

KARYA TULIS ILMIAH

**TINJAUAN KELENGKAPAN REKAM MEDIS PADA PASIEN
TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT Tk. IV DKT MADIUN**



Oleh :
SECOND ALLPANDIANTO
NIM : 201807044

PROGRAM STUDI D III PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
TAHUN 2021

KARYA TULIS ILMIAH

TINJAUAN KELENGKAPAN REKAM MEDIS PADA PASIEN TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT Tk. IV DKT MADIUN

Diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan Akademik
untuk mendapat gelar Ahli Madya Rekam Medis (Amd.RMIK)



Oleh :
SECOND ALLPANDIANTO
NIM : 201807044

**PROGRAM STUDI D III PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
TAHUN 2021**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing dan telah dinyatakan layak mengikuti Ujian Sidang.

KARYA TULIS ILMIAH

TINJAUAN KELENGKAPAN REKAM MEDIS PADA PASIEN TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT Tk. IV DKT MADIUN

Menyetujui,
Pembimbing 1



Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes
NIDN. 0711037803

Menyetujui,
Pembimbing 2



Hariyadi, S.Kp., M.Pd
NIDN. 0009116802

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan





Irmawati Mathar, S.KM., M.Kes
NIDN. 0717018803

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah dan dinyatakan telah memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar A.Md.RMIK

Pada Tanggal : 15 September 2021

Dewan Penguji :

1. Heru Widiyanto, S.ST
(Ketua Dewan Penguji) : 
2. Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes
(Penguji 1) : 
3. Hariyadi, S.Kp., M.Pd
(Penguji 2) : 

Mengesahkan

STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Ketua,



Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid)

NIDN. 0217097601

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Second Allpandianto

NIM : 201707044

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan dalam memperoleh gelar ahli madya di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan baik yang sudah maupun belum/ tidak dipublikasikan, sumbernya dijelaskan dalam tulisan dan daftar pustaka.

Madiun, 16 Juli 2021



Second Allpandianto
NIM : 201707044

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Second Allpandianto
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tempat dan Tanggal Lahir : Tangerang, 09 Februari 2000
Agama : Islam
Alamat : Ds. Nglambangan, Dsn. Gempol RT 010/RW.002,
Kecamatan Wungu, Kabupaten Madiun
Email : secondanto92@gmail.com
Riwayat Pendidikan : 1. RA Al-Mukminin Cibodas
2. SD Negeri Nglambangan 1
3. SMP Negeri 2 Wungu
4. SMA Negeri 1 Nglames
5. STIKES BHM Madiun (Prodi DIII Perekam dan
Informasi Kesehatan 2018-2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada penyusun sehingga penyusun dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ **TINJAUAN KELENGKAPAN REKAM MEDIS PADA PASIEN TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT Tk. IV MADIUN**”


Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penyusun mendapatkan bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penyusun mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah mendukung, diantaranya :

1. dr. Kartika Sudrajat Budi S., Sp.THT-KL selaku Direktur RS Tk. IV DKT Madiun.
2. Nurul Reni Wulandari, A.Md.RMIK selaku Kepala Rekam Medis Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun
3. Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid) selaku Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
4. Riska Ratnawati, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing I Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
5. Hariyadi, S.Kp., M.Pd selaku Dosen Pembimbing II Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
6. Seluruh staf bagian Rekam Medis Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun
7. Seluruh karyawan dan karyawan di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun
8. Orang tua saya yang telah memberi dukungan kepada saya “Iis Aisyah dan Yudianto”
9. Kakak dan Adik yang saya sayangi “ Allredo Yanuariska dan Allrizkyansah Tri Wicaksono”
10. Teman yang juga memberikan motivasi kepada saya “Iksan, Yuriska, Sasi, Ratu, Vivi, dan Cathrien”

Penyusun menyadari bahwa pembuatan laporan ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata kesempurnaan. Oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan penulisan laporan ini.

Madiun, 16 Juli 2021

Penulis,


Second Allpandianto
NIM : 201707044

DAFTAR ISI

Sampul Dalam	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Penelitian	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	ix
Daftar Gambar	x
Daftar Lampiran	xi
Abstrak	xii
<i>Abstract</i>	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Bagi Rumah Sakit	5
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	5
1.4.3 Bagi Mahasiswa	5
BAB 2 LANDASAN TEORI	
2.1 Rekam Medis	6
2.1.1 Pengertian Rekam Medis	6
2.1.2 Manfaat Rekam Medis	6
2.1.3 Tujuan Rekam Medis	7
2.1.4 Penyimpanan dan Pengarsipan Rekam Medis.....	7
2.1.5 Jenis-jenis Rekam Medis.....	8
2.1.6 Pengolahan Data Rekam Medis	8
2.2 Tuberkulosis.....	9
2.2.1 Pengertian Tuberkulosis.....	9
2.2.2 Gejala Tuberkulosis.....	10
2.2.3 Pengobatan Tuberkulosis	10
2.2.4 Pencegahan Tuberkulosis.....	11
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	
3.1 Kerangka Konseptual	12
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	13
4.2 Populasi dan Sampel	13
4.2.1 Populasi	13
4.2.2 Sampel.....	13

4.3	Kerangka Kerja Penelitian	14
4.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	15
4.4.1	Variabel Penelitian	15
4.4.2	Definisi Operasional Variabel	15
4.5	Instrument Penelitian	16
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian	16
4.6.1	Lokasi Penelitian	16
4.6.2	Waktu Penelitian	16
4.7	Prosedur Pengumpulan Data	17
4.7.1	Sumber Data	17
4.7.2	Cara Pengumpulan Data	17
4.8	Teknik pengolahan Data	18
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1	Hasil Penelitian	19
5.1.1	Sejarah Rumah Sakit TNI-AD Tk. IV Kota Madiun.....	19
5.1.2	Visi, Misi dan Motto	20
5.1.3	Value	20
5.2	Pembahasan.....	22
5.2.1	Analisis Kualitatif Administratif	22
5.2.2	Analisis Kualitatif Medis	29
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1	Kesimpulan	36
6.2	Saran.....	36
	Daftar Pustaka	37
	Lampiran	38

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 4.1	Definisi Operasional Variabel	15
Tabel 5.1	Hasil Persentase Kejelasan Masalah dan Kondisi/ Diagnosis	22
Tabel 5.2	Hasil Persentase Masukan Konsisten	23
Tabel 5.3	Hasil Persentase Alasan Pelayanan	23
Tabel 5.4	Hasil Persentase <i>Informed Consent</i>	24
Tabel 5.5	Hasil Persentase Tandatangan Dokter yang Merawat	24
Tabel 5.6	Hasil Persentase Telaah Mutakhir	25
Tabel 5.7	Hasil Persentase Tulisan Terbaca	25
Tabel 5.8	Hasil Persentase Singkatan Baku	26
Tabel 5.9	Hasil Persentase Hindari Sindiran	26
Tabel 5.10	Hasil Persentase Pengisian Tidak Senjang	27
Tabel 5.11	Hasil Persentase Tinta	27
Tabel 5.12	Hasil Persentase Catatan Jelas	28
Tabel 5.13	Hasil Persentase Biaya Perawatan	28
Tabel 5.14	Hasil Observasi Batuk > 2 minggu	29
Tabel 5.15	Hasil Observasi Batuk Darah.....	30
Tabel 5.16	Hasil Observasi Sesak Nafas	30
Tabel 5.17	Hasil Observasi Nyeri Dada	31
Tabel 5.18	Hasil Observasi Demam	32
Tabel 5.19	Hasil Observasi Anoreksia	32
Tabel 5.20	Hasil Observasi Berat Badan Menurun	33
Tabel 5.21	Hasil Observasi Tanda-tanda Vital Normal.....	33
Tabel 5.22	Hasil Observasi Pasien Pulang Sembuh	35

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian	12
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Penelitian.....	14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Observasi Penelitian.....	38
Lampiran 2	Kartu Bimbingan KTI.....	40

**Program Studi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan
STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
2021**

ABSTRAK

Second Allpandianto

**TINJAUAN KELENGKAPAN REKAM MEDIS PADA PASIEN
TUBERKULOSIS DI RUMAH SAKIT Tk. IV MADIUN PADA TAHUN
2018-2020**

Analisis kualitatif adalah suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan isi rekam medis. Rekam medis yang baik harus berisi catatan medis yang lengkap. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitatif Rekam Medis (RM) rawat inap pada pasien tuberkulosis paru di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan teknik pengumpulan data observasi dan wawancara. Hasil dari penelitian ini adalah masih terdapat dokumen rekam medis tuberkulosis paru di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun masih belum lengkap dan akurat. Salah satunya terdapat pada analisis kualitatif administratif yaitu terdapat penulisan alamat pasien yang tidak lengkap 100%, dikarenakan perawat kurang memperhatikan dan mengingatkan pasien/wali dalam pengisian lembar informed consent. Selain itu tenaga medis tidak menerapkan 100% penulisan singkatan baku tuberkulosis yang terdapat pada SOP singkatan baku Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun, dikarenakan masih kurangnya sosialisasi dari unit RM kepada tenaga medis terkait penggunaan singkatan baku tuberkulosis. Pada analisis kualitatif medis, tidak terdapat hasil pemeriksaan rontgen terhadap pasien yang dilakukan pemeriksaan rontgen sebanyak 19 dokumen, dikarenakan di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun tidak memiliki lembar hasil pemeriksaan, sehingga hasil pemeriksaan tidak dituliskan dalam RM. Maka kualitas RM pasien tuberkulosis paru baik secara administratif maupun medis masih dikatakan belum baik. Sebaiknya diperlukan ketelitian dan kedisiplinan petugas medis dalam pengisian RM.

