

**ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS  
RAWAT INAP KASUS GASTROENTERITIS DI RUMAH SAKIT  
PKU MUHAMMADIYAH CEPU PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2014**

Irmania Citrawati

**Abstract**

*Medical record is a result product of information patient medical treatment. For complete detect and not complete's some bundle. Medical record then did analyst quality, in a kuantitatif and kualitatif. Be base in monitoring of beginning survey with taking sample 10 bundle medical record document inpatient case gastroenteritis first quarterly 2014 at PKU Muhammadiyah Hospital Cepu be found 10 bundle medical record document the nothing complete contents be based on analyst kuantitatif and kualitatif. Purpose from this research that is detect analyst kuantitatif and kualitatif medical record document inpatient at case gastroenteritis on PKU Muhammadiyah Hospital Cepu in the 2014 years.*

*Kind of research the use descriptive with metod observation and approach cross sectional great population are all data medical record document inpatient case gastroenteritis on first quarterly 2014 on section filling. Thecnique removal data use table checklist spring data from medical record document inpatient case gastroenteritis. preparation data manner with editing , tabulating and dish of data.*

*Product research medical record document inpatient case gastroenteritis in the PKU Muhammadiyah Cepu Hospital Cepu on first quarterly 2014 from 86 medical record document the research on review identification 6 (6,98%) complete and 80 (93,02%) not complete , review autentification 8 (9,30%) complete and 78 (90,70%) not complete entry review 13 (15,12%) good and 73 (84,89%) not good , review reporting 9 (10,47%) complete 77 (89,53%) not complete, complete review and consistency diagnosa 77 (89,53%) consistent and 9 (10,47%) not consistent , review consistency reporting 71 (82,56%) consistent and 15 ( 17,44%) not consistent, reporting review things the did threatment and mdicinal 67 (77,91%) consistent and 19 (22,09%) not consistent, reporting review informed consent 56 (65,12%) complete and 30 (34,88%) not complete, reporting review practice 28 (32,56%) good and 58 (67,44%) not good , things review the potential substitote 85 (98,83%) complete and 1 (1,16%) not complete, along with step DMR ( Delique Medical Record ) that is 93,02%*

*The suggestion can applied use incrase service quality medical record superior deep completeness admission filling document sheet medical record inpatient as good as procedure configure constant admission filling completeness medical record in order that have compass and regulation the put in order completeness on carry out admission filling medical record document.*

*Key words : Gastroenteritis,Incomplete medical record , kuantitatif and kualitatif analysis.*

*Bibliography : 19 (1993 – 2014)*

**PENDAHULUAN**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340 /MENKES/PER/III/2010 menyebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang

menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Dari pengertian diatas Rumah Sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya melalui penyelenggaraan Rekam Medik. <sup>[1]</sup>

Penyelenggaraan Rekam Medik telah diatur dalam Permenkes RI nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Bab 1 pasal 1 disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien dengan adanya rekam medis riwayat perjalanan penyakit seorang pasien dapat berkesinambungan sehingga akan membantu dalam pengobatan pasien. Untuk mendapat informasi medis yang lengkap dan akurat, maka diperlukan suatu kegiatan pencatatan untuk segala kegiatan yang ada dirumah sakit tersebut.<sup>[2]</sup>

Dokumen rekam medis merupakan dokumen yang penting dalam proses pelayanan kesehatan, melihat dokumen rekam medis merupakan alat untuk mendeskripsikan data atau informasi kesehatan pada saat proses pelayanan. Namun banyak pihak yang masih menganggap dokumen rekam medis tidak begitu penting, sehingga pada saat proses pengisian dokumen rekam medis sering kali tidak lengkap.

