

**ANALISIS KUALITATIF KELENGKAPAN BERKAS REKAM
MEDIS PASIEN DIARE DI RSUD ABDOER RAHEM
SITUBONDO TRIWULAN I TAHUN 2015**

SKRIPSI



Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
di Program Studi D-IV Rekam Medik
Jurusan Kesehatan

oleh

**Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar
NIM G41120392**

**PROGRAM STUDI REKAM MEDIS
JURUSAN KESEHATAN
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
2016**

**ANALISIS KUALITATIF KELENGKAPAN BERKAS REKAM
MEDIS PASIEN DIARE DI RSUD ABDOER RAHEM
SITUBONDO TRIWULAN I TAHUN 2015**

SKRIPSI



Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan
di Program Studi D-IV Rekam Medik
Jurusan Kesehatan

oleh

**Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar
NIM G41120392**

**PROGRAM STUDI REKAM MEDIS
JURUSAN KESEHATAN
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
2016**

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN RI
POLITEKNIK NEGERI JEMBER

**ANALISIS KUALITATIF KELENGKAPAN BERKAS REKAM
MEDIS PASIEN DIARE DI RSUD ABDOER RAHEM
SITUBONDO TRIWULAN I TAHUN 2015**

Telah diuji pada tanggal 28 Juni 2016

Tim Penguji :
Ketua,

dr. Rinda Nurul Karimah, M.Kes
NIP. 19820311 20101 2 004

Sekretaris,

Anggota,

Atma Deharja S.KM., M.Kes
NIP. 19841117 201001 1 019

Ida Nurmawati, S.KM., M.Kes

Mengetahui,
Ketua Jurusan Kesehatan,

Sustin Farlinda, S.Kom, MT
NIP. 19720204 200112 2 003

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran dalam pembuatan skripsi ini.
2. Orang tua dan kakak saya yang selalu medoakan dan memberi *support* dalam pembuatan skripsi ini.
3. dr. Rinda Nurul Karimah, M.Kes yang selaku pembimbing 1 yang selalu memberi motivasi.
4. Atma Deharja, S.KM, M.Kes selaku dosen pembimbing 2 yang selalu memberikan arahan dalam proses pengerjaan skripsi.
5. Ibu Ratna, A.Md., PK selaku Kepala Instalasi Rekam Medis di RSUD Abdoer Rahem Situbondo yang selalu siap dalam memberikan arahan dan pandangan dalam penelitian.
6. Seluruh petugas di RSUD Abdoer Rahem Situbondo terutama Unit Rekam yang membantu memberikan data dan informasi yang dibutuhkan.
7. Dosen-dosen dari Politeknik Negeri Jember dan Ibu/Bapak praktisi rekam medis di RSUD Abdoer Rahem Situbondo .
8. Teman-teman seperjuangan Rekam Medik 2012.

MOTTO

Manusia yang sukses memiliki rutinitas dan tujuan melakukan hal yang tak disenangi oleh manusia pemalas.

By : Mario Teguh

Bersabarlah..

Sesungguhnya Tuhan berterima kasih kepadamu yang bersabar didalam kesulitan dan kepedihan hatinya.

By : Mario Teguh

“ Yakin bisa, kerjakan dan Berdoa ”



**KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN
PENDIDIKAN TINGGI
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
JURUSAN KESEHATAN**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar

NIM : G41120392

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa segala pernyataan dalam skripsi yang berjudul “Analisis Kualitatif Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare di RSUD Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015” merupakan gagasan dan hasil karya sendiri dengan arahan komisi pembimbing, dan belum pernah diajukan dalam bentuk apapun pada perguruan tinggi manapun.

Semua data dan informasi yang digunakan telah dinyatakan secara jelas dan dapat diperiksa kebenarannya. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam naskah dan dicantumkan dalam daftar pustaka di bagian akhir skripsi ini.

Jember, 28 Juni 2016

Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar

NIM G41120392

Qualitative Analysis of Patient Medical Record File Completeness of diarrhea in hospitals Abdoer Rahem Situbondo First Quarter 2015, Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar, NIM G41120392, 2016, Medical Records, Health, Polytechnic of Jember, dr. Rinda Nurul Karimah Kes (Supervisor I), Atma Deharja S.KM., Kes (Supervisor II).

Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar

Study Program Medical Records

Health Programs

ABSTRACT

Completeness of medical record file and correct diagnosis of disease will affect the financing system of services, especially in patients BPJS. Against the background of the patient's complete medical record file of diarrhea in RSUD Abdoer Rahem Situbondo are still many experienced incomplete records and the contents of the medical record file is empty, thus might have an impact on health care financing system by the hospital. The purpose of this study to analyze qualitatively completeness of medical record file of diarrhea in hospital patients Abdoer Rahem Situbondo first quarter of 2015. This type of research is qualitative descriptive with cross sectional approach. This study population numbered 177 medical record file, and the sample of 50 medical record file. The result is that the accuracy Award codefication appropriate management of diarrhea file file numbered 38, while the number of diarrhea incompatible file amounted to 12 medical record file. Codefication error caused by the clerk did not know codefication K29.1. Therefore, it should be socialized and seminars regarding the accuracy Award codefication appropriate disease management.

Keywords: *Codification, Completeness file, Diarrhea, File medical records.*

Analisis Kualitatif Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di Rsud Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015, Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar, NIM G41120392, Tahun 2016, Rekam Medik, Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, dr. Rinda Nurul Karimah M.Kes (Pembimbing I), Atma Deharja S.KM., MKes (Pembimbing II).

Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar
Program Studi Rekam Medik
Jurusan Kesehatan

ABSTRAK

Kelengkapan berkas rekam medis dan penegakan diagnosis penyakit yang benar akan mempengaruhi sistem pembiayaan pelayanan terutama pada pasien BPJS. Dilatarbelakangi kelengkapan berkas rekam medis pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo yang masih banyak mengalami ketidaklengkapan pencatatan dan isi berkas rekam medis yang masih kosong, sehingga diduga berdampak pada sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis secara kualitatif kelengkapan berkas rekam medis pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I tahun 2015. Jenis penelitian ini yaitu deskriptif kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi Penelitian ini berjumlah 177 berkas rekam medis, dan sampel yang digunakan sebanyak 50 berkas rekam medis. Dari hasil penelitian didapat bahwa keakuratan pemberian kodefikasi sesuai penatalaksanaan berkas diare berjumlah 38 berkas, sedangkan jumlah berkas diare yang tidak sesuai berjumlah 12 berkas rekam medis. Kesalahan kodefikasi diakibatkan oleh petugas belum mengetahui kodefikasi K29.1. Oleh karena itu perlu sosialisai dan seminar mengenai ketepatan pemberian kodefikasi sesuai penatalaksanaan penyakit.

Kata kunci : Berkas rekam medis, Diare, Kelengkapan berkas, Kodefikasi.

Analisis Kualitatif Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015, Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar, NIM G41120392, Tahun 2016, Rekam Medik, Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, dr. Rinda Nurul Karimah M.Kes (Pembimbing I), Atma Deharja S.KM., MKes (Pembimbing II).

RINGKASAN

Rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan profesional yang menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (*preventif*) yang dilakukan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya kepada masyarakat (Permenkes no.147/2010). Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UURI no.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/ MENKES/ PER/ III/2008 bab 3 pasal 5 menyatakan bahwa praktik kedokteran pada pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan, dari data yang terdapat di bagian rekam medis RSUD Abdoer Rahem berkas rekam medis 10 besar penyakit bulan Januari sampai dengan Mei tahun 2015 menempati kasus tertinggi dengan 2.265 kasus. Pada triwulan I tahun 2015 jumlahnya mencapai 177 pasien yang terdiri dari bulan Januari 57 kasus, bulan Februari 56 kasus dan bulan Maret 64 kasus. Tingginya angka morbiditas penyakit diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo diduga berpengaruh terhadap banyaknya jumlah berkas rekam medis untuk pelayanan pasien

diare yang setiap tahun meningkat, padahal berkas pasien diare di RSUD Abdoer Rahem sendiri pengisiannya masih banyak yang tidak lengkap, masih banyak pencatatan berkas yang tidak terbaca, masih terdapat lembar formulir yang kosong dan juga masih terjadi kesalahan dalam pemberian kodefikasi.