Kata Kunci: analisis kualitatif, rekam medis, tuberkulosis paru

ABSTRACT

Second Allpandianto

REVIEW OF MEDICAL RECORD COMPLETENESS IN TUBERCULOSIS PATIENTS IN Tk. HOSPITAL. IV MADIUN IN 2018-2020

Qualitative analysis is a review of filling in medical records related to the consistency of the contents of medical records. A good medical record must contain complete medical records. This study aims to analyze the qualitative Medical Records (RM) inpatients in pulmonary tuberculosis patients at Tk Hospital. IV DKT Madiun City. This type of research is descriptive with a qualitative approach with observation and interview data collection techniques. The result of this research is that there are still pulmonary tuberculosis medical record documents at the Tk Hospital. IV DKT Madiun City is still not complete and accurate. One of them is in the administrative qualitative analysis, namely there is a 100% incomplete patient address writing, because the nurse pays less attention to and reminds the patient/guardian in filling out the informed consent form. In addition, medical personnel do not apply 100% of the writing of standard tuberculosis abbreviations contained in the standard abbreviation SOP for Tk Hospital. IV DKT Madiun City, due to the lack of socialization from the RM unit to medical personnel regarding the use of standard abbreviations for tuberculosis. In the medical qualitative analysis, there were no X-ray examination results on patients who underwent X-ray examination as many as 19 documents, because at the Tk Hospital. IV DKT Madiun City does not have an examination result sheet, so the results of the examination are not written in the RM. So the quality of RM of pulmonary tuberculosis patients both administratively and medically is still said to be not good. It is better if the accuracy and discipline of medical officers is needed in filling out the RM.

Keywords: *qualitative analysis, medical records, pulmonary tuberculosis*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-Undang Republik Indonesia No 40 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit). Peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang baik ditunjang dengan penyelenggaraan rekam medis yang baik pada setiap pelayanan kesehatan di rumah sakit dan dapat menyajikan sebuah informasi yang akurat pada rekam medis (Mudiono dan Roziqin, 2019).

Rekam medis adalah salah satu unit yang harus dimiliki di setiap rumah sakit yang berperan penting dalam menyediakan data-data dan informasi penting mengenai pasien. Rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis seperti kelengkapan isian rekam medis, keakuratan, tepat waktu, dan pemenuhan persyaratan hukum (Huffman, 1999). Sistem pelayanan rekam medis bertujuan menyediakan informasi guna memudahkan pengelolaan dalam pelayanan kepada pasien dan memudahkan pengambilan keputusan manajerial (Nuraini, 2015).

Analisa kualitatif merupakan suatu tinjauan pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan serta isinya ialah fakta jika rekam kedokteran tersebut akurat serta lengkap. Dan tujuan penelitian menggunakan metode kualitatif pembaca mengerti fenomena yang sangat detail dengan menggunakan cara mengumpulkan data secara mendalam menunjukkan betapa pentingnya kedalaman dan detail data yang kita pelajari. Melalui metode penelitian kualitatif ini data yang diperoleh dapat digali lebih dalam, lebih teliti, dan mendalam sehingga dapat ditentukan kualitas penelitian yang lebih baik. Dari segi responden atau subjek

penelitian, metode kualitatif ini memiliki subjek yang lebih sedikit daripada penelitian kuantitatif karena lebih mengutamakan kedalaman data daripada volume data. Tuberkulosis yang pula diketahui dengan TBC merupakan penyakit paru- paru akibat bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. TBC hendak memunculkan indikasi berbentuk batuk yang berlangsung lama(lebih dari 3 minggu), umumnya berlendir, serta terkadang menghasilkan darah. Bakteri TBC tidak cuma melanda paru- paru, namun pula dapat melanda tulang, usus, ataupun kelenjar. Saat berbicara atau mengobrol, baruk, dan bersin penyakit ini menyebar dari air liur dari mulut penderita TBC. Penyakit ini lebih rentan terserang pada seorang yang imunitas badannya rendah, misalnya pengidap HIV.

Pada studi pendahuluan di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun, analisis kuantitatif kualitatif dokumen rekam medis pernah dilakukan penelitian sebelumnya oleh peneliti manapun. Berdasarkan pengamatan pada survei awal di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun dokumen rekam medis pasien dengan penyakit tuberkulosis paru (TB Paru) termasuk dalam daftar 10 besar penyakit dan terdapat ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis. Selain itu pada penyakit ini dalam setiap tahunnya terdapat pasien yang meninggal atau pasien keluar mati. Dari survei pendahuluan peneliti mengambil 4 sampel dokumen rekam medis tahun 2018 triwulan I (Januari-Maret) di di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kota Madiun, untuk analisis kualitatif administratif (AKLA) dari 4 DRM tersebut didapatkan keseluruhan dokumen untuk kejelasan masalah pada lembar catatan pelayanan/perkembangan terintegrasi sesuai antara anamnesa dengan pemberian obat yang dilakukan. Masukan konsisten terdapat 1 dokumen yang tidak konsisten antara data dalam DRM dengan kondisi/anamnesa pasien.

Alasan pelayanan terdapat 4 dokumen yang tidak sesuai antara informasi kondisi pasien dengan tindakan yang dilakukan yaitu tidak dilakukan pemeriksaan sputum padahal pasien batuk lebih dari 1 bulan. 4 dokumen pada lembar informed consent di dalam DRM tidak terisi

informasi identitas pasien secara lengkap pada nomor telepon dan alamat yang dituliskan secara singkat tanpa RT/RW, kelurahan, kecamatan, dan kode pos serta 3 dokumen tidak terdapat nama terang pasien/wali saat membubuhi tandatangan. Telaah rekaman menunjukkan 4 dokumen bersifat mutakhir dengan tidak menunda penulisan dalam DRM, 1 dokumen masih ada beberapa penulisan yang sulit dibaca pada lembar resume medis dan catatan pelayanan dan perkembangan terintegrasi, 4 dokumen yang tidak menggunakan singkatan baku dalam penulisan diagnosa tuberkulosis dalam DRM, 4 dokumen tidak saling menjatuhkan sesama rekan dalam penulisan medis, 4 dokumen terdapat pengisian yang senjang pada lembar resume medis yaitu tidak dituliskan tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin pasien. 4 dokumen tepat dan sesuai dalam penggunaan tinta. 4 dokumen lengkap dan jelas dengan informasi kronologis yang sesuai tahapan kunjungan dan pemberian pelayanan Kesehatan Untuk analisis kualitatif medis (AKMED) dari 4 DRM didapatkan keseluruhan dokumen yang sesuai dan konsisten dengan ketentuan penatalaksanaan TB dalam penulisan anamnesa. Pada pemeriksaan fisik menunjukkan 4 dokumen dituliskan keterangan hasil pemeriksaan ronchi dan wheezing, data RR, dan data suhu tubuh pada lembar asesmen medis.

Pada pemeriksaan penunjang 4 dokumen yang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang namun penegakkan diagnosanya TB paru sedangkan 1 dokumen lainnya yaitu dilakukan pemeriksaan sputum namun tidak dituliskan hasil pemeriksaan. 3 dokumen yang tidak dilakukan pemeriksaan rontgen dilihat pada lembar resume medis sedangkan 2 dokumen lainnya dilakukan pemeriksaan rontgen namun tidak ada hasil pemeriksaannya. Pada terapi pengobatan terdapat 1 dokumen tidak diberikan obat utama atau tambahan (OAT). Kondisi pasien saat pulang menunjukkan 5 dokumen dituliskan bahwa pasien pulang dengan kondisi sembuh dan keadaan umum membaik namun 1 dokumen menunjukkan tanda-tanda vital yang belum normal yaitu RR yang masih > 20 x/menit. Dampak dari masalah yang terjadi apabila DRM tidak lengkap adalah DRM

menumpuk di bagian assembling dalam kurun waktu hingga satu bulan. Selain itu kualitas data yang dihasilkan tidak baik dan tidak akurat, dan terjadi kendala untuk bagian koding, filling hingga statistik pelaporan dikarenakan akan mengalami keterlambatan sesuai fungsi dan tugasnya masing-masing, sehingga akan merugikan manajemen RS Berdasarkan uraian permasalahan tersebut, mengambil maka penulis tertarik untuk judul “Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada Pasien Tuberkulosis Paru”. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitatif dokumen rekam keseluruhan dokumen yang sesuai dan medis rawat inap pada pasien tuberkulosis sendiri dalam pengambilan keputusan. Dengan adanya data yang lengkap dan akurat, maka akan membantu pihak rumah sakit dalam kegiatan akreditasi rumah sakit, karena salah satu syarat akreditasi rumah sakit adalah kelengkapan dan keakuratan dalam pengisian dokumen rekam medis. Selain itu juga dapat melindungi pihak rumah sakit dari aspek hukum.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana tinjauan kelengkapan rekam medis pada pasien Tuberkulosis di Rumah Sakit Tk. IV Madiun?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Meninjau kelengkapan rekam medis pada pasien tuberkulosis di Rumah Sakit Tk. IV Madiun.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis Kualitatif Administratif (Rekam Medis)
2. Menganalisis Kualitatif Medis (Rekam Medis)

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan dalam pengambilan keputusan dan pertimbangan untuk melengkapi rekam medis khususnya bagi penderita penyakit Tuberkulosis.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah referensi kepustakaan sebagai bahan pertimbangan bagi penelitian lebih lanjut.

1.4.3 Bagi Mahasiswa

Meningkatkan pengetahuan tentang kelengkapan rekam medis khususnya dalam rekam medis penderita tuberkulosis

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Rekam Medis

2.1.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut PERMENKES No:269/MENKES/PER/III/2008 Bab I pasal 1 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah di berikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut pasal 46 ayat (1) UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosa serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. Proses kegiatan penyelenggaraan rekam medis dimulai saat pasien diterima di rumah sakit atau fasilitas kesehatan, dilanjutkan dengan kegiatan pencatatan data medis pasien oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada pasien.

2.1.2 Manfaat Rekam Medis

Manfaat rekam medis menurut PERMENKES No:269/MENKES/PER/III/2008 bab V pasal 13 tentang pemanfaatan rekam medis yaitu :

1. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien

2. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran, dan kedokteran gigi dan penegakkan etika kedokteran dan etika kedokteran gigi
3. Keperluan pendidikan dan penelitian
4. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
5. Data statistik kesehatan.

2.1.3 Tujuan Rekam Medis

Berdasarkan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) Tahun 2006, tujuan rekam medis adalah menunjang 7 tercapainya tertib administrasi dalam peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa adanya suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, maka tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana diharapkan.

