

TINJAUAN PENGELOLAAN DOKUMEN REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP DI BAGIAN ASSEMBLING

Rena Tresianawati Sari Suci¹, Tri Lestari²
STIKes Mitra Husada Karanganyar^{1,2}

Renatresianawati10@gmail.com¹, fitri.apikesmitra@yahoo.co.id²

ABSTRACT

Based on the preliminary survey in dr. Soeratno Gemolong in February 2016 there were 166 inpatients and document medical records have not been back within 2 x 24 hours after the patient's home and the absence of an expedition guide and a control card on assembling parts. This type of research is descriptive with cross sectional approach. Subjects who used medical records clerk. The research places the document flow inpatient medical records in assembling parts dr. Soeratno Gemolong. Returns documents are incomplete medical records, assembling and completing medical record documents. Instruments used observation and interview guides and ways of collecting data through observation and structured interview. Data processing techniques, namely the reduction stage, Display, Narrative. Data analysis using descriptive analysis. The results of the research, implementation penembalian document medical records of hospitalized patients is less complete than assembling not in accordance with SOP No. 05.A.01.19 document on the return of medical record documents were incomplete. Assembling the medical record documents at the assembling is appropriate SOP No. 05.A.01.13 document on the assembly document medical records. Completion document medical records of patients hospitalized in assembling parts not in accordance with SOP No. 05.A.01.12 document about the completeness of the medical record. The inference is the return document medical records of hospitalized patients with incomplete exceed the time limit has been set, the assembly document medical records of hospitalized patients in assembling parts are in accordance with the applicable provisions in the hospital. Supplies medical record documents with scribal error correction still using Tipe-X. Saran is in the medical record document submission should use the expedition guide and a control card to be clear who is receiving medical record documents and simplify supplies medical record documents if the control card. SOP and conducted repairs on the return, assembly and completion of medical record documents.

Keywords: Management document medical records of hospitalized patients

ABSTRAK

Berdasarkan survei pendahuluan di RSUD dr. Soeratno Gemolong pada Februari 2016 terdapat 166 pasien rawat inap dan dokumen rekam medisnya belum kembali dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang serta tidak adanya buku ekspedisi dan kartu kendali pada bagian *assembling*. Jenis penelitian ini adalah *deskriptif* dengan pendekatan *Cross Sectional*. Subyek yang digunakan petugas rekam medis. Obyek penelitian yang digunakan alur dokumen rekam medis pasien rawat inap di bagian *assembling* RSUD dr. Soeratno Gemolong. Pengembalian dokumen rekam medis yang kurang lengkap, perakitan dan pelengkapan dokumen rekam medis. Instrumen yang digunakan pedoman observasi dan pedoman wawancara dan cara pengumpulan data dengan observasi dan wawancara terstruktur. Teknik pengolahan data yaitu dengan tahap *Reduction*, *Display*, *Narasi*. Analisis data menggunakan analisis *deskriptif*. Hasil penelitian, pelaksanaan penembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap yang kurang lengkap dari *assembling* belum sesuai dengan SOP No. Dokumen 05.A.01.19 tentang pengembalian dokumen rekam medis yang kurang lengkap. Perakitan dokumen rekam medis di bagian *assembling* sudah sesuai SOP No. Dokumen 05.A.01.13 tentang perakitan dokumen rekam medis. Pelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap di bagian *assembling* belum sesuai dengan SOP No. Dokumen 05.A.01.12 tentang kelengkapan pengisian dokumen rekam medis. Simpulan adalah pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap yang kurang lengkap melebihi batas waktu yang telah ditetapkan, perakitan dokumen rekam medis pasien rawat inap di bagian *assembling* sudah sesuai dengan ketentuan yang berlaku di rumah sakit. Perlengkapan dokumen rekam medis dengan pembetulan kesalahan penulisan yang masih menggunakan tipex. Saran adalah dalam penyerahan

dokumen rekam medis sebaiknya menggunakan buku ekspedisi dan kartu kendali agar jelas siapa yang menerima dokumen rekam medis serta mempermudah perlengkapan dokumen rekam medis jika adanya kartu kendali. Serta dilakukan perbaikan SOP tentang pengembalian, perakitan dan perlengkapan dokumen rekam medis.

