

## HASIL PENELITIAN

# Jenis Informasi yang Dapat Diperoleh dan Rekam Medik di Beberapa Rumahsakit Umum Pemerintah

Data retrospektif 1988/1989 dan 1992/1993

**Retno Gitawati, Nani Sukasediati, Ondri D. Sampurno, Puji Lastari**

*Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
Departemen Kesehatan RI, Jakarta*

## ABSTRAK

Rekam Medik (RM) mencatat semua hal yang berhubungan dengan perjalanan penyakit penderita dan terapinya selama dalam perawatan di unit pelayanan kesehatan. Karenanya, RM dapat menjadi sumber informasi, baik bagi kepentingan penderita, maupun pihak pelayanan kesehatan, sebagai bahan pertimbangan untuk mengambil tindakan medik atau menentukan kebijakan tatalaksana/pengelolaan.

Dari dua penelitian yang telah dilakukan akan diungkapkan kelengkapan RM dan jenis informasi apa saja yang dapat diperoleh dan RM pada beberapa rumahsakit umum (RSU) pemerintah. Sebagai sampel adalah RM rawat jalan dan 6 RSU pemerintah tipe B dan C sebanyak 494 RM pada pengumpulan data 1988/1989 (= RMRJ '88) dan RM rawat jalan dan rawat inap dan 2 RSU tipe B dan C yang lain, masing-masing sebanyak 470 RM dan 304 RM, pada pengumpulan data 1992/1993 (= RMRJ '92 dan RMRI '92). Pengambilan sampel semula direncanakan secara acak sistematis pada bulan yang telah ditentukan, namun sebagian besar diperoleh secara sensus pada bulan yang bersangkutan karena jumlah RM tidak mencukupi.

Beberapa informasi yang seharusnya tertera pada rekam medik seperti data demografi, anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis, regimen dosis, hasil pemeriksaan penunjang medik/diagnostik, lama rawat, nama dan paraf dokter yang merawat, pada beberapa RM tidak semua terekam. Dari kajian terhadap sampel ditemukan adanya RMRJ '88 dan RMRJ '92 yang tidak merekam data diagnosis berturut-turut sebesar 36,6% dan 5,1%. Data regimen dosis (jangka waktu pemberian obat, jumlah obat, aturan pakai obat) tidak terekam sama sekali pada RMRJ '88. Data regimen dosis terekam tidak lengkap pada RMRJ '92; sekitar 97% RMRJ '92 merekam aturan pakai obat, dan sekitar 9,5% juga mencatat jangka waktu pemberian obat dan jumlah obat yang dipreskripsi. Sedangkan rekam medik rawat inap RMRI '92, umumnya merekam informasi tersebut lebih lengkap, kecuali data riwayat penyakit sebelumnya, hanya tercatat sebesar 3,6%.

Pada pengumpulan data 1988/1989 dilakukan kuantifikasi terhadap informasi RMRJ '88 dengan memberi prosentase pada tiap rubrik informasi yang terekam, untuk mengetahui sejauh mana RM mempunyai "nilai informatif" untuk dapat digunakan sebagai sumber informasi. Nilai informatif RMRJ '88 berkisar antara 60-70%. Pada RMRJ '92 tidak dilakukan kuantifikasi.

## PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan pada penderita yang datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, rumahsakit umum

dan lain-lain) tidak lagi ditangani oleh satu orang saja; karenanya dibutuhkan sarana komunikasi. Di samping itu mutu pelayanan kesehatan perlu ditingkatkan dan waktu ke waktu.

Kegiatan ini membutuhkan informasi dan pengalaman sebelumnya, yang diolah secara sistematis menjadi hasil yang dapat dipercaya. Untuk itu diperlukan sumber informasi yang memadai.

Rekam medik (RM) merupakan salah satu sumber informasi sekaligus sarana komunikasi yang dibutuhkan baik oleh penderita, maupun pemberi pelayanan kesehatan dan pihak-pihak terkait lain (klinisi, manajemen RSUD, asuransi dan sebagainya), untuk pertimbangan dalam menentukan suatu kebijakan tata-laksana/pengelolaan atau tindakan medik.

