

## Kelengkapan dan Pendokumentasian Rekam Medis Pasien Ketuban Pecah Dini (KPD)

Rika Yuanita Pratama<sup>1</sup>, Sohibun<sup>2</sup>, Wagiran<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup> Prodi Kesehatan Masyarakat, STIKes Kapuas Raya, Sintang

<sup>3</sup> Prodi Perekam dan Informasi Kesehatan, STIKes Kapuas Raya, Sintang

### ABSTRACT

**Background of Study:** *Medical records are documents that contain records of patient identity, examination, treatment, actions and services to patients in health care facilities. Data from 2018 medical records of Ade Muhammad Djoen Sintang Hospital showed 152 cases of premature rupture of membranes. The incompleteness of filling out medical record documents has an impact on the quality of medical record services and hampers the insurance claim process. The purpose of this study was to analyze the completeness and documentation of medical record documents for patients with premature rupture of membranes at Ade Muhammad Djoen Sintang Hospital in 2019.*

**Methods:** *The type of research used is quantitative research with a descriptive approach, the population amounted to 170 medical record documents of patients with premature rupture of membranes, and a sample of 62 documents. data analysis is descriptive.*

**Results:** *The results showed that the most incompleteness was in the review of important reports on the operation report form sheet of 20 documents (32.26%) and the review of correct documentation of the most incompleteness on the entry and exit summary form, namely 57 medical record documents (91.94%) on the item of giving a fixed line in an empty area.*

**Conclusion:** *Based on the results of the study, there are still incompleteness in the identification review of the initial obstetric and gynecological assessment form of the date of birth item, review of the important report of the operation report form of the operating room item, review of the authentication of the operation report form of the operation date item and review of the correct documentation of the fixed line item in the empty area.*

**Keywords:** *Completeness, Documentation, Medical Record Documents*

---

**Korespondensi:** Rika Yuanita Pratama, STIKes Kapuas Raya, Jl. DR. Wahidin Sudirohusodo No.80, Baning Kota, Kec. Sintang, Kalimantan Barat, [rikapratama2@gmail.com](mailto:rikapratama2@gmail.com)

### PENDAHULUAN

Menurut Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Untuk menunjang upaya pelayanan paripurna, diantaranya rumah sakit harus menyelenggarakan pelayanan rekam medis. (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, 2009)

Menurut Ismainar (2015), rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesa, diagnosis, pengobatan, tindakan, dan pelayanan penunjang yang diberikan kepada pasien selama mendapat pelayanan di unit rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, serta catatan yang juga harus dijaga kerahasiaannya dan merupakan sumber informasi tentang pasien yang datang berobat ke rumah sakit. Pengolahan rekam medis dilakukan oleh instalasi rekam medis, pengolahan tersebut meliputi penyusunan, analisis, pengodean, indeks, dan pelaporan. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap

dan jelas. Rekam medis yang bermutu salah satunya dapat dilihat dari kelengkapan isi rekam medis. Kelengkapan tersebut ditambahkan dengan autentikasi dari rekam medis seperti nama dokter yang merawat, tanda tangan dan tanggal pembuatan. (Ismaniar, 2015)

*Resume* (ringkasan riwayat pulang) adalah ringkasan seluruh masa perawatan dan pengobatan yang dilakukan para tenaga kesehatan kepada pasien, yang memuat informasi tentang jenis perawatan terhadap pasien, reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi pada saat pulang dan tindak lanjut pengobatan setelah pasien pulang (Hatta, 2013). Berdasarkan Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008, ringkasan pulang (*resume*) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pada pasien. Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat: identitas pasien; diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat; ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosa akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan (Hatta, 2013).

Resume medis berguna untuk menjaga kelangsungan perawatan di kemudian hari dengan memberikan tembusannya kepada dokter utama pasien, dokter yang merujuk dan konsultan yang membutuhkan, memberikan informasi untuk menunjang kegiatan komite telaahan staf medis, memberikan informasi kepada pihak ketiga yang berwenang, memberikan informasi kepada pihak pengirim pasien ke rumah sakit.

Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 4 menyebutkan bahwa ringkasan pulang harus dibuat oleh dokter dan dokter gigi yang melakukan perawatan pasien. Isi ringkasan pulang atau resume medis sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil pemeriksaan fisik penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan. Analisis kelengkapan terdiri dari 4 aspek yaitu kelengkapan aspek identifikasi, aspek laporan penting, aspek pendokumentasian yang benar dan aspek autentifikasi (Kemenkes RI, 2008).

