

ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF KETIDAKLENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP TINDAKAN *CESAREAN SECTION* DI RSUD KOTA SALATIGA PERIODE TRIWULAN PERTAMA TAHUN 2014

Soraya Nurul Hidayah

Abstract

The document of medical record is very important because of its uses are administration, law, finances, research, education and documentation. The document of medical record can be used to access the quality of hospital service. Keeping the quality of hospital service becomes a reason to do quantitative and qualitative analysis to the document of medical record. Based on a beginning survey in RSUD Salatiga, the researcher found that there is obstinate of medical record document. Especially in the level of cesarean section. The purpose of this research is to know the analysis quantitative and kualitatif of incompleteness inpatient medical record documents of caesarean section in RSUD Salatiga in the first quarter of 2014.

This research uses descriptive with cross sectional approach by using retrospective data trough an observation. The population of this research is all inpatient medical record document of cesarean section in the first quarter of 2014 that can be found in filing. Thecnique removal data use checklist. The data analysis is editing, tabulating, classification and data serves.

The result of this research from 88 inpatient medical record documents of cesarean section in RSUD Salatiga on first quarter 2014. The researcher found that in identification review, 7 (7,95%) of documents are complete and 81 (92,05) are incomplete, then in reporting review 7 (7,95%) of documents are complete and 81 (92,05) are incomplete, then in recording review 9 (10,23%) are good 79 (89,77%) are not good, authentication review 6 (6,82%) are complete and 82 (93,18%) are incomplete, then in diagnosis of completeness and consistency review 60 (69,32%) are consistent and 27 (30,68%) are inconsistent, in diagnosis of recording consistency review 88 (100%) are consistent, the review of all things to do during the cure and treatment review 59 (67,05%) are consistent and 29 (32,95%) are inconsistent, then the existence of informed consent review 58 (65,91%) are complete and 30 (34,09%) are incomplete, then in recording practice review 62 (70,45%) are good and 26 (29,55%) are not good, then in all things that may cause compensation claim review 59 (60,05%) are complete and 29 (32,95%) are incomplete, and the calculation of DMR (Deliquent Medical Record) is 97,73%.

The researcher suggest to improve the quality of medical record service especially the completeness of medical record document contents is to conduct a socialization and briefing to the doctor, nurses, medical worker about the content of permanent procedure and the significance of medical record document.

Keywords : Inpatient medical record document cesarean section, Quantitative and Qualitative analysis

PENDAHULUAN

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No.269 tahun 2008 tentang dokumen rekam medis disebutkan bahwa rekam medis adalah

berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan

kepada pasien.^[1] Dokumen rekam medis memiliki peranan yang sangat penting, salah satunya adalah agar pelayanan yang diberikan kepada pasien berkesinambungan. Dokumen rekam medis harus dikelola dengan baik dan pengisian dokumen rekam medis harus diisi secara lengkap, karena mengingat kegunaan rekam medis adalah berhubungan dengan administrasi, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan serta dokumentasi.^[2]

Salah satu faktor yang mendukung keberhasilan pelayanan kepada pasien adalah terlaksananya penyelenggaraan rekam medis yang sesuai dengan standar yang berlaku. Akan tetapi ada beberapa pihak yang masih belum melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan oleh rumah sakit mengenai pengisian dokumen rekam medis, sehingga dalam pengisian dokumen rekam medis masih banyak yang tidak lengkap. Dalam hal ini maka diperlukan analisa terhadap ketidaklengkapan dokumen rekam medis baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Dengan analisa ketidaklengkapan tersebut nantinya diharapkan dapat menunjukkan seberapa besar dokumen rekam medis yang tidak lengkap, sehingga dapat digunakan untuk menentukan mutu pelayanan rumah sakit.^[2]

Untuk menilai seberapa besar angka ketidaklengkapan data yang ada pada tempat penelitian di RSUD Kota Salatiga. Pada bulan Maret 2014 peneliti melakukan survei awal dengan mengambil 10 dokumen rekam medis rawat inap sebagai sampel pada tindakan *cesarean section* untuk dinilai ketidaklengkapannya dan dihitung *DMR* nya. Dari hasil tersebut diperoleh ketidaklengkapan pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* ini cukup tinggi terutama karena tidak terdapatnya laporan operasi. *Cesarean section* adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu

(*laparotomi*) dan rahim (*histerotomi*) untuk mengeluarkan bayi.^[3] Dalam hal ini dibutuhkan laporan operasi sebagai bukti tertulis pelaksanaan tindakan operasi terhadap pasien apabila suatu saat terjadi tuntutan hukum dari pasien atau keluarganya. Apabila formulir tersebut tidak ada atau tidak terisi lengkap maka akan mengakibatkan informasi yang tidak akurat dan tidak legal untuk bukti hukum dipengadilan sehingga akan berpengaruh terhadap kualitas mutu pelayanan di rumah sakit.

Berdasarkan survei awal dari 10 dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* yang diteliti dengan menilai secara analisa kuantitatif didapatkan hasil 100% tidak lengkap. Hasil penelitian dari review identifikasi didapatkan 90% tidak lengkap, ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir CM 7A (pengkajian asuhan kebidanan dan kandungan) yaitu sebesar 70% karena nomor rekam medis yang tidak terisi. Pada review pelaporan didapatkan 90% tidak lengkap, ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada laporan operasi yaitu sebesar 70%, ketidaklengkapan ini karena tidak terdapatnya laporan operasi. Pada review pencatatan didapatkan 70% tidak baik, ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir CM 3 (perjalanan penyakit, perintah dokter dan pengobatan) dan 6B (lembar penempelan resep) sebesar 30% tidak baik karena penulisan yang sulit untuk dibaca. Pada review autentifikasi sebesar 90% tidak lengkap, ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir persetujuan operasi umum (oleh keluarga) yaitu sebesar 70%, ketidaklengkapan ini karena nama dokter yang tidak terisi.

Berdasarkan survei awal dari 10 dokumen rekam medis rawat inap pada tindakan *secarean section* yang diteliti secara analisa kualitatif didapatkan hasil 70% tidak lengkap. Hasil penelitian dari

review kelengkapan dan konsistensi diagnosa dan review konsistensi pencatatan diagnosa sebesar 100% dokumen rekam medis konsisten. Presentase review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan sebesar 70% tidak konsisten karena tidak terdapatnya laporan operasi untuk mencatat tindakan operasi yang dilakukan kepada pasien. Pada review adanya informed consent sebesar 70% dokumen rekam medis tidak lengkap, karena tidak terdapat nama dokter yang memberikan penjelasan. Pada review cara/praktek pencatatan sebesar 30% tidak baik karena penulisan yang sulit dibaca. Pada review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi sebesar 70% tidak lengkap karena tidak terdapat laporan operasi. Sehingga diperoleh hasil *Deliquent Medical Record* sebesar 100%.

Dari review diatas didapatkan bahwa tingkat ketidaklengkapan banyak didapatkan pada review identifikasi, review pelaporan, review autentifikasi, review pencatatan, review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, review *adanya informed consent* dan review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi. Kelengkapan identitas pasien sangat perlu karena apabila salah satu formulir terpisah dari dokumen rekam medisnya maka mudah untuk menentukan milik siapa formulir tersebut dan mengurangi potensi terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kelengkapan pelaporan juga diperlukan karena kelengkapan tersebut merupakan bukti tertulis dari setiap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis kepada setiap pasiennya.^[2] Pencatatan yang baik juga diperlukan karena pencatatan merupakan aspek penting dalam dokumentasi, perbaikan kesalahan yang tidak benar dapat menimbulkan pertanyaan mengenai

keotentikan. Autentifikasi yang lengkap diperlukan sebagai bukti otentik dokter atau perawat terhadap tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan yang konsisten diperlukan karena rekam medis harus menjelaskan keadaan pasien selama dirawat dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang dilakukan terhadap pasien.^[8] Pencatatan *informed consent* yang lengkap sangat penting karena formulir tersebut berisi persetujuan tindakan medis dari pasien setelah mendapatkan penjelasan oleh dokter, sehingga bisa digunakan untuk bukti hukum apabila sewaktu-waktu terjadi tuntutan hukum. Selain itu hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi juga harus lengkap karena rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga.^[8]