Assembling adalah salah satu unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok yaitu : merakit kembali formulir dalam dokumen rekam medis rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat menjadi urut sesuai dengan kronologi pasien yang bersangkutan. Meneliti kelengkapan data yang tercatat di dalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya, mengendalikan dokumen rekam medis yang dikembalikan ke unit pencatat data karena isinya yang tidak lengkap, mengendalikan penggunaan formulir dokumen rekam medis. Filling adalah bagian dari rekam medis yang bertanggung jawab terhadap penyimpanan, retensi, serta pemusnahan dokumen rekam medis, filling juga bertanggung jawab dalam menjaga kerahasiaan dan isi rekam medis serta dalam pengambilan kembali dokumen rekam medis untuk pasien berobat.<sup>[5]</sup>

Penelitian kelengkapan data menurut Huffman EK, dapat di review pada empat review yaitu, review identifikasi, review pelaporan, review pencatatan dan review autentifikasi pentingnya kelengkapan data rekam medis sehingga data rekam medis

apabila terjadi kasus gugatan dari pasien maka rekam medis harus lengkap sehingga dapat membantu dokter maupun tenaga kesehatan lain sebagai bukti pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit. Perlu diteliti kelengkapan pengisian data pada kasus – kasus yang sering dijumpai di lapangan. Oleh sebab itu perlu dilakukan analisa kualitatif dan kuantitatif dari pengisian kelengkapan data rekam medis rawat inap pasien. Hal ini dilakukan untuk menemukan informasi yang berkesinambungan, rekam medis juga dirancang agar memberi informasi sehingga dengan adanya sumber informasi dan media komunikasi memberi kemudahan dalam memberi pelayanan petugas kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

Untuk menilai seberapa angka ketidaklengkapan data yang ada pada lahan penelitian di rumah sakit PKU Muhammadiyah Cepu, pada bulan maret 2014 peneliti melakukan survey awal dengan mengambil 10 dokumen sebagai sampel pada penyakit gastroenteritis yang merupakan penyakit terbanyak pada bulan Januari – Maret 2014 yaitu sebanyak 86 kasus untuk dinilai ketidaklengkapannya dan dihitung DMR nya. Dengan perincian tingkat ketidaklengkapannya berdasarkan tiap – tiap review yaitu : Review Identifikasi kelengkapan tertinggi pada RM 3, RM 4, RM 5, RM 10, dan RM 11, sebesar 100%, ketidaklengkapan tertinggi pada RM 2, sebesar 80% dengan kelengkapan sebesar 20%. Review Pelaporan kelengkapan tertinggi pada RM 3, RM 7, RM 8, dan Informed consent sebesar 100%, ketidaklengkapan tertinggi pada RM 1 sebesar 90% dengan kelengkapan sebesar 10%. Review Pencatatan kelengkapan tertinggi pada RM 1, RM 3, RM 6, RM 7, RM 8, dan Informed consent sebesar 100%, ketidaklengkapan tertinggi pada RM 11 sebesar 4% dengan kelengkapan sebesar 60%. Review Autentifikasi kelengkapan tertinggi pada RM 8 sebesar 100% ketidaklengkapan tertinggi pada RM 3 sebesar 100%. Berdasarkan review identifikasi, review pelaporan, review pencatatan, dan review autentifikasi didapatkan tingkat kebandelan terhadap dokumen rekam medis rawat inap sebesar 100%. Berdasarkan hasil analisa kualitatif

pada review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa di dapatkan 90% DRM yang konsisten dan 10% yang tidak konsisten, pada review kekonsistensian pencatatan didapatkan sebesar 100% DRM yang konsisten, pada review pencatatan hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan didapatkan 100% DRM yang lengkap, pada review pencatatan informed consent didapatkan 100% DRM yang lengkap, pada review praktek pencatatan didapatkan 30% DRM yang pencatatannya baik dan 70% DRM yang pencatatannya tidak baik, dan berdasarkan review hal –hal yang berpotensi ganti rugi didapatkan 100% DRM yang lengkap.

Dari review tersebut didapatkan bahwa tingkat ketidaklengkapan banyak didapatkan pada Review Autentifikasi dan Review Pelaporan. Dalam hal ini kelengkapan pelaporan sangatlah perlu, karena kelengkapan tersebut merupakan bukti tertulis dari setiap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis kepada setiap pasiennya. Selain itu Autentifikasi sangat diperlukan untuk mengetahui siapa dokter atau perawat yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien.

Ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis dapat disebabkan oleh beberapa faktor baik faktor internal maupun faktor eksternal. Ketidaklengkapan dalam dalam proses pengisian rekam medis dapat menyebabkan turunya mutu pelayanan di RS PKU Muhammadiyah Cepu dan akan masalah apabila nantinya dokumen rekam medis tersebut dibawa pada masalah hukum karena dokumen rekam medis yang tidak lengkap dapat menyebabkan ketidakvalitan data pada saat dibawa ke meja hukum.

Oleh sebab itu penulis tertarik untuk mengambil judul karya tulis ilmiah "*Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada Kasus Gastroenteritis di RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH CEPU pada triwulan I tahun 2014* "

## **TUJUAN PENELITIAN**

Mengetahui analisa kualitatif dan kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap

pada penyakit gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu pada tahun 2014.

### Tujuan Khusus

- a. Mengetahui ketidaklengkapan review identifikasi pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- b. Mengetahui ketidaklengkapan review autentifikasi pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- c. Mengetahui ketidaklengkapan review pencatatan pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- d. Mengetahui ketidaklengkapan review pelaporan pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- e. Mengetahui review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- f. Mengetahui review kekonsistensian pencatatan pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- g. Mengetahui review pencatatan hal – hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- h. Mengetahui review pencatatan informed consent pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- i. Mengetahui review praktek pencatatan pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus

gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.

- j. Mengetahui review hal – hal yang berpotensi ganti rugi pada masing – masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.
- k. Mengetahui tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap ( DMR ) pada kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu triwulan I tahun 2014.

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif untuk mengetahui gambaran kelengkapan dokumen rekam medis, sedangkan pengambilan data secara observasi yaitu prosedur berencana antara lain meliputi melihat, mencatat, dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti dengan menggunakan instrumen *check list* dan metode pendekatan *cross sectional* dengan menggunakan data *retrospective* yaitu dengan melihat data periode yang lalu yang dilakukan pada saat itu juga yaitu formulir rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis periode triwulan I tahun 2014 di RS PKU Muhammadiyah Cepu.<sup>[9]</sup>

### **POPULASI DAN SAMPEL**

Dalam penelitian ini populasi yang digunakan adalah dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus gastroenteritis periode triwulan I tahun 2014 yang berjumlah 86 dokumen dan sampel yang digunakan diambil dari seluruh total populasi dengan jumlah 86 dokumen.

Analisa Data

#### **1. Data Primer**

Pengumpulan data dengan cara meneliti data ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis periode triwulan I tahun 2014.

#### **2. Data Sekunder**

Untuk mengetahui tentang protap ketentuan cara pengisian dan pengembalian dokumen rekam medis.

### **PEMBAHASAN**

Berdasarkan pada penelitian analisa kuantitatif kelengkapan dokumen rekam

medis rawat inap kasus gastroenteritis di RS PKU Muhammadiyah Cepu maka dapat diketahui hasil review sebagai berikut :

#### **1. Review Identifikasi**

Analisis kuantitatif pada review identifikasi dokumen rekam medis menurut Huffman EK, setidaknya memiliki komponen minimal nomor rekam medis dan nama. Karena hal tersebut merupakan komponen penting untuk mengetahui kepemilikan dokumen rekam medis tersebut , dan mempermudah pengembalian apabila ada formulir yang tercecer dari suatu dokumen rekam medis<sup>[16]</sup>

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review identifikasi dari 86 dokumen rekam medis yang diteliti pada masing – masing formulir yang terdapat pada dokumen rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 , review identifikasi yang diamati terdapat butir data yang masih belum lengkap yaitu nama, umur, jenis kelamin, dan alamat . dari penelitian yang dilakukan diperoleh 6 (6,98%) lengkap dan 80 (93,02%) tidaklengkap. Hal ini disebabkan petugas hanya mengisi beberapa item yang ada pada formulir rekam medis tersebut, karena petugas berasumsi bahwa lembar yang lain sudah terisi. Menurut protap RS PKU Muhammadiyah Cepu pengisian lembar formulir harus lengkap berdasarkan tatacara pengisian setiap lembar formulir yang telah ditentukan.<sup>[15]</sup>