Kegiatan analisis kuantitatif dimaksudkan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis kesehatan rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh sarana pelayanan kesehatan (Hatta, 2013). Menurut Huffman (1994) komponen analisis kuantitatif yaitu: review identifikasi setiap lembar rekam medis harus ada identitas pasien (No.RM, Nama, jenis kelamin, tempat lahir, umur, alamat) bila ada rekam medis yang tanpa identitas harus di review untuk menentukan milik rekam medis tersebut. Ketidaklengkapan review laporan penting berakibat tidak dapat digunakannya rekam medis sebagai alat pengobatan pasien yang baik dan sebagai dasar biaya pelayanan. Review autentifikasi memeriksa kelengkapan rekam medis jika terdapat, nama dokter atau stempel, tanda tangan dokter, nama perawat, tanda tangan perawat, gelar profesional (Huffman, 1994). Menurut Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 5 ayat 5 kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan dan dibubuhi paraf dokter, atau tenaga kesehatan lainnya (Kemenkes RI, 2008).

Kelengkapan rekam medis salah satunya merupakan tanggung jawab dokter seperti yang diatur dalam Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dikatakan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis (Presiden RI, 2004). Kelengkapan resume medis memiliki nilai guna bagi rumah sakit, karena merupakan informasi medis yang harus dijaga kerahasiaannya dan salah satu formulir yang diabadikan. Ketidaklengkapan resume medis menjadi salah satu masalah karena resume medis dapat memberikan informasi terperinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien dirawat dirumah sakit sehingga berdampak pada mutu rekam medis serta layanan yang diberikan oleh rumah sakit (Sjamsuhidajat & Sabir Alwy, 2006).

Ketidaklengkapan dalam pengisian resume medis dapat mengakibatkan dampak besar karena hasil pengolahan data resume medis menjadi dasar pembuatan laporan intern dan ekstern rumah sakit, pengambilan keputusan oleh pimpinan khususnya evaluasi mutu pelayanan yang telah diberikan kepada pasien dengan harapan hasil evaluasinya akan menjadi lebih baik dalam membuat rencana pengobatan selanjutnya bagi pasien, serta untuk menunjang tertib administrasi karena dapat mengakibatkan terhambatnya proses pengajuan klaim ke asuransi. Ketidaklengkapan pengisian rekam medis sangat berpengaruh pada mutu rekam medis, karena mutu rekam medis merupakan cermin baik tidaknya mutu pelayanan pada rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Ketidaklengkapan dokumen rekam medis Ketuban Pecah Dini (KPD) dapat menyebabkan terjadinya informasi yang tidak akurat dan tidak mencerminkan mutu pelayanan yang baik karena rekam medis dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi kepada pasien selama berada di rumah sakit, hal ini pun berdampak pada mutu rekam medis serta terhadap pelayanan yang diberikan terhadap rumah sakit. Dokumen rekam medis pada pasien dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) harus lengkap karena akan memudahkan dokter dan bidan dalam memberikan tindakan atau terapi kepada pasien. Selain itu, dokumen rekam medis juga sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan (Hatta, 2013).

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan (Prawiroharjo, 2014). Insidensi ketuban pecah dini berkisar antara 5-10% dari semua kelahiran. Ketuban pecah dini preterm terjadi 1% dan 70% kasus ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm (Rohmawati & Wijayanti, 2018). Pada 30% kasus ketuban pecah dini merupakan penyebab kelahiran prematur (WHO, 2014). Insidensi ketuban pecah dini di Indonesia berkisar 4,5-6% dari seluruh kehamilan (Rohmawati & Wijayanti, 2018). Kasus Ketuban Pecah Dini (KPD) ini penting untuk dibahas karena selalu mengalami peningkatan di setiap tahun. Ketuban Pecah Dini (KPD) merupakan masalah penting dalam obstetri berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi karioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu (Sarwono, 2010).

Menurut Human Development Report (2010), angka kejadian KPD di dunia mencapai 12,3% dari total angka persalinan, semuanya tersebar di negara berkembang di Asia Tenggara seperti Indonesia, Malaysia, Thailand, Myanmar, dan Laos. Menurut World Health Organization (WHO) angka kejadian KPD di dunia pada tahun 2013 sebanyak 50-60% (WHO, 2014).

