

**ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS
RAWAT INAP PADA PASIEN SECTIO CAESAREA
DI RUMAH SAKIT BHAKTI WIRA TAMTAMA SEMARANG
PERIODE TRI WULAN I TAHUN 2014**

Tri Puji Hastuti

Abstract

Medical records is a very important document for a health institution. To find a complete and incomplete medical record document then analyzed quantitatively and qualitatively. Based on the initial survey researchers conducted with incomplete observations, filling inpatient medical records of Sectio Caesarea patients contained about identity, reporting, record keeping and authentication by medical records personnel, doctors and nurses who are less conscientious and meticulous in filling medical record documents. While the purpose of the research was to find a preview of quantitative and qualitative analysis of incomplete rate filling inpatient document of Sectio Caesarea patient medical record at RS Bhakti Wira Tamtama Semarang in the first quarterly period at 2014.

The data collected by observation that direct observation of objects under the research. The population to be sampled randomly using random sampling system of the DRM in grab samples 99 to 50 Sectio Caesarea inpatients medical record document that conducted at the filling and processing of data by means of editing, tabulating, and presenting.

From the research, 50 percent of medical record documents of quantitative and qualitative incompleteness highest in the quantitative analysis on a review of identification reached 88%, authentication reached 62%, reporting reached 50%, record keeping reached 46% and the qualitative analysis complete 100% and the rate is 88% obstinacy medical record documents.

Based on the results of the research authors provide suggestions should provide clarification and direction to the assembled officers, doctors and nurses that the importance of the completeness of the filling medical record documents, should always remind doctors and nurses to complete paperwork obtaining medical records, but it should give a confirmation in the form of sanctions if it does not complete.

Key words : *Medical Record Document, Sectio Caesarea, Quantitative and Qualitative*

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah dokumen yang sangat penting bagi suatu institusi kesehatan. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan unit kerja rekam medis yang sangat berperan

dalam menyediakan data kesehatan di rumah sakit. Unit Rekam Medis akan mempermudah pelayanan kepada pasien karena dapat menyediakan informasi medis yang lengkap dan akurat dari hasil pengolahan data dari seluruh unit yang ada. Pelayanan

kesehatan yang telah diberikan kepada pasien rawat jalan maupun rawat inap dicatat dalam dokumen rekam medis.

Menurut peraturan menteri kesehatan No. 749a / Menkes / Per / XII / 1989 disebutkan bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan⁽¹⁾

Pencatatan atau recording merupakan pendokumentasian segala informasi kedalam berkas pasien itu sendiri maupun di buku catatan masing-masing unit rumah sakit. Rekam medis merupakan informasi medis dari seorang pasien yang bersumber dan dicatat atau direkam oleh para tenaga kesehatan di rumah sakit. Informasi tersebut akan dijadikan dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan lainnya yang diberikan kepada pasien⁽²⁾

Pengisian dokumen rekam medis di rumah sakit dilakukan oleh dokter, perawat, dan tenaga rekam medis. Namun dalam pencatatan dokumen rekam medis sering ditemukan ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis, sehingga mengakibatkan informasi menjadi tidak akurat. Seperti ketidaklengkapan pengisian dokumen oleh petugas rekam medis pada identitas pasien dan pada formulir keluar masuk (RM.01) diagnosa utama tidak diisi oleh dokter sehingga petugas kesulitan untuk mengkode. Mengingat pentingnya pengisian data berkas rekam medis rawat inap maka perlu dianalisis dan

diteliti kembali oleh petugas Assembling. Assembling memiliki peran penting dalam kelengkapan isi dokumen rekam medis. Dokumen rekam medis yang belum lengkap dicatat pada buku ketidaklengkapan dan diserahkan kembali pada bangsal yang bersangkutan.⁽³⁾

Analisa kuantitatif bertujuan untuk mengidentifikasi kekurangan-kekurangan fisik dalam pengisian dokumen rekam medis sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Prosedur ini membuat catatan medis lebih lengkap untuk dirujuk pada asuhan yang berkesinambungan, untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, dan rumah sakit, dan untuk memenuhi persyaratan, lisensi, akreditasi, dan sertifikasi.⁽⁴⁾

Analisa kualitatif bertujuan mengidentifikasi dokumentasi yang tidak konsisten atau tidak akurat. Menganalisis mengenai proses penyakit untuk mereview dokumentasi catatan medis.⁽⁴⁾

Unit rekam medis di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama terdiri dari bagian luar dan bagian dalam. Bagian luar Rekam Medis meliputi TPPRJ, URJ, TPPRI, URI, UGD, IPP, sedangkan bagian dalam Rekam Medis meliputi Assembling, Analisis Reporting, Koding Indeksing, dan Filling.