Rekam medik antara lain bermanfaat sebagai :

- dokumen bagi penderita yang memuat riwayat perjalanan penyakit, terapi obat maupun non-obat dan semua seluk beluknya.
- sarana komunikasi antara para petugas kesehatan yang terlibat dalam pelayanan/perawatan penderita.
- sumber informasi untuk kelanjutan/kesinambungan pelayanan/perawatan penderita yang sering masuk ke RSUD bersangkutan.
- penyedia data bagi pihak ketiga yang berkepentingan dengan penderita, seperti asuransi, pengacara, instansi penanggung biaya.
- penyedia data bagi kepentingan hukum dalam kasus-kasus tertentu.

Atas dasar manfaat di atas, rekam medik telah dirancang sedemikian rupa agar memuat informasi-informasi tersebut. Guna mengungkapkan informasi apa saja yang dapat diperoleh dan RM, maka dilakukan suatu studi eksplorasi terhadap rekam medik rawat jalan dan rawat inap di beberapa RSUD pemerintah.

## BAHAN DAN CARA

Studi ini merupakan bagian dari 2 (dua) buah penelitian yang dilakukan pada tahun 1988/1989 dan 1992/1993<sup>(1,2)</sup>, menggunakan teknik pengumpulan data yang sama. Eksplorasi dilakukan dengan mengumpulkan data rekam medik (RM) secara retrospektif, yaitu rekam medik rawat jalan (RMRJ) tahun 1988/1989 dan 1992/1993, dan rekam medik rawat inap (RMRI) tahun 1992/1993 dan 8 rumahsakit umum (RSU) tipe B dan C di Jawa dan Lampung. Pengambilan sampel yang semula direncanakan secara acak sistematis, untuk sebagian besar RSUD dilaksanakan secara sensus karena jumlah sampel RM tidak mencukupi. Informasi (data) dan RM dipindahkan (transkrip) ke dalam formulir khusus, selanjutnya dianalisis secara deskriptif.

RM dianggap bersifat informatif bila memuat informasi sebagai berikut:

- karakteristik/demografi penderita (identitas, usia, jenis kelamin, pekerjaan dan sebagainya).
- tanggal kunjungan, tanggal rawat/selesai rawat.
- riwayat penyakit dan pengobatan sebelumnya.
- catatan anamnesis, gejala klinik yang diobservasi, hasil pemeriksaan penunjang medik (lab, EKG, radiologi dan sebagainya), pemeriksaan fisik (tekanan darah, denyut nadi, suhu dan sebagainya).
- catatan diagnosis.
- catatan penatalaksanaan penderita, tindakan terapi obat

(nama obat, regimen dosis), tindakan terapi non-obat.

- nama/paraf dokter yang menangani (diagnosis, penunjang, pengobatan) dan petugas perekam data (paramedik).

Pada RMRJ '88 dilakukan kuantifikasi terhadap informasi dengan cara memberikan nilai prosentase pada setiap rubrik informasi yang dikumpulkan. Kuantifikasi dimaksudkan untuk mengetahui sejauh mana RM mempunyai "nilai informatif", dalam arti dapat digunakan sebagai sumber informasi. Kuantifikasi dimungkinkan karena RM tersebut berasal dari penderita satu kelompok penyakit tertentu (penyakit kardiovaskuler). Pada RMRJ '92 dan RMRI '92 tidak dilakukan kuantifikasi karena kesulitan membuat rubrikasi akibat sampel berasal dari berbagai kelompok penyakit.

## HASIL

Jumlah RM yang terkumpul dari 6 RSUD tipe B dan C (1988/1989) dan 2 RSUD tipe B dan C (1992/1993) adalah : 494 RMRJ (1988/1989), 470 RMRJ (1992/1993) dan 304 RMRI (1992/1993).

Sebagian RMRJ '88 (41,9%) tidak memuat beberapa informasi tentang karakteristik/demografi penderita yang bersangkutan. Salah satu informasi yang tidak terekam pada semua RMRJ '88 adalah jumlah (banyaknya) tiap jenis obat yang diberikan/dipreskripsi.

