

ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF KETIDAKLENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS PADA PASIEN TYPHOID DI RSUD KOTA SEMARANG PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2014

Eunike Riska Christine / dr. Zaenal Sugiyanto, M.Kes

Abstract

Background. Medical record document hospitalization can be used as a tool to assess the quality of hospital care. To assess the quality of service and maintain a medical record needed to do quantitative and qualitative analysis of the patient's medical record documents. Based on a preliminary study in Semarang City Hospital researchers found obstinacy in the charging document medical records, especially in the case of typhoid. Preliminary studies by taking 10 samples with results of 100% incomplete for qualitative analysis and 100% complete for qualitative analysis. The purpose of this research is to know the incompleteness of quantitative analysis review of identification, authentication, recording, and reporting, as well as qualitative analysis of the consistency review diagnosis and completeness, consistency and completeness of recording of diagnosis, records prepared during the examination and treatment, practice or way of recording, absence of informed consent, the things that could potentially lead to claims for compensation in hospitals Semarang in the first quarterly of 2014.

Method. This research uses descriptive methods, observation, checklists, documents analyzing the medical records of hospitalization in patients who have filled typhoid. The samples were 78 inpatient medical record documents. Sampling way through the index to find out the number of diseases where medical records are included in the disease typhoid quarter of 2014, there were 376 DRM then use the formula samples and obtained a sample of 78 samples.

Result. Incompleteness of quantitative research results on every review show review identified 91%, 74% reviews authentication, review the recording of 35%, 73% reporting review, qualitatively at each review show review the completeness and consistency of diagnosis 0%, review the completeness and consistency of recording of diagnoses 17 %, review the listing of things done when care and treatment of 0%, review the presence of 30% of informed consent, review or practice method of recording 18%, review the things that could potentially lead to claims for compensation 30%.

Conclusion. The conclusion from the results of the calculations are still a lot of medical record documents that are not complete in the filling. Suggestion, the need for improved management and medical records so that the medical staff did a complete data recording and continuous.

Keywords: quantitative analysis, qualitative analysis, medical record documents

PENDAHULUAN

Menurut Permenkes No. 269 tahun 2008, pasal 3, isi Rekam Medis untuk pasien rawat inap dan perawatan sekurang – kurangnya memuat identitas pasien; tanggal dan waktu; hasil anamnesa, mencakup sekurang – kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis; diagnosa; rencana penata laksanaan; pengobatan dan 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. ⁽¹⁾

Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis sangat diperlukan, hal ini dimaksudkan untuk menemukan hal – hal yang kurang dalam pencatatan sesuai dalam prosedur

tentang analisis kelengkapan data Rekam Medis, mengingat pentingnya Dokumen Rekam Medis dalam menciptakan informasi yang berkesinambungan. Analisa Kuantitatif dan Kualitatif juga bertujuan untuk membuat catatan medis lengkap untuk dirujuk pada asuhan yang berkesinambungan untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter dan Rumah Sakit, akreditasi dan sertifikasi. ⁽²⁾

Penelitian kelengkapan data Rekam medis menurut Huffman E.K dapat dilihat dari 4 review, yaitu review identifikasi, review otentifikasi, review pencatatan, dan review pelaporan. ⁽³⁾

Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis mengakibatkan informasi medis yang tidak akurat, informasi medis yang tidak berkesinambungan serta membuat terlambatnya pelaporan dan tidak bisa dijadikan bukti di pengadilan. Padahal jika terjadi tuntutan malpraktik dari pasien, Rekam Medis yang lengkap dapat membantu dokter ataupun tenaga kesehatan lainnya sebagai bukti pelayanan yang diberikan. Karena rekam medis bukan hanya sekedar catatan namun juga merupakan bukti dari proses pelayanan kepada pasien, selain itu rekam medis merupakan salah satu untuk pertimbangan dalam menentukan suatu kebijakan / pengelolaan atau tindakan medik. Rekam medis telah dirancang sedemikian rupa agar memuat informasi – informasi yang akurat, sehingga dengan adanya sumber informasi dan media komunikasi tersebut maka pemberian pelayanan oleh petugas kesehatan dapat meningkatkan mutu pelayanan medisnya.

