

Audit Analysis of Medical Records of Patients with Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, and Pneumonia at Bhayangkara Pusdik Shabara Porong Hospital

[Analisis Audit Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong]

Eka Nur Safitri¹⁾, Cholifah^{2*)}

¹⁾Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

^{2*)}Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

*Email Penulis Korespondensi: cholifah@umsida.ac.id

Abstract. *The hospital is an institution engaged in the field of health services in a complete manner, starting from inpatient, outpatient, and emergency services. One of the efforts to improve health services is the completeness of medical record documents so that the patient's medical records need to be audited to support the hospital's accreditation. The purpose of this study was to analyze medical record audits of patients with Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, and Pneumonia at Bhayangkara Hospital Pusdik Shabara Porong. Data analysis used is quantitative analysis. Observations were made from October 2021 to October 2022. The data collected were inpatient medical record documents including 34 medical record documents for patients diagnosed with Diabetes Mellitus, 25 medical record documents for Gastro Enteritis patients, and 17 medical record documents for Pneumonia patients. The results showed that the completeness of the patient's social data review was 23.7%, the patient record evidence review was 30.3%, the patient record validity review was 67.1%, and the patient record procedure review was 56.6%.*

Keywords - Hospital, Hospital Accreditation, Medical record audit.

Abstrak. *Rumah Sakit merupakan suatu lembaga yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan secara paripurna, mulai dari pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Salah satu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yaitu kelengkapan dokumen rekam medis sehingga rekam medis pasien perlu dilakukan audit guna menunjang akreditasi rumah sakit tersebut. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis audit rekam medis pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong. Analisis data yang digunakan adalah analisis kuantitatif. Observasi dilakukan mulai bulan Oktober 2021 sampai Oktober 2022. Data yang diambil adalah dokumen rekam medis rawat inap meliputi 34 dokumen rekam medis pasien diagnosa Diabetes Mellitus, 25 dokumen rekam medis pasien Gastro Enteritis, dan 17 dokumen rekam medis pasien Pneumonia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan review data sosial pasien sebanyak 23,7%, review bukti rekaman pasien sebanyak 30,3%, review keabsahan rekaman pasien sebanyak 67,1%, dan review tata cara mencatat pasien sebanyak 56,6%.*

Kata Kunci – Rumah Sakit, Akreditasi Rumah Sakit, Audit Rekam Medis.

I. PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan medis yang mutlak oleh semua kalangan masyarakat dalam upaya untuk menaikkan tingkat yang diperlukan kesehatan individu dan masyarakat secara keseluruhan. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, rumah sakit perlu menyediakan pelayanan yang baik dan memuaskan pasien. Itu sebabnya rumah sakit harus dapat meningkatkan kualitas pelayanannya, antara lain peningkatan kualitas kelengkapan penyusunan rekam medis [1]. Saat ini, rumah sakit dan profesional kesehatan rentan terhadap tuntutan mulai dari tuntutan kualitas pendokumentasian rekam medis, tuntutan tunjangan karyawan, tuntutan hukum dari pihak pasien maupun dari pesaing rumah sakit lain. Maka dari itu diperlukan upaya peningkatan mutu pelayanan, termasuk kelengkapan dokumen rekam medis guna menunjang akreditasi suatu rumah sakit[2].

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, rumah sakit harus mampu menyediakan data dan informasi medis untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di kalangan masyarakat dapat dilakukan kegiatan audit ini harus secara berkala minimal 3 tahun sekali [3]. Salah satu upaya untuk memberikan data dan informasi yang akurat maka diperlukan audit rekam medis. Kegiatan audit merupakan peranan penting dalam pengakreditasi rumah sakit, maka dalam memberikan pelayanan kesehatan, rumah sakit harus mampu menyediakan data dan informasi medis untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di kalangan masyarakat. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No.129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit menjelaskan bahwa kelengkapan atau penyusunan rekam medis adalah 100%[4]. Audit rekam medis dapat menentukan apabila adanya kekurangan ataupun pengoreksian yang dapat dilakukan segera pada saat pasien masih dirawat. Audit rekam medis dapat

dianggap berkualitas sangat baik jika dapat dibaca, dapat diandalkan, akurat, lengkap, konsisten, jelas dan tepat. Oleh karena itu, dengan adanya ketentuan tersebut maka ketidaklengkapan rekam medis dapat dikurangi sehingga berkas rekam medis tersebut bisa dikatakan berkualitas dan lengkap[5].

