

ANALISIS KELENGKAPAN REKAM MEDIS ELEKTRONIK PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU BLITAR

Radiant Sukma Wiardani, Claretta¹, Ali Hanafiah²

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Malang (STIA)
Program Studi Diploma III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Radiant Sukma Wiardani, Claretta
Email: cla.radiant2405@gmail.com

ABSTRACT

Digital transformation in healthcare requires healthcare facilities to implement Electronic Medical Records (EMR) based on Permenkes No. 24 of 2022. The completeness of EMR documentation is a crucial indicator in measuring the quality of healthcare and the continuity of inpatient care in accordance with STARKES 2024 accreditation standards (MRMIK 7). However, in practice, incomplete clinical documentation is still frequently found, particularly in the medical resume sheets. Objective: This study aims to analyze the completeness level of EMR documentation for inpatients and identify the factors causing incompleteness at Budi Rahayu Catholic Hospital, Blitar during the first quarter of 2026. Methods: This research is a descriptive study with a quantitative approach. Out of a population of 635 inpatients during the January–March 2026 period, the sample size was determined using the Slovin formula with a 10% margin of error, resulting in 86 EMR documents analyzed retrospectively. Data collection techniques included observation (checklist sheets), in-depth interviews with nursing supervisors and medical record officers, as well as documentation. Data analysis used descriptive statistics of percentages grounded in Donabedian's quality theory (Structure, Process, Outcome). Results: The overall completeness rate of inpatient EMR documentation reached an average of 99.48%. Out of the nine main components examined, Patient Identity, Anamnesis, Diagnosis, Diagnostic Tests, Medical Interventions, Treatment/Therapy, Integrated Patient Progress Notes (CPPT), and Healthcare Professional Authentication successfully achieved an optimal completeness level of 100%. However, a 5% incompleteness rate (4 out of 86 samples) was found in the Inpatient Medical Resume component, which indicates that it has not yet met the hospital's Minimum Service Standards (SPM) requiring 100% completeness. Discussion & Causes: Reviewed from Donabedian's theory, the incompleteness in the process aspect (document filling) was triggered by structural constraints on the attending physician's (DPJP) resources. The main factors causing incomplete medical resumes included: (1) patients discharged against medical advice (APS) prior to the physician's scheduled visit, (2) sudden patient death when the physician was not present in the ward, and (3) high workload combined with limited physician visitation time due to fluctuating and dense patient volumes. Conclusion & Suggestions: EMR documentation for inpatients at Budi Rahayu Catholic Hospital Blitar is remarkably good but has not fully achieved the absolute 100% target on the medical resume component. It is recommended that the hospital management develop an automated pop-up notification or alert feature within the hospital information system (SIMRS) when a patient is planned for discharge, establish a specific EMR workflow guideline (SOP) for APS/death cases, and optimize the role of nurses as verbal reminders to promote real-time documentation compliance among physicians.

Keywords: *Electronic Medical Record, Completeness, Inpatient, Medical Resume, Donabedian.*

