

KEAKURATAN REKAM MEDIS BERDASARKAN LAPORAN INSIDEN PASIEN JATUH DI RUMAH SAKIT

^{1,2*}Savitri Citra Budi, ^{2*}Annisa Nurdini, ³Sunartini, ⁴Lutfan Lazuardi, ⁵Fatwa Sari Tetra
^{1,3,4,5}Program Doktorat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, UGM,
² Departemen layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, UGM
email:¹savitri@ugm.ac.id,²annisa.nurdini@mail.ugm.ac.id

ABSTRAK

PENDAHULUAN: Rekam medis berisi semua bukti pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, termasuk dokumentasi pelayanan setelah terjadinya insiden pada pasien. Pada kasus terjadinya insiden, seharusnya tenaga kesehatan mengisikan riwayat pelayanan yang telah diberikan pada rekam medis. Penelitian ini memfokuskan pada pendokumentasian tenaga kesehatan pada rekam medis berdasarkan laporan insiden yang diakibatkan karena pasien jatuh. Tujuan penelitian ini: mengetahui persentase jumlah insiden pasien jatuh, variasi insiden pasien jatuh, dan keakuratan rekam medis pasien yang mengalami insiden jatuh.

METODE: Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian dengan cross-sectional. Lokasi penelitian di rumah sakit tipe B Pendidikan di Kota Wates Kabupaten Kulon Progo. Populasi penelitian adalah laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 dan rekam medis pasien yang mengalami insiden jatuh berdasarkan laporan insiden tahun 2018. Analisis data menggunakan analisis univariat.

HASIL: Distribusi frekuensi insiden pasien jatuh ditemukan sebesar 16,7% (n=11) dari total insiden. Ditemukan ada 8 variasi pasien jatuh selama pelayanan di rumah sakit tahun 2018. Hasil analisis keakuratan rekam medis dilihat dari pendokumentasian tindakan tenaga kesehatan setelah terjadinya insiden ditemukan 100% tidak akurat.

KESIMPULAN: Tenaga kesehatan belum mendokumentasikan tindakan yang diberikan pada rekam medis setelah terjadinya insiden pada pasien. Monitoring terkait keakuratan rekam medis sebagai bukti pelayanan perlu ditingkatkan.

Kata kunci: Insiden Pasien, Cedera Pasien Akibat Terjatuh, Keselamatan Pasien, Keakuratan Rekam Medis

ABSTRACT

INTRODUCTION: Medical records contain all evidence of services provided by health workers, including documentation of services after the incident occurred in patients. In the case of an incident, health workers should fill in the service history that has been provided in the medical record. This study focuses on documenting health workers in medical records based on incident reports caused by patients falling. The purpose of this study: to determine the percentage of the number of incidents of patients falling, variations in the incidence of patients falling, and the accuracy of the medical records of patients who experienced a fall incident.

METHOD: This type of research is a descriptive study with a quantitative approach. Research design with cross-sectional. The location of the study in Type B Education hospitals in the City of Wates in Kulon Progo Regency. The study population was a report on incidents of patient safety in 2018 and medical records of patients who experienced a fall incident based on an incident report in 2018. Data analysis used univariate analysis.

RESULTS: The frequency distribution of falling patient incidents was found to be 16.7% (n = 11) of the total incidents. It was found that 8 variations of patients fell during the service in the hospital in 2018. The results of the analysis of the accuracy of the medical records seen from the documentation of the actions of health workers after the incident were found to be 100% inaccurate.

CONCLUSION: Health workers have not documented the actions given to the medical record after the incident occurred in the patient. Monitoring related to the accuracy of medical records as proof of service needs to be improved.