Peneliti menemukan pada Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong baru terlaksanakannya kegiatan audit pendokumentasian rekam medis “kegiatan audit baru dilakukan beberapa bulan yang lalu oleh petugas rekam medis yang baru” ujar salah satu senior petugas rekam medis. kegiatan seperti diatas harus dilakukan secara intens, karena berkas rekam medis rawat inap yang belum lengkap berpengaruh pada data informasi rekam medis[6]. Mengingat rekam medis merupakan salah satu standar yang harus dipenuhi oleh rumah sakit untuk mendapatkan predikat akreditasi[1]. Jika audit rekam medis tidak dilakukan maka akan muncul beberapa dampak seperti : Terhambatnya proses klaim asuransi oleh pihak ketiga yaitu BPJS Kesehatan karena didalamnya terdapat penulisan diagnosa utama dan juga diagnosa tambahan lainnya yang berpengaruh terhadap besaran klaim asuransi yang diajukan [7], Terhambatnya ketertiban administrasi dimana dokumen rekam medis yang seharusnya sudah berada di ruang rekam medis atau penyimpanan, masih dikembalikan lagi ke dokter penanggung jawab untuk dilengkapi [8].

II. METODE

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif yang dilakukan dengan menjelaskan serta menggambarkan variabel-variabel yang akan diamati atau dikumpulkan. Rancang bangun dengan *cross-sectional* yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data dalam waktu bersamaan dengan penelitian. Dimana penelitian ini menggunakan checklist sesuai dengan PERMENKES RI No.269/Menkes/Per/III/2008 seperti identitas pasien, tanggal dan waktu, pengobatan dan atau tindakan, nama dan tanda tangan dokter, perbaikan kesalahan dibubuhi tanda tangan tanpa dihapus yang kemudian digambarkan dengan tabulasi hasil penelitian sesuai keadaan yang sebenarnya dan pengambilan datanya secara *retrospektif* (setelah pasien pulang).

Pengambilan data dilakukan pada bulan Oktober 2021 sampai dengan Oktober 2022. Dokumen rekam medis yang dianalisis adalah 76 berkas rekam medis yang dikategorikan sebagai berikut : 34 dokumen rekam medis pasien dengan diagnosa Diabetes Mellitus, 25 dokumen rekam medis pasien dengan diagnosa Gastro Enteritis, dan 17 dokumen rekam medis pasien dengan diagnosa Pneumonia. Dari setiap 1 dokumen yang dianalisis meliputi : Formulir Lembar Masuk dan Keluar RS , Formulir Surat Persetujuan Umum / General Consent, Formulir Pemberian Informasi Tata Tertib, Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi, Formulir Assesment Awal Keperawatan RI, Formulir Resume Medis.

Pengumpulan data sesuai audit rekam medis ada 4 komponen yang terdiri dari : Data Sosial Pasien (Nama lengkap, Nomor RM, Alamat lengkap, Jenis kelamin, Usia, Orang yang dapat dihubungi,TTD persetujuan), Bukti Rekaman Pasien (Pemeriksaan Penunjang, Catatan Keluhan), Keabsahan Rekaman Pasien (Tanggal Pemeriksaan, Nama Terang DPJP, TTD DPJP), Tata cara mencatat (Tanggal Pelayanan, Waktu Pelayanan, Penulisan Tetap Sesuai Baris, Koreksi Tidak Ada Tipe-ex).

Kriteria penelitian terdapat 4 evaluasi penilaian (M) yaitu *Meet* adalah penilaian untuk dokumen rekam medis yang terisi lengkap . (NI) yaitu *Need Improvement* adalah penilaian untuk dokumen rekam medis yang masih ada bagian terisi kurang seperti alamat kurang lengkap sehingga perlu perbaikan, (NM) yaitu *Not Met* adalah penilaian untuk dokumen rekam medis yang tidak terisi secara lengkap , (NA) yaitu *Not Applicable* adalah penilaian dokumen rekam medis yang tidak terisi sama sekali sehingga kosong. Kemudian dari kategori tersebut dirubah menjadi angka dengan metode suksesif interval untuk memenuhi syarat suatu uji, dikatakan suatu dokumen rekam medis lengkap jika prosentasi penilaian mencapai 100% dari seluruh penilaian tersebut.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Tabel 1. Data Sosial Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong

No	Data Sosial Pasien	Jumlah	Presentase	No	Data Sosial Pasien	Jumlah	Presentase
1	Nama Lengkap	76	100%	4	Usia		
2	No Rm	76	100%		M (ada)	18	23,7%
3	Alamat Lengkap				NM (tidak ada)	58	76,3%
	M (ada)	48	63,2%	5	Orang Yang Dapat Dihubungi		
	NI (Ada & Perbaikan)	19	25%		M (ada)	63	82,9%
6	Jenis Kelamin			7	TTD Persetujuan		
	M (ada)	63	82,9%		M (ada)	18	89,5%
	NM (tidak ada)	13	17,1%		NM (tidak ada)	58	10,5%

Tabel 1 menjelaskan bahwa analisis audit rekam medis pasien penyakit Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia pada komponen data sosial pasien dari 76 berkas rekam medis yaitu untuk kelengkapan tertinggi yaitu pada item nama dan nomor rekam medis pasien sebanyak 100%. Ketidaklengkapan tertinggi pada item usia sebanyak 23,7%, dimana tidak kekosistensian penulisan usia pada keseluruhan formulir sehingga perlu perbaikan dalam kelengkapan usia pasien tersebut. Sedangkan penulisan usia secara lengkap akan sangat berpengaruh terhadap proses input data dan pencarian dokumen rekam medis, apalagi jika sudah menggunakan sistem komputerisasi [1].

Identitas pasien merupakan data demografi yang harus diisi secara lengkap, jika tidak terisi maka akan berdampak tidak dapat memberikan informasi identitas pasien sebagai basis data statistik, penelitian dan sumber perencanaan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan [2]. Jika dilihat pada ketentuan yang baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan No 24 Tahun 2022 ayat (1) menjelaskan bahwa identitas pasien paling sedikit berisi nama pasien, nomor rekam medis, nama pasien, Nomor Induk Kependudukan (NIK), agama, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan.

Tabel 2. Bukti Rekaman Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong.

No	Bukti Rekaman Pasien	Jumlah	Presentase
1	Pemeriksaan Penunjang		
	M (ada)	23	30,3%
	NM (tidak ada)	53	69,7%
2	Catatan Keluhan		
	NI (Ada & Perbaikan)	68	89,5%
	NM (tidak ada)	8	10,5%

Tabel 2 menjelaskan bahwa analisis audit rekam medis penyakit Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia dari 76 berkas rekam medis pada komponen bukti rekaman pasien yaitu kelengkapan tertinggi pada item catatan keluhan yaitu sebanyak 89,5% sedangkan ketidaklengkapan tertinggi pada item pemeriksaan penunjang sebanyak 30,3%.

Rekam medis pasien rawat inap sekurang-kurangnya harus memuat adanya hasil anamnesa yang mencakup keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang dilakukan kepada pasien [6]. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh [3] menerangkan bahwa rekam medis merupakan informasi yang berkaitan dengan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis, sehingga pengisian kelengkapan pada item pemeriksaan penunjang sangat berpengaruh. Jika ada ketidaklengkapan pada pemeriksaan penunjang, maka informasi ketidakjelasan pada hasil laboratorium ini sangat berpengaruh pada penegakan diagnosa, tindakan, serta obat.

Tabel 3. Keabsahan Rekaman Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong.

No	Keabsahan Rekaman Pasien	Jumlah	Presentase
1	Tanggal Pemeriksaan		
	M (ada)	51	67,1%
	NM (tidak ada)	25	32,9%
2	Nama Terang DPJP		
	NI (Ada & Perbaikan)	56	73,7%
	NM (tidak ada)	20	26,3%
3	TTD DPJP		
	M (ada)	54	71,1%
	NM (tidak ada)	22	28,9%

Tabel 3 menjelaskan bahwa analisis audit rekam medis penyakit Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia dari 76 berkas rekam medis pada komponen keabsahan rekaman yaitu kelengkapan tertinggi pada item nama terang DPJP yaitu sebanyak 73,7%, sedangkan untuk ketidaklengkapan tertinggi pada item tanggal pemeriksaan yaitu sebanyak 67,1%.