Sebagian RMRI '88 (36,6%) tidak mencantumkan diagnosis, sedangkan pada RMRJ '92 diagnosis tidak tercatat pada sebagian kecil RM (5,1%). Informasi diagnosis terekam pada sebagian besar RMRI '92 dan hanya ada 4 RMRI '92 yang tidak merekam informasi tersebut. Gambaran ikhwal informasi yang terekam dan tidak terekam pada RM tersebut dapat dilihat pada

### Tabel 1.

Tabel 1. Informasi yang terekam dan tidak terekam pada RM (%)

Ikhwal	RMRJ '88 (N=494) %		RMRJ '92 (N=470) %		RMRI '92 (N=304) %	
	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
Demografi (usia, sex, pekerjaan dab.)	58,1	41,9	98,9	1,1	98,4	1,6
Riwayat sakit sebelumnya	52,8	47,2	25,7	74,3	3,6	96,4
Diagnosis	69,4	30,6	94,9	5,1	98,7	1,3
Regimen terapi						
aturan pakai obat	0	100,0	87,2	12,8	100,0	0
lamapemakaian	0	100,0	8,5	91,5	100,0	0
jumlah obat	0	100,0	0	1000	100,0	0
Informasi lain (konsul, terapi non-obat)	0	100,0	100,0	0	100,0	0

Keterangan:

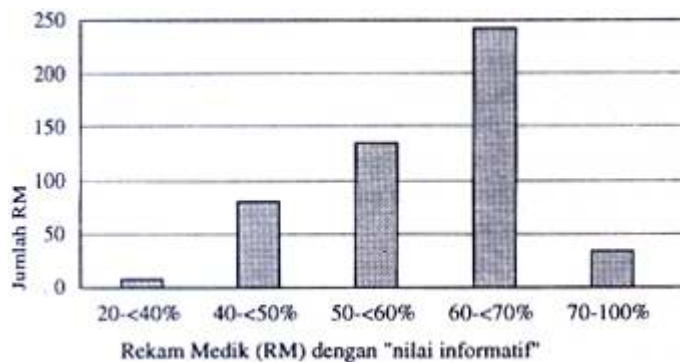
(+) : informasi terekam

(-) : informasi tidak terekam

Gambaran penggunaan obat pada umumnya dapat lebih diungkapkan dengan menghitung regimen terapi. Namun dalam penelitian ini sumber data terbesar (RMRJ '88) tidak memberikan informasi regimen terapi karena ada ikhwal yang tidak tercatat, antara lain aturan pakai, lama pemberian dan jumlah obat. Hal

serupa juga tampak pada RMRJ '92, tetapi pada RMRI 92 data dapat digunakan untuk memperoleh informasi mengenai regimen terapi obat karena data yang diperlukan untuk hal ini tersedia (terekam).

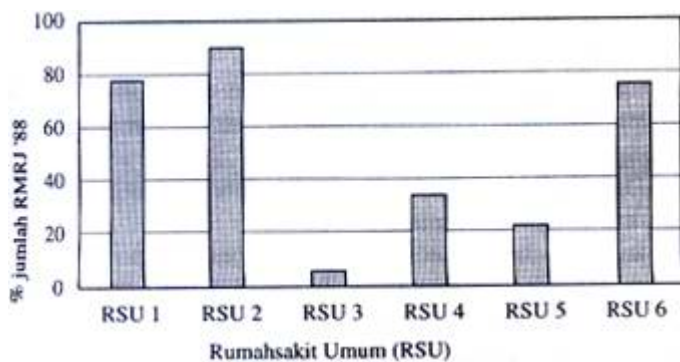
Kuantifikasi terhadap informasi RM yang “dianggap memadai” (mempunyai “nilai informatif”) pada RMRJ '88 secara keseluruhan, dilakukan secara arbitrary dengan memberikan nilai prosentase pada setiap rubrik informasi RM, besarnya antara 20–100%. Sebagai contoh, informasi karakteristik/demografi penderita yang seyogyanya ada pada setiap RM diberi “nilai” 20%. Selanjutnya untuk setiap ikhwal informasi lain diberi “nilai” tertentu, sehingga total “nilai” untuk semua ikhwal informasi yang ada dalam RM adalah 100%. RMRJ '88 dianggap memadai 100%, jika informasi yang tercantum dapat dimanfaatkan untuk kepentingan penderita, klinisi, manajemen RS, penelitian maupun pihak lain yang berwenang. Berdasarkan kuantifikasi tersebut, diperoleh gambaran RMRJ '88 sebagai berikut (Gambar 1).



