

ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP  
PADA PASIEN DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER DI RUMAH SAKIT PERMATA MEDIKA  
SEMARANG PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2015

Duwi Lidia Rani\*); Dyah Ernawati, S.Kep, NS, M.Kes

\*)Alumni Fakultas Kesehatan, UDINUS

\*\*\*)Staf Pengajar Fakultas Kesehatan UDINUS

e-Mail :[duwilidiarani@yahoo.co.id](mailto:duwilidiarani@yahoo.co.id)

ABSTRACT

Medical record is a document that very important for an institution of health . Complete to know whether documents and medical record and need to do analysis of the quantitative and qualitative to documents patients medical record . Based on the preliminary survey in the hospital .The authors found a gem medika semarang incompleteness in filling out forms on the analysis of the patients medical record 80 percent of the quantitative and qualitative analysis of the 20 percent . The purpose of this research is to know incompleteness on a document medical record in-patient disease haemorrhagic dengue fever a period of the first quarter of the year 2015 .

The kind of research this is descriptive research by the method of observation and the approach of cross sectional . The population as many as 178 drm , by using the calculation of the formula sample slovin according to get as many as 64 sampelnya drm .And the sample collection using a technique simple random sampling .

Based on the results of research on 64 samples obtained from 8 prosentase quantitative and qualitative review shows that a review of the identification of 100 percent not complete , a review of incomplete reporting 50 percent , 5 percent is not complete a review of registration , incomplete review autentifikasi 50 percent , a review of completeness and kekonsistensian 30 percent of the diagnosis was incomplete , a review of completeness and kekonsistensian 0 % not complete the registration of the diagnosis , recording a review of 45 percent when treatment and medication not complete , a review of the informed consent 0 % not complete .

Based on researches and suggested need awareness and discipline of the work to be responsible for the filling the inpatient ward.

Password :Document Medical Record In-Patient Patients Haemorrhagic Dengue  
Fever , Analysis Of The Quantitative And Qualitative Analysis .

Literature available :15 ( 1994 - 2012 )

## PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan institusi yang mengutamakan pelayanan kesehatan dan setiap Rumah Sakit harus mempunyai unit Rekam Medis karena rekam medis berperan penting dalam menyediakan data-data dan informasi yang penting mengenai pasien. Rekam medis adalah salah satu unit yang terpenting pada seluruh rumah sakit. Menurut PERMENKES / No. 269 / MENKES/ PER/ III/ 2008 menyebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, untuk itu berkas rekam medis wajib dijaga kerahasiaanya<sup>(2)</sup>.

Menurut Gilbony 1991 menyatakan kegunaan rekam medis dengan singkatan ALFRED yaitu *Administrasi, Legal, Financial, Research, Education, Documentation*<sup>(3)</sup>.

*Quality assurance* adalah suatu upaya mengkaji secara periodik berbagai kondisi yang mempengaruhi pelayanan, melakukan pemantauan terhadap pelayanan, serta menelusuri keluaran yang dihasilkan, sehingga berbagai kekurangan dan penyebab kekurangan dapat diketahui serta upaya perbaikan dapat dilakukan untuk lebih menyempurnakan taraf kesehatan dan kesejahteraan<sup>(5)</sup>.

Rumah Sakit Permata Medika Semarang merupakan rumah sakit swasta yang menyelenggarakan sistem rekam medis.

Rekam Medis merupakan salah satu Instalasi yang ada di “Rumah Sakit Permata Medika Semarang” yang salah satu fungsinya sebagai pendukung proses pelayanan medis yang ada di “Rumah Sakit Permata Medika Semarang”. Salah satu dari kegiatan yang dilakukan yaitu pengumpulan data dan pengolahan data rekam medis dari sensus harian, assembling, koding, indeksing serta analizing dan reporting yang semuanya berfokus pada pemberian pelayanan data dan informasi bagi pihak internal dan eksternal “Rumah Sakit Permata Medika Semarang”<sup>(6)</sup>.

Tugas dari bagian assembling adalah merakit kembali formulir-formulir dalam Dokumen Rekam Medis pasien rawat inap agar menjadi urut atau runtut sesuai dengan urutan assembling, meneliti kelengkapan data yang telah tercatat dalam formulir rekam medis pasien sesuai dengan kasus penyakitnya, mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatat data karena isinya tidak lengkap, mengendalikan nomor rekam medis pasien, mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekam medis.

