

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISA KELENGKAPAN PENGISIAN RINGKASAN PULANG PASIEN
RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT DIK PUSDIKES JAKARTA TIMUR**

Telah disetujui untuk diujikan dalam menyelesaikan studi pada
Program D-III Akademi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan

BHUMI HUSADA JAKARTA

Pembimbing Akademik

Pembimbing

Pembimbing Lapangan

Indah Kristina., Amd Perkes., SKM., MM. Kes

NIDN : 329125503

Basir S.Ag.

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim
penguji Program D-III Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

Penguji I

Ima Rusdiana, Amd. PK, SKM

NIDN :

Penguji II

Meliana, SE.MM

NIDN :

Penguji III

Indah Kristina., Amd Perkes., SKM., MM. Kes

NIDN : 329125503

Direktur Akademi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan

BHUMI HUSADA JAKARTA

drg. Tite Kabul, M.Sc., PH

NIDN : 0325044801

ABSTRAK

KAFILLA, *“Analisa Kelengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes Jakarta Timur Tahun 2020,”*

Berdasarkan hasil observasi awal di Rumah Sakit Dik Pusdikkes Jakarta Selatan pada bulan Januari 2020 dari 30 ringkasan pulang yang diamati terdapat 25 ringkasan pulang yang tidak lengkap atau sama dengan (83%) dan 5 ringkasan pulang yang lengkap atau sama dengan (17%). Tujuan penelitian ini adalah mengetahui kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes Jakarta Timur. Tujuan khusus yaitu (1) Mengidentifikasi Standar Prosedur Operasional (SPO) pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes (2) Menghitung kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes (3) Mengetahui penyebab ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif, dengan populasinya adalah ringkasan pulang pasien rawat inap dari bulan April sampai dengan bulan Juni 2020 sebanyak 609 ringkasan pulang dan sampel yang didapat sebanyak 241 ringkasan pulang. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Dik Pusdikkes penulis dapat menarik kesimpulan bahwa di Rumah Sakit Dik Pusdikkes memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO). Hasil perhitungan menurut analisa kuantitatif dengan sampel sebanyak 241 ringkasan pulang didapatkan ringkasan pulang yang lengkap sebanyak 14 ringkasan pulang (5,8%) dan ringkasan pulang yang tidak lengkap sebanyak 227 ringkasan pulang (94%). Perlu dilakukan sosialisasi rutin tentang pentingnya pengisian ringkasan pulang.

ABSTRACT

KAFILLA, “Analysis of Completeness of Completion of Discharge Summary of Inpatients at 2020 Dik Pusdikkes East Jakarta”

Based on the results of preliminary observations at the Dik Pusdikkes Hospital, South Jakarta in January 2020, of the 20 observed home summaries there were 17 home summaries that were incomplete or the same as (85%) and 3 summaries that were complete or equal to (1,5%). The purpose of this study was to determine the completeness of filling out the summary of inpatients' discharge at the Dik Pusdikkes Hospital, East Jakarta. The specific objectives are (1) Identifying Standard Operating Procedures (SPO) for filling out the summary of inpatients at the Dik Pusdikkes Hospital (2) Calculating the completeness of filling out the summary of returning home for inpatients at the Pusdikkes Dik Hospital (3) Knowing the cause of the incompleteness of filling out the discharge summary at the Pusdikkes Dik Hospital. The research method used is descriptive method, with the population is a summary of the hospitalized patients from April to June 2020 as many as 609 discharge summaries and samples obtained as many as 241 summaries of discharge. Based on the results of research conducted at the Dik Pusdikkes Hospital, the authors can draw the conclusion that the Dik Pusdikkes Hospital has Standard Operating Procedures (SPO). The results of the calculation according to quantitative analysis with a sample of 241 discharge summaries obtained complete summaries of 14 discharge summaries (5.8%) and incomplete of discharge summaries as many as 227 summaries of return (94%). There needs to be regular outreach on the importance of filling out the safe

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas Rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Analisa Kelengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes Jakarta Timur”.

Penulisan karya tulis ilmiah ini dibuat untuk memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Program D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Akademi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Bhumi Husada Jakarta.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada para pihak yang telah membantu, memberikan dukungan dan memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu drg. Tite Kabul, M.Sc., PH, sebagai Direktur Akademi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Bhumi Husada Jakarta.
2. Ibu Indah Kristina., Amd Perkes., SKM., MM. Kes sebagai Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
3. Bapak Basir S.Ag. Sebagai Pembimbing Lapangan
4. Seluruh staff Rekam Medis di Rumah Sakit Dik Pusdikkes yang telah banyak membantu penulis dalam menyediakan data yang diperlukan untuk penulisan Karya Tulis Ilmiah
5. Kedua Orang Tua, kakak, dan adik-adiku tersayang yang turut mendukung dengan doa dan motivasi kepada penulis

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis bersenang hati akan menerima kritikan yang sifatnya membangun dan mengharapkan saran dan masukan demi perbaikan dikemudian hari. Terima kasih

Jakarta, 03 September 2020

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Penelitian	4
1. Bagi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Institusi Pendidikan.....	5
3. Bagi Penulis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kerangka Teori.....	5
1. Pengertian Rekam Medis.....	5
2. Tujuan Rekam Medis	6
3. Kegunaan Rekam Medis.....	6
4. Isi Rekam Medis.....	8
5. Isi Ringkasan Pulang	8
6. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS Edisi 1)	9
7. Pengertian Ringkasan Pulang.....	11
8. Tujuan Ringkasan Pulang.....	11
9. Kegunaan Ringkasan Pulang.....	11

10.	Analisa Kuantitatif.....	12
11.	Tujuan Analisa Kuantitatif.....	12
12.	Komponen-komponen Analisa Kuantitatif.....	13
13.	Standar Prosedur Operasional.....	14
B.	Kerangka Konsep.....	16
C.	Variabel Penelitian.....	17
D.	Definisi Operasional.....	17
BAB III METODE PENELITIAN		
A.	Ruang Lingkup.....	18
B.	Waktu dan Tempat Penelitian.....	18
C.	Metode Penelitian.....	18
D.	Populasi dan Sampel.....	18
E.	Tehnik Pengumpulan Data.....	20
1.	Observasi.....	20
2.	Wawancara.....	20
F.	Instrumen Pengumpulan Data.....	20
G.	Tehnik Analisa Data.....	20
BAB IV HASIL PENELITIAN		
A.	Gambaran Umum Rumah Sakit DIK Pusdikkes.....	22
1.	Sejarah Rumah Sakit DIK Pusdikkes.....	22
2.	Visi, Misi, Falsafah, Motto dan Tujuan Rumah Sakit DIK Pusdikkes.....	23
3.	Jenis Pelayanan di Rumah Sakit DIK Pusdikkes.....	24
B.	Gambaran Umum Rekam Medis Rumah Sakit DIK Pusdikkes.....	26
D.	Hasil Penelitian.....	28
1.	Mengidentifikasi Standar Prosedur Operasional Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit DIK Pusdikkes.....	28
2.	Menghitung kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes.....	29
3.	Mengetahui penyebab ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes.....	32
BAB V PEMBAHASAN		
A.	Standar Prosedur Operasional Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap	33
B.	Kelengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap.....	33

