

Kualitas Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Berdasarkan Analisis Kualitatif

Nabilatul Fanny

¹Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa
nabilatul@udb.ac.id

Abstrak

Kekonsistensian dokumen rekam medis dapat dilakukan melalui analisis kualitatif dokumen rekam medis. Rekam medis yang konsisten dapat membantu tenaga kesehatan menilai keadaan pasien dan mempertimbangkan tindakan apa yang seharusnya diberikan kepada pasien. Berdasarkan survei pendahuluan ditemukan dari 5 jurnal terdapat dokumen yang konsisten dan tidak konsisten. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kekonsistensian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap berdasarkan 6 review analisis kualitatif. Jenis penelitian ini adalah survei deskriptif dengan pendekatan retrospektif, metode pengumpulan data melalui observasi dan wawancara. Populasi sebanyak 5 dokumen dengan sampel sebesar 5 dokumen. Instrumen penelitian menggunakan checklist, penyajian data menggunakan uraian, tabel serta analisis data menggunakan analisis deskriptif. Hasil penelitian berdasarkan review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa terdapat konsisten sebesar 80% dan 20% tidak konsisten; Review kekonsistensian pencatatan diagnosa terdapat konsisten sebesar 37% dan 56% tidak konsisten; Review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan terdapat konsisten sebesar 74% dan 26% tidak konsisten; Review terhadap informed consent terdapat konsisten sebesar 72% konsisten dan 38,3% tidak konsisten; Review cara atau praktik pencatatan terdapat konsisten sebesar 26% dan 72% tidak konsisten; Review hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi terdapat konsisten sebesar 18,3% dan 81,9% tidak konsisten. Kesimpulan dari hasil studi literature analisis kualitatif dokumen rekam medis rawat inap terdapat kekonsistensian sebesar 85,43% dan ketidakkonsistensian sebesar 14,56%. Sebaiknya profesional pemberi asuhan yang bertanggungjawab lebih disiplin dalam pengisian dokumen dan ditingkatkan tentang pentingnya kekonsistensian dokumen rekam medis.

Kata Kunci: analisis kualitatif, rekam medis

Abstract

The consistency of medical record documents can be done through a qualitative analysis of medical record documents. Consistent medical records can help health workers assess the patient's condition and consider what action should be given to the patient. Based on the preliminary survey, it was found that from 5 journals there were consistent and inconsistent documents. This study aims to determine the consistency of inpatient medical record documents based on 6 qualitative analysis reviews. This type of research is a descriptive survey with a retrospective approach, the data collection method is through observation and interviews. The population is 5 documents with a sample of 5 documents. The research instrument uses a checklist, data presentation uses descriptions, tables and data analysis uses descriptive analysis. The results of the study based on a review of the completeness and consistency of the diagnoses were 80% consistent and 20% inconsistent; Review of the consistency of recording diagnoses was consistent by 37% and 56% inconsistent; Reviews of recording things that were done during care and treatment were consistent by 74% and 26% inconsistent; In the review of informed consent there was a consistency of 72% consistent and 38.3% inconsistent; Reviews of recording methods or practices were consistent by 26% and 72% were inconsistent; Review of the things that led to claims for compensation there were consistent at 18.3% and 81.9% inconsistent. The conclusion from the results of the qualitative analysis literature study of inpatient medical record documents was that there was a consistency of 85.43% and an inconsistency of 14.56%. It is better for professional care givers who are responsible to be more disciplined in filling out documents and to be improved on the importance of the consistency of medical record documents.

Keywords: qualitative analysis, medical records

PENDAHULUAN

Rekam medis sering digunakan untuk keperluan manajemen pelayanan pasien, pemantauan kualitas pelayanan kesehatan, kesehatan masyarakat/ komunitas, dan perencanaan dan pemasaran fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu rekam medis juga digunakan dalam kebutuhan lain yang terdiri dari 6 aspek rekam medis yaitu administration, legal, finance, research, dan education (Sudra, 2014)

Berdasarkan 6 (enam) aspek rekam medis tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan dan perawatan yang diberikan kepada pasien dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen resiko klinis serta keamanan dan keselamatan pasien dan kendala biaya (Sudra, 2014).