ABSTRAK

Transformasi digital di bidang kesehatan mewajibkan fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan Rekam Medis Elektronik (RME) berdasarkan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022. Kelengkapan pengisian RME merupakan indikator krusial dalam mengukur mutu pelayanan kesehatan dan kesinambungan asuhan pasien rawat inap sesuai dengan standar akreditasi STARKES 2024 (MRMIK 7). Namun, dalam pelaksanaannya di lapangan masih sering ditemukan ketidaklengkapan dokumen klinis, khususnya pada lembar resume medis. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis tingkat kelengkapan pengisian dokumen RME pasien rawat inap dan mengidentifikasi faktor-faktor penyebab ketidaklengkapannya di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar pada triwulan I tahun 2026. Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Berdasarkan populasi sebanyak 635 pasien rawat inap periode Januari–Maret 2026, sampel dihitung menggunakan rumus Slovin dengan toleransi kesalahan 10%, sehingga diperoleh sampel sebanyak 86 dokumen RME yang dianalisis secara retrospektif. Teknik pengumpulan data menggunakan observasi (lembar *checklist*), wawancara mendalam bersama supervisor keperawatan dan petugas rekam medis serta dokumentasi. Analisis data menggunakan statistik deskriptif persentase dengan landasan teori mutu Donabedian (Struktur, Proses, Hasil). Hasil: Tingkat kelengkapan pengisian RME pasien rawat inap secara keseluruhan mencapai rata-rata 99,48%. Sembilan komponen utama yang diteliti menunjukkan bahwa aspek Identitas, Anamnesa, Diagnosis, Pemeriksaan Penunjang, Tindakan Medis, Terapi Pengobatan, CPPT, dan Autentifikasi PPA telah mencapai tingkat kelengkapan optimal sebesar 100%. Namun, ditemukan ketidaklengkapan sebesar 5% (4 berkas dari 86 sampel) pada komponen Resume Medis Rawat Inap, sehingga belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit yang mensyaratkan kelengkapan 100%. Pembahasan & Penyebab: Ditinjau dari teori Donabedian, ketidaklengkapan pada aspek proses (pengisian dokumen) dipicu oleh hambatan struktur pada sumber daya Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Faktor utama penyebab ketidaklengkapan resume medis meliputi: (1) pasien pulang Atas Kemauan Sendiri (APS) sebelum jam visite dokter, (2) pasien meninggal dunia secara mendadak saat DPJP tidak di tempat, dan (3) tingginya beban kerja serta keterbatasan waktu visite DPJP di ruangan akibat fluktuasi jumlah pasien yang padat. Kesimpulan & Saran: Pengisian RME rawat inap di RS Katolik Budi Rahayu Blitar sudah sangat baik namun belum mencapai target mutlak 100% pada komponen resume medis. Disarankan kepada manajemen rumah sakit untuk mengembangkan fitur *pop-up notification* atau *alert automatic* pada SIMRS ketika pasien direncanakan pulang, menyusun SOP alur pengisian RME khusus untuk kasus APS/meninggal, serta mengoptimalkan peran perawat sebagai *reminder* verbal kepatuhan dokumentasi *real-time* kepada DPJP.

Kata Kunci: Rekam Medis Elektronik, Kelengkapan, Rawat Inap, Resume Medis, Donabedian.

1. PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar yang menentukan kualitas hidup manusia. Berdasarkan standar WHO dan regulasi nasional, rumah sakit wajib menyelenggarakan pelayanan paripurna yang bermutu, aman, dan berkesinambungan.

Transformasi digital melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 24 Tahun 2022 mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan bermigrasi dari rekam medis konvensional ke Rekam Medis Elektronik (RME) guna mendukung integrasi data kesehatan nasional. RME bukan sekadar

alat administrasi, melainkan instrumen komunikasi multidisiplin (dokter, perawat, apoteker, ahli gizi), dasar pembiayaan, bahan evaluasi mutu, serta bukti hukum yang sah. Pada pelayanan rawat inap yang bersifat intensif, pencatatan seluruh komponen klinis (identitas, anamnesa, diagnosis, terapi, CPPT, hingga autentifikasi PPA) secara lengkap dan tepat waktu menjadi mutlak demi menjamin kontinuitas perawatan pasien. Kendati memiliki banyak keunggulan, implementasi RME di lapangan masih kerap menghadapi masalah ketidaklengkapan pengisian. Pola ini dipicu oleh faktor manusia (beban kerja tinggi, disiplin, kurangnya pemahaman) maupun faktor sistemik (kendala jaringan, keterbatasan pelatihan, dan performa aplikasi). Ketidaklengkapan data medis berisiko menurunkan mutu pelayanan, menghambat proses klinis, memicu kesalahan pengambilan keputusan medis, serta memunculkan konsekuensi sengketa hukum bagi pihak rumah sakit. Berdasarkan fenomena di atas, diperlukan evaluasi berkala guna mengukur kepatuhan tenaga kesehatan dan efektivitas sistem. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis kelengkapan pengisian rekam medis elektronik pasien rawat inap di RS Katolik Budi Rahayu Blitar.

