persentase ketidaklengkapan yang paling banyak pada item nama dokter dan tanda tangan dokter yaitu tidak lengkap sebanyak 35 formulir (41%), hal ini dikarenakan dokter tidak memiliki waktu untuk melengkapi formulir CPPT tersebut. Dikatakan lengkap jika nama dokter, dan tanda tangan terisi semua sebanyak 51 formulir (59,3%). Berdasarkan penelitian ketidaklengkapan tersebut mengakibatkan tidak diketahui siapa dokter yang melakukan pemeriksaan atau pelayanan medis terdapat pasien serta tidak bisa meminta pertanggungjawaban dari dokter jika terjadi hal yang tidak diinginkan terhadap pasien. Dampak lain yang ditimbulkan adalah pada saat kegiatan pengkodean, klaim biaya pasien tidak dapat dilakukan karena diketahuinya siapa dokter yang merawat pasien, hal ini dikarenakan dokter lebih mengutamakan pelayanan terlebih dahulu.

Hal ini sejalan dengan penelitian Herisa (2017) Review autentifikasi merupakan suatu lembaran rekam medis yang menjelaskan tentang nomor rekam medis, nama pasien, ruang atau kelas, dokter penanggung jawab pasien (DPJP) utama, dokter yang merawat. Dengan memperhatikan kelengkapan pengisian review autentifikasi akan membantu keselamatan pasien selama dirawat seperti riwayat penyakit pasien sebelumnya, terapi atau pengobatan yang sudah diberikan sebelumnya. Selain itu review autentifikasi membantu memudahkan pengobatan jika pasien ditangani oleh dua orang dokter spesialis sehingga pengobatan dan terapi berjalan dengan baik.

Ketidaklengkapan pengisian autentifikasi akan berdampak dapat merugikan bagian pihak bukan hanya pasien dokter dan rumah sakit dapat dirugikan apabila terjadinya

kesalahan dalam pemberian obat/tindakan serta menentukan kualitas data yang ada dalam formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi, juga menjadi bukti tertulis oleh rumah sakit bahwa dokter telah memberikan tindakan kedokteran, tindakan medis, serta perawatan pasien kepada pasien dengan adanya persetujuan terlebih dahulu dari pasien atau keluarga pasien. Maka hal ini tentu belum sesuai dengan standar pelayanan minimal rumah sakit untuk kelengkapan pengisian rekam medis yaitu 100 %.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Depkes, 2006). Tentang ketidaklengkapan ini dapat mengakibatkan kerugian pada pasien, dokter maupun rumah sakit apabila terjadi hal – hal yang tidak diinginkan seperti malpraktik, dll.

SIMPULAN

1. Dari 86 formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dari hasil data review pengisian identifikasi pasien lengkap mencapai 100%. Manfaat dari kelengkapan identifikasi pasien yaitu untuk memberikan kejelasan dan kepastian tentang pentingnya tata cara pengisian berkas rekam medis yang terdiri dari Nomor Rm, Nama, Jenis kelamin, Tanggal lahir, dan Umur terutama untuk bagian formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi.
2. Dari 86 sampel berkas rekam medis diketahui variabel pelaporan dalam Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu yang terdiri dari Hasil anamnesis 30 (34,9%) formulir lengkap dan 56 (65,1%) formulir tidak lengkap, Hasil pemeriksaan fisik 20 (23,3%) formulir lengkap dan 66 (76,7%) formulir tidak lengkap, Pemeriksaan penunjang 24 (28%) formulir lengkap dan 62 (72%) formulir tidak lengkap, Hasil konsultasi 54 (62,8%) formulir lengkap dan 32 (37,2%) formulir tidak lengkap, dan pada item tanggal dan jam 86 (100%) formulir lengkap, ketidaklengkapan pada berkas catatan perkembangan pasien terintegrasi dikarenakan menyulitkan petugas dalam pembuatan pelaporan rumah sakit. Dan yang berhak mengisi hasil pemeriksaan penunjang adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut.
3. Dari 86 formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dari hasil data review pengisian autentifikasi berkas rekam medis yaitu formulir lengkap sebanyak 51 (59,3%) dan formulir tidak lengkap sebanyak 35 (41%), ketidaklengkapan pengisian pada autentifikasi ini dikarenakan dokter lebih mengutamakan pelayanan terlebih dahulu.

DAFTAR PUSTAKA

- Aryati, F, A. 2014. *Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam medis Pasien Rawat Inap RSAU Dr. Esnawan Antariksa Halim Perdana Kusuma Jakarta Tahun 2014*. Karya Tulis Ilmiah. FKM Universitas Indonesia
- Budi, C. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media
- Depkes RI. 2007. *Standar Informasi Perkam medis dan Informasi Kesehatan Nomor 377/Menkes/SK/III/2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Eri Oi. 2017. *SPO Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi*. Prapatan: RSUD Mampang Prapatan

- Eunike. 2014. *Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis pada Pasien Typoid di RSUD Kota Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014*. Karya Tulis Ilmiah. Universitas Dian Nuswantoro
- Firadaty, N, A. 2017. *Analisis Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perkembangan Terintegrasi Pasien Rawat Inap Berdasarkan SOAP di RST dr. Soedjono Magelang*. Karya Tulis Ilmiah. Universitas Gadjah Mada
- Hariyati, T. S. 2014. *Perencanaan, pengembangan dan utilisasi tenaga keperawatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Hatta, G. 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- Herisa, D, S. 2017. *Analisis Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Rizi Amalia Kulon Progo Yogyakarta Tahun 2017*. Karya Tulis Ilmiah. STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
- Huffman. 1994. *Health Information Management*, Edisi 10. Berwyn Illionis: Physicians' record company
- Kemendes RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang *Rekam Medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kemendes RI. 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 tentang *Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Marwati T., Solikha. 2010. *Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Jurnal Kesehatan Masyarakat UAD Vol 4 No 1: (Hal 21), Januari 2010. ISSN: 1978-0575
- Nurhadiah, 2016. *Analisis Dan Perancangan Sistem Informasi Rekam Medis Pada Klinik Akper Kesdam Ii/Sriwijaya Garuda Putih*. Jurnal Manajemen Sistem Informasi Vol 1 No. 1, September 2016, 67-79
- Pamungkas, TW. 2010. *Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Jurnal Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health). 2010; 4(1): 17-28.
- Rano Indradi. 2012. *Statistik Rumah Sakit – Dari Sensus Pasien & Grafik Barber Jhonson Hingga Statistik Kematian & Otopsi*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Rustiyanto, Ery. 2009. *Etika Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Savitri, C. 2011. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Umar. 2004. *Metode Penelitian Untuk Skripsi Dan Tesis Bisnis*, Cet ke 6, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Warsito. 2013. *Hubungan karakteristik perawat, motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses asuhan keperawatan*. Jurnal manajemen keperawatan 1 (2), 107-114