Berdasarkan laporan 10 besar kasus penyakit dengan tindakan di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang diketahui bahwa kasus penyakit Sectio Cesar dengan tindakan menjadi salah satu penyakit dengan tindakan terbesar di rumah sakit. Dari

hasil survei awal bulan Maret peneliti mengambil sampel 10 berkas dokumen rawat inap, terdapat 60% dokumen yang datanya tidak terisi dengan lengkap dan 40% lengkap. Ketidaklengkapan isi dokumen rekam medis pada lembar masuk & keluar (RM.01) diagnosa tidak terisi sehingga petugas sulit untuk mengkode. Pada Resume identitas sering kali ditemukan masih kosong dan tidak terisi dengan lengkap. Terdapat tulisan yang tidak jelas, tidak terbaca dan ditemukan tanda tangan tanpa nama terang. Pentingnya kelengkapan data rekam medis sebagai pertanggungjawaban pelayanan apabila terjadi gugatan atau pelaporan kasus malpraktek. Guna meningkatnya mutu pelayanan agar berkesinambungan, oleh sebab itu diperlukan analisa kuantitatif dan kualitatif untuk menciptakan informasi yang berkesinambungan.

TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui bagaimana gambaran analisa kuantitatif dan kualitatif tingkat ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014 ?

Tujuan Khusus

- a. Mengetahui ketidaklengkapan review identifikasi data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- b. Mengetahui ketidaklengkapan review autentifikasi data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- c. Mengetahui ketidaklengkapan review pencatatan data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- d. Mengetahui ketidaklengkapan review pelaporan data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- e. Mengetahui tingkat kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- f. Mengetahui kekonsistensian pencatatan data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- g. Mengetahui pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- h. Mengetahui adanya *informed consent* pada data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.

- i. Mengetahui cara atau praktek pencatatan data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- j. Mengetahui hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi data dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.
- k. Menghitung tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap pada pasien sectio caesarea di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama periode triwulan ke I tahun 2014.

pengumpulan data sekaligus pada periode tertentu.⁽¹⁰⁾

POPULASI DAN SAMPEL

Dalam penelitian ini populasinya adalah semua DRM pasien rawat inap kasus sectio caesarea pada triwulan ke 1 (Januari - Maret) tahun 2014 di RS Bhakti Wira Tamtama dan sampelnya diambil menggunakan metode sistem *random sampling* dengan jumlah populasi 99 DRM pasien Sectio Caesar. Penentuan jumlah sampel menggunakan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

n : besarnya sampel.

N : besarnya populasi.

d : tingkat penyimpanan terhadap populasi, derajat ketetapan yang diinginkan (0,1 atau 10%).

$$n = \frac{99}{1 + 99(0,1)^2}$$

$$= 50 \text{ dokumen}$$

Sehingga banyaknya sampel DRM rawat inap kasus sectio caesarea periode triwulan ke I tahun 2014 di RS Bhakti Wira Tamtama yang digunakan adalah 50 DRM rawat inap pasien *Sectio Caesarea*.

ANALISA DATA

Data dalam penelitian ini dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan dan dianalisa secara apa adanya. Selanjutnya berdasarkan

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian adalah deskriptif. Proses pengambilan data melalui bservasi yaitu peneliti mengamati secara langsung dengan metode pendekatan secara *cross sectional*.

JENIS 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

hasil pengamatan tersebut dapat ditarik kesimpulan.

PEMBAHASAN

1. Analisa Kuantitatif

a. Review identifikasi.

Analisis kuantitatif dimulai dengan memeriksa setiap lembar rekam medis menurut Huffman E.K jika formulir rekam medis yang tidak terdapat identitas pasien maka harus di review untuk menentukan milik siapa formulir tersebut. Apabila tidak, dapat menyebabkan kepemilikan formulir RM akan sulit diketahui dan kemungkinan salah diagnosa maupun pemberian obat sehingga harus direview untuk memastikan apakah milik pasien yang dokumen rekam medisnya sedang dianalisis dan identifikasinya dicatat.