2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Terdahulu

Berdasarkan tiga penelitian terdahulu yang dirujuk, ditemukan pola bahwa tingkat kelengkapan pengisian Rekam Medis Elektronik (RME) di berbagai rumah sakit masih belum optimal (belum mencapai 100%). Temuan Ketidaklengkapan: Umumnya terjadi pada komponen CPPT rawat inap, skrining gizi/nutrisi, autentikasi, serta resume medis. Faktor Penyebab: Beban kerja tenaga kesehatan/dokter yang tinggi, sistem RME yang masih dalam masa transisi, kurangnya sosialisasi, serta belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang baku. Solusi yang Disarankan: Pembuatan SOP yang jelas serta pemanfaatan media monitoring digital (seperti *Google Spreadsheet* dan *WhatsApp*).

2.2 Konsep Kesehatan dan Rumah Sakit **Pengertian Kesehatan:**

Berdasarkan UU RI No. 17 Tahun 2023, kesehatan merupakan keadaan sehat secara jasmani, rohani, dan sosial yang memungkinkan individu hidup produktif. Tren 2026 menekankan orientasi *patient-centered care* (keterlibatan aktif pasien dalam keputusan klinis). Fungsi Rumah Sakit: Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan paripurna (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif). Rumah sakit berkewajiban menyelenggarakan pelayanan yang bermutu, aman, non-diskriminatif, dan wajib menyelenggarakan rekam medis sebagai basis kontinuitas pelayanan dan bukti hukum. Regulasi dan Aspek Hukum

RME Penyelenggaraan RME di Indonesia bersifat wajib dan diatur secara ketat melalui beberapa regulasi, di antaranya: PMK No. 24 Tahun 2022: Mewajibkan transformasi digital rekam medis dengan prinsip keamanan, kerahasiaan, serta kemampuan interoperabilitas dan kompatibilitas (terintegrasi dengan platform SATUSEHAT milik Kemenkes).

2.3 Aspek Hukum & Keamanan

(PP No. 71/2019 & UU ITE) Sistem elektronik wajib menjamin ketersediaan, keutuhan, keotentikan, kerahasiaan, dan keteraksesan data. Perlindungan Data: Rumah sakit bertanggung jawab mencegah kehilangan data (melalui kontrak komersial, *backup*, dan prosedur pemulihan) serta mencegah penyalahgunaan data (melalui pembatasan akses, penggunaan kata sandi unik/biometrik, dan *audit trail*).

2.3 Akreditasi (STARKES 2024) & Mutu Pelayanan

Berdasarkan instrumen akreditasi STARKES 2024 (Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan / MRMIK): Standar MRMIK 7 & 8: Menuntut RME memuat informasi yang memadai untuk identifikasi pasien, mendukung diagnosis, dan justifikasi pengobatan. Setiap *entry* data wajib mencantumkan identitas Profesional Pemberi Asuhan (PPA) beserta tanggal dan waktu yang jelas, serta memiliki prosedur koreksi kesalahan yang terpantau. Teori Mutu Donabedian (1988): Mutu pelayanan

rawat inap dievaluasi melalui tiga unsur: Struktur: Ketersediaan SDM, komputer, jaringan internet, aplikasi RME, dan SOP. Proses: Kegiatan pengisian, pendokumentasian, dan pengelolaan informasi klinis. Hasil (*Outcome*): Keakuratan data, keselamatan pasien, dan kepuasan pelayanan.