Untuk mengetahui tingkat pelayanan di rumah sakit salah satunya bisa dilakukan dengan melakukan analisis kualitatif. Menurut Depkes RI (2006) analisis kualitatif adalah analisa yang ditujukan kepada mutu dan konsistensi setiap berkas rekam medis. Analisis kualitatif meliputi penelitian terhadap pengisian lembar rekam medis baik oleh staf medis, paramedis dan unit penunjang medis lainnya. Konsistensi dalam pengisian rekam medis akan sangat mempengaruhi mutu rekam medis, mutu rekam medis akan mencerminkan baik atau tidaknya mutu pelayanan di suatu rumah sakit.

Pentingnya analisis kualitatif untuk mendukung kualitas informasi yang dihasilkan dari rekam medis, merupakan bagian aktivitas dari risk management, membantu menghasilkan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik, membantu penelitian medis, studi administratif dan untuk penagihan layanan kesehatan maka petugas akan mengambil dan menganalisis kualitas rekam medis pasien sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan. Yang terbukti dari banyaknya penelitian yang pernah dilakukan seperti penelitian yang dilakukan oleh Rani dan Ermawati (2015) di rumah sakit Permata Medika dapat diketahui dari 64 dokumen yang di teliti terdapat 20% dokumen belum konsisten. Penelitian yang juga dilakukan oleh Citrawati (2014) di rumah sakit PKU Muhammadiyah Cepu dapat diketahui 95,35% dokumen belum konsisten. dan juga peneliti yang dilakukan oleh Kuswoyo dan Kurniadi (2015) di RSUD Ungaran Semarang dapat diketahui 70% dokumen belum konsisten.

Berdasarkan penelitian diatas bisa diketahui bahwa tingkat kekonsistensian dokumen rekam medis di Permata Medika masih rendah, sedangkan tingkat kekonsistensian di rumah sakit PKU Muhammadiyah Cepu tingkat kekonsistensian dokumen rekam medis masih rendah dan tingkat kekonsistensian dokumen rekam medis di RS Telogorejo masih rendah, sedangkan tingkat kekonsistensian di RSUD Ungaran Semarang juga masih rendah dan di RSUP Dr.Kariadi tingkat kekonsistensian juga masih rendah.

TINJAUAN PUSTAKA

A. *Assembling*

Salah satu bagian yang terkait dengan kegiatan unit rawat inap (URI) yaitu bagian assembling. Menurut Budi (2011), assembling berarti merakit tetapi untuk kegiatanberkas rekam medik di fasilitas pelayanan kesehatan tidaklah hanya sekedar merakit atau mengurutkan satu halaman ke halaman yang lain sesuai dengan aturan yang berlaku. Kegiatan assembling termasuk juga mengecek kelengkapan berkas rekam medik. Adapun manfaat assembling menurut Sudra (2014) yaitu: Sebagai praktik formulir rekam medik, peneliti isi data rekam medik, pengendalian DRM tidak lengkap,

pengendalian penggunaan nomor rekam medik dan formulir rekam medik. Selain itu ada juga ada tugas pokok pelayanan rekam medis di assembling menurut Sudra (2014) yaitu:

1. Merakit kembali DRM dari rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap menjadi urut atau runtut sesuai dengan kronologi penyakit pasien yang bersangkutan.
2. Meneliti kelengkapan data yang seharusnya tercatat di dalam formulir rekam medik sesuai dengan kasus penyakitnya.
3. Meneliti kebenaran pencatatan data rekam ssesuai dengan kasus penyakitnya.
4. Mengendalikan DRM yang dikembalikan ke unit pencatat data karena isinya tidak lengkap.
5. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medik, dan
6. Mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir rekam medis.

B. Analisis Kualitatif

Menurut Sudra (2014) analisis kualitatif dokumen rekam medis yaitu suatu review pengisian rekam medik yang berkaitan dengan konsistensi (keajegan) yang menunjang isi rekam medik sebagai catatan yang akurat dan lengkap.