2.1.4 Penyimpanan dan Pengarsipan Rekam Medis

Rekam medis disimpan menurut nomor registrasi pasien atau nomor rekam medis yang diurutkan berdasarkan nomor akhir (*terminal digit*), nomor tengah (*middle digit*) atau nomor langsung (*straight numerical*). Menurut Depkes RI (2006), berdasarkan lokasi penyimpanan berkas rekam medis, penyimpanan rekam medis dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

1. Sentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara sentral, yakni suatu sistem penyimpanan dengan cara menyatukan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat ke dalam suatu folder tempat penyimpanan.

2. Desentralisasi

Sistem penyimpanan dokumen rekam medis secara desentralisasi, yakni suatu sistem penyimpanan dengan cara memisahkan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat

darurat, dan rawat inap pada folder tersendiri dan atau tempat tersendiri. Biasanya berkas rekam medis pasien rawat jalan dan rawat darurat disimpan pada rak penyimpanan berkas rekam medis di unit rekam medis atau ditempat pendaftaran rawat jalan, sedangkan berkas rekam medis rawat inap disimpan di ruang penyimpanan lain, seperti di bangsal atau unit rekam yang terpisah dari tempat penyimpanan rekam medis rawat jalannya.

2.1.5 Jenis-jenis Rekam Medis

Berdasarkan waktu penyimpanan, ada 2 (dua) jenis rekam medis yaitu:

1. Rekam Medis Aktif

Rekam medis yang masih aktif digunakan di sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan masih tersimpan di tempat penyimpanan berkas rekam medis.

2. Rekam Medis In-aktif

Rekam medis yang jika telah disimpan minimal selama lima tahun di unit kerja rekam medis dihitung sejak tanggal terakhir pasien tersebut dilayani pada sarana pelayanan kesehatan atau lima tahun setelah meninggal dunia.

2.1.6 Pengolahan Data Rekam Medis

Proses dimulainya pencatatan semua data yang diperlukan untuk memebentuk sebuah informasi yang diperlukan. Pencatatan ini bisa dilakukan secara individu maupun secara kelompok, berikut contoh pengolahan data rekam medis:

1. Pendaftaran

Pelayanan pendaftaran adalah mencatat data sosial/ mendaftar pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mencatat hasil pelayanannya. Dengan ini harus menyediakan skrining medis yang sesuai untuk setiap orang yang datang ke rumah sakit yang meminta pemeriksaan atau pengobatan untuk suatu kondisi medis. Skrining medis harus

dapat digunakan untuk menentukan apakah pasien mempunyai kondisi medis yang emergensi

2. Assembling

Arti kata *assembling* adalah perakitan dokumen rekam medis dengan menganalisis kelengkapan berkas rekam medis. Pendapat lain *assembling* adalah pengorganisasian formulir yang menggambarkan siapa, apa, kapan dan bagaimana dalam hal pelayanan kesehatan pasien yang merupakan bukti tertulis tentang dokumen resmi rumah sakit secara kronologis.

3. Filing

Filing dalam bidang rekam medis adalah suatu ruangan yang bertanggung jawab terhadap penyimpanan, retensi dan pemusnahan dokumen rekam medis. Selain itu *filing* juga menyediakan dokumen rekam medis yang telah lengkap isinya sehingga dapat memudahkan penggunaan mencari informasi sewaktu-waktu jika diperlukan.

4. Coding

Coding adalah salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data.

2.2 Tuberkulosis

2.2.1 Pengertian Tuberkulosis

TBC (Tuberkulosis) yang juga dikenal dengan TB adalah penyakit paru-paru akibat kuman *Mycobacterium tuberculosis*. TBC akan menimbulkan gejala berupa batuk yang berlangsung lama (lebih dari 3 minggu), biasanya berdahak, dan terkadang mengeluarkan darah. Kuman TBC tidak hanya menyerang paru-paru, tetapi juga bisa menyerang tulang, usus, atau kelenjar. Penyakit ini ditularkan dari percikan ludah yang keluar penderita TBC, ketika berbicara, batuk,

atau bersin. Penyakit ini lebih rentan terkena pada seseorang yang kekebalan tubuhnya rendah, misalnya penderita HIV.

2.2.2 Gejala Tuberkulosis

Selain menimbulkan gejala berupa batuk yang berlangsung lama, penderita TBC juga akan merasakan beberapa gejala lain, seperti:

1. Demam
2. Lemas
3. Berat badan turun
4. Tidak nafsu makan
5. Nyeri dada
6. Berkeringat di malam hari

2.2.3 Pengobatan Tuberkulosis

TBC dapat dideteksi melalui pemeriksaan dahak. Beberapa tes lain yang dapat dilakukan untuk mendeteksi penyakit menular ini adalah foto Rontgen dada, tes darah, atau tes kulit (Mantoux).

TBC dapat disembuhkan jika penderitanya patuh mengonsumsi obat sesuai dengan resep dokter. Untuk mengatasi penyakit ini, penderita perlu minum beberapa jenis obat untuk waktu yang cukup lama (minimal 6 bulan). Obat itu umumnya berupa:

1. *Isoniazid*
2. *Rifampicin*
3. *Pyrazinamide*
4. *Ethambutol*

Pengobatan penyakit TBC membutuhkan waktu yang cukup lama dan biaya yang tidak sedikit. Oleh karena itu, memiliki asuransi kesehatan bisa menjadi pertimbangan, sehingga Anda tidak perlu dipusingkan dengan tanggungan biaya saat berobat nanti.

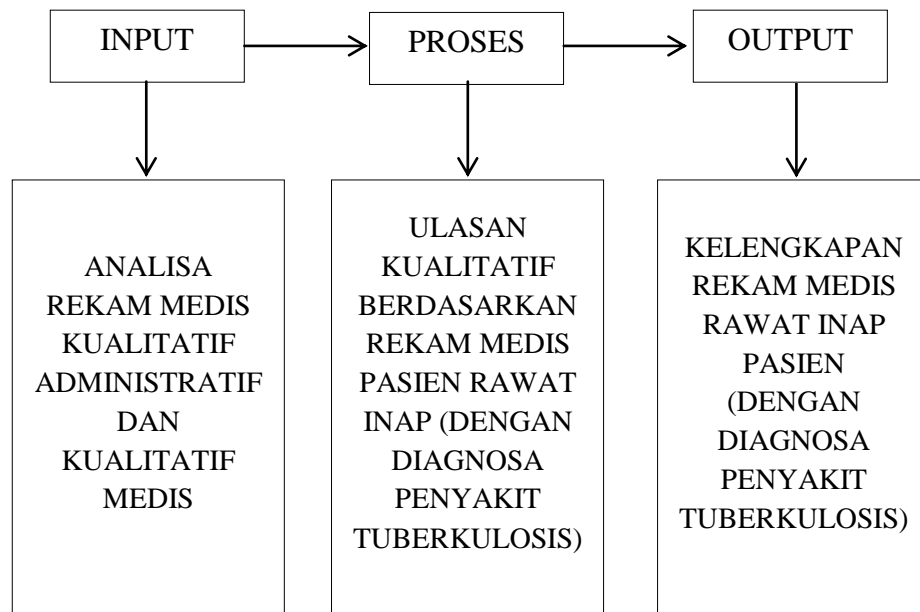
2.2.4 Pencegahan Tuberkulosis

TBC dapat dicegah dengan pemberian vaksin, yang disarankan dilakukan sebelum bayi berusia 2 bulan. Selain itu, pencegahan juga dapat dilakukan dengan cara:

1. Mengenakan masker saat berada di tempat ramai.
2. Tutupi mulut saat bersin, batuk, dan tertawa.
3. Tidak membuang dahak atau meludah sembarangan.

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian ini membutuhkan input berupa dokumen pasien rekam medis rawat inap dengan diagnose penyakit tuberculosis. Analisa dokumen rekam medis menggunakan review kualitatif dengan mempertahankan kualitatif administrative: kejelasan masalah & kondisi penyakit, informed consent, telaah mutakhir. Kualitatif medis: anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, terapi & pengobatan, kondisi pasien saat pulang. Berdasarkan hasil review diatas maka akan diperoleh output berupa kelengkapan berkas Rekam Medis Rawat Inap dengan diagnose penyakit Tuberculosis.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu dengan membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif. Pendekatan yang digunakan adalah kualitatif, metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat post positivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara purposive dan snowball, teknik pengumpulan dengan triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif atau kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono, 2011). Peneliti mengumpulkan data/dokumen rekam medis pasien tuberculosis serta faktor ketidaklengkapan pada dokumen rekam medis pasien di Rumah Sakit Tk. IV Kota Madiun.

