

## **ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP PADA PERIODE TRIWULAN I DI RSUD UNGARAN TAHUN 2014**

**Zaldy Mauliddin Noor \*)**, dr.Zaenal Sugiyanto, M.Kes\*\*)

\*) Alumni Prodi DIII RMIK Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

\*\*) Dosen Prodi DIII RMIK Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

Email : [Zaenal\\_sugiyanto@yahoo.co.id](mailto:Zaenal_sugiyanto@yahoo.co.id)

### **ABSTRACT**

*The completeness of medical record document highly affects information that is generated that medical record document. We often find the incompleteness of medical record fulfillment and the inaccuracies of patient disease diagnosis, in RSUD Ungaran. The purpose of this research is to identify the completeness of medical record document fulfillment in quantitative and qualitative ways, calculate obstinacy amount of medical record document hospitalization, and also the relationship between the incompleteness of medical record document and the accuracy patient in the first quarterly period of 2014 in RSUD Ungaran.*

*This research uses descriptive method with cross sectional approach and collect data by observation, checklist, analyzing hospitalization medical record document on patient that has been filled. The sample of this research is 99 hospitalization medical records documents.*

*The result of incompleteness in quantitative way in each reviews show that identification review 40%, reporting review 53%, recording review 51%, authentication review 61%. In qualitative way in each review show that completeness and diagnosis consistency review 30%, completeness and consistency reporting diagnosis review 26%, informed consent review 4%, and calculating of medical record document obstinacy 98,9%.*

*The conclusion of calculating result, there are still a lot medical record documents have incompleteness of their fulfillment. As suggestion, management and medical record unit refinement are needed, in order to make medical personnel write data recording completely and continuously.*

**Keywords** : *quantitative analysis, qualitative analysis, medical record document*

# **ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP PADA PERIODE TRIWULAN I DI RSUD UNGARAN TAHUN 2014**

**Zaldy Mauliddin Noor \*)**, **dr.Zaenal Sugiyanto, M.Kes\*\*)**

\*) Alumni Prodi DIII RMIK Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

\*\*) Dosen Prodi DIII RMIK Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang

Email : [Zaenal\\_sugiyanto@yahoo.co.id](mailto:Zaenal_sugiyanto@yahoo.co.id)

## **ABSTRAK**

Kelengkapan dokumen rekam medis sangat berpengaruh terhadap informasi yang dihasilkan pada dokumen rekam medis tersebut, di RSUD Ungaran masih sering ditemukan ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi kelengkapan pengisian dokumen rekam medis secara kuantitatif dan kualitatif, menghitung angka kebandelan dokumen rekam medis rawat inap periode triwulan I tahun 2014 di RSUD Ungaran.

Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan *crosssectional* dan pengumpulan data dengan cara observasi, checklist, melakukan analisa terhadap dokumen rekam medis rawat inap pada pasien yang telah diisi. Sampel penelitian adalah 99 dokumen rekam medis rawat inap.

Hasil penelitian ketidaklengkapan secara kuantitatif pada setiap review menunjukkan review identifikasi 40%, review pelaporan 53%, review pencatatan 51%, review autentifikasi 61%, secara kualitatif pada setiap review menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa 30%, review kekonsistenan pencatatan diagnosa 26%, review adanya informed consent 4%, serta perhitungan kebandelan dokumen rekam medis 98,9%.

Kesimpulan, dari hasil perhitungan masih banyak sekali dokumen rekam medis yang tidak lengkap dalam pengisiannya. Saran, perlu adanya perbaikan manajemen dan unit rekam medis agar para tenaga medis melakukan pencatatan data secara lengkap dan berkesinambungan.

Kata kunci : analisa kuantitatif, analisa kualitatif, dokumen rekam medis

## PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu aspek yang penting dalam kehidupan manusia. Oleh karena itu, masyarakat berusaha mendapatkan yang terbaik dalam hal mutu kesehatan. Hal ini membuat mereka semakin kritis terhadap mutu pelayanan kesehatan yang ada, dapat dilihat dari banyaknya orang yang rela mengeluarkan uang demi pemeliharaan kesehatan mereka, diantaranya seperti puskesmas, balai pengobatan, rumah sakit, dan lain-lain.

Rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu pelayanan rekam medis menjadi salah satu standar yang harus dipenuhi dalam akreditasi Rumah Sakit. Definisi Rekam Medis Menurut Permenkes RI No.269/MENKES/PER/III/2008 Bab I, pasal 1, 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.<sup>(1)</sup>

Menurut Permenkes No. 269 tahun 2008, pasal 3, isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawat sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, tanggal dan waktu, hasil anamnesa,

mencangkup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, diagnosa, rencana penata laksanaan, pengobatan dan atau tindakan, persetujuan tindakan, catatan observasi klinik dan hasil pengobatan, ringkasan pulang, nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu yang memberi pelayanan kesehatan tertentu, dan untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan endotogram klinik.<sup>(1)</sup>

Rekam Medis yang lengkap dan benar akan memudahkan informasi bagi pihak Rumah Sakit. Rekam Medis yang lengkap dapat digunakan bagi referensi pelayanan kesehatan melindungi hukum, menunjang informasi untuk *Quality Assurance*, membantu menetapkan diagnose, prosedur pengkodean, pengertian biasa perawatan dan untuk kepentingan penelitian. Sedangkan Rekam Medis yang tidak lengkap akan menghambat penyediaan informasi. Pada Undang-Undang Kedokteran juga ditanyakan bahwa ketidaklengkapan berkas Rekam Medis adalah sebagai bukti di pengadilan, oleh sebab itu pengisian berkas rekam medis harus sesuai dengan aturan yang ada didalam tata cara pengisian.<sup>(2)</sup>

Analisa kelengkapan dokumen sangatlah diperlukan. Hal ini dimaksud untuk hal-hal yang kurang dalam pencatatan sesuai dengan analisis

kelengkapan data dokumen rekam medis karena pentingnya dokumen dalam memberikan informasi yang berkesinambungan. Analisa kelengkapan juga bertujuan untuk membuat catatan medis yang lengkap dan berkesinambungan untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, Rumah Sakit, akreditasi, dan sertifikasi.

Penelitian kelengkapan data dapat direview pada empat review yaitu (1) review identifikasi (2) review autentifikasi (3) review pencatatan (4) review pelaporan. Pentingnya kelengkapan data rekam medis sebagai data rekam medis. Apabila terjadi kasus gugatan atau mal praktek dari pasien, Rekam medis yang lengkap dapat membantu dokter maupun tenaga kesehatan lainnya sebagai tanda bukti pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit. Perlu diteliti kasus-kasus yang sering dijumpai dilapangan. Oleh sebab itu diperlukan analisis kuantitatif dari kelengkapan data dokumen data rekam rawat inap. Hal ini dimaksudkan untuk menemukan informasi yang berkesinambungan. Rekam medis juga dirancang agar memuat informasi sehingga dengan adanya sumber informasi dan media komunikasi maka pemberian pelayanan petugas kesehatan dapat meningkatkan mutu pelayanan dirumah sakit.<sup>(3)</sup>