Berdasarkan pengamatan pada saat survei awal dirumah sakit dokumen rekam medis pasien dengan penyakit DHF (*Dengue Haemorrhagic Fever*) termasuk dalam daftar 10 besar penyakit dan terdapat ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis. Dari survei awal dengan pengambilan 10 sampel dokumen rekam medis tahun 2015 rumah sakit permata medika semarang ditemukan untuk analisa

kuantitatif ketidaklengkapan ada 80% tidak lengkap dan 20% lengkap. Dari hasil yang didapat banyak ditemukan ketidaklengkapan pengisian pada bagian review identifikasi yaitu nama, alamat dan umur. Review autentifikasi yaitu tandatangan dan nama dokter, review pencatatan yaitu tulisan yang tidak jelas dan sulit untuk di baca. Dalam analisa kualitatif ditemukan hasil 80% lengkap / konsisten dan 20% tidak lengkap. Dari hasil tanya jawab dengan petugas didapatkan hasil yang menyatakan bahwa DRM pada kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* masih ada yang tidak lengkap karena belum ada petugas yang meneliti kelengkapan dokumen rekam medis.

Dampak dari masalah yang terjadi apabila DRM tidak lengkap adalah kualitas data yang dihasilkan tidak baik dan tidak akurat sehingga dapat merugikan manajemen RS sendiri dalam pengambilan keputusan. Dengan adanya data yang lengkap dan akurat maka dapat membantu pihak Rumah Sakit dalam kegiatan akreditasi Rumah Sakit, karena salah satu syarat akreditasi Rumah Sakit adalah kelengkapan dan keakuratan dalam pengisian Dokumen Rekam Medis <sup>(7)</sup>.

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Rekam Medis**

Rekam Medis Menurut SK Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI, 2006 Rekam Medis adalah keterangan yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium,

diagnosa serta segala pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien baik rawat inap, rawat jalan, maupun gawat darurat <sup>(1)</sup>.

### **B. Quality Assurance**

Quality Assurance merupakan usaha yang keras untuk mendorong serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang berkesinambungan. Program *Quality assurance* merupakan alat yang dipakai untuk memantau dan mengevaluasi program pelayanan kesehatan:

1. Mengidentifikasi masalah yang mungkin terjadi dalam kelengkapan dokumen rekam medis.
2. Menganalisa, menyimpan dan menyebarluaskan data mengenai kualitas perawatan kesehatan dan mengadakan pelatihan tentang kualitas pelayanan.

### **C. Analisa Kuantitatif**

Analisa kuantitatif adalah analisis yang ditujukan kepada jumlah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan meliputi kelengkapan lembaran medis. Paramedis dan penunjang sesuai prosedur yang ditetapkan. Petugas akan menganalisis setiap rekam medis yang diterima apakah lembaran rekam medis yang seharusnya ada pada rekam medis seorang pasien sudah ada atau belum.

1. Komponen Analisa Kuantitatif
  - a. Review Identifikasi

Identifikasi pasien pulang dan nomor rekam medis pada dokumen rekam medis . kalau suatu halaman tidak memiliki identifikasi harus direview untuk memastikan apakah ia milik pasien yang dokumen rekam medis sedang dianalisis dan identifikasinya dicatat.

b. Review Pencatatan

Dalam pencatatan atau penulisan rekam medis, kesalahan-kesalahan tulisan atau singkatan-singkatan yang tidak sesuai ketentuan juga tata cara membenarkan kesalahan, penyedia pelayanan dianjurkan membuat satu garis tunggal melewati setiap baris yang salah, menambahkan catatan yang menjelaskan kesalahan tersebut , membuat tanggal dan menandatangani kemudian membuat entri yang benar secara kronologis untuk menunjukkan entri mana yang diganti.

c. Review Pelaporan

Terdapat laporan-laporan tertentu yang umumnya ada pada dokumen rekam medis fasilitas tertentu, misalnya pada suatu rumah sakit umumnya terdapat riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, observasi klinis dan kesimpulan pada akhir perawatan inap (*resume* klinis

dan prosedur final). Laporan lain diperlukan tergantung pada perjalanan penyakit pasien dirumah sakit. Kalau pasien mendapat uji diagnosis, konsultasi atau pembedahan maka laporan prosedur ini akan diperlukan.

d. Review autentifikasi

Autentifikasi bisa tanda tangan, stempel karet yang hanya dipegang oleh pemiliknya, initial (singkatan nama) kalau bisa diidentifikasi atau kode akses komputer dan harus memiliki gelar profesional (dokter, register ners, dsb) penulisnya <sup>(9)</sup>.