1. Identifikasi Pasien	33
2. Catatan Penting.....	34
3. Autentifikasi Penulis	34
4. Catatan yang Baik.....	35
C. Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap 35	
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan	37
B. Saran.....	38
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Kualifikasi sumber daya manusia rekam medis.....	27
Tabel 4.2 Jumlah Petugas Rekam Medis RS. Dik Pusdikkes	29
Tabel 4.3 Hasil Analisa Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Ringkasan pulang Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes	31
Tabel 4.4 Hasil Analisa Kuantitatif Identifikasi Pasien Pada Ringkasan Pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes.....	31
Tabel 4.5 Hasil Analisa Kuantitatif Catatan Penting Pada Ringkasan Pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes.....	32
Tabel 4.6 Hasil Analisa Kuantitatif Autentifikasi Penulis Pada Ringkasan Pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes.....	33
Tabel 4.7 Hasil Analisa Kuantitatif Catatan yang Baik Pada Ringkasan Pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes.....	33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Checklist Analisa Kelengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Rumah Sakit Dik Pusdikkes

Lampiran 2 : Hasil Wawancara

Lampiran 3 : Formulir Ringkasan Pulang

Lampiran 4 : Standar Prosedur Operasional Ringkasan Pulang

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Hal ini berarti bila suatu penyakit datang baik penyakit berat atau ringan yang merupakan gangguan terhadap kondisi tubuh yang harus diatasi dengan cara penyembuhan dan perawatan di rumah sakit. Upaya dalam meningkatkan kualitas hidup manusia dalam bidang kesehatan di masa sekarang sangatlah penting. Menciptakan masyarakat yang sehat meliputi fisik maupun non fisik. Untuk itu upaya yang dapat dilakukan antara lain dengan peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif). Pembangunan kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan seharusnya dilaksanakan secara menyeluruh dan berkesinambungan. Upaya ini akan berjalan sukses apabila terdapat kerjasama yang baik antara masyarakat dan pemerintah juga pada pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit ataupun Puskesmas

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan social ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya¹ rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan

¹ UU 44 tahun 2009 BAB 1 Ketentuan Umum Pasal 1 Tentang Rumah Sakit

kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit dan yang menjalankan fungsinya atau menyelenggarakan pelayanan kesehatan; melibatkan berbagai komponen; sarana prasarana, alat kesehatan, obat, tenaga kesehatan, dan lain-lain.

Penyelenggaraan rekam medis di mulai dari kegiatan sejak pasien diterima di rumah sakit dan dilakukan melalui pendokumentasian. Penyelenggaraan rekam medis di mulai dari kegiatan pencatatan semua pelayanan yang diterima dari tenaga medis dan keperawatan, dan diakhiri dengan ringkasan pulang. Dalam pembetulan kesalahan pencatatan rekam medis hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dianggap salah dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Pada saat pasien mendaftar dan berobat ke rumah sakit pertama kali akan mendapatkan nomor rekam medis dan dibuatkan berkas rekam medis

Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. isi rekam medis rawat inap meliputi salah satunya adalah ringkasan pulang pasien rawat inap pasien yang akan didapatkan pada saat satu periode perawatan

Ringkasan pulang adalah ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien dalam satu episode perawatan sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien. Lazimnya informasi yang terdapat di dalamnya adalah mengenai jenis perawatan yang diterima pasien, reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi saat pulang serta tindak lanjut pengobatan setelah pulang perawatan² pada pengisian ringkasan pulang

² Gemala R.Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan* (Jakarta : UI-PRESS, 2014), hal 106

banyak rumah sakit yang belum mengisi dengan lengkap, padahal formulir ringkasan pulang bisa dan akan digunakan untuk pengobatan, perawatan juga instruksi tindak lanjut dikemudian hari pada saat pasien kembali berobat.

Melalui hasil penelitian ini perbedaan yang signifikan dengan judul yang sama pada peneliti lain mengenai kelengkapan pengisian ringkasan pulang dari hasil penelitian di bawah ini ada pada komponen catatan penting dalam komponen analisa kuantitatif yaitu instruksi tindak lanjut. Berdasarkan penelitian Ruth Angelia di Rumah Sakit Setia Mitra Jakarta Selatan dengan judul Tinjauan Kelengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap, hasil dari kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap dengan jumlah populasi 421 ringkasan pulang dan sampel yang di dapat sebanyak 205 ringkasan pulang, hasil perhitungan menurut analisa kuantitatif dengan sampel 205 ringkasan pulang, didapatkan jumlah ringkasan yang pulang sebanyak 3 formulir (1,5%) dan ringkasan pulang yang tidak lengkap sebanyak 202 formulir (98%).

Berdasarkan hasil Observasi awal di rumah sakit Dik Pusdikkes Jakarta Timur yang dilakukan pada tanggal 29 Januari 2020 dari data pasien rawat inap yang pulang pada periode bulan Desember 2019 sebanyak 309 ringkasan pulang dan diambil sampel sebanyak 30 ringkasan pulang, dari 30 Ringkasan pulang pasien rawat inap yang diamati terdapat 25 yang tidak lengkap (83%) dan 5 ringkasan pulang yang lengkap (17%). Dengan ketidaklengkapan pengisian terbanyak pada Hasil konsultasi dan Instruksi anjuran yang berdampak bagi pasien yaitu kurangnya informasi tindak lanjut perawatan pasien dan ringkasan pulang disebut lengkap pada saat komponen yang berdasarkan permenkes 269 pasal 4 ayat 2 terisi.

Dampak dari ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang mempengaruhi mutu pelayanan, proses klaim biaya asuhan pelayanan kesehatan, menimbulkan terhambatnya kegiatan pengkodingan, pelaporan,

tidak bisa memberikan bukti yang akurat pada saat dibutuhkan oleh pihak yang berkepentingan, data tidak bisa digunakan untuk kelangsungan perawatan di kemudian hari dan mempengaruhi informasi yang diberikan untuk pasien.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang diatas, maka timbul pertanyaan penelitian “Bagaimana Kelengkapan Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Dik Pusdikkes?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes periode bulan Desember 2019

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi Standar Prosedur Operasional (SPO) pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes
- b. Menghitung kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes
- c. Mengetahui penyebab ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Jika penulisan ringkasan pulang tidak lengkap maka akan berpengaruh pada mutu pelayanan rumah sakit khususnya unit rekam medis, dan tidak bisa digunakan untuk perawatan dan pengobatan di kemudian hari. Penulis berharap dengan penulisan ini dapat menjadi masukan rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan khususnya pada pelayanan rekam medis terkait kelengkapan pengisian ringkasan pulang

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat melaksanakan Tri Dharma perguruan tinggi yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat juga bisa digunakan sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya dengan memberikan ide baru

3. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan, wawasan dan pengalaman, serta menerapkan ilmu yang diperoleh dalam perkuliahan khususnya tentang analisa kelengkapan rekam medis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kerangka Teori

1. Pengertian Rekam Medis

Menurut para ahli ada beberapa Pengertian Rekam Medis, yaitu:

Menurut Edna K. Huffman, rekam medis yakni sebuah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya³.