Dari hal tersebut dapat dilihat betapa pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis, karena ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis akan berdampak pada informasi dari dokumen rekam medis menjadi tidak berkesinambungan dan ketidaklengkapan juga mengakibatkan ketidakvalidan data apabila dokumen rekam medis dijadikan sebagai bukti hukum dipengadilan. Sehingga hal ini akan menyebabkan turunnya mutu pelayanan. Oleh sebab itu, penulis tertarik mengambil judul karya tulis ilmiah "Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Tindakan *Cesarean Section* di RSUD Kota Salatiga Periode Triwulan Pertama Tahun 2014".

TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui analisa kuantitatif dan kualitatif ketidaklengkapan pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* di RSUD Kota Salatiga periode triwulan pertama tahun 2014.

Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section*.
- b. Mengidentifikasi kelengkapan review identifikasi pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- c. Mengidentifikasi kelengkapan review pelaporan pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- d. Mengidentifikasi kelengkapan review autentifikasi pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- e. Mengidentifikasi kelengkapan review pencatatan pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- f. Mengidentifikasi review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- g. Mengidentifikasi reviewkekonsistenan pencatatan diagnosa pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- h. Mengidentifikasi review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- i. Mengidentifikasi review adanya informed consent pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- j. Mengidentifikasi review cara atau praktek pencatatan pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*
- k. Mengidentifikasi review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi pada dokumen rekam medis tindakan *cesarean section*.
- l. Menghitung *Deliquent Medical Record (DMR)*

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan untuk menjelaskan suatu variabel tanpa membuat perbandingan atau hubungan. Pengambilan data secara observasi yaitu penulis mengamati secara langsung gambaran tentang keadaan masalah yang akan diteliti dengan menggunakan metode pendekatan secara *cross sectional* dengan menggunakan data *retrospektif* yaitu dengan melihat data periode yang lalu yang dilakukan pada saat itu juga.^[13] Dengan menggunakan instrumen penelitian checklist untuk mencatat hasil kelengkapan dari pengisian DRM rawat inap tindakan *cesarean section*.

Populasi dan Sampel

Pada penelitian ini populasi yang digunakan adalah dokumen rekam medis rawat inap dengan tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 sebanyak 88 dokumen rekam medis, dan sampel yang digunakan diambil dari seluruh total populasi dengan jumlah 88 dokumen rekam medis.

Analisa Data

Data dalam penelitian ini menggunakan analisa deskriptif untuk menganalisis hasil penelitian berdasarkan teori-teori yang dikemukakan dalam tinjauan pustaka.

PEMBAHASAN

1. Review Identifikasi

Dari hasil penelitian untuk review identifikasi dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 7 DRM (7,95%) lengkap dan 81 DRM (92,05%) tidak lengkap.

Ketidaklengkapan review identifikasi tertinggi terdapat pada RM 11 (penyidikan) yaitu sebanyak 47 DRM (53,41%) lengkap dan 41 DRM (46,59%) tidak lengkap.

Ketidaklengkapan ini terdapat pada item nama dan nomor rekam medis yang belum terisi. Ketidaklengkapan pengisian nama dan nomor rekam medis pada formulir RM 11 (penyidikan) karena nama dan nomor rekam medis pasien sudah tercantum pada formulir sebelumnya terutama pada CM 1a (lembaran masuk dan keluar). Menurut prosedur tetap nomor 20/I/07/CM : (Prosedur : Setiap lembar rekam medis diberi identitas yang berisikan nama pasien dan nomor rekam medis).^[9] Nama dan nomor rekam medis minimal harus diisi pada tiap formulir rekam medis hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan. Dengan pengisian semua item pada bagian identifikasi akan lebih mudah untuk menentukan kembali berkas pasien apabila ada yang tercecer dan merupakan hal yang penting untuk kesinambungan informasi pasien serta kepemilikan isi dokumen rekam medis.^[4]

2. Review Pelaporan

Dari hasil penelitian untuk review pelaporan dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 7 DRM (7,95%) lengkap dan 81 DRM (92,05%) tidak lengkap.