KPD di Indonesia berkisar 4,4 –7,6% dari seluruh kehamilan. Angka kejadian KPD berkisar antara 3-18% yang terjadi pada kehamilan preterm, sedangkan pada kehamilan aterm sekitar 8-10% (*Human Development Report*, 2010). Kejadian KPD di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 35% (UNDP (*United Nations Development Programme*), 2014)

Data di Kabupaten Sintang jumlah kematian ibu bersalin hanya didapat dari institusi kesehatan. Data 2018-2019 yang didapat di rekam medik RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang, kasus ketuban pecah dini tahun 2018 sebanyak 152 kasus. Pada tahun 2019 kasus ketuban pecah dini sebanyak 170 kasus (Data Rekam Medis RSUD Ade Mohammad Djoen, 2020).

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisa kelengkapan dan pendokumentasian rekam medis pasien ketuban pecah dini (KPD) di RSUD Ade Muhammad Djoen Kabupaten Sintang.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian kuantitatif dilakukan untuk memberikan gambaran presentasi hasil analisis kuantitatif dari dokumen rekam medis kasus ketuban pecah dini. Analisis kelengkapan dokumen rekam medis yang digunakan adalah retrospektif.

Lokasi penelitian adalah di Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang. Penelitian ini dilakukan selama 6 bulan, dimulai dari bulan November 2020 sampai dengan bulan Mei 2021. Populasi dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini di RSUD Ade Muhammad Djoen tahun 2019 berjumlah 170 dokumen rekam medis. Sampel yang diambil sebanyak 62 dokumen rekam medis dihitung dengan menggunakan rumus slovin. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Dokumen rekam medis yang digunakan adalah dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini di ruang maternitas tahun 2019, adapun instrumen yang digunakan yaitu berupa *checklist* observasi, pedoman wawancara dan *checklist* dokumentasi. Penelitian ini juga meneliti terkait Delinquent Medical Record (DMR) atau disebut dokumen yang membandel yaitu Rekam medis yang masih tetap belum lengkap setelah melewati masa perengkapan dari batas waktu yang telah ditentukan yaitu 4 X 24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tak lengkap, bila DMR lebih dari 50%, maka ini merupakan masalah yang serius dan tergolong tinggi.

## HASIL PENELITIAN

**Tabel 1. Kelengkapan Pengisian Formulir Rekam Medis Pasien Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Review Identifikasi Pasien**

Jenis Formulir	Lengkap		Tidak Lengkap	
	F	%	F	%
Pengkajian Awal Kebidanan dan Kandungan	50	80,64	12	19,36
Persetujuan Tindakan Kedokteran	62	100	0	0
Pengkajian Awal Medis Rawat Inap	62	100	0	0
Laporan Operasi	62	100	0	0
Catatan Perkembangan Pasien	62	100	0	0
Ringkasan Pasien Pulang	62	100	0	0
Ringkasan Masuk dan Keluar	59	95,16	3	4,84

Kelengkapan identifikasi dinilai dari tiga item yaitu kelengkapan nomor rekam medis, nama pasien dan tanggal lahir. Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa kelengkapan identifikasi pasien terbanyak pada lembar formulir persetujuan tindakan kedokteran, pengkajian awal medis rawat inap, laporan operasi, catatan perkembangan pasien dan ringkasan pasien pulang yaitu sebanyak 62 dokumen rekam medis (100%), sedangkan ketidaklengkapan identifikasi pasien terbanyak pada lembar formulir pengkajian awal kebidanan dan kandungan yaitu sebanyak 12 dokumen rekam medis (19,36%) terdapat pada item tanggal lahir.