Kata kunci: Pengelolaan dokumen rekam medis pasien rawat inap

PENDAHULUAN

Penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit harus sesuai dengan Standar yang berlaku, seperti yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 269/MENKES/PER/ III/2008 disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Hal ini sebagai landasan hukum bagi semua rumah sakit dalam mengelola dokumen rekam medis.

Assembling merupakan salah satu bagian Unit Rekam Medis yang berfungsi sebagai peneliti kelengkapan dan merakit kembali dokumen rekam medis dari bangsal perawatan dan unit pelayanan sebelum disimpan. Dokumen-dokumen rekam medis yang telah diisi oleh pencatat data pelayanan medis yaitu Unit Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat, Unit Rawat Inap dan Instalasi Pemeriksaan Penunjang maka dikirim kebagian *Assembling* beserta sensus harian setiap hari. Dokumen rekam medis diatur kembali sesuai dengan urutan riwayat penyakit pasien dan diteliti kelengkapan isi dokumen rekam medis. Bila belum lengkap maka dikembalikan di unit yang bersangkutan, untuk mengendalikan dokumen yang belum lengkap maka digunakan kartu kendali. Dokumen rekam medis yang sudah lengkap diserahkan ke fungsi pengkodean dan pengindeks (*coding* dan *indexing*) sedangkan sensus harian diserahkan ke fungsi penganalisis dan pelaporan (*analising* dan *reporting*) untuk diolah lebih lanjut. Sehubungan dengan itu, fungsi *Assembling* mengetahui jenis formulir yang sering digunakan maka bagian ini berfungsi sebagai pengendali formulir rekam medis (Sudra, 2013).

Bagian *assembling* RSUD dr. Soeratno Gemolong bertanggungjawab dalam menerima dokumen rekam medis pasien rawat inap yang telah selesai perawatan, meneliti dan merakit kembali formulir rekam medis pasien, mengendalikan proses perlengkapan dokumen rekam medis yang belum lengkap, dan mengendalikan nomor rekam medis. Namun dalam hal peleng-

kan dokumen rekam medis pasien rawat inap terdapat keterlambatan pengembalian dokumen rekam medis kebagian *assembling* yang melebihi batas waktu 2 x 24 jam.

Berdasarkan survei pendahuluan pada Februari 2016 terdapat 166 pasien rawat inap dan dokumen rekam medisnya belum kembali dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang serta tidak adanya buku ekspedisi dan kartu kendali pada bagian *assembling*.

Tujuan penelitian adalah mengetahui pengelolaan dokumen rekam medis pasien rawat inap di bagian *assembling*.

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah petugas rekam medis RSUD dr. Soeratno Gemolong, sedangkan objek yang digunakan yaitu alur dokumen rekam medis pasien rawat inap di bagian *assembling* RSUD dr. Soeratno Gemolong. Instrumen penelitian yang digunakan yaitu pedoman observasi dan pedoman wawancara cara pengumpulan data berupa observasi dan wawancara terstruktur. Teknik pengolahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Reduction*, *Display*, Narasi. Analisis data yang digunakan adalah analisis diskriptif yaitu mendiskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa maksud membuat kesimpulan yang berlaku secara umum di RSUD dr. Soeratno Gemolong.

HASIL PENELITIAN

1. Pengembalian Dokumen Rekam Medis Yang Kurang Lengkap

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *assembling* alur pengembalian dokumen rekam medis yang kurang lengkap dari petugas *assembling* ke bangsal RSUD dr. Soeratno Gemolong dimulai dari Petugas *assembling* mengembalikan

dokumen rekam medis rawat inap yang kurang lengkap ke bangsal untuk dilengkapi, batas waktu perlengkapan 2x24 jam setelah pasien pulang. Setelah dokumen rekam medis di lengkapi selanjutnya dokumen dari bangsal di kembalikan ke bagian *assembling*. Petugas *assembling* meneliti kembali dokumen rekam medis yang sudah selesai di lengkapi jika dokumen sudah lengkap maka dokumen diserahkan ke bagian pengkodean untuk dikode dan selanjutnya disimpan di filing, tapi jika dokumen rekam medis belum lengkap maka dokumen dikembalikan ke bangsal dalam waktu 14 hari setelah pasien pulang dan dalam penyerahan dokumen rekam medis pasien tidak menggunakan buku ekspedisi.