Berdasarkan pengamatan pada survey awal terdapat dokumen rekam

medis rawat inap yang kurang lengkap untuk analisa kuantitatif dan kualitatif. Hal tersebut diketahui dengan pengambilan sampel dari 10 DRM, dari analisa kuantitatif terdapat 30% DRM yang lengkap dan 70% DRM yang tidak lengkap berdasarkan empat review yaitu (Review Identifikasi: Nomor Rekam Medis, Nama Pasien, Alamat Pasien, Jenis Kelamin, Umur Pasien). (Review Pelaporan: Diagnosa Konsisten, Lembar RM Lengkap, Ketepatan Mengkode, Semua butir diisi). (Review Autentifikasi: Nama terang petugas, Tanda tangan petugas, Tanggal pencatatan, tempat pencatatan). (Review Pencatatan: Singkatan dapat dipahami, tulisan tersebut dapat dibaca, tulisan jelas, cara pembetulan kesalahan, bila terjadi kesalahan dapat dicoret dan dibetulkan serta dibubuhi tanda tangan). Dan untuk analisa kualitatifnya terdapat 20% DRM yang lengkap dan 80% DRM yang tidak lengkap berdasarkan tiga review yaitu (Kelengkapan dan kekonsistenan diagnose). (Kekonsistenan pencatatan diagnose). (Adanya *informed consent*). Dokumen rekam medis yang tidak lengkap dapat mengakibatkan informasi medis tidak berkesinambungan dan dokumen rekam medis belum bisa digunakan sebagai alat bukti hukum yang sah bila terjadi tindakan malpraktek. Pentingnya kelengkapan didalam pengisian data pada lembar *informed consent* akan sangat berguna dikemudian

hari apabila ada gugatan dari pasien atau keluarga pasien.

Melihat pentingnya peranan DRM dalam menciptakan informasi medis yang berkesinambungan dan dalam aspek hukum kesehatan maka perlu dijaga kelengkapannya. Dokumen rekam medis merupakan alat yang penting untuk menjalankan organisasi karena bermanfaat untuk menetapkan tanggung jawab timbulnya kegiatan, dan untuk merekam data pelayanan. Tingkat ketidaklengkapan DRM rawat inap sering terjadi tidak lengkap pada RSUD Ungaran. Maka dari itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Periode Triwulan I di RSUD Ungaran Tahun 2014”

## **METODOLOGI PENELITIAN**

Jenis penelitian adalah deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan. Sedangkan pengambilan data secara observasi, yaitu suatu prosedur berencana, antara lain meliputi, melihat, mencatat dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti dengan menggunakan metode pendekatan secara *cross sectional* yaitu penelitian dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada periode tertentu.<sup>(4)</sup>

Dalam penelitian ini populasinya adalah semua DRM pasien rawat inap pada triwulan ke I tahun 2014 di RSUD Ungaran sebanyak 3377, dan sampelnya diambil menggunakan metode sistem *random sampling*, Sehingga banyaknya sampel DRM rawat inap periode triwulan ke I tahun 2014 di RSUD Ungaran yang digunakan adalah 99 DRM rawat inap.

Instrumen penelitian ini adalah : checklist untuk menghitung Hasil penelitian pada buku catatan ketidaklengkapan data dan dihitung angka DMR (Deliquent Medical record).

Cara pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan observasi serta menggunakan tabel *checklist* yaitu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan mengetahui obyek penelitian secara langsung.

## **HASIL**

Pengambilan data analisa kuantitatif dan kualitatif dilakukan secara keseluruhan dengan mengambil semua dokumen rekam medis rawat inap mulai tanggal 05 - 11 febuari 2015 di bagian filing unit rekam medis rawat inap RSUD Ungaran periode triwulan I tahun 2014 yaitu sebanyak 99 dokumen. Pengambilan data dilakukan secara acak dengan menggunakan metode random sampling, hasil penelitian selanjutnya dibuat dalam tabel check list hasil ketidaklengkapan pengisian formulir dokumen rekam medis rawat inap periode triwulan I tahun 2014.

Jenis formulir –formulir dokumen rekam medis rawat inap yang diamati di RSUD Ungaran antara lain terdiri atas RM 1 (lembar masuk dan keluar), RM 2 (anamnesa dan pemeriksaan fisik), RM 4 (perjalanan penyakit), RM 5 (grafik), RM 6 (catatan perawatan), RM 7 (resume keperawatan pasien keluar), RM 7.1 (asuhan keperawatan), RM 8 (resume ringkasan keluar), RM 10 laporan operasi, RM 12 (informed consent), RM 22 (penempelan resep).

