

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Panti Nugroho Sleman

a. Sejarah Singkat Rumah Sakit Panti Nugroho

Pada awal berdirinya Rumah Sakit Panti Nugroho adalah merupakan pengembangan dari RB/BP Panti Nugroho. Mula-mula RB/BP Panti Nugroho menempati rumah sewaan milik Lurah Pakem dengan dua tenaga perintis yaitu Sr. Yulia dan Sr. Cecilio, yang dengan penuh kesetiaan melayani masyarakat sekitar. Berhubung bangunan tersebut tidak memadai, timbul gagasan dari Romo Kijm untuk membangun klinik yang cukup besar.

Gagasan tersebut didukung oleh Romo Rommens berupa bantuan sebidang tanah seluas 3980 m² (lokasi bangunan lama) yang diperoleh dari CEBEMO atas usaha Romo Kijm. Pada tahun 1972 bangunan dapat diselesaikan. Pemberkatan dan peresmian operasionalnya dilaksanakan oleh Mgr. Kardinal Jullius Darmojuwono SJ. Berkat hubungan baik dengan masyarakat setempat disertai pelayanan yang baik, karya pelayanan kesehatan RB/BP Panti Nugroho dapat diterima oleh masyarakat. Dengan diperbantukannya tenaga medis dari RS Panti Rapih dan adanya dokter tetap untuk mengelola rumah sakit secara profesional, cakupan pelayanan semakin meningkat.

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan dokter 24 jam dipenuhi dengan menempatkan dokter jaga sore dan jaga malam sejak tahun 1994. RB-BP Panti Nugroho juga ikut berpartisipasi dalam program pemerintah seperti melaksanakan RB Sayang Bayi, Posyandu, UKS, dll. Pada tahun 1996 RB-BP Panti Nugroho berhasil meraih penghargaan sebagai juara I RB Sayang Bayi Swasta Propinsi DIY.

Meski negara sedang dilanda krisis moneter, tidak mengurangi semangat atau cita-cita untuk mendirikan Rumah Sakit Panti Nugroho yang

representatif. Pembangunan awal dilaksanakan secara bertahap mulai

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

tanggal 11 September 1997 dan telah diselesaikan seluruhnya pada bulan April 1999. Total luas bangunan adalah 4111,25 m² yang berdiri di atas tanah seluas 10375 m² sesuai dengan SK kepala Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta no. 503/0401/PK/III/99 tanggal 02 Maret 1999 telah ditingkatkan status RB/BP Panti Nugroho menjadi RS Panti Nugroho. Dan pada tanggal 31 Mei 1999, RS Panti Nugroho diberkati oleh Mgr. Ign Suharyo, Pr Uskup Agung Semarang dan diresmikan oleh Sri Sultan Hamengku Buwono X.