**Tabel 2. Kelengkapan Pengisian Formulir Rekam Medis Pasien Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Review Laporan Penting**

Jenis Formulir	Lengkap		Tidak Lengkap	
	F	%	F	%
Pengkajian Awal Kebidanan dan Kandungan	46	74,19	16	25,81
Persetujuan Tindakan Kedokteran	45	72,58	17	27,42
Pengkajian Awal Medis Rawat Inap	48	77,42	14	22,58

Jenis Formulir	Lengkap		Tidak Lengkap	
	F	%	F	%
Laporan Operasi	42	67,74	20	32,26
Catatan Perkembangan Pasien	45	72,58	17	27,42
Ringkasan Pasien Pulang	47	75,81	15	24,19
Ringkasan Masuk dan Keluar	44	70,97	18	29,03

Hasil analisis kuantitatif kelengkapan laporan penting pada dokumern rekam medis pasien ketuban pecah dini berjumlah 62 dokumen yaitu presentase terisi/tidak terisinya informasi diagnosis, hasil anamnesa/pemeriksaan, jenis tindakan, pemeriksaan penunjang dan laporan operasi (bila ada). Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa persentase kelengkapan review laporan penting terbanyak pada lembar formulir pengkajian awal medis rawat inap yaitu sebanyak 48 dokumen rekam medis (77,42%), sedangkan ketidaklengkapan laporan penting terbanyak pada lembar formulir laporan operasi yaitu sebanyak 20 dokumen rekam medis (32,26%) pada item kamar operasi.

**Tabel 3. Kelengkapan Pengisian Formulir Rekam Medis Pasien Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Review Autentifikasi**

Jenis Formulir	Lengkap		Tidak Lengkap	
	F	%	F	%
Pengkajian Awal Kebidanan dan Kandungan	62	100	0	0
Persetujuan Tindakan Kedokteran	56	90,32	6	9,68
Pengkajian Awal Medis Rawat Inap	53	85,48	9	14,52
Laporan Operasi	47	75,80	15	24,20
Catatan Perkembangan Pasien	62	100	0	0
Ringkasan Pasien Pulang	62	100	0	0
Ringkasan Masuk dan Keluar	62	100	0	0

Hasil analisis kuantitatif kelengkapan autentifikasi dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini review kelengkapan berdasarkan nama dokter atau bidan. Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa kelengkapan autentifikasi terbanyak pada lembar formulir pengkajian awal kebidanan dan kandungan, catatan perkembangan pasien, ringkasan pasien pulang, dan ringkasan masuk dan keluar yaitu sebanyak 62 dokumen rekam medis (100%), sedangkan ketidaklengkapan autentifikasi terbanyak pada lembar formulir laporan operasi yaitu sebanyak 15 dokumen rekam medis (24,20%) pada item tanggal operasi

**Tabel 4. Kelengkapan Pengisian Formulir Rekam Medis Pasien Ketuban Pecah Dini Berdasarkan Review Pendokumentasian yang Benar**

Jenis Formulir	Benar		Tidak Benar	
	F	%	F	%
Pengkajian Awal Kebidanan dan Kandungan	22	35,48	40	64,52
Persetujuan Tindakan Kedokteran	24	38,70	38	61,30
Pengkajian Awal Medis Rawat Inap	20	32,25	42	67,75
Laporan Operasi	12	19,35	50	80,65
Catatan Perkembangan Pasien	45	72,58	17	27,42
Ringkasan Pasien Pulang	33	53,22	29	46,78
Ringkasan Masuk dan Keluar	5	8,06	57	91,94

Hasil analisis kuantitatif pada review pendokumentasian dokumen rekam medis ketuban pecah dini persentase benar/tidak benar cara pencatatan dalam dokumen rekam medis yang meliputi penulisan jelas terbaca, pembetulan kesalahan dan pemberian garis tetap pada area kosong. Berdasarkan tabel 4 dapat diketahui bahwa kelengkapan review pendokumentasian yang benar terbanyak pada lembar formulir catatan perkembangan pasien yaitu sebanyak 45 dokumen rekam medis (72,58%), sedangkan ketidaklengkapan review pendokumentasian yang benar terbanyak pada lembar formulir ringkasan masuk dan keluar yaitu sebanyak 57 dokumen rekam medis (91,94%) pada item pemberian garis tetap pada area kosong.

**Tabel 5. Delinquent Medical Record (DMR)**

Nama Item	Frekuensi
Dokumen rekam medis lengkap	5
Dokumen rekam medis tidak lengkap	57
<b>Jumlah</b>	<b>62</b>

Hasil perhitungan Delinquent Medical Record (DMR) adalah sebagai berikut:

$$DMR = \frac{\text{jumlah DRM yang tidak lengkap}}{\text{jumlah berkas rekam medis yang dilengkapi}} \times 100 \%$$

$$DMR = \frac{57}{62} \times 100 \%$$

$$DMR = 91,93\%$$

Berdasarkan hasil diatas menunjukkan bahwa Delinquent Medical Record (DMR) masih tinggi yaitu sebanyak 57 berkas rekam medis dengan persentase sebesar 91,93%.