Untuk mengetahui gambaran kelengkapan pengisian data dokumen rekam medis rawat inap periode triwulan I tahun 2014 sebagai berikut :

#### 1. Analisa Kuantitatif

##### a. Review Identifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review identifikasi dari 99 DRM yang diteliti ternyata untuk review identifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 8 yaitu 32 lengkap (33%) dan 67 tidak lengkap (67%) ketidaklengkapan pada pengisian jenis kelamin, alamat dan ruang.

##### b. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 99 DRM yang diteliti ternyata untuk review pelaporan dokumen rekam medis

yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 1 yaitu 42 lengkap (42%) dan 57 tidak lengkap (58%) ketidaklengkapan pada pengisian diagnosa masuk, diagnosa utama dan tindakan.

##### c. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 99 DRM yang diteliti ternyata untuk review pencatatan dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 7 yaitu 29 baik (30%) dan 70 tidak baik (70%) ketidaklengkapan pada pengisian tidak dapat dibaca/dimengerti dan penggunaan istilah/singkatan.

##### d. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 99 DRM yang diteliti ternyata untuk review autentifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 7.1 yaitu 43 lengkap (42%)

dan 56 tidak lengkap (58%) ketidaklengkapan pada pengisian nama dan tanda tangan perawat.

## 2. Analisa Kualitatif

### a. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat 70 yang konsisten (70%) dan 29 yang tidak konsisten (30%). Ketidaklengkapan terdapat pada penulisan diagnosa dan kode diagnosa yang tidak konsisten yang dikode hanya diagnosa utamanya saja dan dokter sering menyingkat penulisan diagnosa dan tidak sesuai dengan ICD.

### b. Review Kekonsistenan Pencatatan diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan pencatatan diagnosa dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat 73 yang konsisten (74%) dan 26 yang tidak konsisten (26%). Hal ini menunjukkan bahwa Ketidaklengkapan terdapat pada pencatatan diagnosa masuk sering tidak terisi.

### c. Review Adanya Informed Consent Yang Seharusnya Ada

Dari hasil pengamatan menunjukkan review adanya

informed consent dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat 95 yang konsisten (95%) dan 4 yang tidak konsisten (5%). Jika dalam DRM rawat inap pasien tidak terdapat informed consent, maka dokter tidak punya bukti hukum yang sah atas tindakan yang telah diberikan kepada pasien.

## 3. DMR (*Delinquent Medical Records*)

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yaitu review identifikasi, pelaporan, pencatatan, autentifikasi, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kelengkapan pencatatan diagnosa, adanya informed consent, yang didapat dari hasil 99 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 1 (1%) dokumen yang lengkap dan 98 (99%) dokumen yang tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada DRM rawat inap masih banyak tingkat kebandelannya.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan pada penelitian analisa kuantitatif dan kualitatif kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap di RSUD Ungaran, maka dapat diketahui hasil akhir review sebagai berikut :

### 1. Analisa Kuantitatif

#### a. Review Identifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review

identifikasi dari 99 DRM yang diteliti ternyata untuk review identifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 8 yaitu 32 lengkap (33%) dan 67 tidak lengkap (67%) ketidaklengkapan pada pengisian jenis kelamin, alamat dan ruang.

Analisa kuantitatif dimulai dengan memeriksa setiap lembar RM menurut Huffman K, bahwa identitas pasien paling tidak mempunyai nama dan no rekam medis kalau halaman sudah tidak mempunyai identitas maka harus direview untuk memastikan apakah lembar tersebut milik pasien yang rekam medisnya sedang dianalisa atau bukan. Karena kalau tidak tahu lembar tersebut milik siapa, maka menyebabkan kepemilikan formulir sulit untuk diketahui dan kemungkinan kesalahan diagnosa maupun pemberian obat sehingga harus direview untuk memastikan formulir tersebut milik siapa.<sup>(3)</sup>

Unit pencatatan yang bertanggung jawab atas review identifikasi yaitu khususnya pada RM 8 adalah perawat. Ketidaklengkapan identitas dikarenakan perawat kurang

melengkapi jenis kelamin, alamat dan ruang. Ketidaklengkapan identitas pasien dikarenakan perawat kurang teliti dalam pengisian identitas pasien dan belum mengerti pentingnya kelengkapan isi DRM.