2.4 Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis & SOP

Untuk menjaga mutu rekam medis, dilakukan dua metode analisis berdasarkan teori Huffman (1994): Analisis Kuantitatif: Menelaah jumlah lembar/komponen RME, kelengkapan data sosial (demografi), bukti rekaman, keabsahan hukum (autentikasi PPA), dan tata cara pencatatan administratif (waktu dan koreksi). Analisis Kualitatif: Menilai mutu dan konsistensi isi rekam medis, yang dibagi menjadi Analisis Kualitatif Administratif (AKLA) (kejelasan masalah, informed consent, singkatan baku) dan Analisis Kualitatif Medis (AKMed) (kualitas pelayanan medis berdasarkan kelengkapan informasi). Kesimpulan Alur Pemikiran: Penelitian ini menggunakan kerangka berpikir deskriptif eksplorasi (Arikunto, 2010) untuk memetakan kondisi faktual di lapangan—mulai dari ketersediaan struktur/SOP, proses pengisian RME oleh PPA, hingga evaluasi kesesuaiannya dengan standar akreditasi MRMIK guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan ini menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif. Menurut Notoatmodjo (2005), penelitian deskriptif yaitu metode penelitian yang bertujuan menggambarkan atau menjelaskan suatu keadaan maupun fenomena secara objektif sesuai kondisi yang terjadi di lapangan.

Pendekatan kuantitatif adalah metode penelitian yang memiliki dasar / pada filsafat positivisme dan digunakan untuk meneliti populasi atau sampel tertentu. Pada saat mengumpulkan data ini dilakukan dengan instrumen penelitian, sedangkan analisis data dilakukan dengan statistik atau numerik untuk menguji hipotesis yang telah ditentukan (Sugiyono, 2017).

3.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Lokasi pada penelitian ini di RS Katolik Budi Rahayu yang beralamat di Jl. A. Yani no. 18 Blitar. Sedangkan untuk pengambilan data dilakukan di unit rekam medis. Peneliti mengambil penelitian di RSK Budi Rahayu karena didasari oleh pengamatan pada saat melakukan PKL pada bulan Januari-Februari 2026 dan menemukan masih adanya bagian dari rekam medis elektronik yang kurang lengkap dalam pengisianya. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni tahun 2026.

3.3 Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan kelompok atau objek yang memiliki karakteristik tertentu. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap di RS Katolik Budi Rahayu Blitar pada bulan Januari-Maret 2026 yang berjumlah 635 pasien dan akan diambil sampel menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan 10% sehingga didapatkan jumlah sampel sebanyak 86 rekam medis.

3.4 Variabel dan Pengukuran

Penelitian ini menganalisa variabel kelengkapan berkas rekam medis elektronik rawat inap periode triwulan I (bulan Januari, Februari, Maret) tahun 2026. Variabel tunggal yang diteliti adalah Kelengkapan Berkas RME Rawat Inap, yang diukur menggunakan lembar observasi/checklist dengan skala Nominal (Lengkap / Tidak Lengkap). Variabel ini dijabarkan ke dalam 9 indikator klinis dan administratif:

Identitas Pasien, Anamnesis, Diagnosis, Pemeriksaan Penunjang, Tindakan Medis, Terapi/Pengobatan, CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi), Autentifikasi Nakes, Resume Medis

3.5 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini meliputi beberapa teknik, yaitu observasi, wawancara, dan dokumentasi.

1. Observasi

Menurut Sugiyono (2017) menunjuk pada pendapat Hadi, observasi merupakan suatu kegiatan yang cukup kompleks karena

melibatkan proses biologis dan psikologis, khususnya kemampuan mengamati dan mengingat. Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengamatan secara langsung terhadap objek yang diteliti untuk memperoleh data yang dibutuhkan. Pengumpulan data dilakukan menggunakan lembar checklist berdasarkan variabel yang diteliti.

2. Wawancara (Interview)

Esterberg dalam Sugiyono (2017) menjelaskan bahwa wawancara adalah suatu proses percakapan diantara dua subyek untuk dapat bertukar informasi dan pikiran melalui pertanyaan serta jawaban agar diperoleh pemahaman tentang topik tertentu. Pada penelitian ini, wawancara dilakukan secara langsung kepada petugas rekam medis, bagian keperawatan, dan petugas EDP yang berkaitan dengan penelitian.

3. Dokumentasi

Menurut Sugiyono (2017), dokumentasi merupakan catatan atas suatu peristiwa yang telah terjadi dan dapat berupa tulisan, gambar, maupun hasil karya tertentu. Dokumen tertulis dapat berupa autobiografi, catatan harian, kebijakan, atau peraturan, sedangkan dokumen visual dapat berbentuk foto, sketsa, dan bentuk gambar lainnya. Pada penelitian ini, teknik dokumentasi dilakukan dengan mempelajari serta mencatat data yang tersedia di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu sebagai data pendukung penelitian.