Menurut Gemala R. Hatta, rekam medis mengandung arti dari pengguna atau pemakai rekam kesehatan adalah pihak-pihak perorangan yang memasukkan, memverifikasi, mengoreksi, menganalisis atau memperoleh informasi dari rekaman, baik secara langsung ataupun melalui prantara⁴

Menurut Hanafiah dan Amir (2008), rekam medis adalah kumpulan keterangan tentang identitas, hasil anamnesis, pemeriksaan dan catatan segala kegiatan para pelayanan kesehatan atas pasien dari waktu ke waktu. Catatan ini berupa tulisan ataupun gambar, dan belakangan ini dapat pula berupa rekaman elektronik, seperti komputer, mikrofilm, dan rekaman suara.

³ Edna K. Huffman RRA, *Health Information Management* 10 Edition, (Brewyn: Phsyscan Record Company, 1994), hal 28

⁴ Gemala R. Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, (Jakarta : UI-PRESS, 2013), hal 80

Rekam medis adalah segala bentuk catatan/rekaman dalam pelayanan kesehatan yang memenuhi unsur-unsur persyaratan sesuai peraturan perundangan yang berlaku dan berisikan lembar-lembar formulir data dan riwayat perkembangan pasien pada saat berobat di Rumah Sakit yang bersifat rahasia.

2. Tujuan Rekam Medis

Menurut Gemala R. Hatta 1935, ada banyak pendapat tentang tujuan kegunaan rekam kesehatan. Salah satu cara untuk mengingatnya secara mudah digunakan akronim mnemonic 'ALFRED' yang berarti mempunyai nilai untuk kepentingan administrative, hukum (legal), finansial, riset, edukasi, dan dokumentasi.⁵

3. Kegunaan Rekam Medis

Secara umum rekam medis berguna untuk :

a. *Patient Care Management*

- 1) Mencatat keadaan penyakit dan pengobatan pada suatu jangka waktu tertentu
- 2) Komunikasi antar dokter dan pemberi pelayanan kesehatan lain.
- 3) Memberi informasi kepada pemberi pelayanan kesehatan untuk pelayanan kesehatan berikutnya.

b. *Quality Review* : untuk mengevaluasi pelayanan yang tepat dan adequet. Rekam medis yang jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

c. *Financial Reimbursement* : rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam

⁵ Gemala R. Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, (Jakarta : UI-PRESS, 2013), hal 73

pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien

- d. *Legal Affairs* : memberikan data untuk melindungi kepentingan pasien, dokter, dan institusi pelayanan. Rekam medis merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.
- e. *Education* : memberikan studi kasus yang actual untuk pendidik profesi kesehatan. Rekam medis berisi informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kesehatan.
- f. *Research* : untuk memberikan data dalam mengembangkan pengetahuan medis.
- g. *Public Health* : rekam medis dapat digunakan sebagai bahan statistic kesehatan, menentukan jumlah penderita pada penyakit penyakit tertentu, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan dapat menjadikan dasar bagi peningkatan kesehatan nasional/dunia.⁶

⁶ Lily Widjaja, *Manajemen Informasi Kesehatan*, (Jakarta: 2015), hal 31

4. Isi Rekam Medis

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat :

- a. Identitas pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- e. Diagnosis;
- f. Rencana penatalaksanaan;
- g. Pengobatan dan atau tindakan;
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan;
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*);
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan;
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu; dan
- m. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;⁷

5. Isi Ringkasan Pulang

Ringkasan pulang sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan 269 tahun 2008 pasal 4 ayat (2) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien.

Isi ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien;
- b. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
- c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan

⁷ PERMENKES 269 tahun 2008 pasal 3 ayat 2

- d. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan⁸

6. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS Edisi 1)

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS Edisi 1), Standar yang berbicara mengenai ringkasan pulang terdapat pada Standar Manajemen Informasi Rekam Medis 15 (MIRM) dan Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan 4.2.1 (ARK)

- a. Standar Manajemen Informasi Rekam Medis (MIRM) standar 15 Ringkasan Pulang memuat hal :

- 1) Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain;
- 2) Temuan fisik penting dan temuan-temuan lain;
- 3) Tindakan diagnostic dan prosedur terapi yang telah dikerjakan;
- 4) Obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah
- 5) Kondisi pasien (*status present*);
- 6) Ringkasan memuat intruksi tindak lanjut;
- 7) Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga⁹

Elemen penilaian Manajemen Informasi Rekam Medis Standar 15

- 1) Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostic.
- 2) Ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorditas lain.
- 3) Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan.

⁸ *Ibid.*, pasal 4 ayat (1) dan (2)

⁹ Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 MIRM 15, (Jakarta: 2018), Hal 386

- 4) Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit.
- 5) Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (*status present*) saat akan pulang rumah sakit.
- 6) Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut, serta dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien dan keluarga.¹⁰

b. Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)

1) Standar ARK 4.2.1

Rumah sakit menetapkan pemberian ringkasan pasien pulang kepada pihak yang berkepentingan

2) Maksud dan Tujuan ARK 4.2.1

Ringkasan pasien pulang dibuat sebelum pasien keluar dari rumah sakit oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien

- a) Satu salinan/ copy dari ringkasan diberikan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan kepada pasien
- b) Satu salinan diberikan kepada pasien sesuai regulasi rumah sakit yang mengacu peraturan perundang-undangan yang berlaku
- c) Satu salinan diberikan kepada penjamin
- d) Salinan ringkasan berada di rekam medis pasien.

Elemen Penilaian ARK 4.2.1

- a) Ringkasan pulang dibuat oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien sebelum pasien pulang
- b) Satu salinan ringkasan yang diberikan kepada pasien dan bila diperlukan dapat diserahkan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan kelanjutan asuhan.

¹⁰ Ibid., Hal 387

- c) Satu salinan ringkasan yang lengkap ditempatkan di rekam medis pasien.
- d) Satu salinan ringkasan diberikan kepada pihak penjamin pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit

7. Pengertian Ringkasan Pulang

Informasi yang terdapat dalam ringkasan riwayat pulang merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien¹¹

8. Tujuan Ringkasan Pulang

Tujuan dibuatnya ringkasan ini adalah :

- a. Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medic dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan referensi yang berguna bagi dokter yang menerima, apabila pasien tersebut di rawat kembali di rumah sakit.
- b. Sebagai bahan penilaian staf medis rumah sakit
- c. Untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien, misalnya dari perusahaan Asuransi (dengan persetujuan Pimpinan)
- d. Untuk diberikan tembusan kepada Sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.¹²

9. Kegunaan Ringkasan Pulang

Menurut Gemala R. Hatta, pedoman manajemen informasi kesehatan disarana pelayanan kesehatan Kegunaan dari ringkasan riwayat pulang adalah untuk :

¹¹ Gemala R. Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Edisi revisi 3, (Jakarta : UI-PRESS, 2013), Hal 106

¹² Departemen Kesehatan RI, Dirjen Yanmed, *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit*, (Jakarta: 2008), Hal 823

- a. Menjaga kelangsungan perawatan di kemudian hari dengan memberikan tembusannya kepada dokter utama pasien, dokter yang merujuk dan konsultan yang membutuhkan
- b. Memberikan informasi untuk menunjang kegiatan komite telaahan staf medis.
- c. Memberikan informasi pada pihak ketiga yang berwenang
- d. Memberikan informasi kepada pihak pengirim pasien ke rumah sakit¹³

10. Analisa Kuantitatif

Analisa kuantitatif adalah telaah/*review* bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan, khususnya yang berkaitan dengan pendokumentasian rekam medis.