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review identifikasi dari 50 berkas yang diteliti pada masing-masing formulir berkas rekam medis rawat inap pasien sectio caesarea periode triwulan ke I tahun 2014 di RS Bhakti Wira Tamtama, review identifikasi yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap yaitu bagian nama, umur, no.RM dan jenis kelamin, bangsal dan kelas, cara pasien keluar, dan keadaan pasien keluar. Hasil penelitian yang dilakukan di peroleh 6 DRM (22%) lengkap dan 44 DRM (88%) belum lengkap. Hal ini disebabkan oleh petugas hanya mengisi beberapa item yang ada

pada formulir rekam medis tersebut. Item nama dan no.RM minimal harus diisi pada tiap formulir rekam medis hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan dan kesinambungan dalam merakit DRM. Pengisian jenis kelamin untuk mengetahui pasien tersebut berjenis kelamin laki atau perempuan untuk mengetahui bangsal yang diberikan, alamat untuk mengetahui identitas dimana pasien tinggal apabila masih diperlukan keterangan dari pihak rumah sakit. Dengan pengisian semua item pada bagian identifikasi akan lebih mudah untuk menentukan berkas milik pasien apabila ada yang formulir yang belum dirakit akan mempermudah dalam kelengkapan data pasien, hal tersebut penting untuk kesinambungan informasi pasien serta kepemilikan isi dokumen rekam medis.⁽⁴⁾

b. Review autentifikasi.

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 50 berkas yang diteliti pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pasien sectio caesarea pada triwulan I tahun 2014 terdapat 19 (38%) lengkap dan 31 (62%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan terdapat pada item nama terang dokter maupun perawat yang melakukan tindakan dan pemeriksaan. Dari hasil wawancara dengan petugas rekam medis mengatakan bahwa hal ini

disebabkan karena kesibukan dokter saat memberikan pelayanan kesehatan maupun perawat yang tidak mengetahui arti penting dari kelengkapan isi dokumen rekam medis. Apabila dalam review autentikasi hanya menulis nama atau tanda tangan dokter saja, hal ini mencakup aspek legalitas yang kurang kuat untuk legalisasi bahan bukti dalam bukti pertanggung jawaban bila sewaktu-waktu digunakan sebagai bahan perkara hukum apabila rumah sakit mendapat tuntutan dari pihak pasien.

Berdasarkan teori apabila hanya tanda tangan dokter saja yang diisi dan tidak tercantum nama dokter yang merawat maka sulit untuk mengetahui siapa dokter yang bertanggung jawab, karena nama dan tanda tangan dokter menunjukkan aspek legalitas yakni sebagai bukti pertanggung jawaban bila sewaktu-waktu digunakan sebagai bahan bukti perkara hukum.⁽⁷⁾

c. Review pelaporan.

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 50 berkas yang diteliti pada masing-masing formulir berkas rekam medis rawat inap pasien sectio caesar triwulan I tahun 2011 ketidaklengkapan pelaporan yang paling banyak 26 DRM (52%) lengkap dan 24 DRM (48%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan pada item diagnosa utama, kode icd, laporan operasi, riwayat penyakit. Pada formulir RM 1 diagnosa banyak

yang tidak diisi dan RM 20 pada pegisian jam dan tanggal masih banyak yang kosong. Penulisan tanggal dan jam penting untuk menentukan waktu pelayanan yang diberikan oleh perawat atau dokter sebagai kesinambungan informasi medis. Pada RM 1 diagnosa utama seringkali tidak diisi, dalam lembar masuk dan keluar wajib diisi karena termasuk lembar dokumen rekam medis yang diabadikan.

Berdasarkan teori kelengkapan pengisian pada item pelaporan mempunyai arti penting karena dapat dijadikan informasi tentang perjalanan penyakit pasien dirumah sakit yang meliputi riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, observasi klinis dan kesimpulan pada akhir perawatan serta keterangan diagnosa akhir.⁽⁴⁾

d. Review pencatatan.