1. Review Kelengkapan Dan Kekonsistensi Diagnosis

Pengertian dari konsisten disini adalah bahwa isian dalam rekam medik hendaknya bisa menunjukkan runtutan pola pikir sejak awal menerima pasien hingga memulangkannya. Sangat wajar jika dugaan seorang dokter terhadap kemungkinan penyakit pasiennya (diagnosis) berubah ditengah perjalannya dalam merawat pasien tersebut asalkan perubahan arah pemikiran ini didukung oleh alasan yang rasional dan bukti yang kuat, misalnya dari hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi) Berkaitan dengan hal ini maka dikenal beberapa jenis diagnosis, yaitu:

- a. Diagnosis saat masuk (admitting diagnosis) biasanya merupakan alasan atau hal yang membuat pasien datang dan dirawat.
- b. Diagnosis tambahan (additional diagnosis), bisa berupa:
 - 1) Differensial diagnosis (diagnosis pembandingan)
 - 2) Preoperative diagnosis (diagnosis sebelum tindakan operasi)
 - 3) Postoperativediagnosis (diagnosis setelah operasi)
 - 4) Phatological diagnosis (diagnosis yang ditunjang hasil pemeriksaan contoh jaringan tubuh di laboratorium patologi anatomi/PA)
 - 5) Clinical diagnosis (diagnosis klinis)
 - 6) Diagnosis akhir (final diagnosis)
 - 7) Diagnosis utama (principal diagnosis)

8) Diagnosis kedua (secondary diagnosis)

2. Review Konsistensi Pencatatan Diagnosis

Menurut Sudra (2014), setelah dibahas dalam bagian review kelengkapan dan konsistensi diagnosis, bahwa konsisten berarti bisa menunjukkan runtutan pola pikir sejak awal penerima pasien hingga memulangkannya. Titik sentral yang menjadi inti segala tindakan, pemeriksaan, dan terapi terhadap pasien adalah diagnosisnya. Hal-hal terkait dengan diagnosis harus bisa menunjukkan adanya rasionalisasi keilmuan dan alasan (reason) mengapa dilakukan hal tertentu atau mengapa tidak dilakukan hal tertentu. Jadi, dalam hal ini bukan hanya antara satu diagnosis dengan diagnosis lainnya yang harus menunjukkan adanya konsistensi, namun juga antara diagnosis dengan bagian pendukung lain dalam rekam mediknya, misalnya catatan mengenai tanda dan gejala; hasil pemeriksaan; surat pernyataan persetujuan ataupun penolakan; hasil konsultasi; dan lain sebagainya. Kesemuanya haruslah bisa membentuk dan membangun suatu scenario pelayanan kepada pasien berbasis pada penyakit utamanya. Tiga hal yang harus konsisten:

- a. Catatan perkembangan
- b. Instruksi dokter, dan
- c. Catatan obat

3. Review Pencatatan Hal-Hal yang Dilakukan Saat Perawatan dan Pengobatan

Secara umum rekam medic diharapkan bersifat AIR4, yaitu Accurate, Informatif, Rasional, Relevance, Reasonable, dan Responsible. Setiap hal terjadi antara pasien sebagai penerima layanan dan tenaga kesehatan sebagai pemberi layana harus terekam/tercatat dan mampu menunjukkan kondisi yang terjadi. Misalnya, hasil tes dan pemeriksaan (baik normal maupun tidak), kondisi pasien, pernyataan pasien, penjelasan kepada pasien, dan sebagainya, hanya secara jelas tercantum dalam rekam medik. Jadi, runtutan kejadian terhadap seorang pasien dapat diikuti sejak dari diterimanya pasien tersebut hingga dipulangkan. Alasan dan penjelasan dari setiap rencana tindakan beserta hasil-hasilnya akan menjadi dasar peninjauan rasionalitas perjalanan terhadap pasien tersebut (Sudra, 2014).

4. Review Terhadap Informed Consent

Menurut Sudra (2014) Informed Consent (persetujuan tindakan kedokteran) merupakan bentuk pernyataan dari seorang pasien (menyetujui atau menolak) setelah menerima penjelasan yang cukup, terhadap rencana tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap dirinya. Jadi informed consent bukan sekedar memina tanda tangan pasien di atas formulir persetujuan rencana tindakan kedokteran, namun harus diawali dengan

memberi penjelasan tentang rencana tersebut sehingga pasien memiliki cukup modal untuk mempertimbangkan keputusannya.