Penulisan/pendokumentasian rekam medis ini diatur oleh kepala bagian rekam medis/informasi kesehatan bersama dengan pemberi pelayanan kesehatan terkait.¹⁴

11. Tujuan Analisa Kuantitatif

- a. Menentukan sekiranya ada kekurangan agar dapat dikoreksi dengan segera pada saat pasien dirawat, dan item kekurangan belum terlupakan, untuk menjamin efektifitas kegunaan isi rekam medis di kemudian hari. Yang dimaksud dengan koreksi ialah perbaikan sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.
- b. Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dengan mudah dapat dikoreksi dengan adanya dibuat suatu prosedur sehingga rekam medis menjadi lebih lengkap dan dapat dipakai untuk : ALFRED-PH-MP yang terpenting untuk :
 - 1) Pelayanan pasien
 - 2) Melindungi dari kasus hukum

¹³Gemala R. Hatta, *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*, Edisi revisi 3, (Jakarta : UI-PRESS, 2013), Hal 107

¹⁴ Lily Widjaja, *Modul Audit Pendokumentasian Rekam Medis*, (Jakarta: 2015), Hal 56

- 3) Memenuhi peraturan
- 4) Agar analisa data dan statistik akurat¹⁵

12. Komponen-komponen Analisa Kuantitatif

- a. Memeriksa identifikasi pasien pada setiap lembar rekam medis
- b. Adanya semua laporan/catatan yang penting
- c. Adanya autentifikasi penulis
- d. Terciptanya pelaksanaan rekaman/pencatatan yang baik.

- 1) Identifikasi pasien

Minimal setiap lembar berkas mempunyai : Nama dan No. Rekam Medis pasien.

Bila ada lembaran yang tanpa identitas harus di *review* untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Dalam hal ini secara *Concurrent Analysis* lebih baik oleh karena lebih cepat mengetahui identitasnya daripada *Retrospective Analysis*.

- 2) Adanya semua laporan/catatan yang penting sebagai bukti rekaman

Ada lembaran laporan yang standar terdapat dalam rekam medis.

Contoh :

- a) Mulai dari saat pasien mendaftar rawat inap sebagai bukti penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dalam bentuk “persetujuan umum (*General Consent*)”
- b) Formulir pasien masuk dan keluar
- c) Pengkajian awal dokter berupa lembar anamnesa dan riwayat penyakit pasien dan/ keluarga dan pemeriksaan fisik, diagnosa awal dan pengkajian perawat.
- d) Rencana penatalaksanaan berupa asuhan keperawatan oleh perawat dan diikuti intruksi dokter.

¹⁵ Lily Widjaja, *Modul Audit Pendokumentasian Rekam Medis*, (Jakarta: 2015), Hal 56

- e) Kemudian diikuti dengan catatan perkembangan baik oleh dokter dan perawat
 - f) Observasi klinik, kalau perlu ada catatan intake-output cairan
 - g) Terakhir berupa rencana pasien pulang, ringkasan perawat dan ringkasan riwayat pulang.
 - h) Lembaran tertentu tergantung kasus pasien.
- 3) *Review* autentifikasi/ keabsahan rekaman
- Autentifikasi dapat berupa :
- a) Nama atau cap/stampel, dan inisial yang dapat diidentifikasi
 - b) Tanda tangan, dalam rekam medis atau
 - c) Kode seseorang untuk komputerisasi
 - d) Harus ada titel/ gelar profesional (Dokter, Perawat)
- 4) *Review* tata cara pendokumentasian
- a) Analisa kuantitatif memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca. Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas.
 - b) Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan.
 - c) Singkatan tidak diperbolehkan.
 - d) Bila ada salah pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberi keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah/ salah menulis rekam medis pasien lain.¹⁶

13. Standar Prosedur Operasional

Standar Prosedur Operasional adalah segala aturan atau prosedur tertulis yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas di suatu perusahaan, dimana semua aturan atau prosedur tersebut bersifat standar atau baku sehingga bersifat mengikat atau harus dipatuhi oleh seluruh karyawan atau

¹⁶ Lily Widjaja, *Audit Pendokumentasian Rekam Medis*, (Jakarta: 2015), Hal 57

pimpinan perusahaan, sehingga pelaksanaan tugas berjalan sesuai ketentuan atau harapan dan pada akhirnya menghasilkan keuntungan bagi perusahaan¹⁷

¹⁷ Ima Rusdiana, *Bahan Ajar Standar Prosedur Operasional* (Jakarta: 2019), hal 4

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian Kelengkapan Pengisian Ringkasan pulang Pasien Rawat Inap adalah variabel yang diamati dalam bentuk tabel yaitu: input-proses-output. Susunan kerangka konsep sebagai berikut:

Input	Proses	Output
1. SPO pengisian ringkasan pulang 2. Formulir ringkasan pulang 3. Formulir checklist 4. SDM (staff rekam medis)	1. Mengidentifikasi Standar Prosedur Operasional (SPO) pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes 2. Menghitung kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes 3. Mengetahui penyebab ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes	Kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap

C. Variabel Penelitian

1. Standar prosedur operasional (SPO) pengisian ringkasan pulang
2. Formulir ringkasan pulang
3. Formulir checklist
4. SDM (Staff Rekam Medis)

D. Definisi Operasional

1. Standar prosedur operasional pengisian ringkasan pulang yaitu suatu langkah-langkah atau pedoman untuk menyelesaikan proses pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap.
2. Formulir ringkasan pulang adalah formulir mengenai ringkasan pulang pasien rawat inap yang ditulis oleh dokter penanggung jawab pasien, mulai dari pasien masuk dirawat sampai pasien keluar dirawat
3. Formulir checklist adalah suatu daftar pengecek berisi nama subjek dan beberapa gejala/identitas lainnya dari sasaran pengamatan, yang dikatakan Lengkap pada Analisa kelengkapan pengisian ringkasan pulang adalah jika semua poin dalam ringkasan pulang terisi semua, apabila tidak lengkap jika ada salah satu poin dalam ringkasan pulang tidak terisi
4. Sumber Daya Manusia (Staff Rekam Medis) adalah seseorang yang bekerja di unit rekam medis dan bertugas melaksanakan kegiatan pelayanan pasien dalam manajemen dasar rekam medis dan informasi kesehatan, melaksanakan evaluasi isi rekam medis, dan melaksanakan sistem pelaporan dalam bentuk informasi kegiatan pelayanan kesehatan,

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian berfokus pada unit rekam medis di rumah sakit Dik Pusdikkes mengenai kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap .

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Tempat dan waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 03 bulan Agustus sampai dengan tanggal 09 bulan Agustus tahun 2020 di Rumah Sakit Dik Pusdikkes Jakarta Timur

C. Metode Penelitian

Dalam penelitian ini penulis menggunakan jenis penelitian dengan metode deskriptif. Metode deskriptif adalah survey yang dilakukan terhadap formulir ringkasan pulang untuk melihat terisi atau tidak terisinya formulir ringkasan pulang.

D. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah formulir ringkasan pulang pasien rawat inap yang keluar di rumah sakit Dik Pusdikkes pada data periode bulan April sampai dengan bulan Juni 2020 dengan jumlah populasi adalah keseluruhan ringkasan pulang pasien rawat inap yang keluar sebanyak 609 rekam medis.

Teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel yaitu *Systematic Random Sampling*, tehnik ini merupakan modifikasi dari sampel random sampling. Caranya adalah membagi jumlah atau anggota populasi dengan perkiraan jumlah sampel yang diinginkan, hasilnya adalah interval sampel.¹⁸

¹⁸ Prof. Dr. Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2017), hal 82

Teknik yang digunakan dalam menentukan sampel dengan Rumus Metode Slovin, dengan cara:

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

$$n = \frac{609}{1 + 609(0,05^2)}$$

$$n = \frac{609}{1 + 609(0,05 \times 0,05)}$$

$$n = \frac{609}{1 + 609(0,0025)}$$

$$n = \frac{609}{2,5225} = 241,4$$

(dibulatkan menjadi 241)

Jadi, dari 609 ringkasan pulang, sampel yang didapat dengan standar toleransi error 5% adalah 241 ringkasan pulang pasien rawat inap.

Keterangan:

n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

e : batas toleransi kesalahan (*error tolerance*)

Interval :

N (jumlah populasi) : 609 ringkasan pulang pasien

n (jumlah sampel) : 241 ringkasan pulang pasien

I (intervalnya) : $609 : 241 = 2,5$ (dibulatkan menjadi 2)

maka anggota populasi yang terkena sampel adalah setiap elemen yang mempunyai kelipatan 2, misalnya 2,6,10,14, dan seterusnya sampai mencapai 241 anggota sampel

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi

Mengumpulkan data dengan melakukan pengamatan langsung pada formulir ringkasan pulang penelitian dengan analisa kuantitatif dan menggunakan checklist yang berisi identitas pasien, catatan penting, autentifikasi, pencatatan yang baik.

2. Wawancara

Melakukan Tanya jawab atau wawancara kepada kepala rekam medis dan staff rekam medis terkait kelengkapan pengisian ringkasan pulang untuk mendapatkan data pasien rawat inap yang keluar, SPO pengisian ringkasan pulang dan kegiatan analisa kelengkapan ringkasan pulang.

F. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen penelitian pada pengumpulan data yang digunakan adalah

1. Formulir checklist (lembar analisa kuantitatif) untuk mengetahui lengkap atau tidak lengkap pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap berdasarkan komponen identitas pasien, catatan penting, autentifikasi, pencatatan yang baik.
2. Daftar pertanyaan berupa pedoman wawancara yang akan ditanyakan kepada kepala rekam medis tentang kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap.

G. Teknik Analisa Data

Cara dan tehnik yang dilakukan dalam penelitian ini adalah penulis melakukan pengumpulan data dan menghitung terisi dan tidak terisinya ringkasan pulang berdasarkan identitas pasien, autentifikasi penulis, catatan

penting dan catatan yang baik terhadap penelitian lengkap tidak lengkapnya pengisian ringkasan pulang.

Kemudian memberikan kode pengisian terhadap formulir check list ringkasan pulang dalam pengolahan data 1= terisi dan 0= tidak terisi, untuk memudahkan menganalisa data dan pembuatan tabel kelengkapan pengisian ringkasan pulang berdasarkan identitas pasien, catatan penting, autentifikasi dan catatan yang baik.

Tehnik pengumpulan data yang kedua yaitu dengan mengajukan pertanyaan pertanyaan kepada kepala rekam medis dan data yang terkumpul guna dianalisa dan untuk menggambarkan tentang pengisian pada formulir ringkasan pulang pasien rawat inap.

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit DIK Pusdikkes

1. Sejarah Rumah Sakit DIK Pusdikkes

Bangunan Rumah Sakit Dik Pusdikkes berdiri pada tahun 1963 semula dikelola oleh pemerintah belanda, pada tahun 1950 diserahkan kepada dinas kesehatan tentara Republik Indonesia.

Rumah Sakit Dik Pusdikkes terletak di Jl. Raya Bogor, Kramat jati Jakarta Timur, Rumah Sakit Dik Pusdikkes adalah salah satu rumah sakit negeri yang terletak di Jl. Raya Bogor Kramat Jati Jakarta 13510 dengan mempunyai izin operasional IMB No. 15744/26.1.0/31.75.00.000/-1.751.21/2015 yang mempunyai kendali operasi Danpusdikkes kodiklatad mendapat izin penyelenggara Rumah Sakit Tipe-C dari Badan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta Nomor 06/2.11/31/-1.77/2015.

Lokasi Rumah Sakit Dik Pusdikkes di area strategis yang mudah dijangkau dari berbagai arah transportasi dekat area padat penduduk, pusat perbelanjaan dan pinggir jalan raya (Jl. Raya Bogor Kramat Jati-Jakarta Timur). Dasar digunakan Rumah Sakit Dik Pusdikkes sesuai Kep Kasad Nomor Kep/47/IX/2005 tanggal 27 September 2005 tentang organisasi dan tugas Pusdikkes Kodiklatad. Rumah Sakit Dik Pusdikkes sebagai penyelenggara pembinaan para didik dari segi administrasi maupun keterampilan kesehatan menyelenggarakan pencatatan data yang berkaitan dengan kegiatan praktek peserta didik dalam rangka operasi pendidikan, menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan dukungan kesehatan bagi peserta didik dan personil organik / keluarga / masyarakat umum sesuai kemampuan yang ada.

Rumah Sakit ini sekarang menjadi Rumah Sakit kebanggaan Prajurit, PNS dan Keluarganya, serta masyarakat umum di Wilayah

Jakarta Timur Khususnya Kramat jati, Rumah Sakit Dik Pusdikkes mampu mengupayakan pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif yang terpadu dengan pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif.