3.6 Metode Penelitian Data

Penelitian saat ini, penulis menggunakan analisis statistik deskriptif karena catatan yang diteliti berasal dari populasi tertentu. Sugiyono (2017) menjelaskan bahwa statistik deskriptif menggunakan cara analisis data dengan teknik menggambarkan atau mendeskripsikan fakta yang telah terkumpul tanpa membuat generalisasi secara luas.

Populasi diartikan sebagai wilayah kumpulan yang berisi objek atau subjek dengan ciri tertentu yang telah ditentukan peneliti untuk dipelajari dan diambil kesimpulannya (Sugiyono, 2017).

Dalam statistik deskriptif, penyajian data penelitian dapat dilakukan melalui berbagai bentuk, presentase, grafik, diagram, seperti tabel, nilai rata-rata, mean, modus, median, standar deviasi, desil, serta persentil sehingga data lebih mudah dipahami dan mengerti (Sugiyono, 2017). Dalam menentukan persentase kelengkapan berkas rekam medis, penulis menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Presentase} = \frac{\sum \text{RME Lengkap}}{\sum \text{RME Keseluruhan}} \times 100\%$$

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penghitungan Rekam Medis Elektronik di RS Katolik Budi Rahayu Blitar.

Setiap pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu wajib didokumentasikan dalam Rekam Medis Elektronik sesuai ketentuan peraturan

perundang-undangan. Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu wajib membuat dan mengisi Rekam Medis Elektronik bagi setiap pasien yang menerima pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Pengisian Rekam Medis Elektronik dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang, meliputi profesional pemberi asuhan (PPA). Setiap tenaga kesehatan bertanggung jawab atas kebenaran, kelengkapan, kejelasan, dan ketepatan waktu pencatatan pelayanan yang dilakukannya. Setiap pasien yang keluar Rawat Inap dibuatkan Ringkasan perawatan (resume medis). Dalam hal Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) berhalangan, pencatatan dilakukan oleh dokter pengganti atau dokter yang ditunjuk sesuai ketentuan Rumah Sakit. Dalam hal pengisian Rekam Medis Elektronik ada ketentuan yang harus diperhatikan seperti : Yang berhak mengisi Rekam Medis adalah Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan tenaga kesehatan lain sesuai kewenangan dan kompetensinya, antara lain Dokter, Dokter Gigi, Dokter Spesialis, Apoteker, Tenaga Laboratorium, Perawat, Bidan, Ahli Gizi, Fisioterapis, Anestesi, Radiografer, dan Perekam Medis. Rekam Medis harus diisi secara lengkap, jelas, benar, dan segera setelah pasien menerima pelayanan. Seluruh hasil pemeriksaan penunjang wajib dicantumkan atau dilampirkan dalam Rekam Medis sesuai ketentuan yang berlaku. Setiap PPA atau tenaga kesehatan yang memberikan