b. Visi dan Misi Rumah Sakit Panti Nugroho

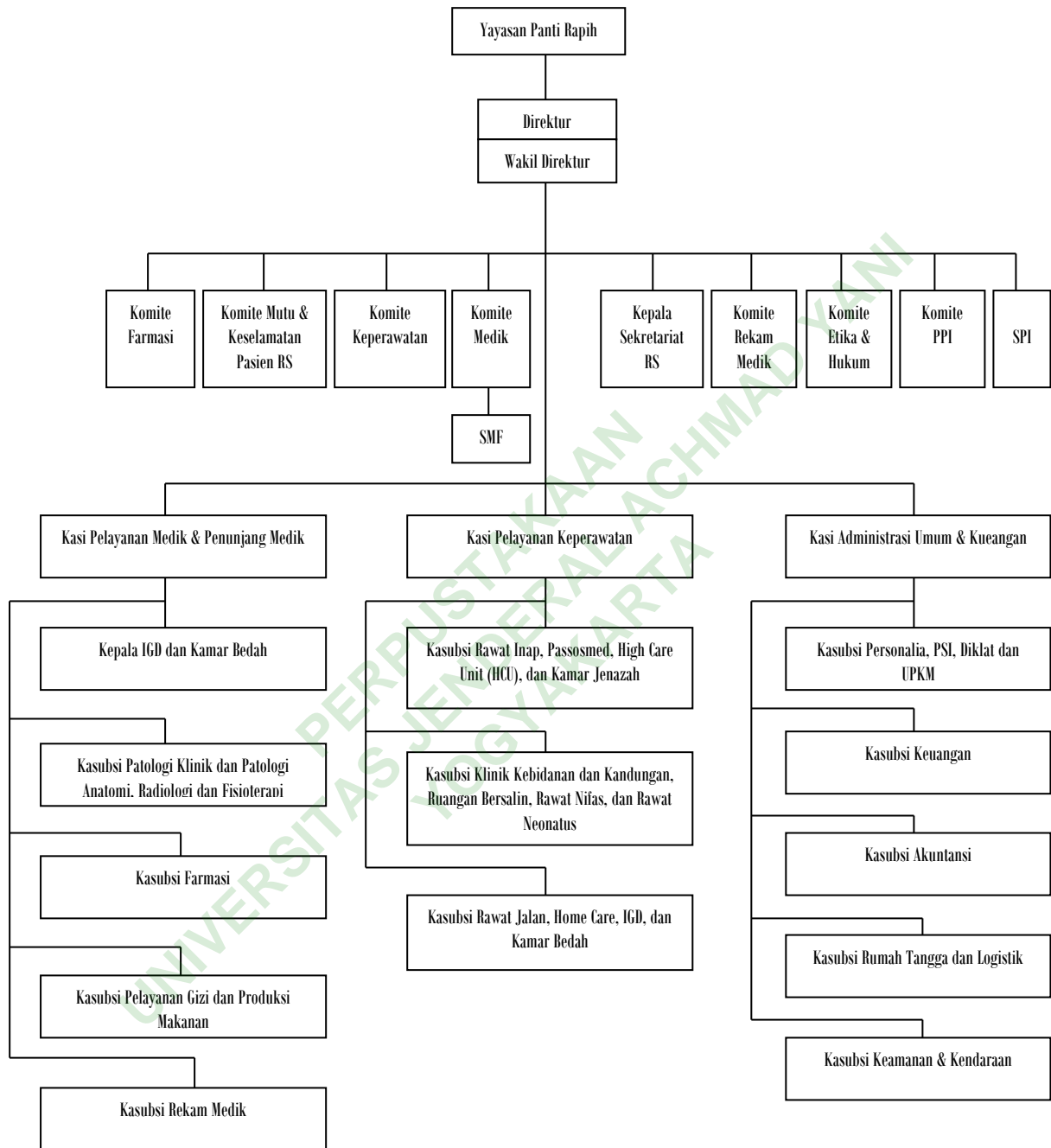
Visi:

Rumah Sakit Panti Nugroho memperjuangkan nilai-nilai humanistik, yaitu keberpihakan kepada mereka yang sakit, dengan semangat, cinta kasih, dan iman kristiani

Misi:

- 1) Rumah Sakit Panti Nugroho dengan tulus akan memberikan pelayanan kesehatan secara holistik dan berkesinambungan untuk mengupayakan kesembuhan, disertai upaya, promosi kesehatan, dan pencegahan penyakit kepada masyarakat.
- 2) Rumah Sakit Panti Nugroho akan memberikan pelayanan kesehatan dan pendukung lain yang terkait secara memuaskan, bermutu, profesional, dan terjangkau.
- 3) Rumah Sakit Panti Nugroho menempatkan seluruh karyawan sebagai modal yang sangat berharga dalam memberikan pelayanan kesehatan dan pendukung lain yang terkait. Kepada mereka akan diberikan perhatian yang sebaik-baiknya, berupa peningkatan kesejahteraan, pengetahuan, keterampilan, kenyamanan kerja, dan jenjang karir.
- 4) Rumah Sakit Panti Nugroho meletakkan kebersamaan sebagai landasan bagi seluruh kegiatan pelayanan kesehatan. Untuk itu, seluruh karyawan dituntut selalu menjalin kerja sama yang baik, jujur, ramah, dan hormat kepada pemilik/Yayasan Panti Rapih, Unit Karya dalam Yayasan Panti Rapih, pasien, rekanan, dan semua pihak yang terkait.

c. Struktur Organisasi Rumah Sakit Panti Nugroho



Ket: Kotak garis putus-putus : Jabatan Fungsional
 Kotak dengan garis utuh : Jabatan Substruktural