Keywords: *Incidence of Patients, Patient Injuries Due to Falling, Patient Safety, Medical Record Accuracy*

PENDAHULUAN

Pendokumentasian rekam medis yang lengkap dan akurat merupakan bagian dari mutu pelayanan kesehatan. Rekam medis berguna sebagai media komunikasi antar pemberi pelayanan kesehatan dan sebagai perlindungan hukum bagi pasien maupun pemberi pelayanan kesehatan. Rekam medik pasien berisi: 1) catatan tentang keluhan utama dan riwayat penyakit 2) instruksi dokter dalam pengobatan dan rencana tindakan 3) pencatatan hasil pengkajian perawat dan diagnosis keperawatan 4) riwayat pengobatan pasien sebelumnya 5) catatan perawat dan catatan perkembangan pasien 6) hasil-hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi 7) laporan tentang pelaksanaan tindakan (operasi) atau proses pemberian pengobatan 8) *flowsheet, checklist dan graphic sheet* 9) pencatatan pasien discharge planning 10) sistem rujukan 11) mencatat nama dokter, perawat dan orang-orang yang terlibat dalam pelayanan asuhan 12) instruksi untuk perawatan di rumah (Iyer, 2001; Mc Cann, 2004 dalam Sumaedi, 2010).

Pendokumentasian tentang pelayanan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan dan respon pasien atas pelayanan yang diberikan sangat penting dalam menunjang keselamatan pasien. Keselamatan pasien adalah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera (PMK No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien). Terdapat enam sasaran keselamatan pasien, yaitu mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (*High Alert Medications*), memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh. Insiden keselamatan pasien yaitu peristiwa atau keadaan menyebabkan bahaya pada pasien yang sebenarnya kejadian itu tidak boleh terjadi (Lyphout et al., 2018).

Salah satu insiden keselamatan pasien adalah insiden pasien jatuh. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien (Mulyana, 2013). Untuk mengurangi risiko pasien jatuh, didalam rekam medis pasien yang berisiko jatuh terdapat formulir yang berfungsi untuk memonitor kondisi pasien selama perawatan dan mencegah terjadinya insiden pasien jatuh. Formulir tersebut meliputi formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Pasien Risiko Jatuh", formulir "Asesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa (*Morse Fall Scale*)", formulir "Tata Laksana Pencegahan Risiko Jatuh Dewasa". Selain formulir-formulir tersebut, juga terdapat formulir terkait pelayanan dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien yang berupa formulir "Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi", formulir "Tindakan Keperawatan/ Kebidanan", dan formulir "Catatan Pemberian Obat". Formulir-formulir ini disediakan oleh perekam medis.

Menurut Budi, et al (2017), peran perekam medis dalam mendukung sasaran ini salah satunya dengan membuat desain formulir rekam medis yang berupa *checklist* sebagai upaya untuk mengurangi risiko pasien jatuh dalam rangka membantu menyediakan berkas rekam medis yang lengkap mengenai riwayat pasien agar tenaga medis dapat melihat riwayat pasien dan membantu membuat tanda peringatan agar mengurangi resiko pasien jatuh. Upaya mengantisipasi dan mencegah terjadinya pasien jatuh dengan atau tanpa cedera perlu dilakukan pengkajian di awal maupun kemudian pengkajian ulang secara berkala mengenai resiko pasien jatuh, termasuk resiko potensial yang berhubungan dengan jadwal pemberian obat serta mengambil tindakan untuk mengurangi semua resiko yang telah diidentifikasi tersebut. Pengkajian resiko jatuh ini telah dapat dilaksanakan sejak pasien mulai mendaftar, yaitu dengan menggunakan skala jatuh. Menghitung MFS (*Morse Fall Score*) merupakan cara untuk menentukan risiko jatuh dari pasien

dan manajemen pencegahan jatuh yang perlu dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasional pencegahan jatuh yang telah ada dan berlaku diseluruh unit di rumah sakit, khususnya di ruang rawat inap (Budiono, 2014 dalam Julimar 2018).

Untuk menunjang keselamatan pasien di rumah sakit dilakukan dengan adanya pelaporan insiden keselamatan pasien. Data tentang insiden keselamatan pasien diperoleh dari keluhan-keluhan pasien yang bukan karena penyakit yang dideritanya selama masa perawatan, tetapi karena hal-hal lain seperti efek dari pengobatan, tindakan, maupun kesalahan-kesalahan yang terjadi selama perawatan yang mengakibatkan cedera maupun tidak cedera. Dari laporan insiden dapat diketahui penyebab terjadinya insiden tersebut. Dalam laporan insiden pasien jatuh, dapat diketahui hal-hal yang menyebabkan pasien jatuh.