Formulir Persetujuan tindakan medis merupakan formulir yang seharusnya nama, umur , jenis kelamin dan alamat harus terisi karena menyangkut identitas yang akan dilakukan tindakan terhadap pasien agar tidak terjadi kesalahan apabila dokumen rekam medis tercecer dan untuk bukti otentik. Sedangkan kelengkapan yang paling tinggi adalah catatan tindak lanjut terhadap pasien/RM4 sebesar (96,51%) , Hasil pemeriksaan laboratorium x-ray/foto (95,35%), ringkasan keluar/ resume (94,19%) dan asuhan keperawatan umum (94,19%).

Item nama dan No.RM minimal harus diisi pada tiap formulir rekam medis hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi kesalahan pemberian pelayanan, dengan

pengisian semua item pada 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<sup>[3]</sup>.

## 2. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pelaporan dari 86 berkas rekam medis yang diteliti pada masing – masing formulir berkas rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis periode triwulan I tahun 2014 terdapat 9 (10,47%) lengkap dan 77 (89,53%) tidaklengkap. Ketidaklengkapan pada butir data alasan rawat, diagnosa, dan pemeriksaan fisik. Lembar keluar masuk /RM 1 merupakan formulir yang diisi oleh dokter dan perawat namun masih banyak yang belum dilengkapi laporan yang ada pada formulir tersebut sehingga laporan riwayat kesehatan yang dihasilkan tidak berkesinambungan. Sedangkan untuk kelegkapan yang paling tinggi rencana asuhan keperawatan (97,68%) , persetujuan rawat inap (95,35%), dan pelaksanaan asuhan keperawatan (93,02%). Ketidaklengkapan yang paling tinggi pada formulir lembar keluar masuk (74,42%) ini menunjukkan bahwa pelaporan pada formulir – formulir tersebut belum lengkap. Berdasarkan teori kelengkapan pengisian pada item pelaporan mempunyai arti penting karena dapat dijadikan informasi penting mengenai perjalanan penyakit pasien di rumah sakit yang meliputi riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, observasi klinis, dan kesimpulan pada akhir perawatan , serta keterangan diagnosa akhir.

Menurut Huffman EK, 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>[5]</sup>.

## 3. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review Pencatatan dari 86 dokumen rekam medis yang diteliti pada masing – masing formulir kasus gastroenteritis periode triwulan I tahun 2014 terdapat 13 (15,12%) baik dan 73 (84,89%) tidak baik , angka ketidaklengkapan pada item masih ada yang tidak terisi ,dan tulisan yang tidak terbaca. Formulir RM 3/grafik merupakan formulir yang diisi oleh perawat tapi pada kenyataannya masih belum baik dalam pencatatannya karena banyak item yang tidak diisikan sehingga dokumentasi yang dihasilkan belum mencapai hasil yang baik.Sedangkan angka kelengkapan review pencatatan yang paling tinggi pada formulir lembar keluar masuk/RM1 , rencana pelayanan /RM2, rencana asuhan keperawatan/RM 8 dan persetujuan rawat inap sebesar 86 (100%). Menurut Buku pedoman penyelenggaraan rekam medis RS PKU Muhammadiyah Cepu menyebutkan bahwa kewajiban dokter dan perawat mengisi rekam medis secara lengkap , benar , jelas, akurat, tepat waktu, tanpa coretan.<sup>[17]</sup>

Menurut Huffman EK review pencatatan harus dilakukan dengan baik karena analisa kuantitatif tidak bisa memecahkan masalah tentang isi yang tidak terbaca dan tidaklengkap. Perbaikan kesalahan merupakan aspek yang sangat penting dalam dokumentasi, perubahan dapat menimbulkan pertanyaan mengenai keontentikan dan kelalaian. Jika ada keraguan mengenai entri dapat diakui di kemudian hari, maka sebaiknya diajak profesi untuk menjadi saksi pada proses koreksi<sup>[3]</sup>.