#### b. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 99 DRM yang diteliti ternyata untuk review pelaporan dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 1 yaitu 42 lengkap (42%) dan 57 tidak lengkap (58%) ketidaklengkapan pada pengisian diagnosa masuk, diagnosa utama dan tindakan.

Menurut Huffman K, review pelaporan merupakan prosedur analisa kuantitatif harus menegaskan laporan mana yang akan dilakukan, kapan dan keadaan yang bagaimana karena jika sewaktu - waktu ada pasien yang merasa telah di malpraktek pihak rumah sakit bisa menunjukkan DRM yang merupakan bukti tindakan apa saja yang dilakukan dan merupakan bukti hukum.<sup>(3)</sup>



Unit pencatatan yang bertanggung jawab atas review pelaporan yaitu khususnya pada RM 1 adalah dokter. Ketidaklengkapan pelaporan dikarenakan dokter kurang teliti dalam melengkapi diagnosa masuk, diagnosa utama dan tindakan, seharusnya dokter wajib melengkapi pelaporan pada RM 1 lembar masuk dan keluar pasien supaya lebih mudah mengetahui perkembangan penyakit pasien.

c. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 99 DRM yang diteliti ternyata untuk review pencatatan dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 7 yaitu 29 baik (30%) dan 70 tidak baik (70%) ketidaklengkapan pada pengisian tidak dapat dibaca/dimengerti dan penggunaan istilah/singkatan.

Berdasarkan pengamatan pada review pencatatan ketidaklengkapan pada item tidak dapat dibaca/dimengerti dan penggunaan istilah/singkatan sangat penting sekali karena untuk mengetahui catatan tindakan yang

diberikan kepada pasien sehingga data atau informasi yang dihasilkan tidak berkesinambungan. Sedangkan analisa kuantitatif yang dimulai dengan memeriksa setiap lembar RM menurut huffman K, dalam pencatatan atau penulisan rekam medis, bisa dikatakan baik apabila pada item semua terisi, tulisan bisa terbaca, tidak ada tip-X, tidak ada coretan dan cara pembetulan harus dicatat, ditanda tangani dan menambahkan catatan. yang menjelaskan kesalahan tersebut untuk menunjukkan mana yang diganti.<sup>(3)</sup>

Unit yang bertanggung jawab pada review pencatatan ketidaklengkapan yaitu perawat. Ketidaklengkapan dalam pencatatan disebabkan karena perawat kurang teliti dan harus lebih mengetahui bahwa cara pengisian formulir rekam medis yang benar.

d. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 99 DRM yang diteliti ternyata untuk review autentifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap. Dari hasil penelitian yang dilakukan

ketidaklengkapan tertinggi pada RM 7.1 yaitu 43 lengkap (42%) dan 56 tidak lengkap (58%) ketidaklengkapan pada pengisian nama dan tanda tangan perawat.

Berdasarkan hasil dari pengamatan pada review autentifikasi ketidaklengkapan terdapat pada tanda tangan perawat dan nama perawat. Tetapi pada tanda tangan perawat dan nama perawat itu sangat penting sekali untuk mengetahui perawat siapa yang memberikan tindakan dan bertanggung jawab. Sedangkan kalau tanda tangan perawat dan nama perawat tidak diisi maka tidak tahu siapa perawat yang memberikan tindakan dan yang bertanggung jawab. Dan menurut Huffman K, analisa kuantitatif yang dimulai dengan memeriksa setiap lembar RM dan autentifikasi bisa tanda tangan, stempel karet yang hanya dipegang oleh pemiliknya, inisial (singkatan nama).<sup>3)</sup>

Unit pencatatan yang bertanggung jawab atas review autentifikasi adalah perawat. Ketidaklengkapan tanda tangan perawat dan nama perawat dikarenakan tidak diberikannya tanda tangan dan nama terang perawat pada formulir tersebut, maka perawat harus lebih teliti

dalam melengkapi lembar formulir tersebut.