**D. DMR ( *Delinquent Medical Record* )**

Yaitu : Rekam medis yang masih tetap belum lengkap setelah melewati masa perlengkapan dari batas waktu yang telah ditentukan yaitu 14 X 24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tak lengkap.

$$\frac{\text{Jumlah DRM yang bandel}}{\text{Jumlah DRM yang dilengkapi}} \times 100 \%$$

**E. Komponen Analisa Kualitatif**

1. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan diagnosa.

a. Pada Review ini akan memeriksa kekonsistenan diagnosa yang diantaranya:

- 1) Diagnosa saat masuk/ alasan saat masuk dirawat.
- 2) Diagnosa tambahan.
- 3) Preoperative diagnosis.
- 4) Postoperative diagnosis.

- 5) Pathological diagnosis.
  - 6) Clinical diagnosis.
  - 7) Diagnosis akhir/utama.
  - 8) Diagnosis kedua.
- b. Review kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan diagnosa.
- Konsistensi dan kelengkapan merupakan suatu penyesuaian / kecocokan antara 1 bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian, dimana dari awal sampai akhir harus konsisten, 3 hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, intruksi dokter, dan catatan obat.
- c. Review pencatatan saat perawatan dan pengobatan.
- Rekam medis harus menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta mencatat tindakan yang telah dilakukan pada pasien.
- d. Review adanya informed consent yang harus ada.
- Pada komponen ini menganalisa surat persetujuan dari pasien apakah sudah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan prosedur dan peraturan yang dibuat secara konsisten .

## **F. Pengisian Dokumen Rekam Medis**

1. Setiap tindakan atau konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1 x 24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.
2. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal.
3. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggungjawab dokter yang merawat atau oleh dokter yang membimbingnya.
4. Pencatatan yang dibuat oleh rasidens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
5. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukan pada saat itu juga disertai paraf.
6. Bila terjadi ketidaklengkapan reka medis yang telah dikembalikan ke sub bagian pencatatan medis, maka dokter yang bersangkutan di panggil untuk melengkapinya.
7. Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan <sup>(8)</sup>.

## **G. Assembling**

1. Tugas Pokok Assembling
  - a. Menerima dokumen rekam medis dan sensus harian dari unit-unit pelayanan.

- b. Meneliti kelengkapan isi dan merakit kembali urutan formulir RM.
- c. Mencatat dan mengendalikan dokumen rekam medis yang isinya belum lengkap dan secara periodik melaporkan kepada kepala URM mengenai ketidaklengkapan isi dokumen rekam medis petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi.
- d. Mengendalikan formulir-formulir RM secara periodik dan melaporkan kepada kepala URM mengenai jumlah dan jenis formulir yang telah digunakan.
- e. Mengalokasikan dan mengendalikan nomor RM.
- f. Menyerahkan dokumen RM yang sudah lengkap ke fungsi pengkodean dan pengindeksan.
- g. Menyerahkan sensus harian ke fungsi filing, analisa dan pelaporan.

#### H. Dengue Haemorrhagic Fever

*Demam berdarah dengue* (DBD) atau yang dapat disebut juga *dengue hemorrhagic fever* (DHF), *dengue fever* (DF), *demam dengue* (DD), dan *dengue shock syndrome* (DSS), merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia yang jumlah penderitanya cenderung meningkat dan penyebarannya semakin luas. *Dengue hemorrhagic fever* (DHF) adalah suatu penyakit yang disebabkan

oleh infeksi virus dengue termasuk genus *Flavivirus* dan *Flaviviridae* yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* (betina)<sup>(12)</sup>.