4.2 Populasi dan Sampel

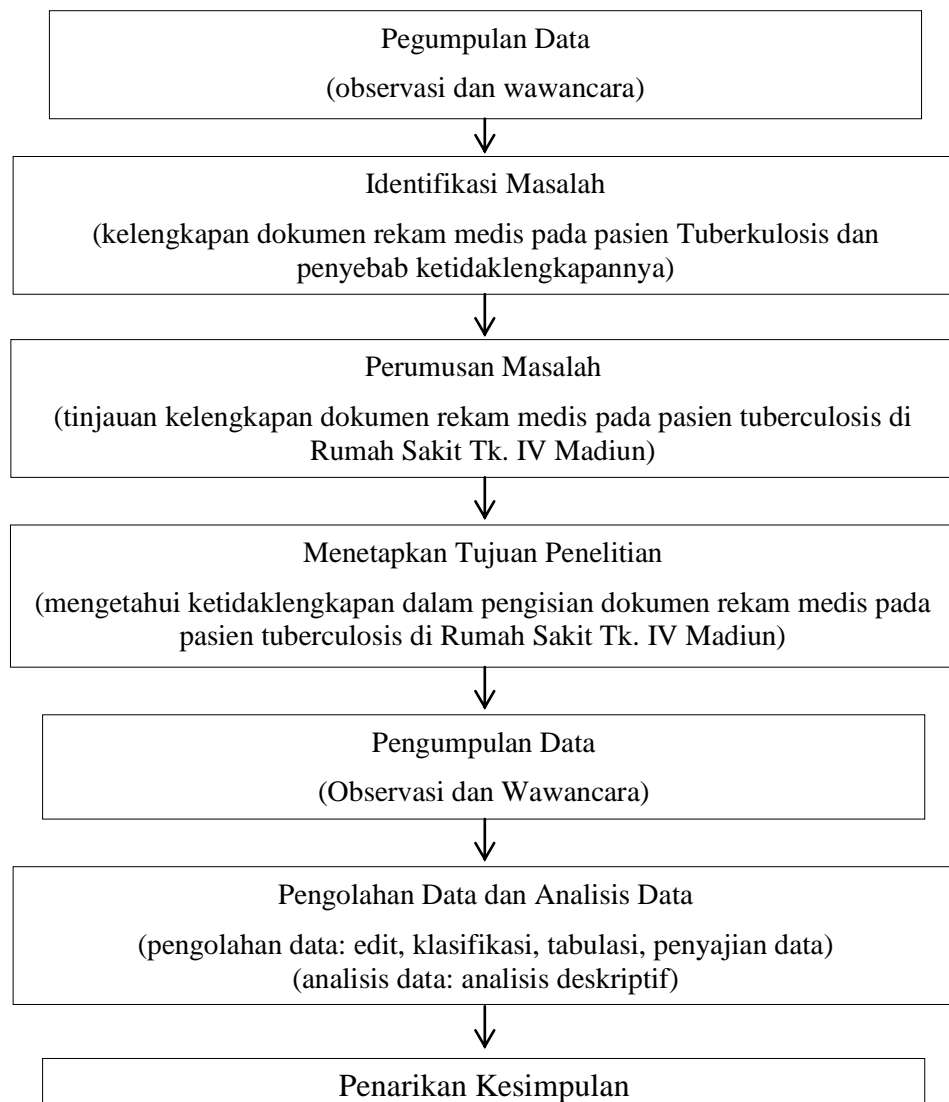
4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. (Sugiyono, 2005 : 90). Populasi dalam penelitian adalah seluruh dokumen rekam medis rawat inap kasus tuberculosis di Rumah Sakit Tk. IV Madiun pada tahun 2018 sampai dengan 2020 sebanyak 40 dokumen rekam medis.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah teknik pengambilan sampel (Sugiyono, 56). Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh total populasi dokumen rekam medis rawat jalan dengan kasus diagnosis tuberculosis di Rumah Sakit Tk. IV Madiun.

4.3 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian

Dari kerangka kerja penelitian diatas peneliti mengumpulkan data dari observasi lapangan dan wawancara setelah mendapatkan data lalu mengidentifikasi masalah dan merumuskan masalah yang terjadi di lapangan guna mengetahui tingkat ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pada pasien tuberculosi rawat inap lalu setelah itu menarik kesimpulan

4.4 Variabel Peneliti dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel Penelitian

1. Analisis Administratif
 - a. Kejelasan Masalah dan Kondisi/Diagnosis
 - b. Masukan Konsisten
 - c. Alasan Pelayanan
 - d. Informed Consent
 - e. Telaah Mutakhir
 - f. Biaya Perawatan
2. Analisis Medis
 - a. Anamnesa
 - b. Pemeriksaan Fisik
 - c. Pemeriksaan Penunjang
 - d. Terapi dan Pengobatan

4.4.2 Definisi Operasional Variabel

Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional Variabel
1.	Kejelasan Masalah dan Kondisi/Diagnosis	Kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis terdiri: 1. Kondisi pasien 2. Diagnosis pasien 3. Kelengkapan resume medis Dikatakan “Ya” jika semua item diatas terisi/jelas Dikatakan “Tidak” jika salah satu item tidak terisi
2.	Masukan Konsisten	Penyesuaian atau pencocokan antara satu bagian dengan bagian lainnya, diagnosis harus konsisten dari awal hingga akhir 1. Dikatakan “Ya” jika diagnosis/anamnesa pasien sama dengan keluhan pasien 2. Dikatakan “Tidak” jika diagnose/anamnesa tidak sesuai dengan keluhan
3.	Alasan Pelayanan	Keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan yang dimana seluruh tindakan pada pasien dicatat dengan jelas 1. Dikatakan “Ya” jika alasan pelayanan sesuai dengan yang awal 2. Dikatakan “Tidak” jika alasan pelayanan tidak sesuai
4.	Informed Consent	Persetujuan tindakan medis yang diberikan kepada pasien atau keluarganya secara tertulis atau lisan. 1. Dikatakan “Ya” jika lembar Informed Consent terisi lengkap mulai dari identitas sampai tanda tangan penanggung jawab 2. Dikatakan “Tidak” jika lembar Informed Consent tidak lengkap

No	Variabel	Definisi Operasional Variabel
5.	Telaah Mutakhir	Sebuah komponen untuk mereview cara pencatatan yang benar 1. Dikatakan “Ya” jika rekam medis dicatat segera tidak ditunda di hari berikutnya 2. Dikatakan “Tdk” jika rekam medis dicatat di hari berikutnya/terlambat
6.	Anamnesa	Cara pemeriksaan yang dilakukan secara wawancara atau secara langsung pada pasien atau keluarga
7.	Kondisi Pasien saat Pulang	Keadaan pasien setelah dirawat di rumah sakit

4.5 Instrument Penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian:

1. Pedoman Observasi
Berisi hal-hal yang akan diamati selama penelitian.
2. Pedoman Wawancara
Berisi panduan pertanyaan untuk diajukan kepada petugas kodefikasi yang telah disusun sebelumnya.
3. *Check List*
Digunakan untuk mencatat hasil analisis keakuratan kode diagnosis tuberculosis dokumen rekam medis rawat inap.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.6.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Tk. IV Madiun.

4.6.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari 2021.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang diambil secara langsung oleh peneliti terhadap petugas rekam medis dan juga pengamatan langsung terhadap dokumen rekam medis pasien rawat inap

2. Data Sekunder

Data seunder adalah satu teknik pengumpulan data untuk memperoleh informasi dengan menyalindata tang telah tersedia kedalam formulir yang sudah disusun seperti buku, internet dan data lain di Rumah Sakit Tk. IV Madiun

4.7.2 Cara Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk memperoleh informasi langsung dari sumbernya. Wawancara dilakukan kepada petugas coding rawat jalan dan wawancara dilakukan dengan pedoman wawancara. Wawancara disini digunakan untuk memperoleh keterangan-keterangan dari petugas *coding* mengenai proses pengkodifikasian yang dilakukan.

2. Observasi

Observasi adlah hasil dari kesadaran jiwa yang aktif dan penuh perhatian dalam merangsang perilaku. Observasi dilakukan oleh peneliti secara langsung terhadap berkas rekam medis untuk mengetahui keakuratan kode diagnosis penyakit *bronchitis*.

4.8 Teknik Pengolahan Data

1. Edit (*Editing*)

Kegiatan pengolahan data dengan cara meneliti atau mengoreksi hasil observasi mengenai ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada pasien tuberkulosis

2. Klasifikasi (*Classification*)

Mengelompokkan data dokumen rekam medis pada pasien tuberkulosis

3. Tabulasi

Merekapitulasi hasil analisis ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada pasien tuberkulosis

4. Penyajian Data

Kegiatan pengolahan data dengan cara menyajikan kedalam bentuk dan menarasikan hasil tinjauan kelengkapan dokumen rekam medis pada pasien tuberkulosis di Rumah Sakit TNI Angkatan Darat Kota Madiun

5. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif yaitu kegiatan mengumpulkan, mengolah, dan menyajikan data tentang tinjauan kelengkapan dokumen rekam medis pada pasien tuberkulosis

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Sejarah Rumah Sakit TNI-AD Tk. IV Kota Madiun

Sejarah Rumah Sakit Tk.IV Madiun diawali sejak berdirinya Badan keamanan Rakyat (BKR) dan Tentara Keamanan Rakyat (TKR) dihimpun menuju Residen Devisi I / V TKR / TRI dengan markas di Korem/ 081 sekarang. Pada Tahun1945, Dinas Kesehatan Tentara Resimen 1 Devisi V bertugas mengambil dan merawat korban perang dan ditampung di desa Balungbendo di bawah pimpinan Letkol Soemantri pada tahun 1945. Pada akhir perjuangan 1949, Belanda telah mengakui adanya Resimen Devisi II / IV di kota Madiun. Tahun 1989, Resimen 31 ST 16 Devisi I / IV dirubah menjadi 2 Resimen infantri, Resimen infantri A (Menif A) berkedudukan di Madiun dan Resimen infantri B (Menif B) berkedudukan di Kediri. Markas DKT mempunyai 2 lokasi: pertama di Jl. Pahlawan 73 Rumah Bp. H. Dimiyati yang digunakan untuk Poliklinik bersalin dan pemeriksaan hamil, tempat perawatan penderita atau Bangsal, dapur, Kantor administrasi umum dan medis, Unit-unit penunjang diagnostic, Garasi dan kendaraan ambulans, Kamar mayat. Kedua di Jl. Pahlawan 40 (Sekarang di BRI) digunakan khusus untuk Poliklinik gigi, lalu pada tahun 1961 poliklinik atau rumah sakit bersalin berpindah ke jalan Pahlawan 79. Seiring dengan pembangunan dewasa ini, maka status poliklinik dan TPT atau disebut DKT madiun meningkat menjadi Rumah Sakit Tk IV Madiun.