## 2. Analisa Kualitatif

### d. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat 70 yang konsisten (70%) dan 29 yang tidak konsisten (30%). Ketidaklengkapan terdapat pada penulisan diagnosa dan kode diagnosa yang tidak konsisten yang dikode hanya diagnosa utamanya saja dan dokter sering menyingkat penulisan diagnosa dan tidak sesuai dengan ICD.

Konsistensi merupakan suatu penyesuaian/kecocokan antara 1 bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian, dimana diagnosa dari awal sampai akhir harus konsisten, 3 hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, intruksi dokter, dan catatan obat. Sebagai contoh untuk catatan perkembangan tertulis bahwa pasien menderita DM tipe 2, sedangkan dokter hanya menulis DM. Perbedaan tersebut mendatangkan pertanyaan dalam evaluasi dokter dan diputuskan untuk tidak dilakukan tindakan. Jika salah satu lembar RM yang terdapat

diagnosa dan ternyata ada salah satu yang diagnosanya berbeda, hal tersebut menunjukkan bahwa diagnosa penyakit dari awal pasien masuk sampai akhir pasien pulang, diagnosa tersebut tidak konsisten. Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa sangat penting untuk proses klaim jika pasien berasuransi, selain itu jika dalam satu dokumen rekam medis pada bagian diagnosa lengkap dan konsisten maka bisa menjadi informasi yang akurat. Yang bertanggung jawab atas penulisan diagnosa adalah dokter yang memeriksa pasien.<sup>(5)</sup>

e. Review Kekonsistenan Pencatatan diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan pencatatan diagnosa dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat 73 yang konsisten (74%) dan 26 yang tidak konsisten (26%). Hal ini menunjukkan bahwa Ketidaklengkapan terdapat pada pencatatan diagnosa masuk sering tidak terisi.

Kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan diagnosa pasien dalam satu lembar DRM tentu sangat penting. Yang perlu diperhatikan adalah kolom diagnosa masuk, diagnosa utama, diagnosa komplikasi ( jika ada ),

diagnosa tindakan ( jika ada ), jika dalam 1 lembar DRM misal RM 1 bagian diagnosa masuk tidak terisi maka lembar tersebut dikatakan tidak lengkap untuk pencatatan diagnosa. Lengkapnya pencatatan diagnosa memudahkan dokter untuk memberikan tindakan dan pengobatan selanjutnya.<sup>(5)</sup>

f. Review Adanya Informed Consent Yang Seharusnya Ada

Dari hasil pengamatan menunjukkan review adanya informed consent dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat 95 yang konsisten (95%) dan 4 yang tidak konsisten (5%). Jika dalam DRM rawat inap pasien tidak terdapat informed consent, maka dokter tidak punya bukti hukum yang sah atas tindakan yang telah diberikan kepada pasien.

Pada komponen ini merupakan hal terpenting yang berkaitan dengan bukti hukum jika ada pasien yang minta tuntutan atas tindakan malpraktek yang dokter atau tenaga medis lakukan, karena informed consent merupakan surat persetujuan tindakan saat pasien menjalani rawat inap , maka pasien akan di infus dan akan ada beberapa tindakan yang dilakukan dokter berkaitan dengan penyakit dan pengobatan pasien. Selain itu cara

penulisan dan pencatatan surat persetujuan dari pasien apakah sudah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan prosedur dan peraturan yang dibuat atau belum. Pengisian informed consent harus benar dan ditandatangani oleh keluarga pasien atau pasien langsung sebagai persetujuan dilakukannya tindakan.<sup>(5)</sup>

### 3. DMR (*Deliquent Medical Records*)

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yaitu review identifikasi, pelaporan, pencatatan, autentifikasi, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kelengkapan pencatatan diagnosa, adanya informed consent, yang didapat dari hasil 99 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 1 (1%) dokumen yang lengkap dan 98 (99%) dokumen yang tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada DRM rawat inap masih banyak tingkat kebandelannya.