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk memperoleh gambaran tentang suatu keadaan. Pengambilan data yang dilakukan adalah dengan menggunakan metode observasi yaitu dengan melihat dan mencatat hal tertentu yang ada hubungannya dengan masalah. Pendekatan yang digunakan yaitu secara *Cross Sectional* artinya data yang diperoleh pada saat penelitian dilakukan<sup>(15)</sup>.

#### B. Variabel Penelitian

##### 1. Analisa Kuantitatif

- a. Review Identifikasi
- b. Review Pelaporan
- c. Review Pencatatan
- d. Review Autentifikasi

##### 2. Analisa Kualitatif

- a. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa
- b. Review kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan diagnosa
- c. Review pencatatan pada saat perawatan dan pengobatan
- d. Review adanya *informed consent* yang harus ada.

- e. Tingkat kebandelan DRM (*Deliquent Medical Record/ DMR*) pada formulir rawat inap.

### C. Populasi Dan Sampel

#### a. Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti, Sebanyak 178 besarnya populasi pada dokumen rekam medis rawat inap penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* didalam kelengkapan pencatatan berkas rekam medis yang berada dibagian *filing* pada periode triwulan I tahun 2015.

#### b. Sampel

Sampel yaitu sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi.

Dapat dihitung :

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

$$n = \frac{178}{1 + 178(0,1)^2}$$

= 64 dokumen

Dari perhitungan sampel diatas diperoleh jumlah sampel sebanyak 64 dokumen pada penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* pada Periode Triwulan I tahun 2015. Teknik yang digunakan dalam pengambilan DRM adalah teknik *Simple Random Sampling* yaitu setiap anggota dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi menjadi sampel.

### D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman observasi sebagai langkah awal penelitian terhadap formulir rawat inap pada penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* tentang kelengkapan dan ketidaklengkapan dokumen rekam medis dengan menggunakan checklist.

1. Data Lengkap : Menggunakan tanda cek (v)
2. Data Tidak Lengkap: Menggunakan tanda strip (-)

### E. Pengumpulan Data

#### 1. Data Primer

##### a. Observasi

Pengumpulan data dengan cara meneliti ketidaklengkapan DRM rawat inap penyakit DHF periode triwulan I tahun 2015.

##### b. Tabel Ceklis

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan tabel checklist agar mempermudah dalam meneliti setiap lembar DRM.

#### 2. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder dengan indeks penyakit. Indeks penyakit untuk mengetahui penyakit DHF pada periode triwulan I tahun 2015. Membuat gulungan kertas berisi NO.RM sebanyak 178 kemudian mengambil sampel sebanyak 64 gulungan dan dicari dibagian rak *filing* untuk diamati setiap formulir dengan

menggunakan analisa kuantitatif dan kualitatif, kemudian hasilnya ditulis di checklist.

## F. Pengolahan Data

### 1. Editing

Yaitu melakukan koreksi kembali hasil pengumpulan data pada checklist untuk menghindari data yang tidak terbaca atau salah tulis.

### 2. Tabulating

Data yang telah dikelompokkan sesuai dengan kategorinya kemudian dikelompokkan pada tabel untuk memudahkan dalam analisa data.

### 3. Penyajian data

Menyajikan data dalam bentuk tabel.

## G. Analisa Data

Analisa data disajikan secara deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan untuk menggambarkan hasil penelitian dan membandingkan dengan teori yang ada berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat ditarik kesimpulan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. HASIL

#### 1. Analisa Ketidaklengkapan Kuantitatif per Formulir Rekam Medis

Tabel 4.5

Hasil Analisa Kuantitatif per Formulir Rekam Medis Rawat Inap

No	Lembar RM	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Total	%	Total	%

1	RM 1	46	72%	18	28%
2	RM 14	32	50%	32	50%
3	RM 3	0	0%	64	100%
4	RM 2A	1	2%	63	98%
5	RM 5	0	0%	64	100%
6	RM 6b	0	0%	64	100%
7	RM 7	0	0%	64	100%
8	RM 7A	0	0%	64	100%
9	RM 9C	0	0%	64	100%
10	RM 13	0	0%	64	0%
11	RM 15	64	100%	0	0%
12	RM 23	33	52%	31	48%
13	Visite Dokter	0	0%	64	100%
Jumlah		0	0%	64	100%

Dari hasil tabel diatas didapatkan 100% formulir rekam medis belum lengkap dalam pengisiannya dan 0% formulir yang lengkap.