Penjelasan yang wajib disampaikan meliputi (namun tidak terbatas pada) tujuan tindakan, keuntungan dan kerugiannya, alternatif lain selain tindakan tersebut, tahapan pelaksanaannya, risiko yang mungkin timbul, biaya, dan sebagainya. Semua fakta bahwa pasien yang berkompeten (atau walinya yang sah secara hukum) telah diberi penjelasan oleh dokter yang berkompeten, dan telah memberikan pernyataan (setuju maupun tidak), harus jelas tercatat dalam rekam medik pasien yang bersangkutan. Hal ini berkaitan langsung dengan desain formulir informed consent, pencatuman tanggal (dan jam bila diperlukan), sertapencantuman tanda tangan dari pasien yang berkompeten atau walinya yang sah secara hukum. Perlu dibaca dengan teliti untuk memastikan bahwa nama pasien, umur, jenis kelamin, kondisi, tanggal, dan tanda tangannya telah memenuhi peraturan yang berlaku dan memenuhi aspek AIR4 seperti dijelaskan di atas.

5. Review Cara/Praktik Pencatatan

Menurut Sudra (2014), review teknik pencatatan pada prinsipnya akan menilai apakah rekam medik telah memenuhi aspek-aspek tersebut. Lingkup dari review teknik pencatatan meliputi hal-hal berikut ini:

- a. Rekam medik harus ditulis dengan menggunakan tinta permanen sehingga tidak mudah luntur atau hilang.
- b. Tinta yang digunakan selayaknya berwarna gelap dan kontras dengan warna kertas agar jelas dan mudah digandakan bila dibutuhkan.
- c. Tulisan harus bisa dibaca kembali dengan selayaknya dan tidak menimbulkan kesulitan atau bias persepsi.
- d. Penulisan hendaknya menggunakan istilah, singkatan, dan simbol yang baku, terdaftar, dan berstandar sehingga bisa dipahami dengan jelas dan pasti oleh pembacanya.
- e. Jika terjadi salah tulis maka untuk memperbaikinya tidak boleh menyebabkan tulisan yang salah tersebut hilang atau tak terbaca lagi. Secara umum dianjurkan untuk mencoret satu kali pada tulisan yang salah, menuliskan perbaikannya di atas tulisan yang salah tersebut, dan mencantumkan tanggal serta tanda tangan yang memperbaiki tulisan tersebut.
- f. Sisa area kosong pada baris, kolom, atau halaman rekam medis dianjurkan untuk "ditutup" dengan tanda coretan garis tegak, horizontal, diagonal, atau zig-zag. Hal ini untuk mencegah agar tidak terjadi penambahan isi yang tidak semestinya

6. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti

Hubungan antara pasien (penerima pelayanan), tenaga kesehatan (pemberi layanan), dan manajemen rumah sakit (penyedia layanan) secara hukum dipandang sebagai hubungan transaksi terapeutik. Dalam transaksi terapeutik terdapat kesinambungan hak dan kewajiban di antara ketiga unsure tersebut. Rekam medik ditempatkan sebagai media yang berperan dalam menjaga keseimbangan hak dan kewajiban ini. Itu sebabnya rekam medik harus bersifat obyektif, actual, dan factual (atau telah disebutkan di atas sebagai AIR4). Prinsip yang menyebutkan “catat yang dilakukan dan lakukan yang dicatat” harus benar-benar dilakukan. Tidak boleh ada tindakan atau kondisi yang tidak dicatat, dan juga tidak boleh ada pencatatan/pelaporan padahal sebenarnya tidak dilakukan. Pengertian bahwa “apa yang tidak tercatat berarti tidak terjadi” sering kali menjadi pintu masuk masalah tuntutan dalam pelayanan kesehatan.

Petugas/tim pelaksana analisis kualitatif rekam medik harus benar-benar mencermati keseimbangan isi semua lembar rekam medik, terutama untuk hal-hal berikut ini (namun tidak terbatas pada hal ini) yang umumnya berpotensi menjadi pintu masalah:

- a. Identifikasi pasien,
- b. Persetujuan rencana tindakan kedokteran,
- c. Laporan tindakan kedokteran,
- d. Identifikasi bayi baru lahir,
- e. Runtutan waktu (tanggal dan jam) dari seluruh tahapan dalam episode pelayanan,
- f. Kelengkapan dan keberadaan rencana pemeriksaan/tindakan dengan laporan hasilnya,
- g. Kelengkapan pencantuman penanggung jawab pelayanan (nama dan tanda tangan),
- h. Pencatatan semua perkembangan pasien dari waktu ke waktu, baik tentang perkembangan yang positif maupun negative,
- i. Kejelasan penulisan (bisa dibaca kembali dan tidak menimbulkan bias pengertian)

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi literatur. Metode studi literatur adalah serangkaian kegiatan yang berkenaan dengan metode pengumpulan data pustaka, membaca dan mencatat, serta mengelolah bahan penelitian (Zed, 2008).