## PEMBAHASAN

### Review Identifikasi

Hasil analisis *review* identifikasi pasien ketuban pecah dini menunjukkan ketidaklengkapan terdapat pada item penulisan tanggal lahir, sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bete dan Nurvita (2022) tentang analisis kuantitatif kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi dokumen rekam medis rawat jalan di RSJD Abepura Periode Februari tahun 2022 pada *review* identifikasi pasien persentase kelengkapan paling kecil terdapat pada item tempat tanggal lahir/umur sebesar 98%. (Bete & Nurvita, 2023).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Sukmawati, dkk (2021) dengan judul tinjauan kelengkapan rekam medis rawat inap di RS Aisyiyah Bojonegoro tahun 2021 bahwa pada pengisian *review* identifikasi pasien didapatkan ketidaklengkapan terdapat pada item jenis kelamin. Hal ini disebabkan karena petugas belum tahu arti penting dari kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien. Selain itu, ketidaklengkapan pengisian tempat tanggal lahir/umur disebabkan karena pasien banyak, pendaftaran masih manual, keterbatasan petugas dan kurangnya informasi dari pasien atau keluarga pasien (Sukmawati, dkk., 2023).

Penelitian Oktavia (2023) tentang *quantitative analysis of the completeness of medical records documents for inpatient general surgery patients at X Padang Hospital* menyebutkan bahwa persentase kelengkapan tertinggi dalam pengisian komponen identifikasi adalah item nomor rekam medis sebesar 86,84% dan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada item nama dan tanggal lahir yaitu sebesar 18,42% (Oktavia, 2023). Pada setiap formulir rekam medis, identifikasi pasien dibuat dalam bentuk stiker yang berisi nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis. Namun, tidak semua formulir rekam medis ditempelkan stiker identifikasi

pasien, tetapi ada juga yang tidak dan ditemukan beberapa nama pasien yang tidak ditulis dengan lengkap dan jelas. Berbeda dengan hasil penelitian tentang penghitungan kelengkapan pengisian oleh (Nisa, dkk., 2021) tinjauan identifikasi pada dokumen rekam medis rawat jalan di Puskesmas Gondanglegi, didapatkan hasil persentase ketidaklengkapan yang meliputi pengisian nomor rekam medis hanya sebesar 1% ketidaklengkapan tersebut dikarenakan masih terdapat beberapa kolom nomor rekam medis yang kosong pada dokumen rekam medis karena petugas hanya menuliskan nomor rekam medis pada map dokumen rekam medis. Hal ini terjadi karena petugas lupa akibat terburu-buru karena banyaknya pasien dan tidak menuliskan nomor rekam medis pada dokumen yang baru dan nomor rekam medis pada kolom di dokumen tidak terisi karena pada map sudah terdapat nomor rekam medis pasien. (Nisa', dkk., 2021)

Kelengkapan pengisian komponen identifikasi pasien bertujuan untuk memastikan pemilik dari dokumen rekam medis tersebut. Kelengkapan identifikasi pasien pada dokumen rekam medis merupakan data administratif sebagai informasi demografi harus terisi lengkap karena jika tidak terisi lengkap berakibat tidak dapat menginformasikan identitas pasien sebagai basis data statistik, riset dan sumber perencanaan rumah sakit atau pelayanan kesehatan. Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Pasal 3 ayat 1.

### **Review Laporan Penting**

Hasil analisis *review* laporan penting pasien ketuban pecah dini menunjukkan bahwa ketidaklengkapan terdapat pada item penulisan kamar operasi, kelengkapan penulisan kamar operasi merupakan salah satu item penting yang harus diisi oleh perawat atau bidan. penelitian lain yang dilakukan oleh Bete & Nurvita (2022) tentang analisis kuantitatif kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi dokumen rekam medis rawat jalan di RSJD Abepura Periode Februari tahun 2022 pada *review* laporan penting kelengkapan paling kecil terdapat pada item Diagnosa sebesar 41%. (Bete & Nurvita, 2023)

Penelitian Oktavia (2023) tentang *quantitative analysis of the completeness of medical records documents for inpatient general surgery patients at X Padang Hospital* menyebutkan bahwa persentase kelengkapan komponen laporan penting yang paling rendah didapatkan pada formulir catatan perkembangan pasien yaitu 68,42%. Persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir anastesi sebesar 97,4%. Item laporan catatan perkembangan pasien mendapatkan persentase kelengkapan tertinggi. (Oktavia, 2023).