#### 2. Analisa Kualitatif

Tabel 4.6

Hasil Rekapitulasi Analisa Kualitatif

Per Review

Dokumen Rekam Medis Penyakit

DHF Periode Triwulan I Tahun 2015

No	Review Kualitatif	Lengkap		Tidak Lengkap	
		Total	%	Total	%
1	Kelengkapan dan Kekonsistensi an Diagnosa	45	70%	19	30%
2	kekonsistensian Pencatatan Diagnosa	64	100%	0	0%
3	Pencatatan saat perawatan dan pengobatan	35	55%	29	45%
4	Informed Consent	64	100%	0	0%
Total		25	39%	39	61%

Berdasarkan analisa kualitatif data rekam medis rawat inap pada penyakit DHF di RS. Permata Medika Semarang pada masing-masing formulir dapat diuraikan sebagai berikut:

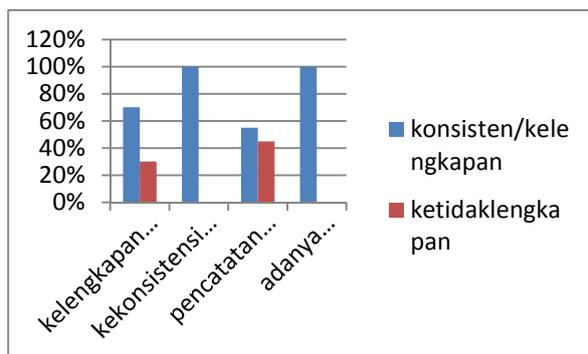
- Untuk kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa menunjukkan 45 (70%) lengkap dan 19 (30%) tidak lengkap.
- Untuk kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan diagnosa menunjukkan 64 (100%) konsisten dan 0 (0%) tidak konsisten.
- Untuk pencatatan saat perawatan dan pengobatan menunjukkan 35 (55%) kelengkapan dan 29 (45%) ketidaklengkapan.

Untuk informed consent menunjukkan 64 (100%) lengkap dan 0(0%) tidak lengkap.

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan pada analisa kualitatif banyak terdapat pada bagian pencatatan saat perawatan dan pengobatan yaitu 35 (55%) kelengkapan dan 29 (45%) ketidaklengkapan.

#### Prosentase Analisa Kualitatif

Pada Formulir Rekam Medis Rawat Inap Penyakit DHF Periode Triwulan I Tahun 2015



### 3. DMR

Berdasarkan hasil dari analisa kuantitatif dan analisa kualitatif didapatkan hasil dari 64 dokumen rekam medis rawat inap

yang diteliti terdapat 64 dokumen rekam medis yang tidak lengkap, penghitungan tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap penyakit *dengue haemorrhagic fever* adalah sebagai berikut :

Tabel 4.7

Prosentase Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Penyakit DHF Periode Triwulan I Tahun 2015

	Analisa Kuantitatif		Analisa Kualitatif		Total	
	L	TL	L	TL	L	TL
Tota l	0	64	25	39	0	64
%	0 %	100 %	39 %	61 %	0 %	100 %

$$DMR = \frac{\text{Jumlah DRM tidak lengkap} \times 100\%}{\text{Jumlah DRM seluruhnya}}$$

$$= \frac{64}{64} \times 100\% = 100\%$$

## B. Pembahasan

### 1. Analisa Kuantitatif

#### a) Review Identifikasi

Analisa kuantitatif dilakukan dengan cara menganalisis setiap lembar-lembar rekam medis sesuai dengan lamanya perawatan yang meliputi kelengkapan lembaran medis, pada bagian identitas pasien harus ada nama dan nomor rekam medis. Apabila suatu halaman tidak memiliki identitas maka harus direview untuk memastikan apakah ia milik

pasien yang dokumen rekam medisnya sedang dianalisis atau bukan <sup>(4)</sup>.