5.1.2 Visi, Misi dan *Motto*

1. Visi

Menjadi rumah sakit pilihan yang berkomitmen untuk memberikan pelayanan prima, ramah bagi pasien dan keluarga serta berkontribusi bagi masyarakat

2. Misi

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu serta berorientasi pada kecepatan, ketepatan, keselamatan dan kenyamanan berlandaskan etika dan profesionalisme
- 2) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran
- 3) Meningkatkan kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana pelayanan kesehatan
- 4) Memberikan pelayanan yang terjangkau bagi masyarakat

5.1.3 Value

Kesehatan adalah prioritas kami. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Tk. IV Madiun :

1. Tempat Pendaftaran
2. Pelayanan Rawat Jalan, terdiri dari :
 - 1) IGD dan Ponak
 - 2) Poli Gigi
 - 3) Poli THT
 - 4) Poli Penyakit Dalam
 - 5) Poli Obgyn (Kandungan)
 - 6) Poli Anak
3. Ruang Perinatologi
4. Ruang Kebidanan (Ruang Hesti)
 - 1) Kelas I Jumlah TT : 2
 - 2) Kelas II Jumlah TT : 1
 - 3) Kelas III Jumlah TT : 4

5. Ruang Perawatan Umum Dewasa (Ruang Kartika)
 - 1) VIP 1 Jumlah TT : 1
 - 2) VIP 2 Jumlah TT : 1
 - 3) VIP 3 Jumlah TT : 1
 - 4) Kelas II Jumlah TT : 4
 - 5) Kelas III Jumlah TT : 10
6. Ruang Perawatan Isolasi
7. Ruang Perawatan Umum Dewasa dan Anak (Ruang Brawijaya)
 - 1) Kelas III Dewasa Jumlah TT : 10
 - 2) Kelas I Anak Jumlah TT : 2
 - 3) Kelas II Anak Jumlah TT : 2
 - 4) Kelas III Anak Jumlah TT : 2
8. Instal Bedah dan Anestesi
9. Unit Farmasi
10. Unit Penunjang Diagnosa
 - 1) Subnit Laboratorium dan Bank Darah
 - 2) Subnit Radiologi
11. Unit Penunjang Keperawatan
 - 1) Subnit Gizi
 - 2) Subnit *Laundry*
 - 3) Subnit Kamar Jenazah
 - 4) Subnit Sterilisasi Sentral
 - 5) Ambulance 24 jam
 - 6) Genset
 - 7) MCU (*Medical Check Up*)
12. Fasilitas Umum
 - 1) Koperasi
 - 2) Mushola
 - 3) Parkir Motor
 - 4) Parkir Mobil
 - 5) Toilet Umum

13. Ruang Pertemuan

- 1) Aula Satria
- 2) Aula Kencana

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Analisis Kualitatif Administratif

1. Kejelasan Masalah dan Kondisi/ Diagnosis

Tabel 5.1 Hasil Persentase Kejelasan Masalah dan Kondisi/ Diagnosis

Aspek	Jumlah RM	Persentase %
Kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis		
Tidak	1	3,3
Ya	29	96,67
Total	30	100

Dari hasil observasi didapatkan satu RM dari 30 pasien RM tuberkulosis yang dirawat inap, yang tidak sesuai dengan kejelasan masalah dan kondisi/ diagnosis pasien. Berdasarkan tabel di atas, terdapat perbedaan antara kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis, dan pasien mengeluh batuk, sesak napas dan demam. Namun pada lembar rekam medis, lembar evaluasi medis, dan lembar resume medis, meskipun obat tersebut diberikan oleh dokter, pereda tidak mencantumkan penggunaan obat batuk, obat sesak napas, dan obat anti demam. Dari observasi diketahui bahwa karena dr Alpha menuliskannya pada daftar, sebaiknya unit rekam medis dengan partisipasi dokter, perawat dan tenaga medis lainnya menilai keutuhan rekam medis dari pasien/riwayat medis. informasi dan tindakan yang diambil (pemberian obat).

2. Masukan Konsisten

Tabel 5.2 Hasil Persentase Masukan Konsisten

Aspek	Jumlah RM	Persentase %
Masukan Konsisten		
Tidak	5	16,67
Ya	25	83,33
Total	30	100

Pengamatan menemukan bahwa 5 dari 30 kasus TB paru rawat inap RM tidak sesuai untuk input yang konsisten. Berdasarkan Tabel di atas, perbedaan input konsisten pada 5 RM, dimana pasien mengeluh penurunan berat badan, tetapi data pengukuran berat badan pasien tidak dicatat. Dari hasil wawancara diketahui bahwa pasien yang mengeluhkan penurunan berat badan tidak dilakukan pemeriksaan berat badan sehingga tidak dilakukan pencatatan data berat badannya di RM. Dokter harus mencatat keadaan klinis pasien ketika datang ke rumah sakit di RM, untuk mengetahui alasan tidak melakukan pemeriksaan berat badan. Sehingga informasi tentang kondisi pasien di RM lebih akurat.

3. Alasan Pelayanan

Tabel 5.3 Hasil Persentase Alasan Pelayanan

Aspek	Jumlah DRM	Persentase %
Alasan Pelayanan		
Tidak	21	70,3
Ya	9	29,7
Total	30	100

Dari hasil observasi, 21 dari 30 RM untuk pasien TB rawat inap tidak sesuai, dan alasan pelayanan tidak jelas. Berdasarkan Tabel diatas, perbedaan alasan pelayanan adalah pasien mengeluh batuk selama 1 tahun disertai dahak dan sesak nafas, tetapi tidak dilakukan pemeriksaan dahak dan rontgen. Selain itu, pasien lainnya tidak mengalami batuk atau sesak napas selama 2 minggu, tetapi menjalani pemeriksaan dahak dan rontgen

4. *Informed Consent*

Tabel 5.4 Hasil Persentase *Informed Consent*

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Informed Consent		
Tidak	30	100
Ya	0	0
Total	30	100

Dari hasil observasi didapatkan keseluruhan RM pasien TB paru rawat inap yang tidak terisi dengan lengkap mengenai identitas pasien di lembar *informed consent*. Berdasarkan Tabel diatas, ketidaksesuaian informasi identitas pasien, yaitu tidak dituliskannya alamat pasien/ keluarga pasien yang lengkap dan tidak dituliskannya no. telepon di lembar *informed consent*. Dari hasil observasi didapatkan bahwa informasi identitas pasien sangat penting untuk dicantumkan khususnya untuk alamat lengkap pasien agar lebih mudah untuk mengidentifikasi pasien, namun dari hasil observasi didapatkan 30 RM pada lembar *informed consent* tidak dituliskan alamat lengkap dan nomor telepon pasien. Sebaiknya perawat lebih memperhatikan atau mengarahkan pasien/ keluarga pasien dalam mengisi lembar *informed consent* dan memberikan penjelasan mengenai item apa saja yang harus diisi untuk meminimalisir tidak terisinya informasi identitas

5. **Tandatangan Dokter yang Merawat**

Tabel 5.5 Hasil Persentase Tandatangan Dokter yang Merawat

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Tandatangan Dokter yang Merawat		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Berdasarkan hasil observasi pada Tabel sebanyak 30 RM pasien TB paru rawat inap. Sebanyak RM pasien TB paru, lengkap dengan nama terang dan tandatangan dokter di lembar *informed consent*.

6. Telaah Mutakhir

Tabel 5.6 Hasil Persentase Telaah Mutakhir

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Telaah Mutakhir		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Dari output observasi dihasilkan semua dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap bersifat terkini yg ialah pada dokumen rekam medis dicatat segera & tidak ditunda sampai hari berikutnya. Berdasarkan Tabel, semua RM dilakukan pencatatan segera, tidak ditunda sampai hari berikutnya. Dari output wawancara dihasilkan bahwa petugas medis selalu mencatat lepas & jam mulai pasien MRS sampai pasien KRS. Pada output observasi, semua RM pasien TB paru bersifat terkini yaitu dokumen rekam medis pada catat segera, tidak ditunda sampai hari berikutnya

7. Tulisan Terbaca

Tabel 5.7 Hasil Persentase Tulisan Terbaca

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Tulisan Terbaca		
Tidak	5	16,67
Ya	25	83.33
Total	30	100

Dari output observasi dihasilkan lima RM menurut 30 RM pasien TB paru rawat inap yang tulisannya tidak bisa terbaca menggunakan kentara. Berdasarkan Tabel diatas, goresan pena yang tidak bisa terbaca yaitu terletak dalam penulisan dokter buat item anamnesa pada lembar resume medis. Dari output wawancara dihasilkan bahwa yang mengakibatkan goresan pena dokter, tidak terbaca dikarenakan dokter menulis menggunakan terburu-buru. Hal ini bisa ditunjukkan menggunakan output observasi yang masih ada lima dokumen rekam medis yang tulisannya tidak terbaca menggunakan kentara dalam lembar

resume medis. Oleh karenanya perlu adanya pengenalan menurut petugas rekam medis pada energi medis baik dokter maupun perawat, mengenai pentingnya goresan pena yg kentara & bisa dibaca serta selalu memperhatikan pencatatan dokumen rekam medis pada penulisan abjad & nomor sebagai akibatnya gampang dibaca & dipahami.

8. Singkatan Baku

Tabel 5.8 Hasil Persentase Singkatan Baku

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Singkatan Baku		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Dari output observasi dihasilkan semua dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap tidak memakai singkatan standar yg sudah disepakati pada RS Tk. IV Madiun. Berdasarkan Tabel diatas, 30 DRM rawat inap pasien TB paru nir memakai singkatan standar dalam penulisan penaksiran tuberkulosis. Dokter memakai singkatan TB untuk penyakit tuberkulosis. Padahal singkatan buat penyakit tuberkulosis yang telah disepakati di RS Tk. IV Madiun & masih ada pada RS Tk. IV Madiun merupakan KP yaitu Koch Pulmonary.

9. Hindari Sindiran

Tabel 5.9 Hasil Persentase Hindari Sindiran

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Hindari Sindiran		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Pada Tabel 10, hasil observasi didapatkan seluruh dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap sebanyak 30 RM tidak terdapat tulisan sindiran yang saling menjatuhkan sesama tenaga medis. Dari hasil wawancara dengan petugas assembling menyatakan bahwa tidak ada kata sindiran dalam dokumen

rekam medis yang saling menjatuhkan sesama tenaga medis lainnya dikarenakan tidak sepentasnya dalam dokumen rekam medis terdapat kata sindiran.