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan yang baik dari 50 berkas yang diteliti pada masing-masing formulir rekam medis pada triwulan I tahun 2014 diperoleh sebanyak 27 DRM (54%) baik dan 23 DRM (46%) tidak baik. Angka ketidaklengkapan tertinggi pada RS Bhakti Wira Tamtama terdapat pada tulisan yang tidak terbaca dalam hal tulisan dokter dan perawat yang tidak jelas atau tidak terbaca, pembetulan pada coretan tulisan yang tidak dibubuhi tanda tangan.

Ketidaklengkapan dalam penulisan mempunyai nilai dokumentasi karena isinya harus

di dokumentasikan dan digunakan sebagai bukti pertanggung jawaban petugas medis yang melakukan perawatan ataupun tindakan kepada pasien.

2. Analisa Kualitatif Dokumen Rekam Medis

a. Review kekonsistensian diagnosa

Dari hasil pengamatan pada review kekonsistensian diagnosa sudah terisi dengan lengkap 100% karena data yang diisi sudah sesuai dengan prosedur pengisian diagnosa utama, kode ICD dan tindakan operasi yang sama dari awal sampai akhir pengobatan dan telah memenuhi syarat.

Konsistensian diagnosa akan memeriksa tentang konsistensian diagnosa diantaranya: laporan operasi dan indikasi dilakukannya tindakan operasi kesesuaian dari perjalanan penyakit sampai dengan tindakan perawatan dan pengobatan yang diberikan.. Hal ini sangat penting dalam menunjukkan kekonistensian dalam penentuan diagnosa akhir.

b. Review kualitatif pencatatan

Dari hasil pengamatan 50 DRM sudah diisi dengan sesuai tidak terdapat istilah atau singkatan dan penulisan sudah sesuai dengan penyakit, perintah dokter dan pengobatan di isi lengkap 100% dan konsisten.

Kualitatif pencatatan merupakan pengisian isi rekam medis yang sesuai dengan standar

pencatatan. Pencatatan harus mencerminkan penulisan yang dapat dipahami dan dimengerti. Hasil dari pencatatan akan menunjukkan informasi yang berkesinambungan sehingga tidak terjadi kesalahan dalam membaca. Sehingga isi dari pencatatan perlu ditulis dengan baik tanpa ada singkatan yang tidak boleh dan penulisan catatan yang tidak sesuai tempatnya.⁽⁴⁾

c. Review saat perawatan dan pengobatan

Menjelaskan keadaan pasien selama dirawat dan menyimpan seluruh hasil pemeriksaan, mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Sebagai alasan yang merupakan petunjuk dari setiap keputusan baik untuk melakukan suatu tindakan

Hasil pengamatan dari 50 dokumen 100% sudah terisi pada formulir 15 catatan perawatan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien sudah ada sehingga dapat diketahui apa saja perawatan yang dilakukan dan pengobatan apa saja yang diberikan.⁽⁴⁾

d. Review adanya informed consent yg seharusnya ada

Surat pernyataan dari pasien sebagai bukti persetujuan pasien terhadap tindakan yang dilakukan atas penjelasan yang telah diberikan oleh dokter.⁽⁵⁾

Dari hasil Penelitian 50 dokumen semua isi dari informed consent sudah lengkap mencapai

100%, di dalam isi informed consent sudah menjelaskan penyakit pasien, tindakan yang harus dilakukan dan alternatif tindakan lainnya, resiko apabila terjadi penolakan tindakan operasi. Terdapat tanda tangan dan nama dokter yang memberikan penjelasan dan pasien yang memberikan persetujuan serta terdapat saksi-saksi yang ada, sebagai persetujuan dan bukti hukum yang kuat⁽⁴⁾

- e. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

Rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan atau pemberi pelayanan sendiri, baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga .

Dari hasil penelitian 50 DRM tidak ada yang berpotensi adanya laporan perjalanan penyakit, perintah dokter dan pengobatan yang diberikan, ada laporan operasi /tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur dan sesuai dari awal sampai akhir, adanya informed consent , apabila terjadi tuntutan ganti rugi semua data DRM isinya sudah menguatkan dalam pembuktian hukum.

3. DMR (*Delinquent Medical Record*)

Hasil akhir dari analisis kuantitatif rawat inap pasien sectio caesar pada triwulan I tahun 2014 berdasarkan hasil analisa

kuantitatif dan kualitatif dari 50 berkas yang diteliti 44 DRM (88%) yang belum lengkap sehingga ditemukan DMR (*delinquent medical record*) sebanyak 88 % .