## 4. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 86 berkas rekam medis yang diteliti pada masing – masing berkas rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 terdapat 8 (9,30%) lengkap dan 78 (90,70%) tidaklengkap. Ketidaklengkapan pada item nama dokter, tandatangan dokter, tandatangan perawat dan nama perawat yang melakukan tindakan dan pemeriksaan. Pada tandatangan dokter dan nama dokter sangat penting untuk mengetahui

dokter siapa yang memberikan tindakan dan bertanggung jawab sedangkan apabila nama perawat dan tandatangan perawat tidak terisi maka tidak tahu perawat siapa yang memberi tindakan dan bertanggung jawab atas tindakan yang diberikan kepada pasien.

Kelengkapan tertinggi pada formulir rencana asuhan keperawatan sebesar 83 (96,51%), pelaksanaan asuhan keperawatan 80 (93,02%), persetujuan rawat inap 70 (81,40%), dan lembaran keluar masuk 64 (74,41%). Sedangkan ketidaklengkapan tertinggi pada RM3 / grafik dengan ketidaklengkapan sebesar 68 (79,07%).

Menurut Huffman EK, analisa kuantitatif yang dimulai dengan memeriksa setiap lembar dokumen rekam medis dan autentifikasi bisa ditandatangani, stempel karet yang dipengang oleh pemiliknya, inisial (singkatan nama), kalau bisa diidentifikasi.<sup>[3]</sup>

Unit pencatat yang bertanggung jawab atas review autentifikasi adalah perawat dan dokter. Ketidaklengkapan nama dan tandatangan petugas dikarenakan tidak diberikannya tandatangan dan nama terang pada lembar formulir tertentu, maka petugas yang bertanggung jawab atas pelayanan yang diberikan terhadap pasien harus lebih teliti dalam melengkapi lembar formulir tersebut dan pihak rumah sakit mempunyai bukti hukum atas pelayanan medis yang diberikan jika terdapat tuntutan dari pihak pasien.<sup>[18]</sup>

#### 5. Analisa Kuantitatif

Hasil analisa kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 di RS PKU Muhammadiyah Cepu ketidaklengkapan dari 4 review paling tinggi terdapat pada review identifikasi yaitu 6 (6,98%) lengkap dan 80 (93,02%) tidak lengkap, review autentifikasi 8 (9,30%) lengkap dan 78 (90,70%) tidak lengkap, review pelaporan 9 (10,46%) lengkap dan 77 (89,54%) tidak lengkap, dan review pencatatan 13 (15,12%) lengkap dan 73 (84,88%) tidak lengkap.

#### 6. Review Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosa

Berdasarkan pengamatan pada review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa dari 86 berkas rekam medis yang diteliti pada masing – masing berkas rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 dari hasil penelitian yang dilakukan terdapat 77 (89,53%) konsisten dan 9 (10,47%) tidak konsisten, ketidakkonsistensian tersebut pada butir data diagnosa utama, pengobatan dan diagnosa akhir.

Menurut teori konsistensi merupakan suatu penyesuaian atau kecocokan satu bagian dengan bagian yang lain dan dengan seluruh bagian dimana diagnosa dari awal sampai akhir harus konsisten, 3 hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat.<sup>[14]</sup>

#### 7. Review Kekonsistensian Pencatatan

Berdasarkan hasil pengamatan pada review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa dari 86 berkas rekam medis yang diteliti pada masing – masing berkas rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 terdapat 71 (82,56%) konsisten dan 15 (17,44%) tidak konsisten, ketidakkonsistensian dikarenakan pada butir data pemeriksaan, pengobatan, dan catatan tindak lanjut terhadap pasien belum terisi lengkap.