Laporan penting adalah bukti rekaman pelayanan yang diberikan kepada pasien serta dapat dipertanggungjawabkan secara lengkap. Laporan ini memberikan informasi tentang diagnosa, pemeriksaan, laboratorium, tindakan dan obat yang diberikan kepada pasien. Review laporan penting bertujuan untuk memeriksa kelengkapan laporan-laporan sesuai dengan kebutuhan kasus pasien. Laporan terdiri dari laporan umum dan khusus. Laporan umum seperti lembar riwayat pasien, pemeriksaan fisik, catatan perkembangan, observasi klinik, ringkasan penyakit, sedangkan laporan khusus seperti laporan persalinan, anastesi dan hasil-hasil pemeriksaan lab, serta pengkajian asuhan kebidanan dan kandungan.

Ketidaklengkapan laporan penting disebabkan oleh pasien yang ramai dan dengan waktu yang singkat serta kurangnya disiplin dalam pengisian formulir rekam medis pasien ketuban pecah dini.

### **Review Autentifikasi**

Hasil analisis review autentifikasi diketahui bahwa ketidaklengkapan autentifikasi terbanyak pada lembar formulir laporan operasi yaitu pada item tanggal operasi. Penelitian lain yang dilakukan oleh Bete & Nurvita (2022) tentang analisis kuantitatif kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi dokumen rekam medis rawat jalan di RSJD Abepura periode Februari tahun 2022 pada *review* autentifikasi ketidaklengkapan terdapat pada item pengisian nama dokter sebesar 2% dan pada tanda tangan dokter sebesar 26% (Bete & Nurvita, 2023).

Hasil penelitian Oktavia (2023) tentang *quantitative analysis of the completeness of medical records documents for inpatient general surgery patients at X Padang Hospital* didapatkan persentase kelengkapan komponen autentifikasi tertinggi diperoleh dari item tanda tangan dokter sebesar 94,7%. Persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada komponen nama perawat sebesar 97,4%. Umumnya perawat tidak menuliskan nama dan gelar. Hal ini dikarenakan kesibukan (Oktavia, 2023).

Autentifikasi adalah nama dan tanda tangan yang dapat diidentifikasi dalam setiap lembar formulir rekam medis. Dalam pengisian rekam medis berlaku prinsip bahwa setiap isian harus jelas penanggung jawabnya. Kejelasan penanggung jawab ini diwujudkan dengan mencantumkan nama lengkap dan tanda tangan. Menurut Peraturan Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/III/2008 tentang rekam medis Pasal 5 ayat (4) "Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

Ketidaklengkapan pengisian autentifikasi terutama pada form laporan operasi item penulisan tanggal operasi di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang disebabkan ramainya kunjungan pasien sehingga untuk mempersingkat waktu dokter atau bidan yang menangani pasien sehingga untuk item tanggal operasi sering terlewatkan atau tidak terisi.

### **Review Pendokumentasian yang Benar**

Hasil analisis review pendokumentasian yang benar diketahui bahwa ketidaklengkapan review pendokumentasian yang benar terbanyak pada lembar formulir ringkasan masuk dan keluar yaitu pada item pemberian garis tetap pada area kosong. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bete & Nurvita (2022) tentang analisis kuantitatif kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi dokumen rekam medis rawat jalan di RSJD Abepura Periode Februari tahun 2022 pada *review* pendokumentasian yang benar kelengkapan paling kecil terdapat pada komponen keterbacaan (23%) dan pembenaran kesalahan (10%) (Bete & Nurvita, 2023).