Ketidaklengkapan review pelaporan tertinggi terdapat pada laporan operasi yaitu sebanyak 51 DRM (57,95%) lengkap dan 37 DRM (42,05%) tidak lengkap.

Ketidaklengkapan ini karena 29 DRM tidak terdapat formulir laporan operasi dan 8 DRM tidak lengkap pada item diagnosa pre operasi, diagnosa post operasi, dan nama

operasi yang belum terisi.

Ketidaklengkapan ini karena sudah terdapatnya laporan anesthesi dan lembar bukti tindakan bedah sentral yang berisikan diagnosa pre operasi, diagnosa post operasi, dan nama tindakan. Menurut prosedur tetap nomor 19/I/07/CM : (Prosedur : Laporan operasi dibuat setelah tindakan, paling lambat pada hari yang sama).^[9] Menurut Huffman EK, review pelaporan merupakan prosedur analisa kuantitatif yang harus menegaskan laporan mana yang akan dilakukan, kapan, dan keadaan yang bagaimana karena jika sewaktu-waktu ada pasien yang merasa telah dimalpraktek pihak rumah sakit bisa menunjukkan DRM yang merupakan bukti tindakan apa saja yang dilakukan dan merupakan bukti hukum.^[4]

3. Review Pencatatan

Dari hasil penelitian untuk review pencatatan dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 9 DRM (10,23%) baik dan 79 DRM (89,77%) tidak baik.

Ketidaklengkapan review pencatatan tertinggi terdapat pada CM 4 (catatan perawat tentang pemberian obat) yaitu sebanyak 62 DRM (70,45%) baik dan 26 DRM (29,55%) tidak baik. Pencatatan yang tidak baik pada CM 4 (catatan perawat tentang pemberian obat) ini karena tulisan yang sulit untuk dibaca dan dalam hal pembetulan kesalahan.

Menurut prosedur tetap nomor 19/I/07/CM : (Prosedur : Kesalahan penulisan dapat diperbaiki saat itu juga dengan mencoret yang salah dan yang benar ditulis di atasnya dibubuhi paraf. Sedangkan penghapusan dengan cara apapun tidak diperbolehkan).^[9] Menurut Huffman EK review pencatatan harus

dilakukan dengan baik karena analisa kuantitatif tidak bisa memecahkan masalah tentang isi yang tidak terbaca atau tidak lengkap. Perbaikan kesalahan merupakan aspek yang sangat penting dalam dokumentasi. Perubahan dapat menimbulkan pertanyaan mengenai keotentikan dan kelalaian.^[4]

4. Review Autentifikasi

Dari hasil penelitian untuk review autentifikasi dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 6 DRM (6,82%) lengkap dan 82 DRM (93,18%) tidak lengkap.

Ketidakkengkapan review autentifikasi tertinggi terdapat pada RM 6A (hasil pemeriksaan lab, x-ray/foto) yaitu sebanyak 55 DRM (62,5%) lengkap dan 33 DRM (37,5%) tidak lengkap, ketidakkengkapan pada RM 6A (hasil pemeriksaan lab, x-ray/foto) ini karena nama petugas yang tidak terisi.

Menurut prosedur tetap nomor 19/I/07/CM : (Prosedur : Semua pencatatan ditandatangani dengan membubuhkan tanda tangan, nama jelas, jam dan tanggal).^[9] Menurut Huffman EK, analisa kuantitatif yang dimulai dengan memeriksa setiap lembar rekam medis dan autentifikasi bisa tanda tangan, stempel yang hanya dipegang oleh pemiliknya, inisial (singkatan nama) kalau bisa diidentifikasi.^[4]

5. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa

Dari hasil penelitian untuk review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 61 DRM (69,32%) konsisten dan 27 DRM (30,68%) tidak konsisten.

Ketidakkengkapan dan ketidakkonsistenan diagnosa ini karena salah satu diagnosa masuk dan diagnosa utama pada CM 1a (lembaran masuk dan keluar) ataupun CM 15 (resume) tidak terisi, atau diagnosa pre operasi dan post operasi pada laporan operasi tidak terisi.