Dari hasil pengamatan untuk review identifikasi pada 64 sampel dokumen rekam medis rawat inap menunjukkan RM 3, 5, 6b, 7, 7a, 9c, 13 dan visite dokter yaitu ketidaklengkapan pada pengisian jenis kelamin dan alamat sebesar 0 (0%) lengkap dan 64 belum lengkap (100%). Hal ini harus sangat diperhatikan karena pada review identitas ini sangatlah penting agar mempermudah dalam mengetahui penyakit pasien apabila akan dirujuk dan menghindari terjadinya kesalahan dalam mengambil data pasien maka perlu adanya alamat yang jelas dan benar.

#### b) Review Pelaporan

Pada review pelaporan ini menganalisis formulir seperti riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, observasi klinis dan kesimpulan pada saat akhir perawatan. apabila lengkap maka dapat digunakan untuk uji diagnosis, konsultasi atau pembedahan <sup>(9)</sup>.

Dari hasil pengamatan pada review pelaporan menunjukkan bahwa ketidaklengkapan paling banyak pada review pelaporan terdapat pada RM14 yaitu

ketidaklengkapan pada pengisian anamnesa, pemeriksaan fisik,diagnosa masuk dan diagnosa utama sebesar 32 (50%) lengkap dan 32 belum lengkap (50%). Hal ini haruslah diperhatikan agar formulir tetap diisi kelengkapannya agar dapat digunakan untuk bukti hukum apabila diperlukan.

#### c) Review Pencatatan

Dalam pencatatan atau penulisan rakam medis, kesalahan dalam penulisan atau singkatan yang tidak sesuai dengan ketentuan dan tata cara membenarkan kesalahan harus dilakukan dengan baik agar isi mudah dibaca dan jelas <sup>(9)</sup>.

Dari hasil review pencatatan menunjukkan bahwa ketidaklengkapan pada review pencatatan terdapat pada RM 2A yaitu ketidaklengkapan karena terdapat coretan dan tulisan tidak mudah dibaca sebesar 61 (95%) lengkap dan belum lengkap 3 (5%). Hal ini harus dilakukan dengan baik dalam pencatatan data karena dapat mempengaruhi isi dari formulir apabila digunakan dalam keperluan dan tulisan tidak jelas maka akan terjadi kesalahan dalam membacanya, dapat juga merugikan pihak

rumah sakit terutama dokter dan perawat dalam menangani pasien tersebut apabila digunakan dalam kekuatan hukum. Dalam membenaran tulisan dilarang menggunakan tipex dan mencoret lebih dari dua kali.

d) Review Autentifikasi

Autentifikasi dapat berupa tandatangan, stempel karet yang harus dipegang oleh pemiliknya. Dan inisial nama yang dapat diidentifikasi dalam rekam medisnya<sup>(9)</sup>.

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 64 sampel dokumen rekam medis rawat inap paling tinggi pada RM 2A yaitu ketidakeengkapan pada pengisian nama dan tanda tangan perawat sebesar 32 (50%) lengkap dan 32 (50%) tidak lengkap. Hal ini harus sangat diperhatikan karena nama petugas dan bukti tandatangan petugas yang bertanggung jawab sangat penting untuk pertanggung jawaban apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

2. Analisa Kualitatif

a) Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa.

Menurut Lily Wijaya, untuk kekonsistensian diagnosa ada

alasan masuk dirawat yaitu diagnosis, tambahan, clinical diagnosis, diagnosis akhir, diagnosis utama dan lain-lain<sup>(10)</sup>.

Dari hasil pengamatan untuk analisa kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa menunjukkan 45 (55%) lengkap dan 19 (30%) tidak lengkap, kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa sangatlah penting karena untuk melihat kondisi saat masuk dan saat pulang ada perbedaan atau tidak.

b) Review kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan diagnosa

Dari hasil pengamatan untuk analisa kualitatif dalam review kelengkapan pencatatan diagnosa menunjukkan 64(100%) konsisten dan 0(0%) tidak konsisten. Hal ini harus sesuai dan konsisten karena Konsisten dan kelengkapan merupakan suatu penyesuaian atau kecocokan antara 1 bagian dengan bagian yang lain dimana dari awal catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat harus konsisten<sup>(10)</sup>.