pelayanan kepada pasien wajib mencatat seluruh hasil pelayanan yang diberikan pada Rekam Medis Elektronik yang telah ditetapkan, dilengkapi dengan tanggal, waktu, nama jelas, dan tanda tangan atau identitas elektronik. Pengisian Rekam Medis tidak diperkenankan dilakukan secara retrospektif (backdate) tanpa mencantumkan waktu pencatatan yang sebenarnya. Pencatatan pelayanan dilaksanakan melalui sistem Rekam Medis Elektronik yang tersimpan dalam database Rumah Sakit. Dalam kondisi tertentu apabila sistem tidak dapat diakses, pencatatan sementara dapat dilakukan secara manual sesuai prosedur yang berlaku dan selanjutnya dimasukkan kembali ke dalam sistem. Dalam sistem Rekam Medis Elektronik, setiap koreksi atau perubahan data tercatat dalam sistem sesuai SPO yang berlaku dan dapat ditelusuri kembali. Rekam Medis yang belum lengkap wajib dilengkapi oleh PPA atau tenaga kesehatan yang bersangkutan sesuai batas waktu yang telah ditetapkan. Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar telah menerapkan Rekam Medis Elektronik sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 dan harus lengkap pengisiannya dalam jangka waktu 1x24 Jam. Tentu saja dalam pelaksanaannya masih saja ada data yang belum ada atau terisi dengan lengkap. Maka dari itu penulis meneliti bagian mana saja yang belum lengkap dalam suatu rekam medis pasien sampai dengan pasien pulang.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan data rekam medis elektronik pasien dari bulan Januari 2026 - Maret 2026. Berdasarkan data populasi sebanyak 635 pasien rawat inap periode Januari – Maret 2026, penentuan jumlah sampel dihitung menggunakan Rumus Slovin dengan tingkat toleransi kesalahan ($e = 10\%$ atau 0,10). Sampel rekam medis elektronik yang dianalisis secara retrospektif. Pada perhitungan sampel tersebut, penulis menggunakan 86 sampel rekam medis elektronik. Dari pemeriksaan sampel diatas didapatkan 4 rekam medis elektronik tidak lengkap untuk pengisian resume medis rawat inapnya.

Tabel 1. Analisa presentase pengisian resume medis elektronik rawat inap

N O	KOMPONEN ANALISIS	LENGKAP		TIDAK LENGKAP	
		JUMLA H	%	JUML AH	%
1	IDENTITAS	86	100%	0	0%
2	ANAMNESA	86	100%	0	0%
3	DIAGNOSIS	86	100%	0	0%
4	PEMERIKSAAN PENUNJANG	86	100%	0	0%
5	TINDAKAN MEDIS	86	100%	0	0%
6	TERAPI PENGOBATAN	86	100%	0	0%
7	CPPT	86	100%	0	0%
8	AUTENTIFIKASI	86	100%	0	0%
9	RESUME MEDIS	82	95%	4	5%
JUMLAH		770	895%	4	5%
RATA-RATA		85,56	99,48 %	0,44	0,52 %

Berdasarkan Tabel 3 diatas dapat diketahui bahwa pengisian rekam medis elektronik

pasien rawat inap di RS Katolik Budi Rahayu Blitar cukup lengkap, tetapi pada pengisian resume medis rawat inap terdapat 5% rekam medis yang belum dibuatkan resume medisnya.

4.2 Penyebab Ketidaklengkapan Rekam Medis Elektronik Pasien Rawat Inap

Berdasarkan data dari tabel 3 terdapat rekam medis elektronik yang belum memenuhi standar 100%. Oleh karena adanya data rekam medis elektronik yang belum lengkap yaitu resume medis, maka penulis menelusuri dengan melakukan wawancara tentang penyebab ketidak lengkapan resume medis rawat inap dengan Kasie Asuhan Keperawatan RS Katolik Budi Rahayu Blitar . Hal ini disebabkan karena pasien pulang atas permintaan sendiri, pasien meninggal, dan karena waktu visite yang singkat sehingga dokter belum sempat mengisi resume medis rawat inapnya. Selain dengan bagian keperawatan, penulis juga melakukan wawancara dengan Kepala Instalasi Rekam Medis RS Katolik Budi Rahayu Blitar. Topik yang kami bahas adalah apa penyebab dari masih belum terisinya rekam medis elektronik yang seharusnya sudah diisi lengkap paling lama 2x24 jam. Resume Medis yang belum terisi sudah dikoordinasikan dengan bagian keperawatan agar mengingatkan dokter DPJP untuk segera mengisi. Tetapi dokter belum bisa mengisi karena waktu visite terbatas dan pasien yang harus di visite banyak.