D RSUD Kota Semarang terdapat Dokumen Rekam Medis rawat inap yang kurang lengkap. Peneliti melakukan survey awal dengan mengambil 10 sampel Dokumen Rekam Medis pasien untuk mengetahui ketidaklengkapan isi DRM. Dengan hasil yang diperoleh adalah 100% tidak lengkap untuk analisa kuantitatif dan 100% untuk analisa

kualitatif. Kelengkapan DRM keseluruhan sangat penting dalam kesinambungan informasi rekam medis pasien

METODOLOGI PENELITIAN

Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis pasien typhoid menggunakan analisa kuantitatif dan kualitatif. Dengan jenis penelitian adalah deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama membuat gambaran tentang suatu keadaan. Untuk pengambilan data yang dilakukan adalah dengan menggunakan metode observasi yaitu suatu prosedur berencana antara lain dengan melihat dan mencatat hal tertentu yang ada hubungannya dengan masalah. ⁽¹⁰⁾

Populasi DRM yang digunakan adalah semua DRM rawat inap pada penyakit typhoid di RSUD Kota Semarang pada triwulan pertama di tahun 2014 adalah 376 DRM, dan 78 sampel yang akan diteliti.

HASIL

1. Hasil Analisa Kuantitatif pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien Typhoid Di RSUD Kota Semarang Triwulan I Tahun 2014

Form RM	Review							
	Identifikasi		Otentifikasi		Pencatatan		Pelaporan	
	L	TL	L	TL	L	TL	L	TL
RM 1	78	0	78	0	78	0	65	13
RM 2	52	26	77	1	78	0	55	23
RM 3	71	7	76	2	78	0	57	21
RM 4	46	32	5	73	78	0	5	73
RM 5	58	21	77	1	70	8	78	0
RM 7	48	30	46	32	75	3	40	38
RMIJ 8	78	0	78	0	78	0	78	0
RMIJ 17	34	44	5	73	78	0	5	73
RM 19	45	33	64	14	59	19	78	0
RM 21	53	25	57	21	78	0	56	22
RM 22	47	31	67	11	67	11	78	0
RM 23	57	21	52	26	77	1	57	21

2. Hasil Analisa Kualitatif pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien Typoid Di RSUD Kota Semarang Triwulan I Tahun 2014

No	Review	L	TL
1	Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa	78	0
2	Kekonsistenan dan Kelengkapan pencatatan diagnosa	78	0
3	Pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan	65	13
4	Adanya <i>informed consent</i>	55	23
5	Cara atau praktek pencatatan	64	14
6	Hal – hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi	55	23

PEMBAHASAN

1. Review Identifikasi

Analisis kuantitatif pada review identifikasi dokumen rekam medis menurut Huffman 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. Analisa kuantitatif dimulai dengan memeriksa tiap lembar RM. Jika suatu halaman dibagian identitas pasien tidak terisi maka halaman ini harus di review untuk memastikan apakah ini milik

pasien yang rekam medisnya sedang dianalisa atau bukan. ⁽³⁾

Dari 78 DRM yang diteliti ternyata review identifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat butir data yang masih belum lengkap yaitu bagian Jenis kelamin, ruang dan kelas perawatan pasien . dari hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 7 dokumen lengkap (9%) dan 71 dokumen tidak lengkap (91%). Ketidaklengkapan terdapat pada RM 2, RM 3, RM 4, RM 5, RM 7, RMIJ 17, RM 19, RM 21, RM 22, RM 23. Ketidaklengkapan tertinggi terdapat di RMIJ 17 sebanyak 44 (57%) dokumen dari 78 (100%) dokumen yang diteliti dan ketidaklengkapan ada pada item umur, jenis kelamin, ruang, dan kelas perawatan pasien. Sedangkan ketidaklengkapan terendah terdapat pada RM 1 dan RMIJ 8 sebanyak 0 (0%) dokumen. sehingga jika di bagian identifikasi tidak lengkap terutama pada umur pasien maka akan mengakibatkan dokter kesulitan dalam memberikan takaran obat dan pengobatan yang sesuai dengan umurnya, jika yang tidak lengkap adalah bagian jenis kelamin maka dokter akan sulit membedakan gender pasien, jika yang tidak lengkap adalah bagian ruang dan kelas perawatan maka dokter sulit mengetahui ruang dan kelas perawatan pasien serta akan menyulitkan dokter yang menerima rujukan tentang pasien selama pasien dirawat. Petugas berasumsi bahwa jika lembar pertama sudah diisi maka halaman selanjutnya pengisian identitas pasien tidak lengkap tidak menjadi masalah. Item atau komponen nomor RM dan nama minimal harus terisi pada tiap formulir rekam medis agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian

pelayanan, serta mempermudah petugas dalam pengembalian ke berkas dokumen rekam medis pasien apabila tercecer. Karena bisa jadi memiliki nama yang sama tapi berbeda nomor rekam medisnya, dan apabila nomor rekam medisnya tidak terisi dapat menyebabkan kesalahan pengembalian lembar rekam medis tersebut ke folder dokumen rekam medis pasien yang bersangkutan. pengisian komponen identifikasi yang lengkap juga merupakan hal yang penting untuk kesinambungan informasi pasien serta kepemilikan isi dokumen rekam medis tersebut. ⁽³⁾

2. Review Otentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan review otentifikasi 78 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pada pasien typhoid terdapat 4 yang lengkap (5%) dan 74 yang belum lengkap (95%). ketidaklengkapan paling banyak terdapat pada RM 4 dan RMIJ 17 sebanyak 73 (94%) dokumen dengan item ketidaklengkapan terdapat pada pengisian nama dan tanda tangan dokter. Ketidaklengkapan terendah adalah RM 1 dan RMIJ 8 sebanyak 0 (0%) dokumen. Jika dalam lembar RM pasien bagian nama dan tanda tangan dokter/perawat tidak diisi maka akan menyulitkan petugas RM untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas isi RM tersebut. Pada review ini ketidaklengkapan dalam pemberian tanda tangan dan nama terang sebagai bukti otentik dari dokumen rekam medis sering disebabkan karena petugas medis yang bertanggung jawab beranggapan bahwa dengan menuliskan nama atau tanda tangan saja sudah cukup. Apabila dalam review otentifikasi hanya dituliskan nama atau tanda

tangan saja, tidak bisa mencakup aspek legalitas yang kuat serta tidak bisa dijadikan sebagai bukti kuat apabila sewaktu – waktu dibutuhkan dalam perkara hukum jika Rumah Sakit tersebut mendapat tuntutan dari pasien.

Dalam teori dituliskan bahwa apabila terdapat tanda tangan saja tanpa menyertai nama terang dari tenaga medis yang bersangkutan akan sulit untuk mengetahui siapa tenaga medis yang bertanggung jawab, karena nama dan tanda tangan dari tenaga medis menunjukkan aspek legalitas sebagai bukti pertanggung jawaban apabila sewaktu waktu digunakan sebagai bukti dalam perkara hukum. ⁽⁵⁾

3. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pencatatan dari 78 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pada pasien typhoid terdapat 43 yang baik (55%) dan 35 yang tidak baik (44%). ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada RM 19 yaitu 19 (25%) dokumen dengan item ketidaklengkapan adalah adanya cairan penghapus / tip-ex dan adanya coretan. Ketidaklengkapan terendah adalah RM 1, RM 2, RM 3, RM 4, RMIJ 8, RMIJ 17, RM 21 dengan angka 0 (0%) dokumen. Apabila dalam pengisian DRM masih terdapat beberapa coretan sampai tulisan tidak terbaca serta tidak ada pembetulan, tanda tangan pembetulan, adanya tip-ex dan tulisan tidak terbaca maka pencatatan tersebut dikatakan tidak baik, hal tersebut akan mempengaruhi keakuratan isi dokumen rekam medis tersebut. Selain itu penggunaan tinta juga berpengaruh pada baik atau tidaknya pencatatan rekam medis tersebut. Jika tinta yang digunakan itu

tembus ke lembar RM dibelakangnya maka akan menyebabkan tulisan pada RM selanjutnya tidak terbaca, hal ini juga akan berpengaruh pada keakuratan isi dan informasi yang dihasilkan dokumen rekam medis tersebut. ⁽⁵⁾

4. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pelaporan dari 78 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pada pasien typhoid terdapat 5 yang lengkap (6%) dan 73 yang tidak lengkap (94%). ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada RM 4 dan RMIJ 17 yaitu sebanyak 73 (94%) dokumen, item yang tidak lengkap terdapat pada pengisian kolom BB & TB, pemeriksaan penunjang, serta pada kolom resep obat. Apabila pengisian RM 4 pada bagian kolom BB & TB dan hasil pemeriksaan penunjang tidak terisi maka akan menyulitkan dokter dalam pengobatan pasien tersebut secara spesifik, karena BB & TB juga berpengaruh pada pemberian takaran obat untuk pasien. Jika ketidaklengkapan terdapat pada kolom resep obat maka akan mengakibatkan informasi yang tidak lengkap tentang pemberian obat kepada pasien tersebut. Hal – hal yang kurang lengkap diatas akan mempengaruhi keakuratan isi dokumen rekam medis dan informasi yang dihasilkan tidak lengkap. Ketidaklengkapan pelaporan sering disebabkan karena lembar ini ditulis setelah pasien sudah pulang, dan yang berhak mengisi adalah dokter yang bertanggung jawab atau dokter yang memeriksa pasien tersebut. Ketidaklengkapan pada pengisian pelaporan dapat menyebabkan data yang kurang valid apabila akan dijadikan bahan klaim asuransi,

karena kurangnya informasi yang dituliskan pada dokumen rekam medis yang bersangkutan.

Berdasarkan teori Huffman K telah tertulis bahwa review pelaporan adalah salah satu prosedur dari analisa kuantitatif yang harus dapat menegaskan dengan jelas laporan mana yang akan dilakukan, kapan dan keadaan bagaimana, karena jika sewaktu-waktu ada pasien yang merasa pihak Rumah Sakit telah melakukan tindakan malpraktek bisa menunjukkan DRM yang merupakan bukti tindakan apa saja yang dilakukan dan merupakan bukti hukum. ⁽³⁾

5. Review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 78 yang lengkap (100%) dan 0 yang tidak lengkap (0%). hal ini menunjukkan bahwa diagnosa di dalam isi dokumen rekam medis tersebut akurat dan lengkap. 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 demam, sedangkan dokter menulis pasien tidak demam. 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. ⁽⁵⁾

6. Review kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan pencatatan diagnosa dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 65 yang lengkap (83%) dan 13 yang tidak lengkap (17%). hal ini menunjukkan bahwa pencatatan diagnosa lengkap, 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. ⁽⁵⁾

7. Review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 78

yang lengkap (100%) dan 0 yang tidak lengkap (0%). Di review ini yang perlu diperhatikan pencatatan saat perawatan, pemeriksaan, dan pengobatan. Misal adanya pencatatan perjalanan penyakit pasien dari awal masuk sampai pasien pulang, perintah dokter termasuk pengobatan/tindakan, serta tanggal pemeriksaan lengkap terisi semua dari pasien masuk sampai pasien pulang.

8. Review adanya *informed consent*

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. ⁽¹³⁾

Dari hasil pengamatan menunjukkan review adanya *informed consent* dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 55 yang lengkap (70%) dan 23 yang tidak lengkap (30%). 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.

9. Review cara atau praktek pencatatan

Dalam review ini diharapkan petugas medis baik dokter ataupun perawat tidak menulis hal – hal yang tidak berkaitan dengan pengobatan penyakit typhoid pasien, tidak ada waktu kosong dalam penulisan terlebih saat *emergency*. Serta dalam pencatatan tidak boleh menulis hal-hal yang diluar dari pemeriksaan dan pengobatan pasien. Pencatatan yang dilakukan harus hati – hati dan lengkap mengingat resiko malpraktek dan kegagalan dalam pengobatan. Jika dalam lembar DRM terdapat pencatatan yang kurang baik maka dikatakan Dokumen tersebut tidak baik. ⁽⁵⁾

Dari hasil pengamatan menunjukkan review cara atau praktek pencatatan dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 64 yang lengkap (82%) dan 14 yang tidak lengkap (18%).