Rekam medis merupakan suatu berkas data yang berisikan identitas pasien, segala tindakan yang dilakukan (sejak awal) terhadap pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Pencatatan dan pendokumentasian tersebut harus tertera secara kronologis, sistematis dan akurat, sehingga akan memberikan gambaran informasi perjalanan penyakit seseorang, tindakan-tindakan investigasi yang telah dilakukan terhadapnya, informasi rencana penatalaksanaan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, persetujuan/penolakan suatu tindakan, ringkasan pulang (*discharge summary*), serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tersebut. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan yang berkualitas (bermutu), optimal dan berkesinambungan. Salah satu cara untuk memastikan terwujudnya kewajiban tersebut adalah melalui pelaksanaan kewajiban lainnya yaitu melakukan pencatatan dan pendokumentasian di dalam berkas rekam medis secara tepat, akurat dan bertanggung jawab oleh para tenaga kesehatan tersebut (Samandari et al, 2016). Rekam medis yang akurat dapat memberikan informasi riwayat pasien jatuh dan menggambarkan keadaan-keadaan yang menyebabkan pasien jatuh melalui catatan di dalam formulir-formulir yang terdapat di rekam medis. Penelitian ini memfokuskan pada pendokumentasian tenaga kesehatan pada rekam medis berdasarkan laporan insiden yang diakibatkan karena pasien jatuh.

METODE

Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan pada penelitian ini yaitu *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Kota Wates. Populasi pada penelitian ini adalah laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 dan rekam medis pasien yang mengalami insiden jatuh berdasarkan laporan insiden tahun 2018. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*. Kriteria inklusi yaitu: (1) Laporan insiden keselamatan pasien yang diarsip oleh tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dan terdapat identitas pasien berupa nomor rekam medis; (2) Rekam medis pada pasien yang mengalami insiden jatuh dan berada di ruang penyimpanan. Kriteria eksklusi yaitu laporan insiden keselamatan pasien yang tidak diarsip oleh tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan rusak tidak terbaca, serta tidak terdapat identitas pasien berupa nomor rekam medis, dan rekam medis yang sedang digunakan dalam pelayanan sehingga tidak dianalisis. Jumlah sampel laporan insiden yaitu 66 sampel dari 74 laporan. Jumlah sampel rekam medis ada 8 dari 11 rekam medis. Pengumpulan data menggunakan studi dokumentasi dengan instrumen ceklis dokumentasi. Teknik validitas dan reliabilitas digunakan untuk menguji *keajegan* peneliti dalam proses pengambilan data. Penelitian ini menggunakan analisis univariat.

HASIL

Pada penelitian ini peneliti menganalisis laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 untuk mengetahui laporan insiden pasien jatuh. Analisis dilakukan untuk mengetahui variasi insiden pasien jatuh yang dilaporkan. Pada tahap selanjutnya menyajikan hasil analisis keakuratan penulisan rekam medis berdasarkan kronologi yang dilaporkan pada laporan insiden.

a. Jumlah Insiden Pasien Jatuh

Berdasarkan hasil studi dokumentasi pada laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 didapatkan hasil jumlah insiden jatuh. Persentase jumlah insiden pasien jatuh ditampilkan pada table 1 berikut:

Tabel. 1 Distribusi Frekuensi Insiden

No.	Insiden	Jumlah	Persentase
1	Insiden lain	55	83,3%
2	Insiden pasien jatuh	11	16,7%
	Total	66	100%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa pada laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Kota Wates, terdapat 11 insiden pasien jatuh dari 66 insiden keselamatan pasien. Jadi, terdapat 16,7% insiden pasien jatuh dari total insiden pada tahun 2018.