Kekonsistenan diagnosa mempunyai arti penting karena dapat dijadikan informasi tentang perjalanan penyakit pasien di rumah sakit, menurut teori yang meliputi diagnosa saat masuk/alasan saat masuk dirawat, diagnosa tambahan, preoperative diagnosis, postoperative diagnosis, pathological diagnosis, clinical diagnosis, diagnosa akhir/utama dan diagnosa kedua bila sewaktu-waktu dibutuhkan.^[8]

6. Review Kekonsistenan Pencatatan Diagnosa.

Dari hasil penelitian untuk review kekonsistenan pencatatan diagnosa dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 88 DRM (100%) konsisten. Kekonsistenan tersebut terdapat pada CM 7C (catatan perkembangan), CM 3 (perjalanan penyakit, perintah dokter dan pengobatan) dan CM 4 (catatan perawat tentang pemberian obat). Kekonsistenan pencatatan diagnosa mempunyai arti penting karena dapat dijadikan informasi tentang perjalanan penyakit pasien selama dirawat di rumah sakit. Menurut teori konsistensi merupakan suatu penyesuaian atau kecocokan antara 1 bagian dengan bagian yang lain dan dengan seluruh bagian, dimana diagnosa dari awal hingga akhir harus konsisten, 3 hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat.^[8]

7. Review Pencatatan Hal-Hal yang Dilakukan Saat Perawatan dan Pengobatan
 Dari hasil penelitian untuk review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 59 DRM (67,05%) konsisten dan 29 DRM (32,95%) tidak konsisten. Ketidakkonsistenan ini karena tidak terdapat laporan operasi untuk mencatat tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien. Menurut teori rekam medis harus menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan pada pasien.^[8]
8. Review Adanya *Informed Consent*
 Dari hasil penelitian untuk review adanya *informed consent* dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 58 DRM (65,91%) lengkap dan 30 DRM (34,09%) tidak lengkap. ketidaklengkapan ini terdapat pada item identitas pasien/keluarga, nama operasi, tanda tangan dan nama dokter, serta pada tanda tangan dan nama saksi yang belum terisi. Menurut teori pada komponen review adanya *informed consent* menganalisa surat persetujuan dari pasien apakah sudah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan prosedur dan peraturan yang dibuat secara konsisten.^[8] Menurut prosedur tetap nomor 17/1/07/CM : (Prosedur : Setelah pasien dan keluarganya jelas akan tindakan yang dipilih, maka harus membubuhkan tanda tangan pada kolom persetujuan, kemudian keluarganya dan dokter yang akan melakukan tindakan serta adanya saksi).^[9]
9. Review Cara/Praktek Pencatatan
 Dari hasil penelitian untuk review cara/praktek pencatatan dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 62 DRM (70,45%) baik dan 26 DRM (29,55%) tidak baik. Ketidaklengkapan ini karena tulisan sulit dibaca dan dalam hal pembetulan kesalahan. Cara atau praktek pencatatan mempunyai arti penting karena dapat dijadikan informasi tentang perjalanan penyakit pasien di rumah sakit. Menurut teori memeriksa cara pencatatan meliputi waktu pencatatan harus ada, mudah dibaca, tulisan harus bagus, tinta yang digunakan harus tahan lama, penulisan dilakukan dengan hati-hati dan lengkap. menggunakan singkatan yang umum, tidak menulis komentar atau hal-hal yang tidak ada kaitannya dengan pengobatan pasien, dan bila ada kesalahan lebih baik dibiarkan dan kemudian dikoreksi, jangan di tipp-ex.^[8]
10. Review Hal-Hal yang Berpotensi Menyebabkan Tuntutan Ganti Rugi
 Dari hasil penelitian untuk review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dari 88 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, diperoleh 59 DRM (67,05%) lengkap dan 29 DRM (32,95%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan ini karena tidak terdapatnya formulir laporan operasi. Menurut teori rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan/berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga.^[8]

11. Analisa Kuantitatif dan Kualitatif

Dari total analisa kuantitatif dari 4 review pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada RM 11 (penyidikan) yaitu 29 DRM (32,95%) lengkap dan 59 DRM (67,05%) tidak lengkap. Sedangkan ketidaklengkapan terendah terdapat pada formulir Grafik yaitu 80 DRM (90,91%) lengkap dan 8 DRM (9,09%) tidak lengkap. Data tersebut menunjukkan bahwa ketidaklengkapan masih tinggi pada RM 11 (penyidikan) yang wajib diisi oleh bidan atau perawat penolong persalinan.