2. Visi, Misi, Falsafah, Motto dan Tujuan Rumah Sakit DIK Pusdikkes

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit pilihan utama dan kebanggaan Prajurit, PNS dan Keluarganya serta Masyarakat Jakarta Timur

b. Misi

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada Prajurit, PNS dan Keluarganya secara profesional manusiawi dengan perasaan aman dan nyaman
- 2) Memanfaatkan kapasitas lebih Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum secara profesional dengan memperhatikan aspek, sosial, ekonomi, dan dengan biaya yang terjangkau
- 3) Menyelenggarakan fungsi pendidikan, penelitian, pengembangan kesehatan yang seimbang, komprehensif dan terintegrasi
- 4) Meningkatkan sumber daya manusia agar memiliki kemampuan yang profesional guna meningkatkan mutu dan citra Rumah Sakit
- 5) Meningkatkan kesejahteraan seluruh anggota Rumah Sakit dan pihak yang terkait

c. Falsafah

Pelayanan kesehatan yang prima mengantar pada terwujudnya personil TNI yang sehat jasmani dan rohani

d. Motto

Melayani secara profesional guna penyembuhan dan kepuasan bersama

e. Tujuan

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan secara paripurna dan terpadu kepada anggota Pusdikkes dan Keluarganya serta masyarakat sekitar
- 2) Mewujudkan tingkat kepuasan customer baik umum maupun dinas

secara optimal

- 3) Mengembangkan keahlian dan keterampilan personel kesehatan TNI AD

3. Jenis Pelayanan di Rumah Sakit DIK Pusdikkes

a. Rawat Jalan

1. Fasilitas pelayanan rawat jalan

- a) Instalasi Gawat Darurat (layanan darurat 24 jam)
- b) Poliklinik Anak
- c) Poliklinik Gigi
- d) Poliklinik Bedah Umum
- e) Poliklinik Bedah Ortopedi
- f) Poliklinik THT
- g) Poliklinik Dalam
- h) Poliklinik Kulit, Kelamin dan Kecantikan
- i) Poliklinik saraf
- j) Poliklinik mata
- k) Poliklinik jantung
- l) Poliklinik Obgyn
- m) Poliklinik Paru

2. Fasilitas penunjang medis

- a) Instalasi Farmasi/Apotik (24 jam)
- b) Radiologi
- c) Laboratorium (24 jam)
- d) USG 4 Dimensi
- e) Haemodialisa
- f) Rehabmedik
- g) Rekam medis
- h) Ambulance (24 jam)
- i) Kasir rawat jalan dan rawat inap

3. Rawat inap

- 1) Fasilitas Rawat Inap
 - a) Ruang dokter militer

1 tempat tidur elektrik, TV, Kulkas, telpon, Ac, kaca cermin, lemari pakaian, wastafel, water heater, kamar mandi, sofa bed, meja, kursi, teras keluarga, surat kabar, menu pilihan makan penunggu pasien/1 orang, dispenser, hand soap, tempat sampah.

b) Kelas VIP

1 tempat tidur elektrik, TV, Kulkas, telpon, Ac, kaca cermin, lemari pakaian, wastafel, water heater, kamar mandi, sofa bed, meja, kursi, surat kabar, menu pilihan makan penunggu pasien/1 orang, dispenser, hand soap, tempat sampah.

c) Kelas I

1 tempat tidur, TV, kulkas, telepon, Ac, wastafel, dispenser, kamar mandi, hand soap, tempat sampah.

d) Kelas II

1 ruangan, 2 tempat tidur, TV, Ac, kaca cermin, hand soap, tempat sampah.

e) Kelas III

1 ruangan, 16 tempat tidur, Ac, 2 kamar mandi, dispenser, 2 kaca cermin, hand soap, 2 tempat sampah.

4. Jumlah tempat tidur rawat inap

a. Perawatan umum dewasa

- 1) VIP : 5 tempat tidur
- 2) Kelas I : 7 tempat tidur
- 3) Kelas II : 16 tempat tidur
- 4) Kelas III : 18 tempat tidur

b. Perawatan kebidanan

- 1) Kelas I : 2 tempat tidur
- 2) Kelas II : 3 tempat tidur
- 3) Kelas III : 4 tempat tidur

c. Perawatan anak

- 1) Kelas I : 4 tempat tidur

- 2) Kelas II : 6 tempat tidur
- 3) Kelas III : 8 tempat tidur
- d. Perawatan bayi sehat
 - 1) Box bayi : 9 tempat tidur
 - 2) Incubator : 3 tempat tidur
 - 3) Blue light : 2 tempat tidur
- e. Fasilitas tindakan
 - 1) HCU
 - 2) Kamar operasi
 - 3) Ruang bersalin

B. Gambaran Umum Rekam Medis Rumah Sakit DIK Pusdikkes

Keberadaan unit rekam medis di RS. Dik Pusdikkes Kodiklatad dimulai sejak adanya pembentukan Panitia Kerja Sistem Rekam Medis yang meliputi:

1. Berdasarkan Sprin Karumkit Pusdikkes Kodiklatad No. Sprin / 75 / XII / 2007 dibentuk panitia kerja untuk merumuskan sistem rekam medis RS. Pusdikkes Kodiklatad .
2. Membentuk organisasi / unit kerja rekam medik yang sesuai dengan pola struktur organisasi
3. Mensosialisasikan dan menanamkan pengertian atas hasil perumusan panitia kerja yang telah disahkan oleh pimpinan dan siap dilaksanakan oleh seluruh staf medis, paramedis dan penunjang rumah sakit
4. Menyiapkan personil untuk mengisi unit kerja rekam medis serta melaksanakan program kerja yang telah dirumuskan oleh panitia kerja.
5. Melaksanakan pengelolaan rekam medis sesuai hasil rumusan panitia setelah segala persiapan personel dan sarana prasarana terpenuhi yang dibuat dalam 2 (dua) buku yaitu:
 - a. Buku I memuat keputusan kepala RS. Dik Pusdikkes Kodiklatad tentang berlakunya Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis (BPPRM), keputusan Kepala RS. Dik Pusdikkes

Kodiklatad tentang pembentukan Komite / Panitia Rekam Medis / Komite Rekam Medis, Struktur Organisasi Unit Kerja Rekam Medis.

- b. Buku II Memuat Keputusan Kepala RS. Pusdikkes Kodiklatad tentang berlakunya BPPRM, kumpulan dari bentuk lembaran-lembaran/formulir rekam medis dan SOP/Juklak.

C. Sumber Daya Manusia Rekam Medis

Tabel 4. 1 Kualifikasi sumber daya manusia rekam medis

No	Nama Jabatan	Pendidikan Formal	Jumlah
1	Kepala Rekam Medis	S1 Sarjana Agama	1
2	Anggota Rekam Medis	D3 Rekam Medis	1
		SMA	7

Jumlah petugas rekam medis RS. Dik Pusdikkes adalah 9 orang dengan gambaran klasifikasi sebagai berikut :

Tabel 4. 2 Jumlah Petugas Rekam Medis RS. Dik Pusdikkes

No	Nama Jabatan	Jumlah	Pendidikan
1	Kepala Rekam Medis	1	S1 Sarjana Agama
2	Koding dan Indeks	1	D3 Rekam Medis
3	Distribusi dan Filling	2	SMA
4	Assembling	2	SMA
5	Analising dan Reporting	1	SMA
6	Pendaftaran	2	SMA

D. Hasil Penelitian

1. Mengidentifikasi Standar Prosedur Operasional Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit DIK Pusdikkes

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti mengenai standar prosedur operasional pengisian ringkasan pulang di rumah sakit Dik Pusdikkes diketahui bahwa ada standar prosedur operasional yang berjudul Resume Medis