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Insiden pasien jatuh merupakan insiden yang dapat dicegah dengan melibatkan peran perawat, keluarga dan pasien itu sendiri. Keterlibatan berbagai peran diimplementasikan dalam bentuk pengawasan, tindakan pencegahan, dan motivasi pada pasien itu sendiri.

b. Variasi Insiden Pasien Jatuh

Insiden pasien jatuh memiliki variasi insiden yang bermacam-macam, contohnya pasien jatuh dari tempat tidur, pasien jatuh di kamar mandi, dan lain sebagainya. Macam-macam variasi insiden pasien jatuh dapat dilihat pada tabel 2 berikut ini:

Tabel. 2 Variasi Insiden Pasien Jatuh

No.	Variasi insiden	Jumlah	Persentase
1	Pasien jatuh dari tempat tidur	3	27,3%
2	Pasien jatuh di kamar mandi	2	18,1%
3	Pasien jatuh karena tersandung kursi saat berjalan akan ke kamar mandi	1	0,09%
4	Pasien(bayi) jatuh saat digendong oleh ibunya	1	0,09%
5	Pasien(bayi) jatuh saat dipangku ibunya	1	0,09%
6	Pasien terpeleset	1	0,09%
7.	Pasien rawat jalan jatuh di depan klinik	1	0,09%
8.	Pasien rawat jalan jatuh di depan lab	1	0,09%
	Total	11	100%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa pada 11 insiden pasien jatuh, ada 8 variasi insiden pasien jatuh, variasi terbanyak yaitu insiden pasien jatuh dari tempat tidur sebanyak 3 insiden (27,3%). Berdasarkan hasil analisis, insiden pasien jatuh dari tempat tidur biasanya disebabkan karena pengamanan tempat tidur tidak terpasang.

c. Keakuratan Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Laporan Insiden Pasien Jatuh

Keakuratan rekam medis dianalisis dengan melakukan review keterisian dan pendokumentasian tindakan pada laporan dan rekam medis. Analisis keterisian rekam medis dilihat pada 6 formulir yang digunakan untuk pencatatan pasien risiko jatuh. Formulir tersebut yaitu formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh", formulir "Assesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa (*Morse Fall Scale*)", formulir "Tata Laksana Pencegahan Risiko Jatuh Dewasa", formulir "Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi", formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan", dan formulir "Catatan Pemberian Obat". Rekam medis dinilai tidak akurat, apabila ditemukan 1 atau lebih formulir tidak terisi lengkap. Tidak akurat karena tindakan yang dilakukan berdasarkan laporan insiden tidak sama dengan yang didokumentasikan di dalam rekam medis. Analisis keterisian rekam medis dilakukan pada 8 berkas dari 10 laporan insiden pasien jatuh, 3 rekam medis tidak berada di ruang penyimpanan ketika penelitian dilakukan. Jumlah keterisian formulir rekam medis berdasarkan laporan insiden pasien jatuh dapat dilihat pada tabel 3 berikut:

Tabel. 3 Keterisian Formulir Rekam Medis Berdasarkan Laporan Insiden Pasien Jatuh

No.	Nama Formulir	T n(%)	TT n(%)	TDD (n)
1.	Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh	6(100)	0(0)	2
2.	Assesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa (<i>Morse Fall Scale</i>)	2(33,3)	4(66,7)	2
3.	Tata Laksana Pencegahan Risiko Jatuh Dewasa	5(83,3)	1(16,7)	2
4.	Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	4(50)	4(50)	0
5.	Tindakan Keperawatan/Kebidanan	2(25)	6(75)	0
6.	Catatan Pemberian Obat	1(100)	0(0)	7

Ket:

1. Terisi (T): Formulir terisi sesuai dengan tindakan dalam laporan yang harus didokumentasikan pada formulir tersebut.
2. Tidak Terisi (TT): Formulir tidak terisi sesuai keterangan dalam laporan insiden.
3. Tidak Dapat Dinilai (TDD): Formulir tidak ada atau laporan insiden tidak menyebutkan tindakan yang harus didokumentasikan pada formulir tersebut.

Berdasarkan tabel 3, dapat diketahui bahwa keterisian paling banyak (6, n=6) yaitu pada formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh" dimana jumlah formulir yang terisi sesuai dengan keterangan dalam laporan insiden sejumlah 6 formulir(100%). Dari 8 rekam medis, yang dapat dianalisis formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh" ada 6 rekam medis, sedangkan 2 rekam medis tidak terdapat formulir tersebut sehingga dapat tidak dianalisis keterisiannya.