10. Pengisian Tidak Senjang

Tabel 5.10 Hasil Persentase Pengisian Tidak Senjang

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Pengisian Tidak Senjang		
Tidak	16	0
Ya	14	100
Total	30	100

Hasil observasi didapatkan 16 RM dari 30 RM pasien TB paru rawat inap terdapat kekosongan dalam pencatatan dokumen rekam medis. Berdasarkan Tabel diatas, terdapat RM yang tidak diisi informasi tanggal lahir dan jenis kelamin, dan RM yang tidak diisi informasi tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin pasien pada lembar resume medis. Dikarenakan pasien tidak membawa kartu identitas dan hanya mengira-ngira umur dengan tahun lahirnya. Faktor penyebab lainnya dikarenakan kelalaian dokter yang lupa dalam menuliskan tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin di lembar resume medis. Informasi mengenai identitas sosial pasien harus diisi dengan lengkap, guna mempermudah pengidentifikasian pasien

11. Tinta

Tabel 5.11 Hasil Persentase Tinta

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Tinta		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Berdasarkan hasil observasi pada Tabel diatas didapatkan seluruh dokumen rekam medis rawat inap pada pasien TB paru menggunakan tinta yang sesuai dengan teori namun tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan RS Tk. IV Madiun. Dokter menggunakan tinta hitam dan untuk grafik suhu menggunakan

warna biru, serta grafik nadi warna merah. Dari hasil wawancara dengan petugas assembling menyatakan bahwa adanya perbedaan penggunaan tinta antara dokter menggunakan tinta warna biru dan perawat menggunakan tinta warna hitam serta untuk tensi, suhu, dan nadi menggunakan blue red. Namun, dari hasil observasi yang didapatkan adalah seluruh penggunaan tinta dalam RM TB paru baik dokter maupun perawat menggunakan tinta warna hitam dan untuk penulisan pada lembar grafik menggunakan warna merah dan biru.

12. Catatan Jelas

Tabel 5.12 Hasil Persentase Catatan Jelas

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Catatan Jelas		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Berdasarkan hasil observasi pada Tabel diatas didapatkan seluruh rekam medis rawat inap pada pasien TB paru memiliki catatan yang jelas, dimana RM dicatat runtut sesuai kronologis pasien, dari mulai pasien masuk hingga pasien pulang, dari anamnesa pasien hingga penegakkan diagnosa pasien beserta dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian obat, hingga pasien tersebut diperbolehkan pulang. Selain itu juga tersusunnya secara runtut pada setiap lembar formulir RM dari mulai ringkasan pasien masuk hingga ringkasan pasien keluar termasuk juga dengan resume pasien pulang dan resume medis.

13. Biaya Perawatan

Tabel 5.13 Hasil Persentase Biaya Perawatan

Aspek	Jumlah DRM	Presentase %
Biaya Perawatan		
Tidak	10	33
Ya	20	67
Total	30	100

Hasil observasi didapatkan 10 RM dari 30 RM pasien TB paru rawat inap yang tidak terisi secara lengkap mengenai informasi penanggungjawab pasien. Berdasarkan Tabel diatas, ketidaksesuaian dalam pengisian informasi penanggungjawab pasien terdapat pada RM yang tidak diisi no. telepon dari penanggungjawab pasien. Dari hasil wawancara menyatakan bahwa pasien di RS Tk. IV Madiun kebanyakan dari desa yang masih awam dengan nomor telepon sehingga banyak yang mengosongkan kolom nomor telepon penanggungjawab pasien di lembar ringkasan masuk. Informasi penanggungjawab biaya pasien sangatlah dibutuhkan oleh rumah sakit guna meminimalisir kejadian yang dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit seperti pasien yang kabur dari rumah sakit sebelum menyelesaikan administrasi rumah sakit dan merupakan pasien umum. Sebaiknya petugas meneliti kembali bagian mana saja yang masih belum diisi di tiap lembar RM oleh pasien/keluarga pasien, khususnya untuk informasi penanggungjawab pasien.

5.2.2 Analisis Kualitatif Medis

1. Anamnesa

a. Batuk > 2 minggu

Tabel 5.14 Hasil Observasi Batuk > 2 minggu

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	19	11
Batuk > 2 Minggu	Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada
	16	2
Total	30	

Berdasarkan Tabel diatas, pasien yang mengeluhkan batuk ≥ 2 minggu sebanyak 19 pasien dengan 16 diantaranya terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada beberapa RM, yaitu pasien

mengeluahkan batuk dengan keterangan ekstra batuk 1 tahun disertai dahak dan pasien dilakukan pemeriksaan sputum serta diberikan obat pereda batuk Acetylcysteine. Selain itu juga terdapat pasien mengeluahkan batuk dengan keterangan ekstra batuk 1 bulan disertai dahak dan dilakukan pemeriksaan sputum serta diberikan obat pereda batuk Codein dan Acetylcysteine.

b. Batuk Darah

Tabel 5.15 Hasil Observasi Batuk Darah

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	9	21
Batuk Darah	Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada
	2	6
Total	30	

Berdasarkan Tabel diatas, pasien yang mengeluahkan batuk darah sebanyak 9 pasien dengan 2 diantaranya terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsitenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan dari RM pasien, yaitu pasien mengeluahkan batuk darah dengan keterangan ekstra batuk darah 2 kali per hari dan pasien diberikan obat batuk darah yaitu Adona drip dan Asam Tranexamat. Selain itu juga terdapat pasien yang mengeluahkan batuk darah dengan keterangan ekstra batuk darah sejak 10 hari dan diberikan obat batuk darah yaitu Codein.

c. Sesak Nafas

Tabel 5.16 Hasil Observasi Sesak Nafas

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	20	10
Sesak Nafas	Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada
	19	0
Total	30	

Berdasarkan Tabel diatas, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 19 pasien dan terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada RM pasien, yaitu pasien mengeluhkan sesak napas dengan keterangan ekstra sesak napas 2 minggu dengan RR = 24 x/menit dan pasien dilakukan pemeriksaan rontgen serta pasien diberikan obat sesak napas ventolin. Selain itu juga terdapat RM dengan No. RM 037161, yaitu pasien mengeluhkan sesak napas dengan keterangan ekstra sesak napas sejak 5 hari sebelum MRS dengan RR = 36 x/menit dan pasien dilakukan pemeriksaan rontgen serta pasien diberikan obat sesak napas nebul ventolin dan flexotide

d. Nyeri Dada

Tabel 5.17 Hasil Observasi Nyeri Dada

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	6	24
Nyeri Dada	Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada
	2	0
Total	30	

Berdasarkan Tabel diatas, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 6 pasien dan terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada RM pasien, dimana pasien mengeluhkan nyeri dada dengan keterangan ekstra nyeri dada sebelah kanan dan pasien dilakukan pemeriksaan rontgen serta pasien diberikan obat peringan rasa nyeri yaitu santagesik. Selain itu juga terdapat pasien yang mengeluhkan nyeri dada dengan keterangan ekstra nyeri dada jika batuk dan pasien dilakukan pemeriksaan rontgen serta pasien diberikan obat peringan rasa nyeri yaitu santagesik.

e. Demam

Tabel 5.18 Hasil Observasi Demam

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	17	13
Demam	Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada
	2	0
Total	30	

Berdasarkan Tabel diatas, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 17 pasien dan terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada RM pasien, yaitu pasien mengeluhkan demam dengan keterangan ekstra demam > 1 bulan dengan suhu tubuh mencapai 39,2°C dan pasien diberikan obat penurun demam yaitu santagesik. Selain itu juga terdapat RM dengan No. RM 033726, yaitu pasien mengeluhkan demam dengan keterangan ekstra demam sejak 20 hari dengan suhu tubuh mencapai 39,4°C dan pasien diberikan obat penurun demam yaitu pamol.

f. Anoreksia

Tabel 5.19 Hasil Observasi Anoreksia

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	15	15
Anoreksia	Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada
	1	13
Total	30	

Berdasarkan Tabel diatas, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 15 pasien dan dengan 1 diantaranya terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada RM pasien, dimana pasien mengeluhkan tidak nafsu makan (anoreksia) dengan keterangan anoreksia

sejak 1 bulan dan pasien diberikan obat penambah nafsu makan yaitu curcuma.

g. Berat Badan Menurun

Tabel 5.20 Hasil Observasi Berat Badan Menurun

Aspek		Keterangan	
	Ya	Tidak	
	13	17	
Berat Badan Menurun		Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada	
	0	12	
Total		30	

Berdasarkan Tabel diatas, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 13 pasien dan tidak terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Ketidak konsitenan dan ketidaksesuaian dapat ditunjukkan pada RM pasien, yaitu pasien mengeluhkan berat badan menurun namun tidak dituliskannya oleh dokter terkait keterangan ekstra ukuran BB pasien. Hal ini dikarenakan tidak dilakukannya penimbangan BB kepada pasien dengan kondisi yang memburuk, sehingga untuk keterangan ekstra BB menurun tidak pernah dituliskan dalam lembar tersebut. Penimbangan ukuran BB pasien bukanlah pemeriksaan yang rutin dilakukan di RS Tk. IV DKT Madiun.

2. Kondisi Pasien saat Pulang

a. Tanda-tanda Vital Normal

Tabel 5.21 Hasil Observasi Tanda-tanda Vital Normal

Aspek		Keterangan	
	Ya	Tidak	
	19	11	
Tanda-tanda Vital Normal		Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada	
	20	10	
Total		30	

Berdasarkan Tabel diatas, 20 RM diantaranya terdapat keterangan ekstra berupa keterangan TTV pasien dan 19 RM menunjukkan bahwa TTV pasien normal saat dipulangkan. Hal ini dapat ditunjukkan dari RM pasien, dimana suhu tubuh pasien saat MRS mencapai $38,9^{\circ}\text{C}$ dan pada saat diperbolehkan pulang, suhu tubuh pasien menjadi normal yaitu 36°C , lalu ukuran RR pasien saat MRS yaitu 26 x/menit dan pada saat diperbolehkan pulang, ukuran RR pasien menjadi normal yaitu 20 x/menit. Selain itu juga terdapat pada RM pasien, dimana suhu tubuh pasien saat MRS mencapai $38,6^{\circ}\text{C}$ dan pada saat diperbolehkan pulang, suhu tubuh pasien menjadi normal yaitu 36°C , lalu ukuran RR pasien saat MRS yaitu 36 x/menit dan pada saat diperbolehkan pulang, ukuran RR pasien menjadi normal yaitu 20 x/menit.