Hasil penelitian Dewi (2023) tentang *quantitative analysis of the completeness of medical records documents for inpatient general surgery patients at X Padang Hospital* didapatkan pada dokumen cara pencatatan, angka tertinggi terdapat pada item yang disingkat yaitu 73,7%). Persentase ketidaklengkapan tertinggi ditemukan pada item jelas sebesar 84,2%. Bagian kejelasan penulisan yang tidak lengkap ini sering ditemukan pada formulir. Dalam mengoreksi kesalahan, petugas juga menggunakan tip-ex (Bete & Nurvita, 2023). Kesalahan dalam penulisan koreksi dapat membuat data yang tertulis menjadi tidak valid atau benar untuk dijadikan bukti tindakan yang telah dilakukan dokter terhadap pasien. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pada pasal 5 ayat 5, dalam hal terjadi kesalahan pencatatan rekam medis, pembetulan dapat dilakukan dengan mencoret tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan membutuhkan paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan yang bersangkutan. (Menteri Kesehatan RI, 2008)

Pendokumentasian yang benar adalah catatan yang jelas dan terbaca, tidak ada penghapusan pada catatan yang salah, pembetulan kesalahan pada catatan dikoreksi dengan cara bagian yang salah digaris sehingga catatan masih terbaca dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan. Pada komponen pendokumentasian yang benar akan dilakukan pemeriksaan pada pencatatan yang tidak lengkap dan tidak dapat dibaca, sehingga dapat dilengkapi dan diperjelas. Memeriksa baris perbaris bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakang, bila ada yang salah pencatatan, maka bagian yang salah pencatatan maka bagian yang salah di garis dan dicatatkan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah. Menurut Depkes RI (2006), dokter yang merawat dan memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf dan penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan (Depkes RI, 2006).

Pendokumentasian yang tidak benar di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang disebabkan adanya bagian yang kosong dikarenakan kurangnya ketelitian dan keterbatasan waktu dokter maupun bidan dalam pengisian dokumen rekam medis. Ketidakbenaran dalam pendokumentasian ini disebabkan karena hanya mengisi secepatnya saja tanpa meninjau isian yang akan ditulis. Sisa area kosong yang tidak diisi ini dapat menyebabkan penambahan isi atau tulisan yang tidak semestinya dapat dilakukan oleh pihak yang tidak bertanggung jawab (Sudra, 2013).

### ***Delinquent Medical Record***

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai delinquent medical record masih sangat tinggi. Berdasarkan hasil checklist dokumentasi ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang tahun 2020 dari jumlah sampel sebanyak 62 dokumen rekam medis terdapat 57 dokumen rekam medis yang belum lengkap pengisiannya setelah batas waktu dengan persentase 91,93%. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Made, dkk menunjukkan bahwa kelengkapan rekam medis pasien rawat inap secara keseluruhan yang dilihat dari kelengkapan identifikasi, pencatatan, pelaporan dan autentifikasi sebagian besar rekam medis pasien rawat inap di Rumah sakit Dharma Kerti Tabanan tergolong tidak lengkap yakni sebanyak 199 (85.78%) rekam medis dan hanya 33 (14.22%) rekam medis yang tergolong lengkap. (Saputra & Aris, 2022).

Delinquent Medical Record (DMR) atau disebut dokumen yang membandel yaitu Rekam medis yang masih tetap belum lengkap setelah melewati masa perlengkapan dari batas waktu yang telah ditentukan yaitu 4 X 24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tak lengkap. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis merupakan suatu penilaian tentang keefektifan suatu rumah sakit. Kelengkapan pencatatan berkas rekam tersebut tidak terlepas dari dukungan pihak manajemen agar tercipta rekam medis yang lengkap sesuai dengan Permenkes RI No : 269/Per/Menkes/III/2008.

Rekam medis yang lengkap menggambarkan mutu rekam medis yang dijalankan oleh sebuah rumah sakit. Jika rekam medis tidak lengkap, maka dapat mempengaruhi dokter atau perawat dalam memberikan rencana pengobatan karena kurang lengkapnya informasi yang diperlukan. Kemungkinan yang lain apabila rekam medis tidak lengkap adalah kesulitan dalam melakukan evaluasi terhadap pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dan pada akhirnya tidak bisa dijadikan bukti di pengadilan. Hal ini karena rekam medis juga bermanfaat untuk pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik yakni rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik. Apabila terjadi tuntutan malpraktik dari pasien akibat kesalahan dalam diagnosa atau pun kesalahan dalam pemberian pelayanan kesehatan, rekam medis yang lengkap dapat membantu dokter ataupun tenaga kesehatan lainnya sebagai bukti pelayanan yang telah diberikan. Hal

ini membuat tenaga kesehatan akan memiliki semacam bukti yang kuat bahwa telah memberikan pelayanan dengan prosedur yang baik dan benar sesuai standar rumah sakit khususnya di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang.