c) Review pencatatan saat perawatan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan untuk review pencatatan saat

perawatan dan pengobatan yang dilakukan menunjukkan 35 (55%) kelengkapan dan 29 (45%) ketidaklengkapan. Pencatatan ini menjelaskan tentang keadaan pasien selama dirawat dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang serta mencatat tindakan yang telah dilakukan agar dapat diketahui apabila dibutuhkan.

d) Review adanya *informed consent*

Dari hasil pengamatan untuk analisa kualitatif pada *informed consent* menunjukkan 64 (100%) lengkap dan 0 (0%) ketidaklengkapan. Perlu adanya *informed consent* ini karena persetujuan dari pihak pasien harus diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan prosedur dan peraturan yang dibuat secara konsisten. <sup>(10)</sup>

e) DMR

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yaitu review identifikasi, pelaporan, pencatatan, autentifikasi, kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa, kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan diagnosa, pencatatan saat pengobatan dan perawatan, adanya *informed consent* yang

didapat pada dokumen rekam medis rawat inap pasien dengan penyakit *dengue haemorrhagic fever* pada periode triwulan I tahun 2015. Mendapat sampel 64 dokumen yang harus diteliti terdapat 64 dokumen yang belum lengkap, sehingga DMR (*Deliquent Medical Record*) ditemukan sebanyak 100%. dalam hal ini menunjukkan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit *dengue haemorrhagic fever* masih banyak tingkat kebandelanya. Dan hal ini disebabkan karena belum ada petugas yang meneliti kelengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis dengan cara analisa kuantitatif dan kualitatif.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### A. KESIMPULAN

#### 1. Kuantitatif

##### a. Review Identifikasi

Dari 64 dokumen rekam medis rawat inap pada pasien dengue haemorrhagic fever yang diteliti angka ketidaklengkapan dalam pengisian berkas paling tinggi terdapat pada formulir RM 3, 5, 6b, 7, 7a, 9c, 13 dan visite dokter yaitu ketidaklengkapan pada pengisian jenis kelamin

dan alamat sebesar 0 (0%) lengkap dan 64 belum lengkap (100%).

b. Review Pelaporan

Dari 64 dokumen rekam medis rawat inap pada pasien dengue haemorrhagic fever yang diteliti angka ketidaklengkapan dalam pengisian berkas paling tinggi terdapat pada formulir RM 14 yaitu ketidaklengkapan pada pengisian Pada anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa masuk dan diagnosa utama sebesar 32 (50%) lengkap dan 32 belum lengkap (50%).

c. Review Pencatatan

Dari 64 dokumen rekam medis rawat inap pada pasien dengue haemorrhagic fever yang diteliti angka ketidaklengkapan dalam pengisian berkas paling tinggi terdapat pada formulir RM 2A yaitu ketidaklengkapan karena terdapat coretan sebesar 61 (95%) lengkap dan belum lengkap 3 (5%).

d. Review Authentifikasi

Dari 64 dokumen rekam medis rawat inap pada pasien dengue haemorrhagic fever yang diteliti angka ketidaklengkapan dalam pengisian berkas paling tinggi

terdapat pada formulir RM 2A yaitu ketidaklengkapan pada pengisian nama dan tanda tangan perawat sebesar 32(50%) lengkap dan 32 (50%) belum lengkap.

e. Analisa kuantitatif pada masing-masing formulir

Dari 64 dokumen rekam medis rawat inap pada pasien dengue haemorrhagic fever yang diteliti angka ketidaklengkapan dalam pengisian berkas paling tinggi terdapat pada formulir RM 3, RM 5, RM 6B, RM 7, RM 7A, RM 9C, RM 13 dan visite dokter yaitu 0 (0%) lengkap dan 64(100%) tidak lengkap.

## 2. Kualitatif

a. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa

Hasil Untuk kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa menunjukkan 45(55%) lengkap dan 19 (30%) tidak lengkap.

b. Review kekonsistensian dan kelengkapan pencatatan diagnosa.

Hasil Untuk review kelengkapan pencatatan diagnosa menunjukkan 64 (100%) konsisten dan 0 (0%) tidak konsisten.

c. Review pencatatan saat perawatan dan pengobatan.

Hasil Untuk pencatatan saat perawatan dan pengobatan menunjukkan 35 (55%) kelengkapan dan 29 (45%) ketidaklengkapan.