Terdapat 11 RM pasien menunjukkan TTV yang belum normal namun pasien sudah diperbolehkan pulang. 11 RM diantaranya menunjukkan ukuran RR yang masih > 20 x/menit. Selain itu juga tidak terdapat keterangan ekstra untuk suhu tubuh pasien saat diperbolehkan sebanyak 2 RM dan 1 RM lainnya, tidak diisi keterangan ekstra TTV oleh dokter dikarenakan dokter yang lupa menuliskan keterangan TTV dalam lembar resume medis dan resume pasien pulang. Hasil wawancara didapatkan bahwa jika kondisi KU pasien sudah bagus dan tidak ada tanda-tanda infeksi walaupun TTV masih belum normal, pasien sudah bisa diperbolehkan pulang.

b. Pasien Pulang Sembuh

Tabel 5.22 Hasil Observasi Pasien Pulang Sembuh

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	20	10
Pasien Pulang Sembuh	Keterangan Extra	
	Ada	Tidak Ada
	29	1
Total	30	

Berdasarkan Tabel diatas 29 RM diantaranya terdapat keterangan ekstra berupa keterangan cara pasien KRS dan 20 DRM menunjukkan bahwa pasien pulang sembuh serta 4 diantaranya menunjukkan bahwa pasien pulang paksa. Terdapat 1 pasien yang tidak dituliskan keterangan ekstra cara pasien KRS, dikarenakan dokter yang lalai menuliskan keterangan cara pasien KRS saat diperbolehkan pulang pada lembar resume medis dan resume pasien pulang. Hasil wawancara didapatkan bahwa banyaknya pasien TB paru di RS Tk. IV Madiun yang pulang paksa disebabkan karena masalah biaya untuk pasien yang tidak memiliki BPJS atau asuransi lainnya. Selain biaya yang menjadi masalah pasien untuk pulang paksa, dikarenakan pasien tidak ingin terlalu lama dirumah sakit ataupun pasien ingin dirawat yang lebih dekat dengan rumahnya, dan tidak ada perbaikan pasien atau pasien yang tidak kunjung sembuh.

5.3 Pembahasan

5.3.1 Analisis Kualitatif Administrasi

1. Kejelasan Masalah dan Kondisi Diagnosis

Dari hasil observasi di Rumah Sakit Tk. IV Kota Madiun, yang tidak sesuai dengan kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis pasien hanya 3,3%, terdapat perbedaan antara kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis, dan pasien mengeluh

batuk, sesak napas dan demam. Namun pada lembar rekam medis, lembar evaluasi medis, dan lembar resume medis, meskipun obat tersebut diberikan oleh dokter, pereda tidak mencantumkan penggunaan obat batuk, obat sesak napas, dan obat anti demam. Dari observasi diketahui bahwa karena dokter Alpha menuliskannya pada daftar, sebaiknya unit rekam medis dengan partisipasi dokter, perawat dan tenaga medis lainnya menilai keutuhan rekam medis dari pasien/riwayat medis. Upaya atau juga proses dalam menemukan kelemahan atau penyakit (weakness, disease) apa yang dialami seseorang dengan melalui pengujian serta juga studi yang seksama mengenai gejala-gejalanya (symptoms). Thorndike dan Hagen dalam Suherman (2011).

2. Masukan Konsisten

Pengamatan menemukan bahwa 5 dari 30 kasus TB paru rawat inap Rekam Medis tidak sesuai untuk input yang konsisten. Berdasarkan Tabel di atas, perbedaan input konsisten pada 5 Rekam Medis, dimana pasien mengeluh penurunan berat badan, tetapi data pengukuran berat badan pasien tidak dicatat. Dari hasil observasi diketahui bahwa pasien yang mengeluhkan penurunan berat badan tidak dilakukan pemeriksaan berat badan sehingga tidak dilakukan pencatatan data berat badannya di Rekam Medis. Dokter harus mencatat keadaan klinis pasien ketika datang ke rumah sakit di Rekam Medis, untuk mengetahui alasan tidak melakukan pemeriksaan berat badan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan (Hatta. GR, 2008).

3. Alasan Pelayanan

Dari hasil observasi, 21 dari 30 RM untuk pasien TB rawat inap tidak sesuai, dan alasan pelayanan tidak jelas. Berdasarkan Tabel diatas, perbedaan alasan pelayanan adalah pasien mengeluh batuk selama 1 tahun disertai dahak dan sesak nafas, tetapi tidak dilakukan pemeriksaan dahak dan rontgen. Selain itu, pasien lainnya tidak mengalami batuk atau sesak napas selama 2 minggu, tetapi menjalani pemeriksaan dahak dan rontgen

4. *Informed Consent*

Dari hasil observasi didapatkan keseluruhan RM pasien TB paru rawat inap yang tidak terisi dengan lengkap mengenai identitas pasien di lembar *informed consent*. Berdasarkan hasil, ketidaksesuaian informasi identitas pasien, yaitu tidak dituliskannya alamat pasien/ keluarga pasien yang lengkap dan tidak dituliskannya no. telepon di lembar *informed consent*. Dari hasil observasi didapatkan bahwa informasi identitas pasien sangat penting untuk dicantumkan khususnya untuk alamat lengkap pasien agar lebih mudah untuk mengidentifikasi pasien, namun dari hasil observasi didapatkan 30 Rekam Medis pada lembar *informed consent* tidak dituliskan alamat lengkap dan nomor telepon pasien. Sebaiknya perawat lebih memperhatikan atau mengarahkan pasien/ keluarga pasien dalam mengisi lembar *informed consent* dan memberikan penjelasan mengenai item apa saja yang harus diisi untuk meminimalisir tidak terisinya informasi identitas. Persetujuan yang diberikan pasien atau keluarga berdasarkan penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut (Bardosono, 2010).

5. Tanda tangan Dokter

Berdasarkan hasil observasi pada Tabel sebanyak 30 RM pasien TB paru rawat inap. Sebanyak RM pasien TB paru, lengkap dengan nama terang dan tandatangan dokter di lembar *informed consent*. Menurut Hatta (2010) apabila tidak terdapat tanda tangan penanggung jawab, dokumen rekam medis tidak memiliki keabsahan rekaman dari tenaga kesehatan maupun tenaga lain yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien sehingga informasi tidak dapat

6. Telaah Mutakhir

Dari output observasi dihasilkan semua dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap bersifat terkini yg ialah pada dokumen rekam medis dicatat segera & tidak ditunda sampai hari berikutnya. Berdasarkan Tabel, semua RM dilakukan pencatatan segera, tidak ditunda sampai hari berikutnya. Dari output wawancara dihasilkan bahwa petugas medis selalu mencatat lepas & jam mulai pasien MRS sampai pasien KRS. Pada output observasi, semua RM pasien TB paru bersifat terkini yaitu dokumen rekam medis pada catat segera, tidak ditunda sampai hari berikutnya. (Depkes 2008)

7. Tulisan Terbaca

Kebijakan pembetulan kesalahan sudah diatur dalam protap nomor 49/PROTAP/IV/2011 yang isinya kesalahan penulisan dapat diperbaiki saat itu juga dengan mencoret yang salah dan yang benar ditulis di atasnya, dibubuhi paraf, sedangkan penghapusan dengan cara apapun tidak diperbolehkan. Dari output observasi dihasilkan lima RM menurut 30 RM pasien TB paru rawat inap yang tulisannya tidak bisa terbaca menggunakan kentara. Berdasarkan Tabel diatas, goresan pena yang tidak bisa terbaca yaitu terletak dalam penulisan dokter buat item anamnesa pada lembar resume medis. Oleh karenanya perlu

adanya pengenalan menurut petugas rekam medis pada energi medis baik dokter maupun perawat, mengenai pentingnya goresan pena yg kentara & bisa dibaca serta selalu memperhatikan pencatatan dokumen rekam medis pada penulisan abjad & nomor sebagai akibatnya gampang dibaca & dipahami.

8. Singkatan Baku

Dari output observasi dihasilkan semua dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap tidak memakai singkatan standar yg sudah disepakati pada RS Tk. IV Madiun. Berdasarkan 30 DRM rawat inap pasien TB paru nir memakai singkatan standar dalam penulisan penaksiran tuberkulosis. Dokter memakai singkatan TB untuk penyakit tuberkulosis. Padahal singkatan buat penyakit tuberkulosis yang telah disepakati di RS Tk. IV Madiun & masih ada pada RS Tk. IV Madiun merupakan KP yaitu Koch Pulmonary.

9. Hindari Sindiran

Menurut Fitri (2015: 102) sindiran terdiri atas tiga aspek yaitu sinisme, ironi, dan sarkasme. Hasil observasi didapatkan seluruh dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap sebanyak 30 RM tidak terdapat tulisan sindiran yang saling menjatuhkan sesama tenaga medis. Dari hasil wawancara dengan petugas assembling menyatakan bahwa tidak ada kata sindiran dalam dokumen rekam medis yang saling menjatuhkan sesama tenaga medis lainnya dikarenakan tidak sepantasnya dalam dokumen rekam medis terdapat kata sindiran.

10. Pengisian Tidak Senjang

Hasil observasi didapatkan 16 RM dari 30 RM pasien TB paru rawat inap terdapat kekosongan dalam pencatatan dokumen rekam medis. Terdapat RM yang tidak diisi informasi

tanggal lahir dan jenis kelamin, dan RM yang tidak diisi informasi tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin pasien pada lembar resume medis. Dikarenakan pasien tidak membawa kartu identitas dan hanya mengira-ngira umur dengan tahun lahirnya. Faktor penyebab lainnya dikarenakan kelalaian dokter yang lupa dalam menuliskan tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin di lembar resume medis. Informasi mengenai identitas sosial pasien harus diisi dengan lengkap, guna mempermudah pengidentifikasian pasien

11. Tinta

Berdasarkan hasil observasi pada Tabel diatas didapatkan seluruh dokumen rekam medis rawat inap pada pasien TB paru menggunakan tinta yang sesuai dengan teori namun tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan RS Tk. IV Madiun. Rekam medis atau rekam kesehatan menggunakan tinta warna biru atau tinta warna hitam dalam penulisan. Khusus untuk suhu, nadi, pernapasan (grafik) boleh menggunakan warna merah atau hijau. (Hatta 2012)

12. Catatan Jelas

Dokumen rekam medis dikatakan lengkap apabila semua data yang ada didalamnya terisi lengkap dan benar sesuai ketentuan yang telah ditetapkan di rumah sakit (Hatta, 2013). Berdasarkan hasil observasi pada Tabel diatas didapatkan seluruh rekam medis rawat inap pada pasien TB paru memiliki catatan yang jelas, dimana RM dicatat runtut sesuai kronologis pasien, dari mulai pasien masuk hingga pasien pulang, dari anamnesa pasien hingga penegakkan diagnosa pasien beserta dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian obat, hingga pasien tersebut diperbolehkan pulang.