## SIMPULAN

Hasil analisis kuantitatif kelengkapan dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang tahun 2019, pada *review* identifikasi kelengkapan terbanyak pada lembar formulir persetujuan tindakan kedokteran, pengkajian awal medis rawat inap, laporan operasi, catatan perkembangan pasien dan ringkasan pasien pulang yaitu, sedangkan ketidaklengkapan identifikasi pasien terbanyak pada lembar formulir pengkajian awal kebidanan dan kandungan yaitu terdapat pada item tanggal lahir. *Review* laporan penting, kelengkapan terbanyak pada lembar formulir pengkajian awal medis rawat inap dan ketidaklengkapan laporan penting terbanyak pada lembar formulir laporan operasi yaitu pada item kamar operasi. *Review* autentifikasi, kelengkapan terbanyak pada lembar formulir pengkajian awal kebidanan dan kandungan, catatan perkembangan pasien, ringkasan pasien pulang, dan ringkasan masuk dan keluar, sedangkan ketidaklengkapan autentifikasi terbanyak pada lembar formulir laporan operasi yaitu pada item tanggal operasi. *Review* pendokumentasian yang benar terbanyak pada lembar formulir catatan perkembangan pasien dan ketidaklengkapan terbanyak pada lembar formulir ringkasan masuk dan keluar yaitu pada item pemberian garis tetap pada area kosong.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bete, M. A., & Nurvita, S. (2023). Analisis Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Abepura Periode Februari Tahun 2022. *Jurnal Rekam Medis & Manajemen Infomasi Kesehatan*, 3(1), 46–59. <https://doi.org/10.53416/jurmik.v3i1.152>
- Data Rekam Medis RSUD Ade Mohammad Djoen*. (2020).
- Depkes RI. (2006). *Pedoman Pengelolaan Dokumen Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Direktorat Jenderal Pelayanan Rekam Medis.
- Hatta, G. R. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. UI Press.
- Huffman, E. K. (1994). *Health Information Management*. Physicians' record company.
- Ismaniar, H. (2015). *Manajemen Unit Kerja: Untuk Perkam Medis dan Informatika Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat Keperawatan dan Kebidanan*. Deepublish.
- Kemendes RI. (2008). *Permenkes RI No 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. <https://www.pormiki-dki.org/2016-04-20-03-11-28/pp-pmk-uu/26-permenkes-269-tahun-2008-rekam-medis>
- Menteri Kesehatan RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 269/MENKES/PER/III/2008*.
- Nisa', S. R. K., Wulandari, I., & Pramono, A. (2021). Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Gondanglegi. 5(2).
- Oktavia, D. (2023). Quantitative analysis of the completeness of medical records documents for inpatient general surgery patients at X Padang Hospital. *Science Midwifery*, 11(4), Article 4. <https://doi.org/10.35335/midwifery.v11i4.1371>
- Presiden RI. (2004). *Undang Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran*. <https://jdih.go.id/files/4/2004uu029.pdf>
- Rohmawati, N., & Wijayanti, Y. (2018). Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 2(1), 23–32.
- Saputra, M. G., & Aris, A. (2022). Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Dokumen Rekam Medis Klinik SM. *Journal of Healthcare*, 3(2). <https://jurnal.umla.ac.id/index.php/JOHC/article/viewFile/578/366>
- Sarwono. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka.

- Sjamsuhidajat & Sabir Alwy. (2006). *Manual Rekam Medis*. Konsil Kedokteran Indonesia.
- Sudra. (2013). *Materi Pokok Rekam Medis*. Universitas Indonesia.
- Sukmawati, W. M., Dewi, D. R., Fannya, P., & Putra, D. H. (2023). Tinjauan Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Aisyiyah Bojonegoro Tahun 2021. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 2(10), 4065–4070. <https://doi.org/10.53625/jirk.v2i10.5251>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. (2009). <https://peraturan.bpk.go.id/Download/28118/UU%20Nomor%2044%20Tahun%202009.pdf>
- UNDP (United Nations Development Programme). (2014). Human Development Report 2014. *UNDP (United Nations Development Programme)*.
- WHO. (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226\\_eng.pdf?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf?sequence=2)