Gambar 1. Distribusi jumlah RMRJ '88 sesuai “nilai informatif”-nya

Nilai informatif RMRJ '88 sebagian besar berkisar antara 60%-70%. Karena nilai modus berada di sekitar 60%, maka nilai ini dianggap sebagai batas suatu RMRJ yang dianggap mempunyai ‘nilai informatif’ dan masih memadai sebagai sumber informasi.

Data RMRJ '88 tiap RSU menunjukkan perbedaan dalam hal informatif/tidaknya RM. Pada Gambar 2 diungkapkan prosentase jumlah RMRJ '88 di tiap RSU yang dikaji yang memiliki “nilai informatif” > 60%.



Gambar 2. Distribusi % jumlah RMRJ '88 yang mempunyai “nilai informatif” > 60%, sesuai RSU

Dari Gambar 2 diperoleh gambaran kasar bahwa sekitar 75–90% RMRJ '88 dari 3 (tiga) RSU (No. 1, 2 dan 6) memiliki “nilai informatif” > 60%. Sedangkan pada 3 (tiga) RSU lainnya “nilai informatif” RMRJ '88 masih di bawah 60%.

## PEMBAHASAN

Rekam medik yang informatif seyogyanya memuat data yang jelas, lengkap, terstruktur dan akurat dan segala sesuatu yang telah diobservasi, dikaji pada penderita, dan diambil tindakan terhadap penderita yang bersangkutan. Sampel pada RMRJ '88 berasal dari 6 RSU di Jawa dan Lampung dapat dianggap sebagai gambaran RM pada RSU tipe B dan C pada waktu itu sedangkan RMRJ '92 dan RMRI '92 hanya berasal dari 2 RSU tipe B dan C.

Meskipun data 1988/1989 dan data 1992/1993 tidak dapat diperbandingkan antara lain karena sample frame yang berbeda, namun dan pengkajian ini diperoleh kesan bahwa RM 1992/1993 (RMRJ) sudah relatif lebih informatif dibanding RMRJ 1988/1989. Informasi tidak terekam pada RMRJ '88 mungkin akibat kelalaian pada waktu pencatatan atau dapat juga karena dana tersebut tidak dibutuhkan, contohnya, tidak semua diagnosis memerlukan pemeriksaan penunjang medik, sehingga data tersebut tidak perlu dicantumkan pada RM. Kemungkinan lain adalah munculnya kebutuhan akan informasi yang lebih lengkap; RM yang baik perlu memenuhi “3 C” (*correct, complete, clear*).

Informasi pada RMRJ pada penelitian ini dapat dimanfaatkan bagi klinisi untuk mengetahui perjalanan penyakit penderita, meskipun masih terbatas. Dari gambaran jenis informasi yang tidak terekam pada RM (Tabel 1), riwayat penyakit sebelumnya tidak selalu dapat terungkap, terutama pada RMRJ '92 dan RMRI '92 (70-90%), padahal informasi ini penting bagi tindakan-tindakan lanjut yang diperlukan. Studi ini tidak dapat menelusuri penyebab ketidak-terungkapannya tersebut. Salah satu kemungkinan adalah kelalaian dalam mencatat. Kemungkinan lain, penderita tidak ingat lagi akan penyakit yang pernah dideritanya.