- d. Review adanya *informed consent*.

Untuk *informed consent* menunjukkan 64 (100%) lengkap dan 0(0%) tidak lengkap.

- e. DMR

Hasil analisa kuantitatif dan kualitatif pada dokumen rekam medis rawat inap penyakit dengue haemorrhagic fever pada periode triwulan I tahun 2015 yang diteliti terdapat 0 (0%) dokumen lengkap dan 64 (100%) kebandelan yang terdapat pada review identifikasi, pelaporan dan pencatatan dan autentifikasi.

## B. SARAN

Saran yang dapat diterapkan guna meningkatkan mutu pelayanan rekam medis terutama dalam hal pengisian dokumen rekam medis rawat inap pasien adalah sebagai berikut:

1. Petugas *Filing*

Sebaiknya petugas yang mengurutkan dokumen rekam medis lebih fokus pada kelengkapan saja untuk mengurangi angka DMR dibagian *filing*.

2. Koordinator Rekam Medis

Sebaiknya koordinator rekam medis lebih meningkatkan kedisiplinan pada semua pihak yang bertanggung jawab dalam mengingat pentingnya kelengkapan pada pengisian dokumen rekam medis karena sebagai penunjang akreditasi rumah sakit dan kesinambungan data pasien.

3. Petugas Pendaftaran

Untuk identitas pasien haruslah lengkap terutama jenis kelamin dan alamat. Sebaiknya petugas pendaftaran lebih memperhatikan dan mengisinya dengan lengkap karena untuk mengidentifikasi milik dari dokumen tersebut apabila tercecer.

4. Dokter Penanggung jawab Pasien

Pada review pelaporan terutama pada pengisian diagnosa masuk, anamnesa, pemeriksaan fisik dan diagnosa utama sebaiknya diisi dengan lengkap sehingga dapat berkesinambungan dan akurat.

5. Petugas Perawat

Untuk review pencatatan pada lembar resume keluar, perjalanan penyakit, cairan infus, tindakan keperawatan, kartu obat, pengantar penderita dirawat inap, perjalanan penyakit, resume keperawatan harus diisi dengan lengkap agar informasi yang dihasilkan lebih akurat, lengkap serta berkesinambungan.

6. Untuk review autentifikasi harus diisi dengan lengkap seperti

tandatangan dan nama dokter/ perawat/ petugas yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan sekaligus digunakan sebagai bukti pertanggung jawaban apabila suatu saat dibutuhkan sebagai bukti hukum.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. SK Dirjen. Pelayanan Medik Depkes RI.2006
2. Depkes RI. Permenkes No.269 / MENKES / PER/ III.2008
3. Huffman, EK. *Translation in Health Information Managemen*. Jenifer Coffe, RRA. Apikes Dharma Lambaw Padang. 1999
4. Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Revisi I. Jakarta. 1997.
5. Azwar, Azrul. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pusaka Sinar Harapan. Jakarta. 1996
6. Huffman, EK. *Health Information Management Physicians Record Company*. Beryn, Illioni. 1994
7. Sukma, Izha dkk. *Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Dalam Batas Waktu Pelengkapan*. Surakarta. 2008
8. Huffman, E.K. *Healt Information Management*. 1999
9. Kursus Mahir Perekam Medis, Edisi 2 , volume 1, cetakan 1, Editor Nursaha, Jakarta 1997.
10. Widjaja . Lily . *Analisa Kualitatif* .2012
11. Satari, Hindra I dan Meiliasari, Mila. Puspa Swara. *Demam Berdarah: Perawatan di Rumah dan Rumah Sakit plus Menu*. Jakarta, 2004
12. Ginanjar, Genis. *Demam Berdarah : A Survival Guide*. Bfirst . Yogyakarta, 2004
13. Christantie, Effendy . *pathofisiologi*. 1995
14. Sumantri, Arif. *Model Pencegahan Berbasis Lingkungan terhadap Penyebaran Penyakit Demam Berdarah Dengue di Provinsi DKI Jakarta*. Bogor: Sekolah Pascasarjana Institut Pertanian Bogor. 2008
15. Notoadmodjoyo, Soekidjo. *Metodologi Peelitian Kesehatan*. Renieka Cipta. Jakarta 2002.