Kemudian, untuk formulir yang paling sedikit keterisiannya yaitu formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan" yaitu 2 (n=8) . Dari 8 formulir, terdapat 2 formulir terisi sesuai dengan keterangan dalam laporan insiden, sedangkan 6 formulir lainnya tidak terisi.

Untuk formulir "Catatan Pemberian Obat" keterisiannya 100% karena hanya ada 1 laporan insiden yang membutuhkan dokumentasi tindakan yang dilakukan pada formulir tersebut.

Formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Pasien Jatuh" berisi informasi kepada pasien dan keluarga bahwa pasien berisiko jatuh. Biasanya keluarga sudah diberi informasi bahwa pasien berisiko jatuh dan membutuhkan pengawasan. Dari hasil analisis, pasien yang mengalami insiden jatuh merupakan pasien dengan risiko jatuh sedang atau tinggi, dan sudah diberi informasi tentang risiko jatuh sejak awal perawatan. Akan tetapi, untuk pasien bayi tidak terdapat informasi pasien risiko jatuh. Pasien dewasa yang berisiko jatuh diberi tindakan pencegahan yang didokumentasikan dalam formulir "Tata Laksana Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa". Berdasarkan laporan insiden pasien jatuh, sebelum dan setelah pasien mengalami insiden juga dilakukan tindakan pencegahan yang didokumentasikan dalam formulir "Tata Laksana Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa" dan "Assesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa(*Morse Fall Scale*)". Tindakan yang dilakukan setelah terjadinya insiden juga didokumentasikan dalam formulir "Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi", formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan". Apabila ada tindakan pemberian obat juga didokumentasikan dalam formulir "Catatan Pemberian Obat".

Setelah dilakukan analisis pada 8 rekam medis, dapat diketahui persentase keakuratannya. Persentase keakuratan rekam medis tersebut ditampilkan pada tabel 4 sebagai berikut:

Tabel. 4 Keakuratan Rekam Medis Berdasarkan Laporan Insiden Pasien Jatuh

No	Keakuratan	Jumlah	Persentase
1	Akurat	0	0%

No	Keakuratan	Jumlah	Persentase
2	Tidak akurat	8	100%
	Total	8	100%

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hasil analisis keakuratan rekam medis pasien jatuh menunjukkan jumlah rekam medis yang akurat yaitu 0 dan yang tidak akurat yaitu 8 rekam medis, atau bisa dikatakan semua rekam medis yang dianalisis tidak akurat.

PEMBAHASAN

a. Jumlah Insiden Pasien Jatuh

Jumlah insiden pasien jatuh yaitu 16,7% dari total insiden yang dianalisis pada tahun 2018. Menurut penelitian yang pernah dilakukan oleh Purba dan Novieastari (2013), jumlah laporan insiden berdasarkan jenis Rumah Sakit umum atau Rumah Sakit khusus di Indonesia yaitu Rumah Sakit umum 96,67% dan Rumah Sakit Khusus 33,3%. Sedangkan jumlah insiden berdasarkan pelapor yaitu karyawan/perawat dll 90,0%, pasien 6,67%, keluarga atau pendamping 3,33 %. Sedangkan laporan insiden berdasarkan akibatnya yaitu tidak ada cedera 55,17%, cedera reversible 27,5%, kematian 10,34%, cedera irreversible 6,9%. Sedangkan jumlah laporan insiden berdasarkan tipe insiden adalah jatuh 12,5%, kecelakaan 4,17%, infrastruktur/bangunan 4,17%, laboratorium 8,33%. Di Rumah Sakit Tugu Ibu antara tahun 2007-2011 terjadi 5 insiden pasien jatuh. Merupakan jumlah yang cukup banyak dalam 5 tahun terakhir.