Prosedur analisa menunjukkan tingkat kebandelannya kelengkapan pengisian pada berkas rekam medis rawat inap triwulan I tahun 2014. Hal ini disebabkan karena petugas belum memahami arti pentingnya kelengkapan berkas rekam medis dan kurang pengetahuan tentang kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan cata pengisiannya berdasarkan analisa kuantitatif.

Kelengkapan data rekam medis digunakan sebagai alat bukti hukum. Berdasarkan pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran menegaskan bahwa dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis dalam menjalankan praktik kedokteran setelah memberikan pelayanan segera melengkapi rekam medis. Hal tersebut telah jelas bahwa tidak ada alasan dokter maupun unit pencatat data yang lain untuk tidak melengkapi DRM karena ketidaklengkapan merupakan pencerminan mutu pelayanan rumah sakit. ⁽³⁾

SIMPULAN

- a. Review Identifikasi

Dari 50 dokumen rekam medis pasien sectio caesarea yang diteliti angka ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis paling tinggi pada RM 95 yaitu mencapai (88%),

khususnya dalam hal pengisian no.RM, umur dan alamat. Review identifikasi paling lengkap pada RM 2, RM 5, RM 10, RM 20, RM 21, RM 22, RM 23 dimana identitas terisi dengan lengkap 100%.

b. Review Pelaporan

Dari 50 dokumen rekam medis pasien sectio caesarea yang diteliti angka ketidakeengkapan pengisian dokumen rekam medis paling tinggi pada RM 1 yaitu mencapai 50%, khususnya dalam hal pengisian tanggal, jam, diagnosa utama, tindakan operasi. Review pelaporan paling lengkap pada RM 5, RM 11, RM 21, RM 22, RM 23 dan RM 100 dimana pelaporan terisi dengan lengkap 100%

c. Review Autentifikasi

Dari 50 dokumen rekam medis pasien sectio caesarea yang diteliti angka ketidakeengkapan pengisian dokumen rekam medis paling tinggi pada RM 98 yaitu mencapai 62%, khususnya dalam hal pengisian nama dokter dan nama perawat. Review autentifikasi paling lengkap pada RM RM 10, RM 20, RM 21, RM 22, RM 23, RM 29, RM 95 dan RM 100 dimana review autentifikasi terisi dengan lengkap 100%.

d. Review Pencatatan

Dari 50 dokumen rekam medis pasien sectio caesarea yang diteliti angka ketidakeengkapan pengisian dokumen rekam medis pada RM 15 yaitu mencapai 46%, khususnya dalam hal pencatatan yang kurang baik pada penulisan perjalanan penyakit oleh dokter, dan asuhan

keperawatan oleh perawat sehingga tulisan kurang rapi dan tidak dapat dibaca. Review pencatatan yang baik pada RM 2, RM 5, RM 20, RM 21, RM 22, RM 23 dimana pencatatan terisi dengan baik 100%.

e. Review kekonsistensian diagnosa

Dari hasil pengamatan pada review kekonsistensian diagnosa sudah terisi dengan lengkap 100% karena data yang diisi sudah sesuai dengan prosedur pengisian diagnosa utama, kode ICD dan tindakan operasi yang sama dari awal sampai akhir pengobatan dan telah memenuhi syarat.

f. Review kualitatif pencatatan

Dari hasil pengamatan 50 DRM sudah diisi dengan sesuai tidak terdapat istilah atau singkatan dan penulisan sudah sesuai dengan penyakit, perintah dokter dan pengobatan di isi sudah lengkap 100% dan konsisten.

g. Review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Hasil pengamatan dari 50 dokumen 100% sudah terisi pada formulir 15 catatan perawatan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien sudah ada sehingga dapat diketahui apa saja perawatan yang dilakukan dan pengobatan apa saja yang diberikan.

h. Review adanya informed consent yg seharusnya ada

Dari hasil Penelitian 50 dokumen semua isi dari informed consent

sudah lengkap mencapai 100%, di dalam isi informed consent sudah menjelaskan penyakit pasien, tindakan yang harus dilakukan dan alternatif tindakan lainnya, resiko apabila terjadi penolakan tindakan operasi. terdapat tanda tangan dan nama dokter yang memberikan penjelasan dan pasien yang memberikan persetujuan serta terdapat saksi-saksi yang ada, sebagai persetujuan dan bukti hukum yang kuat..