13. Biaya Perawatan

Menurut Assauri (2008) merupakan kegiatan untuk memelihara atau menjaga fasilitas dengan adanya pelayanan yang diperlukan supaya tercipta suatu keadaan operasional produksi yang memuaskan sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Hasil observasi didapatkan 10 RM dari 30 RM pasien TB paru rawat inap yang tidak terisi secara lengkap mengenai informasi penanggungjawab pasien. Ketidaksesuaian dalam pengisian informasi penanggungjawab pasien terdapat pada RM yang tidak diisi no. telepon dari penanggungjawab pasien. Dari hasil wawancara menyatakan bahwa pasien di RS Tk. IV Madiun kebanyakan dari desa yang masih awam dengan nomor telepon sehingga banyak yang mengosongkan kolom nomor telepon penanggungjawab pasien di lembar ringkasan masuk.

5.3.2 Analisis Kualitatif Medis

Berdasarkan ke-5 aspek kualitatif medis rekam medis rawat inap pada pasien tuberculosis paru yang sangat tidak konsisten dan tidak sesuai terdapat pada aspek penunjang rontgen dan aspek terapi/pengobatan. (Budi, 2011) yaitu review bagian tertentu dari isi rekam medis dengan maksud menemukan kekurangan khusus yang berkaitan dengan pendokumentasian (pencatatan) pada berkas rekam medis.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Analisis Kualitatif Administratif

Berdasarkan aspek analisis kualitatif administratif dokumen rekam medis rawat inap pada pasien tuberkulosis paru yang paling tidak lengkap terdapat pada aspek *Informed Consent* yaitu Informasi identitas pasien dan pada aspek telaah rekaman yaitu singkatan baku.

- a. Identifikasi pada aspek *informed consent* paling banyak terdapat pada aspek informasi identitas terdapat 30 dokumen rekam medis (100%) yang dikarenakan tidak lengkap dan tidak diisinya penulisan alamat dan no telepon.
- b. Identifikasi pada aspek telaah rekaman paling banyak terdapat pada aspek singkatan baku yang terdapat 30 dokumen rekam medis dengan persentase (100%) dikarenakan penulisan singkatan diagnosis tuberkulosis yang tidak sesuai dengan SPO RS Tk. IV DKT Madiun

2. Analisis Kualitatif Medis

Berdasarkan aspek analisis kualitatif medis dokumen rekam medis rawat inap pada pasien tuberkulosis paru yang paling tidak konsisten dan tidak sesuai terdapat pada aspek pemeriksaan penunjang rontgen dan aspek terapi/pengobatan.

6.2 Saran

1. Diperlukan sosialisasi SPO singkatan baku yang telah disepakati di RS Tk. IV DKT Madiun kepada tenaga medis baik dokter maupun perawat.
2. Diharapkan adanya penelitian lebih lanjut untuk mendesain lembar atau form hasil pemeriksaan penunjang yang belum disediakan dari RS Tk. IV DKT Madiun, seperti hasil pemeriksaan penunjang rontgen, guna menunjang kelengkapan dokumen rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinkes Jatim. 2015. Dinas kesehatan provinsi jawa timur tahun 2015, 317 hlm. Retrieved March 3, 2017, from [http://www.depkes.go.id/resources/download /profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/15_Jatim_2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/15_Jatim_2015.pdf).
- Huffman, E. K. 1999. Health Information Management. (J. Cofer, Ed.).
- Kemenkes RI. 2016a. Profil Kesehatan Indonesia 2015. (D. Budijanto, Yudianto, B. Hardhana, & T. A. Soenardi, Eds.). Jakarta. Retrieved March 2, 2017, from http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil_kesehatanIndonesia-2015.pdf.
- Kemenkes RI. 2016b. Profil Kesehatan Kabupaten Probolinggo Tahun 2015, 161 hlm. <https://doi.org/351.077> Ind.
- Mudiono, D. R. P., & Roziqin, M. C. (2019). Evaluasi Penerapan SIMRS Ditinjau dari Aspek Kualitas Informasi, Penggunaan Sistem dan Organisasi di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. *Jurnal Kesehatan*, 7(3), 103-110.
- Nuraini, N. (2015). Analisis Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis RS “X” Tangerang Periode April-Mei 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 1(3), 147-158.
- UU RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (2009). Jakarta. Retrieved April 7, 2017, from [http://www.depkes.go.id/resources/download/peraturan/UU No. 44 Th 2009 ttg Rumah Sakit.PDF](http://www.depkes.go.id/resources/download/peraturan/UU%20No.%2044%20Th%202009%20ttg%20Rumah%20Sakit.PDF).
- Wicaksono, A. P., & Mudiono, D. R. P. (2019). Expert System for Typhoid Fever Disease Diagnosis Using A Web-Based Application. 64–69. Retrieved from <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/ProceedingICOFA/article/view/1805>.
- Yadi. 2018. Pedoman peningkatan mutu rekam medis. Retrieved April 4, 2017, from [https://id.scribd.com/doc/310702740/Pedoman-Peningkatan- Mutu- Rekam-Medis](https://id.scribd.com/doc/310702740/Pedoman-Peningkatan-Mutu-Rekam-Medis).
- Hatta, G, R, 2008. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. UI-PRESS.
- Depkes RI. 2006. Pedoman Pengelolaan Dokumen Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Rekam Medik. Edi, Susanto dan
- Sugiarto. 2017. Manajemen Informasi Kesehatan IV Etika Profesi dan Hukum Kedokteran. Jakarta: Kemenkes RI.
- Hatta, G. 2013. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Saranan Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI-Press
- Hatta.G.R, 2011. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan. Edisi Revisi.Jakarta: UI-Press.

- Hainun, N.A. 2013. Tesis: Analisa Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Dokter Spesialis Terhadap Kebijakan dan Aturan di RumahSakit Hermina Daan Mogot. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Konsil Kedokteran Indonesia. 2006, Manual Rekam Medis. Jakarta: Konsil K
- Hatta, Gemala R. 2012. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI-Press
- Balitbangkes Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2008. <http://www.litbang.kemkes.go.id/>. [30 september 2018]
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2006. Penyelenggaraan Rekam Medis
- Huffman, EK. 1999. Health Information Managemen. Padang : APIKES Dharma Lanbaw
- Purwaningsih EK. 2011. Profil RSUD Pandan Arang Boyolali. Boyolali:
RSUD PandanArang Boyolali
- Riyanto A. 2011. Pengolahan dan Analisis Data Kesehatan. Yogyakarta : Nuha Medika.
Hal 5

Lampiran1. Lembar Observasi Penelitian

1. Data Pribadi

No	Nama	Kelengkapan		Alasan
		Ya	Tidak	
1	Nama Lengkap			
2	NIK			
3	Alamat Lengkap			
4	Tempat Lahir			
5	Tanggal Lahir			
6	Jenis Kelamin			
7	Pekerjaan			
8	Keluarga Dekat			
9	Nomor Register			
10	Dokter yang Merawat			
11	Asal Rujukan			
12	Tanggal Masuk			
13	Tanggal Keluar			

2. Data Finansial

No	Nama	Kelengkapan		Alasan
		Ya	Tidak	
1	Alamat			
2	Perusahaan			
3	Asuransi			
4	Tipe Asuransi			
5	Nomor Polis			

3. Data Sosial

No	Nama	Kelengkapan		Alasan
		Ya	Tidak	
1	Kewarganegaraan			
2	Kebangsaan			
3	Hubungan Keluarga			
4	Penghidupan			
5	Kedudukan Sosial			

4. Data Medis

No	Nama	Kelengkapan		Alasan
		Ya	Tidak	
1	Anamnesis			
2	Pemeriksaan Fisik			
3	Denyut Nadi			
4	Tensi			
5	Diagnosis Masuk			
6	Catatan Pengobatan			
7	Kemajuan/ kemunduruan Penderita			
8	Instruksi Dokter			
9	Pemeriksaan Penunjang			
10	Laboratorium			
11	Rontgen			
12	EKG			
13	Laporan Perawat			
14	Konsultasi			
15	Operasi			

Lampiran 2. Kartu Bimbingan KTI

Nama Mahasiswa : Second Alpano Ianto
 NIM : 201807044
 Judul : ~~Strategi dalam Kelembagaan~~ ~~Strategi~~ ~~Pelayanan~~ ~~Pelayanan~~ ~~Medis~~ ~~Pa~~ ~~Pasien~~ ~~TB~~
 Pembimbing 1 : Riska Rachawati, S.KM., M.Kes
 Pembimbing 2 : Hariyadi, S.Kp., M.Pd

KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR

■■■■ PRODI D3 PEREKAM DAN INFORMASI KESEHATAN ■■■■

PEMBIMBING 1					PEMBIMBING 2				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	TTD	NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	TTD
		konti judul	Lanjut bab 1	<i>[Signature]</i>			konti	prinsip Ate	<i>[Signature]</i>
		Bab 1	Revisi → konten msl gub Revisi → Paragraf, fomusan masalah, tujuan khusus manfaat bagi institusi.	<i>[Signature]</i>			konti judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
	1 Jan 2021	Bab 1	Revisi → Paragraf, fomusan masalah, tujuan khusus manfaat bagi institusi.	<i>[Signature]</i>		09/02/2021	ACC Bab 1 - IS	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
		Bab 1 → Tujuan khusus	revisi bab 1 & lanjut bab 2	<i>[Signature]</i>					
			Acc bab 2 lanjut bab 3	<i>[Signature]</i>					
			Acc bab 3 Lanjut bab 4	<i>[Signature]</i>					

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	TTD	NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	TTD
			<i>[Signature]</i> Acc bab 3 Lanjut bab 4	<i>[Signature]</i>					

Ketua Prodi
D3 Perekam dan Informasi Kesehatan

Irmawati Mathar, S.KM., M.Kes