Menurut teori pada review kekonsistensian pencatatan memeriksa suatu kekonsistensian berdasarkan pada pelayanan rawat inap operasi, hasil pemeriksaan PA, hasil pemeriksaan diagnostik, dan surat pernyataan tindakan harus konsisten apabila berbeda menunjukkan rekam medis yang kurang baik.<sup>[14]</sup>

#### 8. Review Pencatatan hal – hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan pada review pencatatan hal – hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dari 86 berkas rekam medis yang diteliti pada masing – masing berkas rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 menunjukkan 67 (77,91%) konsisten dan 19 (22,09%) tidak konsisten. Ketidakkonsistensian tersebut terdapat pada butir data pemeriksaan, pengobatan, pemeriksaan

fisik dan keadaan pasien pada saat keluar.

Menurut teori review pencatatan hal – hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan menjelaskan tentang keadaan pasien selama dirawat dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada pasien.<sup>[14]</sup>

#### 9. Review Pencatatan Informed Consent

Dari hasil pengamatan pada review pencatatan informed consent dari 86 berkas rekam medis yang diteliti pada masing – masing berkas rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 terdapat 56 (65,12%) lengkap dan 30 (34,88%) tidaklengkap. Ketidaklengkapan tersebut terdapat pada butir data jenis tindakan medik yang dilakukan , waktu pelaksanaan tindakan, tandatangan dokter dan tandatangan pasien.

Menurut teori khusus mengenai tindakan medik atau informed consent yang diatur dalam permenkes nomor 535 tahun 1989 tentang persetujuan tindakan medis , disebutkan bahwa persetujuan tindakan medis yang diberikan kepada pasien atau keluarganya diberikan secara tertulis, lisan, atau tindakan isyarat bila telah memperoleh informasi tentang tindakan yang akan diterimanya.<sup>[14]</sup>

#### 10. Review Praktek Pencatatan

Hasil pengamatan pada review praktek pencatatan dari 86 berkas rekam medis yang diteliti pada masing – masing berkas rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 terdapat 28 (32,56%) DRM yang pencatatannya baik dan 58 (67,44%) DRM yang pencatatannya tidakbaik. Ketidaklengkapan disebabkan karena adanya tulisan yang tidak terbaca dan formulir yang tidak terisi yang banyak terdapat pada RM 3/ grafik.

Menurut teori tulisan dalam dokumen rekam medis harus dapat terbaca , singkatan baku, menghindari sindiran, pengisian tidak senjang,dan tinta catatan jelas.<sup>[14]</sup>

#### 11. Review hal – hal yang berpotensi ganti rugi

Hasil pengamatan pada review hal hal yang berpotensi ganti rugi dari 86 berkas medis yang diteliti pada masing

– masing berkas rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 terdapat 85 Ketidaklengkapan disebabkan karena adanya lembar informed consent yang tidak terdapat pada dokumen rekam medis.

Menurut teori biaya perawatan pasien khususnya bila ada informasi medis yang memerlukan biaya pergantian pembayaran rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun pihak ketiga.<sup>[14]</sup>

#### 12. Analisa Kualitatif

Hasil analisa kualitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 di RS PKU Muhammadiyah Cepu ketidaklengkapan dari 6 review paling tinggi terdapat pada review praktek pencatatan menunjukkan 28 (32,56%) baik dan 58 (67,44%) tidakbaik, review pencatatan hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan menunjukkan 67 (77,91) konsisten dan 19 tidakkonsisten (22,09%), review kekonsistensian pencatatan menunjukkan 71 (82,56%) konsisten dan 15 (17,44%) tidakkonsisten ,review kekonsistensian diagnosa menunjukkan 77 (89,53%) konsisten dan 9 (10,47%) tidakkonsisten, review pencatatan informed consent 56 (65,12%) lengkap dan 30 (34,88%) tidaklengkap serta review hal – hal yang berpotensi ganti rugi 85 (98,48%) lengkap dan 1 (1,16%) tidaklengkap.