Berdasarkan hasil observasi pengembalian dokumen rekam medis yang belum lengkap di RSUD dr. Soeratno Gemolong petugas *assembling* mengembalikan dokumen rekam medis pasien rawat inap ke bangsal untuk dilengkapi dalam batas waktu 2x24 jam setelah pasien pulang, tetapi petugas bangsal dalam penyerahannya melebihi batas 2x24 jam. Setelah dokumen diteliti kembali oleh bagian *assembling* masih banyak dokumen rekam medis yang belum lengkap dan dikembalikan ke bangsal untuk dilengkapi kembali.

2. Perakitan Kembali Formulir Rekam Medis Oleh Bagian *Assembling*

Setiap dokumen rekam medis pasien yang diterima oleh bagian *assembling* dilakukan penyusunan kembali terhadap formulir-formulir dokumen rekam medis pasien agar riwayat penyakit pasien dapat berkesinambungan. Tetapi dalam perakitan dokumen rekam medis masih terdapat masalah dalam perakitan yaitu ada formulir 1 dengan formulir yang lain yang salah penempatan dalam urutan sehingga tidak ada kesragaman. Berdasarkan hasil Formulir di urutan dari RM 1 sampai RM 30.

3. Pelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap oleh Bagian *Assembling*

Berdasarkan pengamatan, pengisian dokumen rekam medis masih terdapat kekeliruan dalam memperbaiki kesalahan penulisan. Untuk pembetulan penulisan masih menggunakan tipex dan ada juga yang dicoret lebih dari satu kali serta tidak

dibubuhi paraf atau tanda tangan.

Berdasarkan hasil wawancara Ketidaksiplina dokter dalam pengisian juga berpengaruh dalam perlengkapan dokumen rekam medis pasien khususnya untuk RM 12 pada nama dan tanda tangan dokter sering tidak terisi. Untuk perawat bangsal ketidaksiplina sering tidak mengisi formulir asuhan keperawatan pada RM 13.

Berdasarkan hasil wawancara petugas *assembling* setelah melakukan perakitan dokumen rekam medis petugas melakukan perlengkapan dokumen yang belum lengkap setelah itu dokumen yang belum lengkap langsung di kembalikan ke bangsal tanpa menggunakan buku ekspedisi dan kartu kendali.

PEMBAHASAN

1. Pengembalian Dokumen Rekam Medis Yang Kurang Lengkap di Bagian *Assembling*

Pelaksanaan pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap yang kurang lengkap di RSUD dr. Soeratno Gemolong petugas *assembling* mengembalikan dokumen rekam medis pasien yang belum lengkap ke bangsal dalam batas waktu perlengkapan 2x24 jam setelah pasien pulang, tetapi petugas dalam pengembaliannya melebihi batas waktu yang telah ditentukan serta tidak adanya buku ekspedisi dalam pengembalian dokumen rekam medis jika ada dokumen rekam medis yang hilang akan sulit untuk mencarinya. Setelah dokumen lengkap petugas bangsal menyerahkan kembali dokumen rekam medis yang telah selesai perawatan ke bagian *assembling*. Petugas *assembling* yang menerima dokumen rekam medis selanjutnya memeriksa kembali dokumen rekam medis, tetapi banyak dokumen rekam medis yang masih belum lengkap. Petugas *assembling* mengembalikan dokumen rekam medis yang belum lengkap ke bangsal untuk dilengkapi dalam batas waktu perlengkapan 14 hari setelah pasien pulang, setelah sampai di bangsal dokumen yang kurang lengkap tersebut tidak langsung di lengkapi oleh petugas sehingga banyak penumpukan dokumen rekam medis pasien di bangsal serta banyak masalah dalam pelayanan pasien dan juga dalam pengklaiman BPJS pasien menjadi terganggu. Hal

tersebut tidak sesuai dengan SOP di RSUD dr. Soerato Gemolong No. Dokumen 05.A.01.19 tentang pengembalian dokumen rekam medis kurang lengkap.