Gambar 4.1 Struktur Organisasi RS Panti Nugroho

Sumber: Bagian Rekam Medis RS Panti Nugroho

d. Manajemen Unit Kerja Rekam Medis di Rumah Sakit Panti Nugroho

Sesuai hasil pengamatan manajemen unit kerja rekam medis di Rumah Sakit Panti Nugroho merupakan suatu unit yang menyelenggarakan dan mengelola sistem informasi kesehatan pasien, merencanakan, mengevaluasi, dan menetapkan standar operasional prosedur yang diberlakukan di rumah sakit. Unit rekam medis di Rumah Sakit Panti Nugroho dalam menyelenggarakan dan pengolahan rekam medis terdiri atas sensus, olah data, SKM, analisis, pelaporan, *assembling*, *coding*, dan *filling*. Bagian yang ada di unit kerja rekam medis dilaksanakan oleh Kepala Sub Seksi yang dibantu koordinator rekam medis beserta staf rekam medis.

2. Hasil Penelitian

Data hasil penilaian kelengkapan/ketepatan pengisian formulir RMK di Rumah Sakit Panti Nugroho Sleman, mencakup Identitas Pasien, Laporan yang Penting, Autentifikasi serta Pendokumentasian yang benar.

a. Kelengkapan Pengisian Identitas Pasien

Kelengkapan pengisian identitas pada lembar rekam medis sangat penting untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Setiap lembaran formulir RMK minimal memuat nama pasien dan nomor rekam medis. Berikut ini hasil analisa kelengkapan pengisian identitas pasien.

Tabel 4.1 Kelengkapan Pengisian Identitas Pasien

No	Perihal	Lengkap		Tidak lengkap	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Nama	151	99,34	1	0,66
2	Umur	150	98,68	2	1,32
3	Jenis kelamin	152	100	0	0
4	Pendidikan terakhir	152	100	0	0
5	Agama	152	100	0	0
6	Pekerjaan	152	100	0	0
7	Status pasien	140	92,11	12	7,89
8	Alamat pasien	152	100	0	0
9	No tanda identitas	0	0	119	100
Rata-rata		87,79		12,21	

Berdasarkan Tabel 4.1 dapat dilihat bahwa ketidaklengkapan pengisian identitas pasien yang paling banyak adalah tentang nomor tanda

identitas sebanyak 119 rekam medis (100%). Dari 9 item identitas pasien, yang tidak terisi lengkap ada sebanyak 4 item (44,4%).

b. Kelengkapan Pengisian Laporan yang Penting

Kelengkapan pengisian laporan yang penting pada formulir RMK digunakan untuk memperoleh informasi tentang diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat dalam merawat pasien. Untuk itu berkas formulir RMK diharapkan memuat informasi yang akurat, lengkap, dan dapat dipercaya.

Tabel 4.2. Kelengkapan Pengisian Laporan yang Penting

No	Perihal	Lengkap		Tidak lengkap	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	No rekam medis	152	100	0	0
2	Jam masuk	152	100	0	0
3	Tanggal masuk	152	100	0	0
4	Tanggal keluar	152	100	0	0
5	Cara masuk RS Panti Nugroho (melalui)	128	84,21	24	15,79
6	Cara masuk RS Panti Nugroho (rujukan/ datang sendiri)	138	90,79	14	9,21
7	Dirawat	144	94,74	8	5,26
8	Kasus polisi	124	81,58	28	17,76
9	Nama penanggung jawab pembayaran	152	100	0	0
10	Pekerjaan	152	100	0	0
11	Alamat	152	100	0	0
12	Telpon	152	100	0	0
13	Hubungan keluarga dengan pasien	127	83,55	25	16,45
14	Menggunakan asuransi	98	64,47	54	35,53
15	Bangsai perawatan	152	100	0	0
16	Dokter yang merawat	152	100	0	0
17	Diagnosa masuk	152	100	0	0
18	Diagnosa keluar	91	100	0	0
19	Kode IGD	130	85,53	22	14,47
20	Diagnosa lain	10	100	0	0
21	Jenis tindakan operasi	10	100	0	0
22	Keadaan keluar	78	51,32	74	48,68
23	Cara keluar	83	54,61	69	45,39
24	Lama dirawat	56	36,84	96	63,16
	Rata-rata		88,65		11,32