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis
2. Review kekonsistensian pencatatan diagnosis

3. Review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

4. Review terhadap informed consent

5. Review cara/praktik pencatata

6. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi.

Adapun yang menjadi populasi di penelitian ini adalah jurnal yang berkaitan dengan analisis kualitatif dokumen rekam medis rawat inap. Sampel dari penelitian ini adalah 5 jurnal berkaitan dengan analisis kualitatif dokumen rekam medis rawat inap Teknik pengampilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan dan masalah dalam penelitian), sehingga sampel dapat mewakili karakteristik populasi yang telah diketahui sebelumnya (Nursalam, 2015).

1. Kriteria Inklusi

- a. Duplikasi nomor rekam medis.
- b. Jurnal penelitian yang dipublikasikan tahun 2016-2020.
- c. Bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia.
- d. Full text, tidak hanya abstrak.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Jurnal hanya abstrak dan tidak terstruktur.
- b. Jurnal lebih dari 5 tahun terakhir
- c. Metode tidak jelas

Hasil penelitian dianalisis secara deskriptif, yaitu bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskriptifkan setiap variabel dalam penelitian ini menggunakan variabel analisis kualitatif yang terdiri dari 6 komponen analisis kualitatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis

Tabel 1. Review Kelengkapan dan Kekonsistensian Diagnosa

No	Nama Peneliti	Tahun	Hasil Penelitian
1	Swari Juwita Selvia, dkk	2019	100 % konsisten
2	Khotimah Suci dan Masturoh Imas	2020	100 % konsisten
3	Kardila Dila, dan Barsasella Diana	2016	16,7 % (10) tidak konsisten dan 83,3 % konsisten (50)
4	Hikmah, Faiqatul, dkk	2016	100 % konsisten
5	Sari Kartika, dan Prasetya Jaka	2016	Review 20 % tidak konsisten (10) dan 80 % (40) konsisten

Berdasarkan tabel diatas, terdapat ketidakkonsistensian tertinggi terdapat pada peneliti Sari Kartika, dan Prasetya Jaka (2016) sebesar 20% tidak konsisten pada formulir Assesmen medis Hal tersebut belum sesuai dengan kelengkapan dan kekonsistensian

diagnosa menurut Sudra (2014) bahwa isian dalam rekam medis hendaknya bisa menunjukkan runtutan pola pikir sejak awal menerima pasien hingga memulangkanpasien.

2. Review kekonsistensian pencatatan diagnosis
Tabel 2. Review Kekonsistensian Pencatatan Diagnosis

No	Nama Peneliti	Tahun	Hasil Penelitian
1	Swari Juwita Selvia, dkk	2019	14 % (72) konsisten dan 11 % (75) tidak konsisten
2	Khotimah Suci, dan Masturoh Imas	2020	73 % (37) konsisten dan 27 % (14) tidak konsisten
3	Kardila Dila, dan Barsasella Diana	2016	56 % (91) tidak konsisten dan 89 % (76) konsisten
4	Hikmah, Faiqatul, dkk	2016	100 % konsisten
5	Sari Kartika, dan Prasetya Jaka	2016	32 % (16) tidak konsisten dan 68 % (34) konsisten

Titik sentral yang menjadi inti segala tindakan, pemeriksaan dan terapi pasien adalah diagnosanya. Hal-hal yang terkait dengan diagnosa harus bisa menunjukkan adanya rasionalisasi keilmuan dan alasan mengapa dilakukan hal tertentu atau tidak melakukan hal tertentu. Tiga hal yang harus konsisten yaitu Catatan perkembangan, Instruksi dokter, dan Catatan obat (Sudra, 2014).

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar sampel menunjukkan pencatatan diagnosa yang tidak konsisten. Hal ini dapat mempengaruhi proses pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien.