- a. Setelah Dokter menyatakan pasien boleh pulang saat itu juga resume medis pasien ditulis oleh DPJP yang meliputi :
 - 1) Anamnese
 - 2) Pemeriksaan fisik
 - 3) Penemuan klinik (laboratorium, radiologi, dll)
 - 4) Diagnosa utama
 - 5) Obat yang diberikan selama di Rumah Sakit
 - 6) Tindakan yang dilakukan di Rumah Sakit
 - 7) Kondisi saat pulang
 - 8) Rencana kontrol selanjutnya
 - 9) Alasan pulang
 - 10) Terapi yang diberikan saat pulang
 - 11) Tanda tangan dokter yang merawat (DPJP)
- b. DPJP melaksanakan penulisan tersebut dengan lengkap dan terbaca oleh pasien ataupun keluarganya
- c. DPJP menandatangani resume medis yang telah dibuat
- d. Resume medis dibuat rangkap 3 (tiga) dengan rincian
 - 1) Putih untuk rekam medis
 - 2) Kuning untuk pasien
 - 3) Merah untuk BPJS

2. Menghitung kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes

Peneliti melakukan penelitian pada ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Dik Pusdikkes dengan cara pengambilan data pasien pada bulan April sampai dengan bulan Juni 2020 dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 609 terdiri dari kelas VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III dan di ambil sampel sebanyak 241 ringkasan pulang.

Berikut adalah tabel data hasil penelitian terhadap kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien keluar rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes :

Tabel 4. 3 Hasil Analisa Kuantitatif Kelengkapan Pengisian Ringkasan pulang Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes

Keterangan	Lengka p	%	Tidak Lengkap	%	Jumlah Sampel
Analisa Kelengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap	14	5,8%	227	94%	241

Pada gambar diatas maka dari seluruh sampel yang diteliti sebanyak 241 formulir Ringkasan Pulang, yang terisi lengkap dengan persentase 5,8% atau sama dengan 14 ringkasan pulang dan yang tidak terisi lengkap dengan persentase 94% atau sama dengan 227 ringkasan pulang.

a. Identifikasi Pasien

Tabel 4. 4 Hasil Analisa Kuantitatif Identifikasi Pasien Pada Ringkasan Pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes

No.	KOMPONEN ANALISA KUANTITATIF	LENGKAP		TIDAK LENGKAP	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
IDENTIFIKASI PASIEN					
1	Nama	241	100%	0	0%
2	No. Rekam Medis	241	100%	0	0%
3	Tanggal Lahir	228	94,6%	13	5,3%
4	Jenis Kelamin	239	99,1%	2	0,8%

Pada tabel di atas di dapatkan bahwa komponen Identifikasi pasien dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah nama dan nomor rekam medis dengan jumlah 241 ringkasan pulang (100%), dan yang tidak terisi lengkap tertinggi adalah tanggal lahir dengan jumlah 13 ringkasan pulang (5,3%)

b. Catatan Penting

Tabel 4. 5 Hasil Analisa Kuantitatif Catatan Penting Pada Ringkasan Pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes

No.	KOMPONEN ANALISA KUANTITATIF	LENGKAP		TIDAK LENGKAP	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
LAPORAN/CATATAN PENTING					
1	Indikasi Rawat	241	100%	0	0%
2	Riwayat Penyakit	241	100%	0	0%
3	Pemeriksaan Fisik	230	95,4%	11	4,5%
4	Pemeriksaan Penunjang	181	75,1%	60	24,8%
5	Hasil Konsultasi	83	34,4%	158	65,5%
6	Diagnosa Utama	241	100%	0	0%
7	Diagnosa Sekunder	117	48,5%	124	51,4%

8	Terapi	226	93,7%	15	6,2%
9	Prosedur	110	45,6%	131	54,3%
10	Intruksi/Anjuran	100	41,4%	141	58,5%
11	Kondisi Keluar	202	83,8%	39	16,1%
12	Intruksi Tindaklanjut	197	81,7%	44	18,2%
13	Tanggal Pulang	239	99,1%	2	0,8%

Pada tabel di atas di dapatkan bahwa dari komponen catatan penting dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah indikasi pasien, riwayat penyakit dan diagnosa utama dengan jumlah 241 ringkasan pulang (100%), dan yang tidak terisi lengkap tertinggi adalah hasil konsultasi dengan jumlah 158 ringkasan pulang (65,5%)

c. Autentifikasi Penulis

Tabel 4. 6 Hasil Analisa Kuantitatif Autentifikasi Penulis Pada Ringkasan Pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes

No.	KOMPONEN ANALISA KUANTITATIF	LENGKAP		TIDAK LENGKAP	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
AUTENTIFIKASI PENULIS					
1	Tanggal dan Waktu	241	100%	0	0%
2	Nama Dokter	209	86,7%	32	13,2%
3	Tanda Tangan Dokter	230	95,4%	11	4,5%
4	Nama Penerima Penjelasan	203	84,2%	38	15,7%

Pada tabel di atas di dapatkan bahwa pada komponen Autentifikasi penulis dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah tanggal dan waktu dengan jumlah 241 ringkasan pulang dengan persentase (100%) dan yang tidak terisi lengkap tertinggi adalah nama penerima penjelasan dengan jumlah 38 ringkasan pulang (15,7%).

d. Catatan yang Baik

Tabel 4. 7 Hasil Analisa Kuantitatif Catatan yang Baik Pada Ringkasan Pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes

No.	KOMPONEN ANALISA KUANTITATIF	TIDAK ADA		ADA	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
CATATAN YANG BAIK					
1	Tidak Ada Penghapusan	241	100%	0	0%
2	Tidak Ada Coretan	241	100%	0	0%

Pada tabel di atas di dapatkan bahwa pada komponen catatan yang baik dari 241 ringkasan pulang sudah 100% tidak ada penghapusan dan tidak ada coretan

3. Mengetahui penyebab ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang di Rumah Sakit Dik Pusdikkes

Berdasarkan Hasil wawancara, faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang yaitu :

- a. Di rumah sakit tidak ada kegiatan analisa berkas rekam medis maupun ringkasan pulang

Dengan tidak adanya kegiatan analisa ringkasan pulang ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang tidak ditindak lanjuti

- b. Melakukan sosialisasi standar prosedur operasional (SPO) kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP) hanya pada saat ada revisi saja

Tidak ada sosialisasi maupun evaluasi rutin terhadap dokter penanggung jawab pasien yang berhak mengisi ringkasan pulang sehingga tidak ada peningkatan kelengkapan pengisian

- c. Pengisian ringkasan pulang dilakukan oleh perawat

Berdasarkan hasil wawancara, dokter penanggung jawab pasien (DPJP) tidak sempat mengisi ringkasan pulang dan hanya menandatangani, lalu menyerahkan kepada perawat untuk diisi

BAB V PEMBAHASAN

A. Standar Prosedur Operasional Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap

Menurut Undang-undang RI No.36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi atau langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan proses kerja rutin tertentu dengan memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Di rumah sakit Dik Pusdikkes sudah memiliki Standar prosedur operasional ringkasan pulang. Namun, di rumah sakit belum melaksanakan sesuai dengan ketentuan yang ada, sehingga ringkasan pulang pasien belum terisi lengkap.

B. Kelengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap

Pada tabel 4.3 seluruh sampel yang diteliti sebanyak 241 ringkasan pulang yang terisi lengkap dengan presentase 5,8% atau sama dengan 14 formulir ringkasan pulang dan yang tidak terisi lengkap dengan presentase 94% atau sama dengan 227 formulir ringkasan pulang

Pada hasil wawancara kepala rekam medis diketahui bahwa sudah ada ketentuan apabila ada kolom bagian yang tidak perlu diisi maka dokter harus memberi tanda strip (-), tidak boleh dikosongkan.

1. Identifikasi Pasien

Menurut PERMENKES 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis bahwa isi dari ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat Identitas pasien, agar diketahui dan menentukan milik siapa lembar tersebut

Pada tabel 4.4 Dapat dilihat bahwa komponen Identifikasi pasien dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah nama dan nomor rekam medis dengan jumlah 241 ringkasan pulang (100%), dan yang tidak terisi

lengkap tertinggi adalah tanggal lahir dengan jumlah 13 ringkasan pulang (5,3%)

2. Catatan Penting

Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit MIRM 15 Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal dirumah sakit. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, indikasi pasien masuk dirawat inap, diagnosis, komorbiditas lain, prosedur terapi, tindakan yang telah dikerjakan, obat yang diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit, kondisi kesehatan pasien saat akan pulang rumah sakit, instruksi tindak lanjut.

Pada tabel 4.5 Dapat dilihat bahwa dari komponen catatan penting dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah indikasi pasien dan riwayat penyakit dengan jumlah 241 ringkasan pulang (100%), dan yang tidak terisi lengkap tertinggi adalah hasil konsultasi dengan jumlah 158 ringkasan pulang (65,5%)

3. Autentifikasi Penulis

Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit MIRM 15 Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di rumah sakit, isi dari ringkasan pulang dijelaskan dan ditanda tangani oleh pasien atau keluarga.

Dalam analisa autentifikasi dilakukan dengan mengacu pada MIRM 15 lembar resume medis, namun yang digunakan di rumah sakit terdiri dari tanda tangan dokter yang merawat, nama dokter yang merawat, dan nama penerima penjelasan. Sedangkan dalam MIRM 15 pada autentifikasi harus memuat tandatangan pasien atau keluarga tetapi dalam lembar ringkasan pulang yang digunakan di rumah sakit tidak ada.

Pada tabel 4.6 Dapat dilihat dari komponen Autentifikasi penulis dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah tanggal dan waktu dengan

jumlah 241 ringkasan pulang dengan persentase 100% dan yang tidak terisi lengkap tertinggi adalah nama penerima penjelasan dengan jumlah 38 ringkasan pulang (15,7%).

4. Catatan yang Baik

Menurut PERMENKES 269 Tahun 2008 Pasal 5 ayat (5) dan (6) berisi tentang dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan. Pembetulan sebagaimana dimaksud pada Pasal 5 ayat (5) dan (6) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan.

Pada tabel 4.7 dapat dilihat dari komponen catatan yang baik dari 241 ringkasan pulang sudah 100% tidak ada penghapusan dan tidak ada coretan

C. Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Ringkasan Pulang Pasien Rawat Inap

Menurut PERMENKES 269 Tahun 2008 Pasal 2 ayat (1) berisi bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik dan Pasal 4 ayat (1) yang berisi bahwa Ringkasan pulang sebagaimana diatur dalam Pasal 3 ayat (2) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien

- a. Di rumah sakit tidak ada kegiatan analisa berkas rekam medis maupun formulir ringkasan pulang

Seharusnya di unit rekam medis melakukan kegiatan analisa sehingga ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang bisa diketahui dan ditindak lanjuti juga kelengkapannya bisa ditingkatkan.

- b. Melakukan sosialisasi standar prosedur operasional (SPO) kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP) hanya pada saat ada revisi saja

Melakukan sosialisasi rutin kepada dokter penanggung jawab pasien untuk evaluasi ketidaklengkapan pengisian adalah salah satu

cara untuk meningkatkan dan mensosialisasikan terkait kelengkapan ringkasan pulang sebagai mutu pelayanan dan harus diisi lengkap

c. Pengisian ringkasan pulang dilakukan oleh perawat

Pengisian ringkasan pulang sebagaimana menurut Permenkes 269 tahun 2008 pada Pasal 4 ayat (1) bahwa ringkasan pulang diisi oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan kepada pasien dan ditandatangani, agar informasi lengkap dan akurat pada saat diperlukan dan apabila ada komponen yang tidak perlu diisi atau contoh pasien tidak melakukan pemeriksaan maka tidak boleh dikosongkan dan tetap harus diisi dengan tanda strip (-)

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat diambil kesimpulan kelengkapan pengisian ringkasan pulang pasien rawat inap di Rumah Sakit Dik Pusdikkes adalah sebagai berikut :

1. Rumah Sakit Dik Pusdikkes sudah memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang Ringkasan pulang yang berisi dari pengertian, tujuan, kebijakan, dan prosedur. Namun belum dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang ada
2. Hasil dari kelengkapan 241 ringkasan pulang :
 - a. Dari hasil sampel yang diteliti sebanyak 241 ringkasan pulang terdapat 14 ringkasan pulang yang lengkap atau sama dengan (5,8%) dan yang tidak lengkap dengan jumlah 227 ringkasan pulang atau sama dengan (94%)
 - b. Hasil komponen Identifikasi pasien dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah nama dan nomor rekam medis dengan jumlah 241 ringkasan pulang (100%), dan yang tidak terisi lengkap tertinggi adalah tanggal lahir dengan jumlah 13 ringkasan pulang (5,3%)
 - c. Hasil komponen catatan penting dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah indikasi pasien dan riwayat penyakit dengan jumlah 241 ringkasan pulang (100%), dan yang tidak terisi lengkap tertinggi adalah hasil konsultasi dengan jumlah 158 ringkasan pulang (65,5%)
 - d. Hasil komponen Autentifikasi penulis dari 241 ringkasan pulang yang diteliti didapatkan yang terisi lengkap dengan nilai presentase tertinggi adalah tanggal dan waktu dengan jumlah 241

ringkasan pulang dengan persentase (100%) dan yang tidak terisi lengkap tertinggi adalah nama penerima penjelasan dengan jumlah 38 ringkasan pulang (15,7%).

- e. Hasil komponen catatan yang baik dari 241 ringkasan pulang sudah 100% tidak ada penghapusan dan tidak ada coretan

B. Saran

1. Perlu adanya kegiatan analisa kelengkapan pengisian ringkasan pulang agar ketidaklengkapan ringkasan pulang bisa ditindak lanjuti dan ditingkatkan
2. Perlu dilakukan sosialisasi juga penegasan kepada dokter penanggung jawab pasien melalui pertemuan komite medik secara mingguan ataupun bulanan tentang hasil dan isi kelengkapan pengisian ringkasan pulang
3. Sebaiknya Pengisian ringkasan pulang dilakukan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP)
4. Perlu adanya perbaikan SPO apabila dalam ringkasan pulang jika komponen tidak perlu diisi maka harus diberikan tanda strip (-) agar tidak kosong