Hasil analisa kuantitatif DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, ketidaklengkapan tertinggi dari keempat review terdapat pada review autentifikasi yaitu 6 DRM (6,82%) lengkap dan 82 DRM (93,18%) tidak lengkap. Sedangkan ketidaklengkapan terendah terdapat pada review pencatatan yaitu 9 DRM (10,23%) baik dan 79 DRM (89,77%) tidak baik.

Hasil analisa kualitatif DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014, ketidaklengkapan tertinggi dari keenam review terdapat pada review adanya *informed consent* yaitu 58 DRM (65,91%) lengkap dan 30 DRM (34,09%) tidak lengkap.

Ketidaklengkapan ini terdapat pada item identitas pasien/keluarga, tanda tangan dan nama dokter, serta pada tanda tangan dan nama saksi yang belum terisi. Sedangkan ketidaklengkapan terendah terdapat pada review pencatatan diagnosa yaitu 88 DRM (100%) konsisten.

12. Tingkat Kebandelan DRM Rawat Inap

Hasil akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 dari 88 DRM yang diteliti 86 belum lengkap sehingga ditemukan DMR (*Deliquent Medical Record*) sebanyak 97,73%. Hal ini menunjukkan ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap tindakan *cesarean section* di RSUD Kota Salatiga periode triwulan pertama Tahun 2014 masih banyak tingkat kebandelannya. Hal ini disebabkan petugas yang belum tahu arti penting dari kelengkapan berkas rekam medis dan cara pengisiannya.

SIMPULAN

1. Review Identifikasi

Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, angka ketidaklengkapan review identifikasi adalah 7 DRM (7,95%) lengkap dan 81 DRM (92,05%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada RM 11 (penyidikan) yaitu 47 DRM (53,41%) lengkap dan 41 DRM (46,59%) tidak lengkap, ketidaklengkapan ini terdapat pada nama dan nomor rekam medis yang belum terisi.

2. Review Pelaporan

Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, angka ketidaklengkapan review pelaporan adalah 7 DRM (7,95%) lengkap dan 81 DRM (92,05%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada formulir laporan operasi yaitu 51 DRM (57,95%) lengkap dan 37 DRM (42,05%) tidak lengkap, ketidaklengkapan ini karena 29 DRM tidak terdapat formulir laporan operasi dan 8 DRM pada item diagnosa pre operasi, diagnosa post operasi, dan nama operasi belum terisi.