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

Hal-hal yang dilihat dalam lingkup tuntutan ganti rugi adalah *informed consent*, surat perawatan , jika dalam satu DRM pasien rawat inap tidak terdapat surat perawatan dan *informed consent* (bagi yang menerima tindakan) maka DRM tersebut tidak lengkap . hal tersebut sangat penting untuk mendukung hukum dan membebaskan dokter dari tuntutan ganti rugi/malpraktek. ⁽⁵⁾

Dari hasil pengamatan menunjukkan review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 55 yang lengkap (70%) dan 23 yang tidak lengkap (30%). Dari hasil yang diperoleh dapat dikatakan bahwa kelengkapan dalam hal-hal yang

berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi kurang lengkap.

11. DMR

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yaitu review identifikasi, otentifikasi, pencatatan, pelaporan, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kelengkapan pencatatan diagnosa, pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan, adanya *informed consent*, cara atau praktek pencatatan, hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi, yang didapat dari hasil 78 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 5 (6%) dokumen yang lengkap dan 73 (93%) dokumen yang tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada Dokumen Rekam Medis rawat inap pasien typhoid masih banyak tingkat kebandelannya. Hal ini disebabkan karena dalam melakukan review , petugas hanya menggunakan analisa kuantitatif dan 2 review yaitu identifikasi dan autentifikasi.

Prosedur mengenai analisis kuantitatif di RSUD Kota Semarang masih belum baik karena tingkat kebandelan DRM adalah 93%. Angka kebandelan tersebut cukup tinggi , hal ini disebabkan karena masih banyak bagian-bagian formulir yang tidak terisi atau masih kosong, juga ditemukan resume pasien keluar ada yang 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 pasienn.

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. ⁽⁶⁾

SIMPULAN

1. Review identifikasi

Dari 78 Dokumen rekam Medis rawat inap pasien typhoid yang diteliti dihasilkan angka kelengkapan dokumen rekam medis sebanyak 7 (9%) dokumen, dan angka ketidaklengkapan sebanyak 71 (91%) dokumen. Kelengkapan pengisian berkas rekam medis paling tinggi terdapat pada RMIJ 17 yaitu 34 (43%) dokumen yang lengkap dan 44 (56%) dokumen yang tidak lengkap. Dan angka ketidaklengkapan terkecil pada RM1 dan RMIJ 8 yaitu 78 (100%) dokumen yang lengkap dan 0 (0%) dokumen tidak lengkap.

2. Review otentifikasi

Dari 78 Dokumen rekam Medis rawat inap pasien typhoid yang diteliti menghasilkan angka kelengkapan sebanyak 4 (5%) dokumen dan angka ketidaklengkapan sebanyak 74 (95%) dokumen. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis paling tinggi terdapat pada RM 4 dan RMIJ 17 yaitu 5 (6%) dokumen yang lengkap dan 73 (94%) dokumen yang tidak lengkap. Dan angka ketidaklengkapan terkecil pada RM1 dan RMIJ 8 yaitu 78 (100%) dokumen yang lengkap dan 0 (0%) dokumen tidak lengkap.

3. Review pencatatan

Dari 78 Dokumen rekam Medis rawat inap pasien typhoid yang diteliti menghasilkan angka kelengkapan sebanyak 43 (55%) dokumen rekam medis dan angka ketidaklengkapan sebanyak 35 (44%) dokumen. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis paling tinggi terdapat pada RM 19 yaitu 59 (75%) dokumen yang lengkap dan 19 (24%) dokumen yang tidak lengkap. Dan angka ketidaklengkapan terkecil pada RM1, RM 2, RM 3, RM 4, RMIJ 8, RMIJ 17 dan RM 21 yaitu 78 (100%) dokumen yang lengkap dan 0 (0%) dokumen tidak lengkap.