3. Review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Tabel 3 Review Pencatatan Hal-Hal yang Dilakukan Saat Perawatan dan Pengobatan

No	Nama Peneliti	Tahun	Hasil Penelitian
1	Swari Juwita Selvia, dkk	2019	14 % (72) konsisten dan 11 % (75) tidak konsisten
2	Khotimah Suci dan Masturoh Imas	2020	37 % (73) konsisten dan 27 % (14) tidak konsisten
3	Kardila Dila, dan Barsasella Diana	2016	61,7 % (60) konsisten dan 38,3 % (60) tidak konsisten
4	Hikmah, Faiqatul, dkk	2016	100 % konsisten
5	Sari Kartika, dan Prasetya Jaka	2016	26 % (13) tidak konsisten dan 74 % (37) konsisten

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa hasil penelitian dari kelima sampel pada bagian pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan tidak konsisten. Menurut Sudra (2014), setiap hal terjadi antara pasien sebagai penerima layanan dan tenaga kesehatan sebagai

pemberi pelayanan kesehatan harus terekam atau tercatat dan mampu menunjukkan kondisi yang terjadi. Misalnya, hasil tes dan pemeriksaan (baik normal ataupun tidak), kondisi pasien, pernyataan pasien, penjelasan kepada pasien dan sebagainya harus secara jelas tercantum dalam rekam medis. Jadi, runtutan kejadian terhadap seorang pasien dapat diikuti sejak dari diterimanya pasien tersebut hingga dipulangkan.

4. Review terhadap informed consent

Tabel 4 Review Terhadap Informed Consent

No	Nama Peneliti	Tahun	Hasil Penelitian
1	Swari Juwita Selvia, dkk	2019	14 % (86) tidak konsisten dan 72 % (86) konsisten
2	Khotimah Suci dan Masturoh Imas	2020	100 % konsisten
3	Kardila Dila, dan Barsasella Diana	2016	38,3 % (23) tidak konsisten dan 61,7 % (37) konsisten
4	Hikmah, Faiqatul, dkk	2016	100 % konsisten
5	Sari Kartika, dan Prasetya Jaka	2016	100 % konsisten

Berdasarkan 5 jurnal yang diteliti menunjukkan hasil yang didapat dari peneliti Kardila Dila, dan Barsasella Diana (2016) menunjukkan hasil 38,3% (23) tidak konsisten dan 61,7% (37) konsisten. Hal tersebut belum sesuai dengan kokonsistensian informed consent menurut Sudra (2014) Informed Consent (persetujuan tindakan kedokteran) merupakan bentuk pernyataan dari seorang pasien (menyetujui atau menolak) setelah menerima penjelasan yang cukup terhadap rencan tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap dirinya. Harus dipastikan bahwa nama pasien, umur, jenis kelamin, kondisi, tanggal dan tanda tangannya telah memenuhi peraturan yang berlaku.

5. Review cara/praktik pencatata

Tabel 5 Review Pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

No	Nama Peneliti	Tahun	Hasil Penelitian
1	Swari Juwita Selvia, dkk	2019	14 % (72) konsisten dan 11 % (75) tidak konsisten
2	Khotimah Suci dan Masturoh Imas	2020	37 % (73) konsisten dan 27 % (14) tidak konsisten
3	Kardila Dila, dan Barsasella Diana	2016	Review 100 % konsisten
4	Hikmah, Faiqatul, dkk	2016	100 % konsisten
5	Sari Kartika, dan Prasetya Jaka	2016	26% (14) tidak konsisten dan 72 % (36) konsisten

Berdasarkan 5 jurnal yang diteliti menunjukkan hasil yang didapat dari Khotimah Suci, dan Masturoh Imas (2020) menunjukkan hasil 37% (73) konsisten dan 27% (14) tidak konsisten. Hal

ini belum sesuai dengan cara atau praktik pencatatan menurut Sudra (2014) mengenai cara atau teknik pencatatan dalam dokumen rekam medis ini mengkoreksi tentang cara pencatatan yang baik. Apabila dalam formulir rekam medis terdapat barisan yang kosong, maka dicoret untuk mencegah penambahan tulisan di kemudian hari. Singkatan tidak diperbolehkan, kecuali apabila sesuai dengan ketentuan.

Bila ada kesalahan pencatatan, maka cara memperbaikinya seharusnya digaris dan catatan tersebut masih bisa terbaca, kemudian dibubuhi paraf. Penghapusan dengan cara apapun tidak diperbolehkan

6. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi.