3. Review Pencatatan
 Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, angka ketidaklengkapan review pencatatan adalah 9 DRM (10,23%) baik dan 79 DRM (89,77%) tidak baik. Ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada RM 4 (catatan perawat tentang pemberian obat) yaitu 62 DRM (70,45%) baik dan 26 DRM (29,55%) tidak baik dalam penulisannya dan pembetulan kesalahan.
4. Review Autentifikasi
 Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, angka ketidaklengkapan review autentifikasi adalah 6 DRM (6,82%) lengkap dan 82 DRM (93,18%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada RM 6A (hasil pemeriksaan lab dan x-ray/foto) yaitu 55 DRM (62,5%) lengkap dan 33 DRM (37,5%) tidak lengkap, ketidaklengkapan ini terdapat pada nama petugas yang belum terisi.
5. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa
 Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, hasil review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa adalah 61 DRM (69,32%) konsisten dan 27 DRM (30,68%) tidak konsisten, ketidaklengkapan dan tidak konsisten diagnosa ini karena salah satu diagnosa masuk dan diagnosa utama pada CM 1a (lembaran masuk dan keluar) ataupun CM 15 (resume) tidak terisi, atau diagnosa pre operasi dan post operasi pada laporan operasi tidak terisi.
6. Review Kekonsistenan Pencatatan Diagnosa
 Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, hasil review kekonsistenan pencatatan diagnosa adalah 88 DRM (100%) konsisten, Kekonsistenan tersebut terdapat pada CM 7C (catatan perkembangan), CM 3 (perjalanan penyakit, perintah dokter, dan pengobatan) dan CM 4 (catatan perawat tentang pemberian obat).
7. Review Hal-Hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan
 Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, hasil review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan adalah 59 DRM (67,05%) konsisten dan 29 DRM (32,95%) tidak konsisten. Ketidakkonsistenan ini karena tidak terdapat formulir laporan operasi untuk mencatat tindakan yang telah diberikan terhadap pasien.
8. Review adanya *informed consent*
 Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, hasil review adanya *informed consent* terdapat 58 DRM (65,91%) lengkap dan 30 DRM (34,09%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan ini terdapat pada item identitas pasien/keluarga, nama operasi, tanda tangan dan nama dokter, serta pada tanda tangan dan nama saksi yang belum terisi.
9. Review Cara/Praktek pencatatan
 Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, hasil review cara/praktek pencatatan adalah 62 DRM (70,45%) baik dan 26 DRM (29,55%) tidak baik karena tulisan sulit dibaca dan dalam hal pembetulan kesalahan.
10. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan Tuntutan ganti rugi
 Dari 88 DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 yang diteliti, hasil review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

adalah 59 DRM (67,05%) lengkap dan 29 DRM (32,95%) tidak lengkap, ketidaklengkapan ini karena tidak terdapatnya formulir laporan operasi.

11. Tingkat Kebandelan DRM rawat Inap (*Delinquent Medical Record(DMR)*)
Hasil akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif DRM rawat inap tindakan *cesarean section* periode triwulan pertama tahun 2014 dari 88 DRM yang diteliti 86 belum lengkap sehingga ditemukan DMR (*Delinquent Medical Record*) sebanyak 97,73%.

SARAN

Saran yang bisa diterapkan guna meningkatkan mutu pelayanan rekam medis khususnya pada kelengkapan isi dokumen rekam medis :

1. Sebaiknya bidan atau perawat yang merawat pasien selalu mengisi identitas pasien terutama nomor rekam medis pada formulir RM 11 (Penyidikan) dan formulir CM 7A (pengkajian asuhan kebidanan dan kandungan), serta mengisi nomor rekam medis, umur dan alamat pasien pada CM 6B (lembar penempelan resep). Karena dengan pengisian semua item pada bagian identifikasi akan lebih mudah untuk menentukan kembali berkas pasien apabila ada yang tercecer dan untuk kesinambungan informasi serta agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan kepada pasien.
2. Sebaiknya dokter selalu membuat dan melengkapi laporan operasi setelah tindakan dan paling lambat pada hari yang sama. Dan sebaiknya dokter atau bidan mengisi kesimpulan sementara pada formulir CM 7 (pemeriksaan obstetrik), serta pasien sebaiknya mengisi nama operasi yang akan dilakukan terhadap pasien dalam formulir persetujuan operasi umum (oleh keluarga). Karena kelengkapan review pelaporan ini sangat penting jika sewaktu-waktu ada pasien yang

merasa telah dilakukan malpraktek, pihak rumah sakit bisa menunjukkan DRM sebagai bukti hukum terhadap tindakan apa saja yang dilakukan.