Berdasarkan hasil analisis laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Kota Wates, persentase jumlah insiden pasien jatuh sama dengan persentase jumlah laporan insiden yang ada di Indonesia yaitu 12,5%. Jumlah insiden pasien jatuh pada tahun 2018 di Rumah Sakit Tipe B Pendidikan di Kota Wates yaitu 8 insiden yang juga termasuk banyak jika dibandingkan dengan jumlah insiden pasien jatuh di Rumah Sakit Tugu pada tahun 2007-2011.

b. Variasi Insiden Pasien Jatuh

Berdasarkan hasil analisis, terdapat 5 variasi insiden pasien jatuh. Insiden pasien jatuh yang paling banyak yaitu pasien jatuh dari tempat tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Pagala, et al (2017), data kejadian keselamatan pasien di Rumah Sakit X Tahun 2012 menunjukkan kejadian terbanyak dan merupakan variasi jatuh terbanyak yaitu pasien jatuh dari tempat tidur sebanyak 12 kasus. Insiden pasien jatuh dari tempat tidur biasanya disebabkan karena pengaman tempat tidur tidak terpasang. Pemasangan pengaman tempat tidur ini sangat penting disediakan terutama pada pasien dengan penurunan kesadaran dan gangguan mobilitas (Kilateng, et al, 2015).

Variasi terbanyak ke dua yaitu insiden pasien jatuh di kamar mandi. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Pagala, et al (2017) yang menunjukkan variasi jatuh terbanyak ke dua yaitu pasien jatuh di kamar mandi sebanyak 3 kasus. Berdasarkan hasil analisis, pasien jatuh di kamar mandi saat pasien memaksakan bangun dan jalan ke kamar mandi dengan keadaan tubuh yang lemah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Darliana (2016) dengan hasil pasien terjatuh di kamar mandi dikarenakan pasien dalam kondisi lemah bangun dari tempat tidur tanpa sepengetahuan perawat.

c. Keakuratan Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Laporan Insiden Pasien Jatuh

Berdasarkan hasil analisis keakuratan pada 8 rekam medis didapatkan hasil 100% tidak akurat karena tenaga kesehatan tidak mendokumentasikan tindakan yang dilakukan setelah terjadinya insiden. Analisis dilakukan pada 6 formulir diantaranya formulir "Dokumentasi Pemberian Informasi Risiko Pasien Jatuh", formulir "Assesmen Ulang Pencegahan Pasien Jatuh Dewasa (*Morse Fall Scale*)", formulir "Tata Laksana Pencegahan Risiko Jatuh Dewasa", formulir "Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi", formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan" dan formulir "Catatan Pemberian Obat". Dari hasil analisis pada 6 formulir ini, formulir yang paling banyak tidak terisi yaitu formulir "Tindakan Keperawatan/Kebidanan".

Salah satu parameter untuk menentukan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah data atau informasi dari rekam medis yang baik dan lengkap. Indikator mutu rekam medis yang baik adalah kelengkapan isi, akurat, tepat waktu, dan pemenuhan aspek persyaratan hukum (Boekitwetan, 1996 dalam Giyana, 2012).

Rekam medis berisi semua bukti pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, termasuk dokumentasi pelayanan setelah terjadinya insiden pada pasien. Tenaga kesehatan memiliki kewajiban untuk mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan di dalam rekam medis. Hasil analisis menunjukkan bahwa tenaga kesehatan belum mendokumentasikan tindakan yang dilakukan. Pendokumentasian tindakan yang dilakukan merupakan bagian dari pendokumentasian asuhan keperawatan. Pendokumentasian asuhan keperawatan adalah proses pelaksanaan pencatatan asuhan keperawatan yakni dari pengkajian saat masuk sampai pasien dinyatakan sehat. Diagnosis yang diangkat berdasarkan masalah yang ditemukan, perencanaan keperawatan, tindakan yang dilakukan serta evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang diberikan (Nursalam, 2007 dalam Wulandini, et al, 2016).