Tabel 6. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti

No	Nama Peneliti	Tahun	Hasil Penelitian
1	Swari Juwita Selvia, dkk	2019	100 % konsisten
2	Khotimah Suci dan Masturoh Imas	2020	1,5 % (14) konsisten dan 3,3 % (14) tidak konsisten
3	Kardila Dila, dan Barsasella Diana	2016	100 % konsisten
4	Hikmah, Faiqatul, dkk	2016	18,3 % (15) tidak konsisten dan 81,9 % (67) konsisten
5	Sari Kartika, dan Prasetya Jaka	2016	100 % konsisten

Bedasarkan tabel diatas menunjukkan hasil yang didapat dari peneliti oleh Hikmah Faiqatul, dkk (2016) menunjukkan hasil 18,3% (13) tidak konsisten dan 81,9% (67) konsisten dan juga peneliti Sari Kartika, Prasetya Jaka (2016) menunjukkan hasil 100% konsisten Hal ini belum sesuai dengan hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi menurut Sudra (2014) yaitu tidak boleh ada tindakan atau kondisi yang tidak dicatat, juga tidak boleh ada pencatatan atau pelaporan yang sebenarnya tidak dilakukan. Pengertian bahwa “apa yang tidak tercatat berarti tidak terjadi” seringkali menjadi pintu masalah tuntutan dalam pelayanan kesehatan. Petugas pelaksana analisis kualitatif rekam medis harus benar-benar mencermati kesinambungan isi disemua lembar rekam medis.

KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah: 1) Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis dokumen rekam medis rawat inap sebesar 20% tidak konsisten terdapat pada formulir ringkasan pulang yaitu pada item diagnosis masuk. 2) Review kekonsistensian pencatatan diagnosis dokumen rekam medis rawat inap sebesar 56% tidak konsisten terdapat pada ringkasan pulang yaitu pada item diagnosis masuk. 3) Reviw pencatatan hal-hal yang

dilakukan saat perawatan dan pengobatan dokumen rekam medis rawat inap sebesar 26% tidak konsisten terdapat pada formulir CPPT yaitu pada item instruksi dokter. 4) Review terhadap informed consent dokumen rekam medis rawat inap 38,3% tidak konsisten terdapat pada formulir pernyataan pasien yaitu pada penjelasan pasien. 5) Review cara/teknik pencatatan dokumen rekam medis rawat inap sebesar 72% tidak konsisten terdapat pada formulir CPPT yaitu pada item coretan tanpa paraf. 6) Review hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi dokumen rekam medis sebesar 81,9% tidak konsisten terdapat pada formulir ringkasan pulang yaitu pada item kejelasan tulisan. Saran, sebaiknya perlu dilakukan sosialisasi tentang pengisian dokumen rekam medis kepada PPA (Profesional Pemberi Asuhan). selain itu perlu dilakukan evaluasi terkait dengan ketidak konsistensian pengisian dokumen rekam medis sehingga dapat meningkatkan kualitas informasi kesehatan yang terkait didalam rekam medis lebih menjadi lebih baik lagi dari sebel

DAFTAR PUSTAKA

Budi, S.C. 2011. Menejemen Unit Kerja Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Medis

DepKes RI. 2006. Pedoman Penyelenggaraan Dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit. Di Indonesia. Jakarta.

Khotimah, Suci dan Masturoh, Imas. 2020. Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Thypoid dalam Klaim BPJS dengan Metode

Hatta. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia vol. 8: Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Hikmah, Faiqatul dan Wijayanti, Adi Rossalina. 2018. Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Diare Akut Balita di Rumah Sakit Islam

Notoatmodjo, S. 2012 metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: PT. Rineka cipta.

Peremenkes RI Nomor 269/ Menkes/ Per/ III/ 2008. Rekam medis. Jakarta: Menkes

Sari, Kartika Desi dan Prasetya, Jaka. 2016 Analisa Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Demam Typhoid di Rumah sakit Umum Daerah Kota Pekalongan pada Periode Triwulan 1 Tahun2016. Semarang: UDINUS

Sudar, Rano indaradi. 2014. Materi pokok rekam medis. Tangerang Selatan: Universitas terbaik.

Zed, Mestika. 2008. Metode Penelitian Kepustakaan. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.