4.3 Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis kuantitatif terintegrasi (Hatta, 2009), tingkat kelengkapan administrasi dan klinis pada SIMRS RS Katolik Budi Rahayu Blitar secara umum sangat tinggi, yakni mencapai 99,48%. Komponen vital seperti identitas, anamnesa, diagnosis, hingga bukti autentikasi PPA telah menyentuh angka 100%. Validasi sistem RME di rumah sakit ini berjalan baik karena memaksa pengisian riwayat klinis dan data demografis secara mutakhir (real-time). Namun, pada komponen Resume Medis Rawat Inap, tingkat kelengkapan hanya mencapai 95% (82 berkas) dan ditemukan 5% (4 berkas) tidak lengkap/belum terisi. Temuan ini menunjukkan bahwa penyelenggaraan RME di RS Katolik Budi Rahayu Blitar belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rekam Medis sebesar 100% serta bertentangan dengan standar akreditasi STARKES 2024 (MRMIK 7) yang mewajibkan ketersediaan resume medis guna menjamin kesinambungan pelayanan medis. Meninjau dari sudut pandang kualitas pelayanan kesehatan oleh Donabedian (1988), mutu pengisian rekam medis dipengaruhi oleh interaksi tiga unsur utama: Struktur, Proses, dan Hasil. Ketidaklengkapan 5% pada resume medis di lapangan merupakan kegagalan pada aspek Proses akibat hambatan pada aspek Struktur (sumber daya manusia/DPJP). Berdasarkan

hasil wawancara dengan supervisor keperawatan, faktor penyebab tidak diisinya resume medis oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) meliputi:

Pasien Pulang Atas Kemauan Sendiri (APS) yaitu pasien menghendaki pulang sebelum DPJP melakukan visite terjadwal ke ruangan, sehingga administrasi pemulangan mendahului pengisian lembar resume medis. Pasien Meninggal Dunia: Ketika terjadi kondisi meninggal di ruangan saat DPJP tidak berada di tempat, penulisan resume medis sering kali tertunda. Keterbatasan Waktu Visite & Beban Kerja Tinggi karena jumlah pasien rawat inap yang fluktuatif dan padat, ditambah durasi edukasi klinis yang mendalam bagi pasien/keluarga, menghabiskan alokasi waktu dokter di ruangan, sehingga pengisian dokumen akhir terlewat dari batas waktu maksimal 1x24 jam. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu oleh Analisa kuantitatif kelengkapan pengisian RME di Rumah Sakit X Banyuwangi yang menyebutkan bahwa tingginya beban kerja tenaga kesehatan menjadi pemicu utama ketidaklengkapan dokumen medis.

4.4 Upaya Mengatasi Ketidaklengkapan Rekam Medis Elektronik di RS Katolik Budi Rahayu Blitar

Mengacu pada teori manajemen risiko berkas medis oleh Huffman (1994) serta instrumen MRMIK 8 terkait pemantauan berkala, pihak internal RS Katolik Budi Rahayu Blitar

berkolaborasi lintas unit untuk menekan angka ketidaklengkapan melalui upaya-upaya taktis berikut: □

Optimalisasi Peran Perawat sebagai Pengingat (Reminder): Perawat ruangan secara aktif memonitor daftar pasien yang direncanakan pulang (discharge planning) dan langsung berkoordinasi secara verbal maupun melalui sistem kepada DPJP untuk segera melengkapi resume medis pada hari yang sama. □

Notifikasi Penundaan: Perawat membantu mencatat daftar lembar resume yang belum lengkap dari hari sebelumnya untuk disodorkan sebagai prioritas saat dokter melakukan *visite* berikutnya. □

Mekanisme Kontrol Retrospektif oleh Unit Rekam Medis: Petugas assembling di unit rekam medis melakukan audit berkala terhadap berkas post-discharge. Jika dalam kurun waktu 2x24 jam lembar resume medis elektronik belum dilengkapi, petugas akan menerbitkan nota penataan/catatan resmi tertulis kepada DPJP yang bersangkutan demi menjaga kepatuhan hukum sesuai PMK No. 24 Tahun 2022.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Kelengkapan RME: Tingkat kelengkapan pengisian RME pasien rawat inap di RS Katolik Budi Rahayu Blitar periode Januari–Maret 2026 secara umum sangat baik, mencapai rata-rata 99,48%. Delapan dari

sembilan komponen utama telah memenuhi target 100%.