- i. Review hal-hal yg berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

Dari hasil penelitian 50 DRM tidak ada yang berpotensi adanya laporan perjalanan penyakit, perintah dokter dan pengobatan yang diberikan, ada laporan operasi /tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur dan sesuai dari awal sampai akhir, adanya informed consent, apabila terjadi tuntutan ganti rugi semua data DRM isinya sudah menguatkan dalam pembuktian hukum.

- j. Tingkat Kebandelan Dokumen Rekam Medis (DMR) Rawat Inap Pasien Sectio Caesar

Setelah analisa kuantitatif dan kualitatif 50 dokumen rekam medis rawat inap pasien sectio caesarea pada tri wulan I tahun 2014 yang diteliti terdapat 44 DRM yang tidak lengkap (88%) dan hanya 6 DRM (22%) yang lengkap. Sehingga dihasilkan tingkat kebandelannya adalah 88%.

Untuk meningkatkan tingkat kelengkapan pada pengisian dokumen rekam medis ada beberapa saran yang dapat diterapkan guna meningkatkan mutu pelayanan rekam medis khususnya pada kelengkapan isi dokumen rekam medis pada analisa kuantitatif dan kualitatif adalah sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit :

- a. Sebaiknya memberikan penjelasan dan pengarahan kepada petugas rekam medis, dokter, perawat, maupun tenaga medis mengenai pentingnya terhadap kelengkapan dokumen rekam medis baik dalam pengisian identifikasi, pelaporan, pencatatan, dan autentifikasi.
- b. Sebaiknya di setiap bagian diberikan protap cara pengisian dokumen rekam medis rawat inap pentingnya kelengkapan isi DRM supaya bisa lebih mengingatkan dan kedisiplinan untuk mengisi kelengkapan DRM.
- c. Memberikan sanksi atau teguran kepada petugas yang lupa atau kurang teliti dalam pengisian kelengkapan DRM.

2. Bagi Unit Rekam Medis:

- a. Sebaiknya di setiap bagian diberikan protap cara pengisian dokumen rekam medis rawat inap pentingnya kelengkapan isi DRM supaya bisa lebih mengingatkan dan kedisiplinan untuk mengisi kelengkapan DRM.

SARAN

- b. Petugas rekam medis agar mengingatkan dokter maupun perawat untuk melengkapi isi dokumen rekam medis yang seharusnya diisi dan dilengkapi.

Notoadmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Ranieka Cipta. Jakarta, 2002

Komprehensif-nursing.blogspot.cpm/2013/05/asuhan-keperawatan-pada-pasien-post.html

DAFTAR PUSTAKA

Tim Redaksi Nuansa Aulia. *Himpunan Peraturan Perundang Undangan Tentang Kesehatan*. Bandung, 2009.

Departemen kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi I. 1997. Jakarta.

Huffman, Edna K. *Health Information Management. Physicians Record Company Burwyn, Illinois*, 1999.

Shofari, Bambang. dr. MMR. *Quality Assurance Medical Record*. Jawa Tengah. Semarang, 2006.

Widjaja, Lily . *Analisa.Kualitatif*. 2012

Bambang Shofari. PSRM II. Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan. 2008

Murti, Bhisma. Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan. Gadjah Mada Universitas.Yogyakarta, 2006

Munawwirotnun. *Autentifikasi Rekam Medis*. 2012

Shofari, Bambang. dr. MMR. Modul *Dasar – Dasar Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan*.DIII RMIK, Univ. Dian Nuswantoro. Semarang.2008 (Tidak Dipublikasikan).

Prosedur Tetap RS Bhakti Wira Tamtama.2010

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jendral Pelayanan Medis. Petunjuk Tehnik Penyelenggara Rekam Medis/Medical Record Rumah Sakit. Jakarta, 1993

Winkajo, sastro hanifa. Ilmu kebidanan YBP. SP, Jakarta, 2007

Margareta, liese. Karakteristik persalinan dengan tindakan Sectio Caesaria. Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang, 2008