Data diagnosis, – salah satu data penting yang harus terekam pada suatu RM yang digunakan untuk menentukan tindakan terhadap penderita –, lebih terungkap pada RMRJ '92 dibandingkan RMRJ '88. Data diagnosis juga terungkap pada sebagian besar RMRI '92, karena sebagai alat perekam data penderita yang sedang menjalani perawatan-inap, pencatatan data RMRI (antara lain perkembangan klinis, tindakan dan sebagainya) lazimnya dilakukan lebih rinci. Perkembangan klinis penderita senantiasa dievaluasi setiap hari selama masa perawatan penderita untuk dapat menentukan suatu tindakan yang berkesinambungan. Sedangkan data pada RMRJ, sewajarnya juga harus terekam rinci pada RM, namun dan hasil kajian pada studi ini tidak demikian. Penyebab “ketidak-lengkapan” tersebut tidak diketahui. Salah satu kemungkinan akibat terbatasnya waktu konsultasi, karena banyaknya jumlah penderita rawat jalan yang berkonsultasi menyebabkan petugas tidak sempat lagi mencatat secara rinci, atau ada penyebab lain lagi. Hal ini masih perlu eksplorasi lebih lanjut. Sebagai sumber data sekunder, terutama

bagi kepentingan studi epidemiologi, data diagnosis yang lengkap diperlukan untuk mengetahui antara lain pola penyakit.

RM menyimpan data klinik penderita baik yang rawat inap maupun rawat jalan; di samping itu RM dapat pula bertindak sebagai suatu *scratch pad* yang antara lain berisi pendapat/pandangan, kesan, atau permintaan (requests) pada anggota tim kesehatan lainnya untuk suatu layanan/tindakan/rujukan bagi penderita yang bersangkutan serta tanggapan atas permintaan/pendapat/kesan tersebut. Dengan demikian RM juga berfungsi sebagai sarana komunikasi antar anggota tim kesehatan yang terlibat dalam pelayanan tersebut.

Dalam membaca atau menginterpretasikan suatu RM, kemungkinan ditemukan kesalahan yang antara lain dapat bersumber dan berbagai hal seperti tampak pada **Skema 1**<sup>(3)</sup>.



Skema 1. Sumber kesalahan pada Rekam Medik(3)

Salah informasi dapat terjadi misalnya akibat ketidaktahuan penderita, atau si penderita tidak ingat lagi riwayat penyakit yang melatarbelakangi keluhan yang dialami, sehingga anamnesis menjadi kurang tepat. "Salah interpretasi" terhadap temuan gejala klinik dapat terjadi karena petugas belum berpengalaman (misalnya pada waktu pengukuran tekanan darah). Pada kejadian "salah rekam"/salah mencatat lebih mungkin disebabkan kecerobohan dan ketidakteelitian pencatat. Demikian juga, kesalahan lain dapat disebabkan oleh faktor manusia (*human error*) ataupun metoda (laboratorik), misalnya identitas spesimen tertukar, analisis laboratorium keliru, tidak akurat dan sebagainya, sehingga data pada RM dapat menjadi tidak sesuai, terutama data yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis yang benar dan menentukan tindakan selanjutnya. Sebagai sumber informasi, mutu rekam medik itupun menjadi kurang.

Informasi dalam RM mengenai tindakan ataupun terapi apa yang diberikan kepada penderita dapat dimanfaatkan juga bagi petugas asuransi kesehatan atau badan penanggung biaya lainnya untuk keperluan klaim dan *auditing*.

Untuk mengetahui gambaran preskripsi obat, informasi nama obat yang diberikan dapat terungkap dan RM, namun regimen terapi tidak dapat terungkap dan RMRJ karena sebagian besar RMRJ tidak merekam parameter untuk menentukan regimen terapi (aturan pakai, jangka waktu/lama pemberian, jumlah diberikan). Tidak demikian halnya dengan RMRI; data