4. Review pelaporan

Dari 78 Dokumen rekam Medis rawat inap pasien typhoid yang diteliti dihasilkan angka kelengkapan dokumen rekam medis sebanyak 5 (6%) dokumen dan angka ketidaklengkapan sebanyak 73 (94%) dokumen. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis paling tinggi terdapat pada RM 4 dan RMIJ 17 yaitu 5 (6%) dokumen yang lengkap dan 73 (94%) dokumen yang tidak lengkap. Dan angka ketidaklengkapan terkecil pada RM5, RMIJ 8, RM 19 dan RM 22 yaitu 78 (100%) dokumen yang lengkap dan 0 (0%) dokumen tidak lengkap.

5. Review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 78 (100%) yang lengkap dan 0 (0%) yang tidak lengkap. hal ini menunjukkan bahwa diagnosa di dalam isi dokumen rekam medis tersebut akurat dan lengkap.

6. Review kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan review kelengkapan pencatatan diagnosa dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 65 (83%) yang lengkap dan 13 (17%) yang tidak lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa pencatatan diagnosa masih kurang baik.

7. Review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 78 (100%) yang lengkap dan 0 (0%) yang tidak lengkap.

8. Review adanya *informed consent*

Dari hasil pengamatan menunjukkan review adanya *informed consent* dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 55 (70%) yang lengkap dan 23 (29%) yang tidak lengkap.

9. Review cara atau praktek pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan review cara atau praktek pencatatan dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 64 (82%) yang lengkap dan 14 (18%) yang tidak lengkap.

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

Dari hasil pengamatan menunjukkan review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dari 78 DRM yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap pasien typhoid terdapat 55 (70%) yang lengkap dan 23 (30%) yang tidak lengkap.

11. DMR

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yaitu review identifikasi, otentifikasi, pencatatan, pelaporan, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan diagnosa, pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan, adanya *informed consent*, cara atau praktek pencatatan, hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi, yang didapat dari hasil 78 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 5 (6%) dokumen yang lengkap dan 73 (93%) dokumen yang tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada Dokumen Rekam Medis rawat inap pasien typhoid masih banyak tingkat kebandelannya. Hal ini disebabkan karena dalam melakukan review, petugas hanya menggunakan analisa kuantitatif dan 2 review yaitu identifikasi dan autentifikasi.

SARAN

1. Sosialisasi pada setiap dokter dan perawat yang bertanggung jawab dalam pengisian Dokumen Rekam Medis dan mengenai isi dari prosedur tetap yang telah dibuat serta arti penting dari fungsi dokumen rekam medis, agar petugas menjadi lebih paham dan peduli dalam mengisi kelengkapan dokumen rekam medis Rumah Sakit.
2. 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. Terutama pada review pencatatan (tidak diperbolehkan menggunakan tip-ex) dan pelaporan.
3. Dibuatnya prosedur tetap mengenai analisa kuantitatif dan kualitatif berupa checklist apa saja yang perlu

dibuat dalam melakukan analisa kuantitatif dan kualitatif serta dilakukan secara berkala untuk mengetahui peningkatan mutu pelayanan.

4. Untuk pengisian review identifikasi perlu diperhatikan kelengkapannya karena untuk mengidentifikasi milik siapa dokumen tersebut apabila nanti ada dokumen yang tercecer.
5. Pada review otentifikasi 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 dibawa sebagai bukti hukum
6. Sebaiknya dalam meneliti kelengkapan Dokumen Rekam Medis menggunakan analisa kuantitatif dengan 4 review yaitu identifikasi,

otentifikasi, pencatatan, pelaporan agar isi rekam medis lebih lengkap.

7. Selain menggunakan analisa kualitatif, sebaiknya ditambah dengan analisa kualitatif agar isi DRM lebih lengkap dan akurat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tim Redaksi Nuansa Aulia.Himpunan Peraturan Perundang – Undangan Tentang kesehatan. Bandung, 2009.
2. Akasahmanagement.blogspot.com
3. Huffman, Edna K. *Healt Information Management Phsysicians record Company Burwyn, Inois*, 1999.
4. [www. Repository.ui.ac.id](http://www.Repository.ui.ac.id)
5. Emzir, Metodologi Penelitian Kualitatif Analisis Data. Jakarta 2010.
6. Shofari, Bambang. Modul Pembelajaran Sistem dan Prosedur Pelayanan rekam Medis.Semarang.2002.