Prosedur mengenai analisa kuantitatif di RSUD Ungaran masih belum baik karena tingkat kebandelan

## **KESIMPULAN**

Dari hasil pengamatan dan pembahasan dapat ditarik kesimpulannya sebagai berikut :

### 1. Review Identifikasi

Dari 99 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti angka

DRM adalah 98,9%. Angka kebandelan tersebut cukup tinggi, hal ini disebabkan karena masih banyak bagian-bagian formulir yang tidak terisi atau masih kosong, pengisian tanda tangan dan nama dokter/perawat masih banyak yang tidak diisi. Padahal poin-poin tersebut merupakan salah satu syarat kelengkapan suatu dokumen rekam medis pasien.

Kelengkapan data dalam dokumen rekam medis suatu pasien merupakan syarat mutlak apabila dokumen rekam medis tersebut digunakan sebagai bahan bukti hukum. Tertulis juga dalam UU Praktik Kedokteran pasal 46 ayat (1) Bahwa dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis dalam menjalankan praktik kedokteran setelah memberikan pelayanan segera melengkapi rekam medis. Hal tersebut berarti dengan jelas dinyatakan bahwa tidak ada alasan apapun bagi dokter untuk melengkapi dokumen rekam medis pasien, karena hal tersebut merupakan gambaran atau cerminan dari mutu pelayanan suatu Rumah Sakit.<sup>(5)</sup>

ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis paling tinggi terdapat pada RM 8 yaitu 32 DRM (33%) lengkap dan 67 DRM (67%) tidak lengkap pada pengisian jenis kelamin, alamat dan ruang. Dan angka identifikasi terkecil pada RM 12 yaitu

99 DRM (100%) lengkap dan 0 DRM (0%) tidak lengkap menunjukkan bahwa pengisian identitas pasien sudah lengkap.

## 2. Review Pelaporan

Dari 99 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti angka ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis paling tinggi terdapat pada RM 1 yaitu 42 lengkap (42%) dan 57 tidak lengkap (58%) pada pengisian diagnosa masuk, diagnosa utama dan tindakan. Dan angka pelaporan terkecil pada RM 6 yaitu 80 DRM (80%) lengkap dan 19 DRM (20%) tidak lengkap pada pengisian data, tindakan dan respon.

## 3. Review Pencatatan

Dari 99 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti angka ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis paling tinggi terdapat pada RM 7 yaitu 29 DRM (30%) baik dan 70 DRM (70%) tidak baik pada pengisian tidak dapat dibaca/dimengerti dan penggunaan istilah/singkatan. Dan angka pencatatan terkecil pada RM 12 yaitu 99 DRM (100%) lengkap dan 0 DRM (0%) tidak lengkap menunjukkan bahwa pengisian dalam pencatatan sudah lengkap..

## 4. Review Autentifikasi

Dari 99 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti angka ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis paling tinggi terdapat

pada RM 7.1 yaitu 42 DRM (42%) lengkap dan 57 DRM (58%) tidak lengkap pada pengisian nama dan tanda tangan perawat. Dan angka autentifikasi terkecil pada RM 12 yaitu 99 DRM (100%) lengkap dan 0 DRM (0%) tidak lengkap menunjukkan bahwa pengisian tanda tangan dan nama terang sudah lengkap.

## 5. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat 70 yang konsisten dan 29 yang tidak konsisten.

## 6. Review Kekonsistenan Pencatatan Diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kekonsistenan pencatatan diagnosa dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap terdapat 73 yang konsisten dan 26 yang tidak konsisten.