regimen terapi dapat lebih terungkap jika memanfaatkan sumber data tersebut. Pada RMRI '92 regimen tercatat lengkap 100%, namun jumlah obat yang tercatat "sebagai diberikan kepada penderita" tidak cocok dengan jumlah obat sesuai regimen yang terekam. Informasi regimen terapi yang lengkap diperlukan untuk kuantifikasi obat yang sudah dimanfaatkan, dihitung sebagai DDD (defined daily dose) yang merupakan ukuran konsumsi obat. Bagi kepentingan manajemen rumahsakit, data DDD ini dapat juga menjadi pedoman konsumsi obat jika dikaitkan dengan indeks okupansi tempat tidur di RSU bersangkutan. Pedoman tersebut dapat dimanfaatkan oleh para pengambil-keputusan antara lain sebagai pertimbangan dalam perencanaan pengadaan obat. Dan hasil kajian ini, data regimen dosis RMRI '92 tampaknya belum dapat dimanfaatkan untuk menghitung DDD. Evaluasi terhadap pola preskripsi dapat dilakukan pada rumahsakit yang telah memiliki Standar Terapi dan Formularium Rumahsakit. Kemungkinan terjadinya preskripsi obat berlebihan (*overprescribed*) yang dikaitkan dengan pola penyakit penderita dirawat, dapat ditelusuri dengan mengkaji sumber data RMRI; seberapa jauh telah terjadi penyimpangan dan standar tersebut, dan apa sebab terjadi penyimpangan. Bagi rumahsakit yang sebelumnya tidak/belum memiliki Standar Terapi dan Formulanum RS, informasi ini dapat pula digunakan sebagai data dasar untuk evaluasi setelah rumahsakit yang bersangkutan mengembangkan Standar Terapi dan Formularium RS.

## KESIMPULAN

RM dapat menjadi sumber data sekunder yang memadai apabila data yang terekam cukup lengkap, informatif, jelas dan akurat. Data RM dan hasil studi in terutama data RMRI dapat digunakan antara lain:

- untuk studi epidemiologi, antara lain mengungkapkan pola penyakit, pola preskripsi, monitoring efek samping obat.
- data penggunaan obat di rumahsakit dapat digunakan untuk meningkatkan pemanfaatan penggunaan obat yang lebih rasional dan efisien, sesuai dengan pola penyakit dan standar terapi/formularium RS bersangkutan.
- data regimen terapi yang lengkap dan cocok pada RMRI bila dikaitkan dengan indeks okupansi tempat tidur, dapat digunakan untuk menghitung DDD (defined daily dose) obat, yaitu suatu ukuran konsumsi obat di rumahsakit bersangkutan. RM dan eksplorasi ini belum memadai untuk penghitungan DDD dan perencanaan pengadaan obat.
- data tindakan/terapi yang diberikan dapat dimanfaatkan untuk kepentingan pengajuan klaim perusahaan asuransi/instansi penanggung biaya lain.

Dari hasil studi ini, kelemahan/hambatan utama yang ditemukan di lapangan antara lain adalah:

- kesulitan dalam melakukan penelusuran dan *retrieval* RM, karena RM yang dimaksud kadang-kadang tidak lagi tersimpan di ruang ansip RM. Terbatasnya sarana/ruang tempat penyimpanan RM di banyak RS, mengakibatkan jangka waktu penyimpanan RM dibatasi umumnya untuk 3-5 tahun terakhir.
- data pada RM seringkali tidak dapat terungkap karena tidak

terekam, atau terekam kurang jelas, sehingga menyulitkan pada waktu transkrip data.

- belum ada keseragaman dalam cara pengisian RM.

#### KEPUSTAKAAN

1. Nani Sukasediati dkk. Pola penggunaan obat kardiovaskuler di beberapa

rumahsakit pemerintah tipe B dan C. Laporan Penelitian 1988/1989, PusLitBang Farmasi, BPPK-DepKes.

2. Nani Sukasediati dkk. Pengembangan tatalaksana Obat Generik Berlogo (OGB) guna peningkatan pemanfaatannya di 2 RSU tipe B dan C. Laporan Penelitian 1994/1995, PusLitBang Farmasi BPPK-DepKes.
3. Wyatt JC. Clinical data systems, part 1: data and medical records. Lancet 1994; 344: 1543-6.
4. Dukes MNG. Drug utilization studies, method and uses. WHO Reg Publ Eur Series 45, 1993.



Menurut seorang ahli Amerika,  
celana dalam yang kelewat  
ketat akan mengurangi produksi  
sperma (→kehangatan).  
Pantesan, mas Kromo yang  
sarungan tanpa celana dalam  
----- ahaknya banyak!