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat dilihat bahwa ketidaklengkapan pengisian laporan yang penting yang paling banyak adalah tentang lama

dirawat sebanyak 96 rekam medis (63,16%). Dari 24 item laporan yang penting, yang tidak terisi lengkap ada sebanyak 10 item (41,67%).

c. Kelengkapan Pengisian Autentifikasi

Autentifikasi terhadap tanda tangan dan nama dokter yang bertanggung jawab. Berikut ini hasil penilaian pengisian autentifikasi:

Tabel 4.3 Kelengkapan Pengisian Autentifikasi

No	Perihal	Lengkap		Tidak lengkap	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
1	Tanda tangan dokter	108	71,05	44	28,95
2	Nama dokter	91	59,87	61	40,13
	Rata-rata		65,46		34,54

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dilihat bahwa pengisian data autentifikasi yang tidak lengkap lebih banyak pada nama dokter, sebanyak 61 formulir RMK (40,13%). Kedua item data autentifikasi seluruhnya dijumpai pengisian yang tidak lengkap.

d. Ketepatan Pendokumentasian yang benar

Hasil penilaian pendokumentasian yang benar disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Ketepatan Pendokumentasian yang Benar

No	Perihal	Tepat		Tidak tepat	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Nama	150	98,68	2	1,32
2	Diagnosa	150	98,68	2	1,32
3	Pembetulan kesalahan	-	-	6	50
	Rata-rata				17,54

Catatan : Pembetulan kesalahan yang tidak tepat (seluruhnya) dianggap 50%

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa pendokumentasian yang benar, ketidaktepatan terbanyak pada pembetulan kesalahan sebanyak 6 formulir. Ketiga item pendokumentasian yang benar seluruhnya dijumpai pengisian yang salah dengan rata-rata sebesar 17,54.

e. Ketidaklengkapan Pengisian Setiap Formulir RMK

Tabel 4.5 Rata-rata Kelengkapan Pengisian Formulir RMK

No	Perihal	Tidak lengkap/salah (%)
1	Identifikasi pasien	12,21
2	Laporan yang penting	11,32
3	Autentifikasi	34,54
4	Pendokumentasian yang benar	17,54
Rata-rata		18,90

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat dilihat bahwa ketidaklengkapan pengisian formulir RMK yang paling banyak adalah perihal autentifikasi sebanyak 34,54%.

B. Pembahasan

15. Kelengkapan Pengisian Identitas Pasien

Ketidaklengkapan pengisian identitas pasien yang paling banyak adalah tentang nomor tanda identitas sebanyak 119 rekam medis (100%). Dari 9 item identitas pasien, yang tidak terisi lengkap ada sebanyak 4 item (44,4%).

Menurut Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis menyatakan bahwa salah satu data minimal yang harus ada pada formulir RMK adalah identitas pasien. Identitas pasien digunakan untuk menentukan kepemilikan formulir RMK. Dengan adanya identitas utamanya nama pasien tidak lengkap/tidak diisi, petugas akan kesulitan untuk mendeteksi kepemilikan dari formulir RMK yang berdampak pada terganggunya pelayanan kesehatan pasien, sehingga perlu mengidentifikasi dari data lainnya yang ada di kelompok laporan yang penting. Jadi yang paling bermasalah pada kelompok identifikasi adalah pengisian nama walaupun kejadiannya hanya ada 1 formulir RMK yang tidak diisi nama.

16. Kelengkapan Pengisian Laporan yang Penting

Ketidaklengkapan pengisian laporan yang penting yang paling banyak adalah tentang lama dirawat sebanyak 96 rekam medis (63,16%). Dari 24 item laporan yang penting, yang tidak terisi lengkap ada sebanyak 9 item (37,5%).

Informasi dalam *review* laporan penting menunjukkan kesinambungan riwayat kesehatan pasien. Ketika *review* ini tidak lengkap akan sulit untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien tersebut. Hal ini dapat merugikan pasien, karena jika pasien memiliki riwayat penyakit atau alergi terhadap sesuatu hal (misalnya obat, makanan, dan lain-lain) tidak akan terdeteksi, pasien juga harus melakukan pemeriksaan kesehatan yang dulu sudah pernah dilakukan. Resume medis merupakan salah satu syarat berkas klaim BPJS. Informasi medis yang ada di dalam formulir tersebut digunakan sebagai dasar ketika petugas rekam medis melakukan *input* data pasien ke dalam *software* INA-CBGs serta digunakan pula oleh pihak verifikator untuk melakukan pencocokan antara diagnosa/tindakan yang telah diinput oleh petugas rekam medis dengan diagnosa/tindakan yang tertulis dalam formulir resume medis. Apabila kedua informasi tersebut tidak sama, maka berkas pasien BPJS tidak dapat diklaim.