Keabsahan rekaman pasien pada dokumen berkas rekam medis mencakup tanggal pemeriksaan, nama terang serta TTD DPJP. Apabila suatu saat terjadi permasalahan, bukti keabsahan bisa menjadi alat pertanggungjawaban berlandaskan hukum sesuai PERMENKES No.749 a Tahun 1989 : “setiap pencatatan berkas rekam medis harus disertakan nama, dan tanda tangan petugas atau tenaga kesehatan yang telah memberikan pelayanan kepada pasien”. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh [9] dalam jurnalnya yang menjelaskan bahwa nama dan tanda tangan yang memberikan pelayanan kesehatan harus disertakan tiap pengisian berkas rekam medis.

Tabel 4. Tata Cara Mencatat Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong.

No	Tata Cara Mencatat Pasien	Jumlah	Presentase
1	Tanggal Pemeriksaan		
	M (ada)	58	76,3%
	NM (tidak ada)	18	23,7%
2	Nama Terang DPJP		
	NI (Ada & Perbaikan)	43	56,6%
	NM (tidak ada)	33	43,4%
3	Penulisan Barisan Sesuai Baris	76	100%
4	Koreksi (ada tipe-ex)	76	100%

Tabel 4 menjelaskan bahwa bahwa analisis audit rekam medis penyakit Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, dan Pneumonia dari 76 berkas rekam medis pada komponen tata cara mencatat pasien yaitu kelengkapan tertinggi pada item penulisan yang memang sudah sesuai barisan dan koreksian bahwa keseluruhan formulir tidak ada coretan berupa tipe-ex sebanyak 100%, sedangkan ketidak lengkapan tertinggi pada item waktu pelayanan yaitu sebanyak 56,6%.

Pencatatan dokumen rekam medis harus dilakukan dengan benar mulai tanggal pelayanan, waktu pelayanan, penulisan sesuai baris, dan sesuai dengan ketentuan yang ada. Jika ada kesalahan dalam penulisan tidak boleh langsung dicoret menggunakan tipe-ex melainkan yang salah digaris satu kali lalu dibubuhi dengan paraf. Pernyataan ini diperkuat dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.749a/MENKES/PER/XII/1989 pasal 6 yang berbunyi :”Pembetulan kesalahan catatan dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan, Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan”.

B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas tentang Analisis Audit Rekam Medis Pasien Diabetes Mellitus, Gastro Enteritis, Dan Pneumonia Di Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong pada komponen identitas pasien dalam kelengkapan berkas rekam medis secara keseluruhan sudah memahami pentingnya data demografi pasien (identitas pasien) bahkan dalam identitas pasien sudah ada label khusus hanya saja terdiri dari item nama, nomor rekam medis, dan tgl lahir. Data sosial pasien bisa disebut dengan identitas pasien merupakan identitas yang bersifat permanen pada pribadi pasien dan sangat penting misalnya, nama, tgl lahir, umur, jenis kelamin, alamat, dan lain lain termasuk nomor rekam medis yang diberikan pada tiap pasien. Oleh sebab itu item yang terdapat pada komponen data sosial yang telah disediakan dalam setiap formulir agar diisi dan dilengkapi [4].

Terkait kebijakan serta standar pelayanan minimal yang harus diberikan kepada pasien dalam penerapannya ada yang masih belum maksimal. Sesuai dengan pendapat [7], bahwa setiap melakukan pelayanan pasien harus menyertakan bukti rekaman adanya jam, tanggal, dan laporan-laporan yang seharusnya ada dengan kelengkapan adanya hasil dan pencatatan yang lengkap dan akurat sangat membantu saat mengambil keputusan tentang terapi, tindakan dan penentuan diagnosis pasien serta kesinambungan pelayanan.

Kurangnya pemahaman tentang pentingnya keabsahan rekaman pasien sebagai bukti otentik telah diberikan saat pelayanan kepada pasien, sehingga kualitas pelayanan yang dihasilkan masih belum dikatakan akurat. Para dokter, perawat atau tenaga medis harus membubuhkan tanda tangan dan nama terang setiap saat melakukan pencatatan hasil pemeriksaan terhadap pasien setelah menerima pelayanan di rumah sakit sesuai dengan kewenangan yang telah ada, disisi lain hal tersebut dapat berfungsi sebagai bukti otentik yang dapat dipertanggung jawabkan secara hukum.