Berdasarkan SOP No. Dokumen 05.A.01.19 di RSUD dr. Soerato Gemolong No.05.A.01.19 bahwa :

a. Dokumen rekam medis yang dikembalikan ke urusan rekam medis disusun dan analisis secara kuantitatif maupun kuantitatif.

b. Setiap dokumen rekam medis pasien rawat inap yang sudah lengkap diserahkan ke bagian pengkodean. Sedangkan dokumen rekam medis yang belum lengkap, dicatat macam ketidakeengkapan dan dikembalikan ke ruang yang merawat pasien untuk dilengkapi paling lambat 2x24 jam.

Seharusnya dokter dan perawat segera melengkapi dokumen rekam medis pasien agar tidak terjadi ketidakeengkapan dokumen sehingga tidak ada pengembalian dokumen rekam medis yang kurang lengkap ke bangsal dan dalam pengembalian dokumen rekam medis menggunakan buku ekspedisi agar jelas siapa yang menerima dokumen tersebut dan mempermudah dalam pencarian dokumen jika ada yang hilang. Serta sebaiknya petugas bangsal segera melengkapi dokumen rekam medis yang kurang lengkap agar tidak terjadi penumpukan dokumen rekam medis pasien di bangsal.

2. Perakitan Kembali Formulir Rekam Medis oleh Bagian Assembling

Perakitan kembali formulir rekam medis pasien rawat inap yang telah selesai perawatan diurutkan sesuai nomor formulir rekam medis dari RM

1 s.d RM 30 dan sudah sesuai dengan SOP No. Dokumen 05.A.01.13 tentang perakitan dokumen rekam medis. Tetapi di dalam SOP belum ada yang mengatur tentang penyusunan formulir rekam medis yang sesuai dari RM 1 s.d RM 30 karena dalam perakitan masih terdapat masalah antara formulir 1 dengan formulir yang lain dalam tata urutannya masih kebalik jadi tidak ada kesragaman dalam dokumen rekam medis pasien.

Sebaiknya perlu pembaharuan SOP No. Dokumen 05.A.01.13 tentang perakitan dokumen rekam medis dan isinya ditambah dengan penyusunan formulir dari RM 1 s.d RM 30. Sehingga nantinya petugas lebih mudah dalam merakit dokumen rekam medis pasien dan dalam masalah kebalik dalam tata urutan formulir rekam medis pasien sudah tidak ada lagi.

Hal ini telah sesuai dengan Depkes RI (2006) bahwa formulir rekam medis untuk pasien rawat inap minimal terdiri dari identitas pasien, resume medis, riwayat penyakit dan pemeriksaan jasmani, laporan kematian (jika pasien meninggal), surat keterangan lahir (surat identitas bayi jika pasien bayi lahir di rumah sakit), pengantar masuk rawat inap, surat persetujuan rawat inap, surat perpindahan pasien dari ruang perawatan, informed consent, catatan dan intruksi dokter, rekaman asuhan keperawatan, catatan klinis, formulir obstetri dan ginekologi (untuk pasien obsgin), formulir laporan operasi (jika pasien operasi), formulir hasil penunjang medis dan *Copy resep*.

3. Pelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap oleh Bagian Assembling

Pembetulan penulisan yang dilakukan petugas di RSUD dr. Soerato Gemolong masih terdapat kesalahan yaitu dalam memperbaikinya, ini bisa dilihat dari adanya pembetulan penulisan yang masih menggunakan tipex, kesalahan penulisan yang dicoret lebih dari satu kali serta tidak adanya paraf di pembetulan tersebut. Hal ini tidak sesuai dengan SOP No. Dokumen 05.A.01.12 tentang kelengkapan pengisian dokumen rekam medis point 6 yang menyatakan bahwa kesalahan penulisan dapat diperbaiki saat itu juga dengan mencoret yang salah dan dibubuhi paraf, sedangkan penghapusan dengan cara apapun/tipex tidak diperbolehkan.

Berdasarkan hasil wawancara ketidakdisiplinan yang dilakukan dokter dalam pengisian data pada formulir RM12 terutama nama dan tanda tangan dokter tidak diisi, jika diminta untuk segera melengkapi dokter tersebut terlalu sibuk, susah untuk dihubungi dan kadang tidak praktek pada hari itu. Untuk pelengkapan pengisian dokumen rekam medis menunggu dokter berada di rumah sakit.