3. Sebaiknya perawat dalam mengisi formulir CM 4 (catatan perawat tentang pemberian obat), dan dokter dalam mengisi formulir CM 3 (perjalanan penyakit, perintah dokter dan pengobatan), serta bidan atau perawat yang mengisi formulir CM 7C (catatan perkembangan) penulisannya harus mudah dibaca dan menggunakan pembetulan kesalahan yang benar. Karena pencatatan merupakan aspek penting dalam dokumentasi. Perbaikan kesalahan yang tidak benar dapat menimbulkan pertanyaan mengenai keotentitanan.
4. Sebaiknya petugas laboratorium selalu memberikan nama petugas dalam formulir RM 6A (hasil pemeriksaan lab,x-ray/foto), dan pasien/keluarga, dokter dan saksi sebaiknya selalu memberikan tanda tangan dan nama pada formulir persetujuan operasi umum (oleh keluarga), serta bidan atau perawat sebaiknya memberikan nama bidan atau perawat pada formulir RM 11 (penyidikan). Review autentifikasi sangat penting oleh karena itu petugas yang memberikan pelayanan terhadap pasien harus lebih teliti dalam melengkapi formulir tersebut sehingga pihak rumah sakit mempunyai bukti hukum atas pelayanan yang diberikan jika terjadi tuntutan hukum.
5. Sebaiknya dokter selalu mengisi dan melengkapi diagnosa masuk, diagnosa utama dan nama operasi pada CM 1a (lembaran masuk dan keluar) ataupun pada CM 15 (resume) karena kelengkapan penulisan diagnosa akan memudahkan petugas rekam medis khususnya bagian koding indeksing dalam memberikan kode penyakit

dan tindakan sehingga kode yang diberikan menjadi lebih akurat dan proses klaim asuransi pun juga menjadi lebih cepat.

6. Sebaiknya pasien dalam menulis formulir persetujuan operasi umum (oleh keluarga) maupun persetujuan tindakan terapeutik (oleh keluarga) selalu mengisi identitas pemberi persetujuan dan nama operasi yang akan diberikan, dokter dan saksi sebaiknya selalu memberikan tanda tangan dan nama pada formulir tersebut. *Informed consent* sangat penting karena formulir tersebut berisi persetujuan tindakan medis dari pasien setelah mendapat penjelasan oleh dokter, sehingga bisa digunakan untuk bukti hukum apabila sewaktu-waktu terjadi tuntutan hukum.
7. Sebaiknya pihak manajemen memberikan sosialisasi dan pengarahan kepada dokter, perawat, maupun tenaga medis yang bertanggung jawab dalam pengisian dokumen rekam medis pasien mengenai isi dari prosedur tetap yang telah dibuat dan arti penting dari fungsi dokumen rekam medis, supaya petugas menjadi lebih paham dan peduli dalam setiap mengisi kelengkapan dokumen rekam medis.
5. Shofari, Bambang. dr. MMR. Modul Pembelajaran Sistem dan Prosedur Pelayanan Rekam Medis. Semarang. 2002 (Tidak Dipublikasikan)
6. Hatta, Gemala R. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta. 2008.
7. Shofari, Bambang. dr. MMR. *Quality Assurance Medical Record*. Jawa Tengah. Semarang. 2006.
8. Wijaya, Lily, *Health Record Management, Assembling Record, Quantitatif and Qualitatif*. Jakarta. 1999
9. Buku II Kumpulan Prosedur Tetap dan Kebijakan Rekam Medis Revisi II (RSUD Kota Salatiga)
10. Shofari, Bambang. dr. MMR. Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan. Semarang. 2008. (Tidak Dipublikasikan)
11. Shofari, Bambang. dr. MMR. Dasar-dasar Pelayanan Rekam Medis. Dinus Press. Semarang. 2008
12. Huffman EK. *HIM (Health Information Management) Physician Record Company Berwin Illonionis, USA*. 1994.
13. Notoadmodjo, Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta. 2002
14. Sofyan Ismael dan Sudigdo Sastroasmoro. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Sagung Seto. 2008.
15. Buku Profil RSUD Kota Salatiga

DAFTAR PUSTAKA

1. Tim Redaksi nuansa aulia (anggota kapi), Himpunan Peraturan Perundang-Undangan tentang kesehatan. Penerbit Aulia. Bandung. 2009
2. Shofari, Bambang. dr. MMR. Panduan Praktikum *Quality Assurance*. Semarang (Tidak Dipublikasikan)
3. http://id.wikipedia.org/wiki/Bedah_sesar diakses pada hari rabu 23 April 2014
4. Huffman, E.K. *Health Information Management*. 1999 (Terjemahan)