## 7. Review Adanya Informed Consent Yang Seharusnya Ada

Dari hasil pengamatan menunjukkan review adanya informed consent dari 99 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap 95 yang konsisten dan 4 yang tidak konsisten.

## 8. DMR ( *Deliquent Medical Record* )

Hasil akhir dari analisa Kuantitatif rawat inap berdasarkan review identifikasi, pelaporan, pencatatan, dan autentifikasi serta analisa Kualitatif rawat inap berdasarkan review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, review kekonsistenan pencatatan diagnosa, review adanya informed consent dari 99 dokumen rekam medis yang diteliti terdapat 98 dokumen yang tidak lengkap sehingga ditemukan DMR ( *Deliquent Medical Record* ) sebesar 98,9%.

## **SARAN**

Beberapa saran yang bisa diterapkan guna meningkatkan mutu pelayanan rekam medis khususnya pada kelengkapan isi DRM adalah sebagai berikut :

### 1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

- a. Mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga medis lainnya agar melengkapi dokumen rekam medis secara lengkap dan benar setelah melakukan tindakan atau pemeriksaan.
- b. Pembuatan prosedur tetap mengenai kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang lebih jelas mengenai item apa saja yang harus lengkap pada setiap dokumen rekam medis agar lebih jelas pengisiannya.

### 2. Bagi Unit Rekam Medis

- a. Bagian rekam medis harus lebih tegas lagi dalam mengingatkan dokter atau tenaga medis lainnya untuk segera mungkin melengkapi dokumen rekam medis pasien.
- b. Untuk pengisian review identifikasi perlu diperhatikan kelengkapannya karena untuk mengidentifikasi milik siapa dokumen tersebut apabila nanti ada dokumen yang tercecer atau hilang.
- c. Pada review pelaporan sebaiknya diisi dengan lengkap mengenai kegiatan yang dilakukan setiap petugas medis dengan jelas agar dapat informasi yang dapat berkesinambungan serta dapat dipertanggung jawabkan.
- d. Pada review pencatatan sebaiknya tulisan yang bagus agar dapat dibaca dan dimengerti, dan pembetulan tulisan yang salah harus sesuai prosedur tetap rumah sakit yang bersangkutan.
- e. Pada review autentifikasi harus diisi dengan lengkap yang berisikan tanda tangan dan nama dokter yang bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, sebagai bukti pertanggung jawaban apabila sewaktu-waktu diminta sebagai bukti hukum.
- f. Pada review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa seharusnya penulisan diagnosa dan pengisian kode diagnosa

- harus lengkap dan konsisten, karena sangat penting untuk proses klaim jika pasien berasuransi.
- g. Pada review kekonsistenan pencatatan diagnosa seharusnya pencatatan diagnosa harus diisi lengkap dan konsisten agar memudahkan dokter untuk memberikan tindakan dan pengobatan selanjutnya.
  - h. Pada review adanya informed consent harus lengkap karena kalau tidak terdapat informed consent dokter tidak punya bukti hukum yang sah atas tindakan yang telah diberikan kepada pasien.
  - i. Untuk perawat seharusnya mengisi dokumen rekam medis dengan lengkap dan konsisten agar informasi yang berkesinambungan serta dapat dipertanggung jawabkan.

- 3. *Huffman, Enda. K. Health Information Manajemen 1999.*
- 4. *Shofari, Bambang, dr. MMR, 2008. Sistem Rekam Medis di pelayanan Kesehatan. Semarang. (tidak dipublikasikan).*
- 5. *Emzir, Metodologi Penelitian Kualitatif Analisis Data. Jakarta. 2010*

## **DAFTAR PUSTAKA**

- 1. *Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Permenkes No.269/MENKES/PER/III. 2008.*
- 2. *Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jendral Pelayanan Medis, Petunjuk Tehnik Penyelenggaraan Rekam Medis / Medical Record Rumah Sakit Jakarta 1993.*