17. Kelengkapan Pengisian Autentifikasi

Pengisian data autentifikasi yang tidak lengkap lebih banyak pada nama dokter, sebanyak 28 berkas rekam medis (18,42%). Kedua item data autentifikasi seluruhnya dijumpai pengisian yang tidak lengkap. Nama dan tanda tangan dokter sangat penting untuk mengetahui siapa dokter yang melakukan pemeriksaan serta pertanggungjawaban dari dokter. Apabila nama dan tanda tangan dokter tidak diisi maka dapat berakibat tidak diketahuinya siapa dokter yang melakukan pemeriksaan serta tidak bisa minta pertanggungjawaban dari dokter tersebut. Terutama jika suatu saat ada permasalahan hukum, maka akan menimbulkan permasalahan yang serius.

18. Ketepatan Pendokumentasian yang benar

Pendokumentasian yang salah terbanyak pada pembetulan kesalahan sebanyak 6 formulir. Ketiga item pendokumentasian yang benar seluruhnya dijumpai pengisian yang salah.

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

Apabila terjadi kesalahan pencatatan dalam berkas rekam medis tidak dibenarkan untuk melakukan penghapusan dengan cara apapun. Untuk mengkoreksinya adalah dengan cara bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih bisa terbaca, kemudian diberi catatan disampingnya bahwa catatan tersebut salah. Pernyataan ini diperkuat dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.749a/MENKES/PER/XII/1989 pasal 6 yang berbunyi :

- a. Pembetulan kesalahan catatan dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan.
 - b. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan.
19. Ketidaklengkapan Pengisian Setiap Formulir RMK
- a. Berdasarkan jumlah item yang tidak diisi, yang paling banyak adalah tujuh item, dijumpai hanya pada satu formulir RMK.
 - b. Berdasarkan jumlah formulir RMK yang pengisian item tidak lengkap paling banyak adalah pada dua item, dijumpai sebanyak 32 formulir RMK.
 - c. Rata-rata jumlah item yang diisi tidak lengkap adalah

$$\frac{609}{95} = 6,41$$
 - d. Jumlah item yang harus diisi adalah 35 item
 - (1) Item yang terisi lengkap adalah 20 item (57,14%).
 - (2) Item yang terisi tidak lengkap adalah 15 item (42,86%)
 Dengan melihat data ini, hampir setengah jumlah item yang dijumpai tidak terisi lengkap.

20. Ketidaklengkapan Pengisian Formulir RMK

Ketidaklengkapan pengisian formulir RMK yang paling banyak adalah perihal autentifikasi sebanyak rata-rata 13,82%. Hasil penelitian ini sesuai dengan Halid (2016) yang menunjukkan pengisian formulir RMK di RS Bhayangkara Mataram masih belum lengkap.

Menurut Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyatakan bahwa dikatakan lengkap jika

kelengkapan pengisian mencapai 100%. Kelengkapan dokumen rekam medis merupakan hal yang sangat penting karena berpengaruh terhadap proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas medis dan memengaruhi keseluruhan kualitas dari pelayanan suatu rumah sakit (Indar dkk, 2012). Dokumen yang tidak lengkap akan menghambat pelaksanaan kinerja petugas rekam medis dan dapat menjadi beban petugas dalam pengolahan data (Hastuti, 2009). Karena data yang diperoleh tidak lengkap sehingga memengaruhi informasi yang disampaikan dan menyebabkan keterlambatan dalam pembuatan laporan yang dikerjakan oleh petugas bagi kepentingan rumah sakit menjadi tidak tersaji tepat waktu apabila digunakan dalam pengambilan keputusan bagi pihak manajemen. Bagi pasien apabila dokumen rekam medik digunakan dalam pengobatan selanjutnya (berobat ulang), maka informasi riwayat medis dari dokumen rekam medis tersebut tidak berkesinambungan, karena masih belum lengkap sesuai dengan batas waktunya (Erfavira dan Kirana, 2012).