2. Titik Ketidaklengkapan: Masih ditemukan ketidaklengkapan sebesar 5% (4 dari 86 sampel) yang berfokus pada komponen Resume Medis Rawat Inap, sehingga belum memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan standar akreditasi STARKES 2024 (MRMIK 7).

3. Faktor Penyebab: Hambatan pengisian resume medis oleh DPJP dipicu oleh: Pasien pulang Atas Kemauan Sendiri (APS) mendahului jadwal *visite*. Pasien meninggal dunia saat DPJP tidak berada di tempat. Keterbatasan waktu akibat tingginya beban kerja dan volume pasien.

5.2 Saran

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit: Mengembangkan fitur *pop-up notification* atau *alert* otomatis pada SIMRS untuk pasien "Rencana Pulang", serta menyusun SOP khusus pengisian RME pada kasus pasien APS/meninggal (misalnya melalui pendelegasian draf awal kepada dokter jaga/ruangan).

2. Bagi PPA (Khususnya DPJP): Meningkatkan kepatuhan dokumentasi secara *real-time* di sela waktu *visite* sebelum pasien keluar guna mencegah penumpukan berkas. Bagi Instalasi Rekam Medis: Mempertahankan konsistensi audit retrospektif melalui fungsi *assembling* dan menyalurkan laporan performa kepatuhan

secara berkala kepada Komite Medik sebagai bahan evaluasi.

6. DAFTAR PUSTAKA

Atmoko, T. (2011). Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Bandung: Unpad Press.

Arikunto, S. (2010). Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik (Ed. rev. XIV). Rineka Cipta.

Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. (2006). Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi III. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. (1991). Petunjuk teknis penyelenggaraan rekam medis rumah sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association (JAMA)*

Dr. Rano indradi S., M. (2020). Rekam Medis Edisi 3. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.

Effendy, F. (2015). Manajemen Informasi Kesehatan dan Rekam Medis. Yogyakarta: Deepublish.

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*.

Hatta, Gemala R. 2009. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press)

Indonesia. (2023). Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Kemenkes RI. (2023). Menkes Budi Tekankan Konsep Kesehatan yang Benar Adalah Mencegah Orang Sakit. [Kemkes.go.id](https://kemkes.go.id)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/312/2020 tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Notoatmodjo, S. (2010). Etika dan Hukum Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2012). Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis RS
Katolik Budi Rahayu Blitar Tahun 2026

developing countries. Manila: WHO
Regional Office for the Western
Pacific

RI, K. K. (2006). Pedoman Penyelenggaraan
Rekam Medis di Rumah Sakit.
Jakarta: Depkes RI.

Republik Indonesia. (2009). Undang-
Undang Nomor 36 Tahun 2009
tentang Kesehatan.

Republik Indonesia. (2009). Undang-
Undang Nomor 44 Tahun 2009
tentang Rumah Sakit.

Rustiyanto, E. (2009). Etika Profesi Perekam
Medis dan Informasi Kesehatan.
Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sugiyono, Prof. Dr. 2017. Metode Penelitian
Kuantitatif Kualitatif dan R&D.
Bandung: Alfabeta

Suhairi, A. Y., Ikawati, F. R., Ansyori, A., &
Maisaroh, F. S. (2025). Monitoring
kelengkapan pengisian rekam medis
elektronik rawat inap melalui Google
Spreadsheet dan WhatsApp di
Rumah Sakit Siti Miriam Lawang.
Jurnal Kesehatan Tambusai.

Suriawan, I. G. A. H., Devhy, N. L. P., &
Aditya, M. W. (2025). Gambaran
penerapan dan kelengkapan
pengisian rekam medis elektronik
rawat jalan di Rumah Sakit TK. II
Udayana Denpasar. Jurnal Ilmiah
Perekam dan Informasi Kesehatan
Imelda.

Veronica, R. R., et al. (2024). Gambaran
kelengkapan rekam medis elektronik
di RSUP Kandou. e-GiGi.

World Health Organization (WHO). (2024).
Definisi Sehat menurut WHO:
Perspektif Global tentang
Kesejahteraan. RRI.co.id

World Health Organization. (2006).
Electronic health records: Manual for