Dalam kelengkapan berkas rekam medis tersebut diantaranya karena kurang kekonsistensian dalam melakukan pencatatan. Beberapa tanggal dan waktu pelayanan yang masih kosong, hal ini menyebabkan dokumen tersebut masih belum lengkap dan tidak akurat. Menurut [4] semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter, perawat, atau tenaga medis lainnya sesuai dengan kewenangan setelah menerima pelayanan di rumah sakit dan membubuhkan nama terang serta diberi tanggal dan waktu pelayanan.

IV. SIMPULAN

Adanya ketidklengkapan pada dokumen rekam medis sehingga mempengaruhi keakuratan dokumen rekam medis. Sehingga kegiatan audit dapat dijadikan sebagai salah satu upaya untuk mengurangi ketidaklengkapan dokumen rekam medis, terutama pada bagian identitas sosial pasien

UCAPAN TERIMA KASIH

Atas kehadiran Rahmat Allah SWT. Yang telah meridhai penelitian ini, penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada bapak rector dan seluruh Civitas Akademia Universitas Muhammadiyah Sidoarjo yang telah membantu proses penelitian terutama kepada dosen pembimbing yang selalu menyempatkan waktu ditengah kesibukan beliau. Tidak lupa peneliti berterima kasih kepada Rumah Sakit Bhayangkara Pusdik Shabara Porong serta jajarannya. Selain itu, penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada kedua orang tua, suami, saudara, sahabat, dan semua pihak yang membantu selesainya penelitian.

REFERENSI

- [1] T. Wahyu Pamungkas, T. Marwati, S. Fakultas Kesehatan Masyarakat, and U. Ahmad Dahlan, "Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis.....," 2010.
- [2] A. A. Hanafiah, M Jusuf, *Etika Kedokteran dan dan Hukum Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2012.
- [3] 2017 SNAR, "SNARS edisi 1," *Standar Nas. Akreditasi Rumah Sakit*, vol. 1, p. 421, 2017.
- [4] R. Menkes, "6 KMK No. 129 ttg Standar Pelayanan Minimal RS.pdf," 129. 2008.
- [5] L. Widjaya and S. Siswati, "Model Kuantitatif Audit Pendokumentasian terhadap Kelengkapan Rekam Medis," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 7, no. 1, p. 51, 2019, doi: 10.33560/jmiki.v7i1.220.
- [6] L. Widjaya, "Manajemen-Mutu-Informasi-Kesehatan-III_SC," 2018.
- [7] S. J. Swari and M. Verawati, "Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit," *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 3, no. 4, pp. 269–275, 2022, doi: 10.25047/j-remi.v3i4.3256.
- [8] C. Lihawa, M. Mansur, and T. W. S, "Faktor-faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Dokter di Ruang Rawat Inap RSI Unisma Malang Factors Affecting Incomplete Physicians' Medical Record Filling at Unisma Islamic Hospital Malang," *J. Kedokt. Brawijaya*, vol. Vol 28 No, no. 2, pp. 119–123, 2015.
- [9] D. sugiyono Prof., "prof. dr. sugiyono, metode penelitian kuantitatif kualitatif dan r&d. intro (PDFDrive).pdf," *Bandung Alf*. p. 143, 2011.
- [10] Kemenkes R.I., "PMK Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis," *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rekam Medis*. p. 7, 2008. [Online]. Available: <http://dinkes.surabaya.go.id>
- [11] L. Widyaningrum, "pengaruh pre akreditasi JCI (Joint Commission International) terhadap kelengkapan data rekam medis resume pasien rawat inap di rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta," *INFOKES Univ. Duta Bangsa Surakarta*, vol. 3, no. 3, pp. 1–13, 2013, [Online]. Available: <https://ejournalinfokes.apikescm.ac.id/index.php/infokes/article/view/112>
- [12] Menkes RI, "KMK No. 340 tentang Klasifikasi Rumah Sakit," *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010*. p. 116, 2010.
- [13] G. Hatta, "Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Pelayanan Kesehatan," 2010.
- [14] dkk Hardani, *Buku Metode Penelitian Kualitatif dan Kualitatif*, no. April. 2020.
- [15] U. K. Nisak, *Buku Ajar Pengantar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, no. 666. 2019.

Conflict of Interest Statement:

The author declares that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.