Menurut penelitian yang pernah dilakukan oleh Hartati(2010), perawat lebih memprioritaskan pelaksanaan tindakan langsung pada pasien, padahal dalam tindakan/implementasi ada tiga tahap dalam tindakan keperawatan yaitu: persiapan, perencanaan dan dokumentasi, dalam lembar tindakan perawat kurang memperhatikan faktor dokumentasi padahal pada setiap tindakan harusnya segera dilakukan pendokumentasian sebagai bukti dari tindakan keperawatan pada pasien. Sebagian perawat belum mampu mendokumentasikan perawatan langsung sesuai standar. Perawat sering lupa dan tidak mendokumentasikan secara langsung setelah melakukan tindakan kepada pasien (Mashudi, et al, 2010).

Pendokumentasian tindakan keperawatan penting karena dapat dijadikan sebagai bukti di hadapan hukum dan dapat melindungi perawat jika sampai terjadi malpraktek dan sebagai bukti otentik atas tindakan apa saja yang sudah dilakukan terhadap pasien (Nugraha, 2012).

SIMPULAN

Jumlah insiden pasien jatuh berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien tahun 2018 sebanyak 16,7% dari 66 insiden. Dari insiden pasien jatuh tersebut terdapat 8 variasi insiden pasien jatuh. Keakuratan pada 8 rekam medis pasien dengan insiden jatuh menunjukkan 100% tidak akurat karena tenaga kesehatan belum mendokumentasikan tindakan yang dilakukan kepada pasien setelah terjadinya insiden. Rumah sakit perlu meningkatkan monitoring terkait keakuratan rekam medis sebagai bukti pelayanan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, S.C., Fatmah, Marko, F.S. (2017). Peran Perekam Medis Dalam Mendukung Keselamatan Pasien. Prosiding SEMINAR NASIONAL REKAM MEDIS & INFORMASI KESEHATAN Standar Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 Terkait Rekam Medis. *publikasi.apfirmik.or.id*. Diakses pada tanggal 8 Februari 2019.
- Darlina, Devi. (2016). Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Upaya Penerapan *Patient Safety* Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Idea Nursing Journal*. 7(1): 61-69.
- Giyana, Frenti. (2012). Analisis Sistem Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 1(2): 48-61.
- Hartati, Sri. (2010). Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Skripsi*. Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Julimar. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Risiko Jatuh Pada Pasien Di Bangsal Neurologi RSUP Dr. M Djamil Padang. *Jurnal Photon*. 8(2): 133-141.

- Kilateng, E. W., Julianus, A., Estefana, M. (2015). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Patient Safety Dengan Tindakan Pencegahan Risiko Jatuh Di Ruang Interna RSUD Maria Walanda Maramis Airmadidi. *E-JurnalSariputra*. 2(2): 96-103.
- Lypthout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>.
- [Mashudi, S., Supatmi, Isnur, L. \(2010\). Hubungan Antara Intervensi Keperawatan Dan Dokumentasi Keperawatan. *Journal UM Surabaya*. 5\(1\): 59-64.](#)
- Mulyana. (2013). Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta. *Tesis*. Universitas Indonesia.
- Nugraha, A.T.H. (2012). Hubungan Persepsi Perawat Tentang Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Naskah Publikasi*. Stikes Aisyiyah Yogyakarta.
- Pagala, I., Zahroh S., Baju, W. (2017). Perilaku Kepatuhan Perawat Melaksanakan SOP Terhadap Kejadian Keselamatan Pasien di Rumah Sakit X Kendari. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. 12(1) :138-149.
- Peraturan Menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- Purba, I.M., Novieastari, E. (2013). Pengetahuan Perawat Pada Pasien Resiko Jatuh. *lib.ui.ac.id*. Diakses pada tanggal 7 Maret 2019.
- Samandari, N.A., Wila, C., Rahim, A.H. (2016). Kekuatan Pembuktian Rekam Medis Konvensional dan Elektronik. *SOEPRA Jurnal Hukum Kesehatan*. 2(2): 154-163.
- Sumaedi, D. A. (2010). Persepsi Perawat Dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di RSUD GJ Kota Cirebon. *repository.ui.ac.id*. Diakses pada tanggal 19 Februari 2019.
- Wulandini, P., Tri, K., Yuyun, P. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Jiwa. *Ners Jurnal Keperawatan*. 12(2):131-142.