Menurut UU Praktik Kedokteran No.29 Pasal 46 ayat (1) menyatakan bahwa setiap dokter dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Tanggung jawab utama atas kelengkapan dokumen rekam medis terletak pada dokter yang merawat pasien. Dokter yang merawat bertanggung jawab terhadap kelengkapan dan kebenaran isi rekam medis.

Perawat dalam melakukan tugasnya lebih bertanggung jawab dalam pengisian dokumen rekam medis terutama dalam pengisian identitas pasien (Nama, Nomor RM, Umur) karena setiap tindakan yang dilakukan perawat harus dicatat dalam dokumen rekam medis hal tersebut dapat mempengaruhi kelengkapan pengisian dokumen rekam medis terutama dalam pengisian identitas pasien. Untuk petugas *assembling* sebaiknya menggunakan buku ekspedisi dalam serah terima.

Dokumen rekam medis serta kartu kendali dalam perlengkapan dokumen rekam medis yang belum lengkap. Serta dalam perlengkapannya di kasih kertas kecil di depan folder dokumen rekam medis pasien agar mempermudah dalam dokter dan perawat mengetahui formulir rekam medis yang belum lengkap di karenakan dokter dan perawat belum mengisi formulir tersebut.

Menurut Sudra (2013), jika dokumen rekam medis tidak lengkap maka petugas :

a. Menempelkan kertas kecil pada halaman depan folder dokumen rekam medis.

b. Dengan menggunakan buku ekspedisi, menyerahkan dokumen rekam medis tidak lengkap kepada unit pencatat untuk diteruskan kepada petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi data rekam medis yang bersangkutan untuk dilengkapi.

c. Penyimpanan kartu kendali berdasarkan tanggal penyerahan dokumen rekam medis tidak lengkap tersebut.

Dari sumber diatas, diperlukan buku ekspedisi dan kartu kendali dalam perlengkapan dokumen rekam medis agar mempermudah dokter dan perawat dalam perlengkapannya serta jika adanya dokumen hilang mudah dalam mencarinya

SIMPULAN

1. Pengembalian dokumen rekam medis pasien rawat inap yang kurang lengkap petugas *assembling* mengembalikan dokumen rekam medis pasien yang dikategorikan belum lengkap ke bangsal dalam batas waktu perlengkapan 2x24 jam setelah pasien pulang, tetapi petugas dalam pengembaliannya melebihi batas waktu yang telah ditentukan serta tidak adanya buku ekspedisi dalam pengembalian dokumen rekam medis jika ada dokumen rekam medis yang hilang akan sulit untuk mencarinya. Setelah dokumen lengkap petugas bangsal menyerahkan kembali dokumen rekam medis yang telah selesai perawatan ke bagian *assembling*. Petugas *assembling* yang menerima dokumen rekam medis selanjutnya memeriksa kembali dokumen rekam medis, tetapi banyak dokumen rekam medis yang masih belum lengkap.

2. Perakitan kembali dokumen rekam medis yang telah selesai perawatan di bagian *assembling* diurutkan menurut nomor formulir rekam medis dari RM 1 s.d RM 30 agar riwayat penyakit pasien dapat berkesinambungan antara formulir yang satu dengan formulir yang lain.

3. Pembetulan penulisan yang dilakukan petugas di RSUD dr. Soeratno Gemolong masih terdapat kesalahan dalam memperbaikinya, ini bisa dilihat dari adanya pembetulan penulisan yang masih menggunakan tipex, kesalahan penulisan yang dicoret lebih dari satu kali serta tidak adanya paraf di pembetulan.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan R.I. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik.

Nomor: 269/MENKES/PER/III/2008.

Rekam Medis. Jakarta: Departemen Kesehatan

Hatta. 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Revisi I. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).

Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Rustiyanto, E. 2009. *Etika Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sudra. 2013. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: Uni- versitas Terbuka

Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.

Wardani. 2015. *Pengelolaan Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Bagian Assembling*.

WHO. *Medical Record Manual – a Guide For Developing Countries, Revised and Update*. Dalam Sudra, R.I. *Rekam Medis*. 2013. Banten: Universitas Terbuka.