#### 13. DMR

Hasil akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif pasien rawat inap kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 dari 86 berkas rekam medis yang diteliti 82 berkas belum lengkap sehingga ditemukan DMR (*deliquent medical record*) sebanyak 95,35%.

Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada pasien kasus gastroenteritis triwulan I tahun 2014 banyak tingkat kebandelannya. Hal ini disebabkan karena petugas belum sepenuhnya memahami dengan arti

kepentingan dari kelengkapan berkas rekam medis dan kurangnya pengetahuan tentang kelengkapan pengisian berkas rekam medis dan cara pengisiannya berdasarkan analisa kuantitatif.<sup>[7]</sup>

#### **Saran**

Beberapa saran yang bisa diterapkan guna meningkatkan mutu pelayanan rekam medis di RS PKU Muhammadiyah Cepu terutama dalam hal kelengkapan pengisian lembar dokumen rekam medis rawat inap :

1. Saran Bagi Manajemen Rumah Sakit
  - a. Mensosialisasikan kepada dokter dan paramedis lainnya agar melengkapi dokumen rekam medis secara lengkap dan benar setelah melakukan tindakan atau pemeriksaan.
  - b. Menyusun prosedur tetap tentang kelengkapan pengisian dokumen rekam medis agar memiliki pedoman dan aturan yang mengatur kelengkapan dalam melakukan pengisian dokumen rekam medis.
2. Bagian Unit Rekam Medis
  - a. Dalam proses kelengkapan dibutuhkan kerjasama antara pihak URM dan para dokter atau tenaga medis lain dalam hal pengisian secara lengkap terhadap dokumen rekam medis pasien , guna meningkatkan kelengkapan pada dokumen rekam medis pasien.
  - b. Meningkatkan kedisiplinan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pada semua pihak yang terkait dan bertanggungjawab sehingga tingkat kebandelan (DMR) tidak terlalu tinggi , mengingat pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Permenkes No.340/MENKES/PER/III/2010.  
Depkes RI.Permenkes No.269 / MENKES / PER / III.2008  
Huffman , EK.*Translation in Health Information Management* . Jenifer

Coffer , RRA.Apikes Dharma Lambaw Padang 1999.

Departemen Kesehatan RI.Direktorat Jendral Pelayanan Medik. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi 1.Jakarta.1997

Shofari, Bambang. *Modul Kuliah Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan*, Semarang 2008. ( Tidak dipublikasikan )

Azwal, Azrul. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pusaka Sinar Harapan.Jakarta 1996.

Shofari, Bambang. *Modul Pembelajaran Mata Kuliah Quality Assurance medical record* . Semarang .2008. ( Tidak dipublikasikan )

Depkes RI,Dirjen Yanmed . *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis*. Jakarta , Januari 1993.

Isamel, Sofyan & Sastroasmoro, Sudigdo, *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis* , Sugeng Seto. Jakarta 2002.

Notoadmojo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian*, Ghalia Indonesia , Jakarta 1993.

<http://id.wikipedia.org/wiki/Gastroenteritis>.(diakses 3 mei 2014 )

Wijaya, Lily, *Health Record Management , Assembling Record , Kuantitatif dan Kualitatif* , Jakarta, 1999.

Shofari, Bambang *Modul Desain Formulir Rekam Medis* , Semarang 2008 (Tidak dipublikasikan)

Sugiyanto , Zaenal (2006), *Analisis Perilaku Dokter Dalam Mengisi Kelengkapan Data Rekam Medis Lembar Resume Rawat Inap* .  
<http://eprints.undip.ac.id/4397/>.(diakses 28 mei 2014)

Prosedur Tetap RS PKU Muhammadiyah Cepu.

Huffman EK.HIM ( *Health Information Management* ) *Physical Record Company Berwin Illonions*, USA.1994.

Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis RS PKU Muhammadiyah Cepu.

[www.respotitory.ui.ac.id](http://www.respotitory.ui.ac.id)(diakses 30 juni 2014)



Hatta, Gemala R. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta. 2008.