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis secara kualitatif kelengkapan berkas rekam medis pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu deskriptif kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. . Objek dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien diare triwulan I tahun 2015 di RSUD Abdoer Rahem Situbondo yang berjumlah 177 berkas. Subjek dalam penelitian ini yaitu kepala rekam medis 1 orang, petugas rekam medis 1 orang, dokter 2 orang dan perawat 3 orang. Variabel penelitian yang dilakukan meliputi keakuratan pencatatan pada berkas rekam medis, tindakan pengobatan sesuai standart dan kelengkapan pengisian *informed concent*. Hasil penelitian ini adalah kelengkapan berkas rekam medis pasie diare Triwulan I tahun 2015 masih mengalami kekurangan, seperti lembar rekam medis tidak terisi dan masih banyak lembar kosong terutama pada lembar persetujuan atau *informed concent*, hal tersebut diduga berpengaruh terhadap tarif perawatan di rumah sakit.

PRAKATA

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala berkah, rahmat, dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Skripsi ini dengan baik dan tepat waktu.

Laporan Skripsi yang berjudul “Analisis Kualitatif Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare di RSUD Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015” dilakukan untuk memenuhi salah satu persyaratan pendidikan di Politeknik Negeri Jember Jurusan Kesehatan, Program Studi Rekam Medik. Namun demikian, laporan ini mungkin masih jauh dari kesempurnaan yang tidak lepas dari kesalahan dan kekurangan, sehingga diharapkan dapat diperbaiki dan disempurnakan di kemudian hari.

Dalam kesempatan ini, Penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kelancaran dan kemudahan dalam mengerjakan skripsi ini.
2. Kedua orang tua dan kakak saya yang telah memberikan motivasi, semangat dan doa’a dalam proses pengerjaan skripsi ini.
3. Ibu dr. Rinda Nurul Karimah, M.Kes selaku pembimbing I dan Bapak Atma Deharja S.KM., M.Kes selaku pembimbing II.
4. Staf dan karyawan di RSUD Abdoer Rahem Situbondo yang telah membantu dalam memberikan data dan informasi yang dibutuhkan.
5. Teman-teman Rekam Medik angkatan 2012 dan teman-teman seperjuangan penelitian di RSUD Abdoer Rahem Situbondo serta Firandha Ajeng Lukitasari yang telah memberikan motivasi selama proses pengerjaan skripsi ini.

Akhir kata, semoga laporan skripsi ini banyak memberikan manfaat kepada penulis sendiri khususnya dan pembaca sekalian umumnya.

Jember, 28 Juni 2016

Penulis



**PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar

NIM : G41120392

Program Studi : Rekam Medik

Jurusan : Kesehatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, saya menyetujui untuk memberikan kepada UPT Perpustakaan Politeknik Negeri Jember, Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non Exclusive Royalty Free Right*) atas Karya Ilmiah **berupa Skripsi saya yang berjudul :**

**Analisis Kualitatif Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare di RSUD
Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015**

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, UPT Perpustakaan Politeknik Negeri Jember berhak menyimpan, mengalih media atau format, mengelola dalam bentuk Pangkalan Data (*database*), mendistribusikan karya dan menampilkan atau mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta.

Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Politeknik Negeri Jember, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas Pelanggaran Hak Cipta dalam Karya Ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jember

Pada tanggal : 28 Juni 2016

Yang menyatakan

**Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar
G41120392**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
SURAT PERNYATAAN	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
ABSTRAK	vii
RINGKASAN	viii
PERNYATAAN.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah :	3
1. 3 Tujuan penelitian :	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Bagi Rumah Sakit.....	4
1.4.2 Bagi Lembaga Pendidikan	4
1.4.3 Bagi Peneliti.....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Karya Tulis Yang Mendahului	5

2.2 Landasan Teori.....	8
2.2.1 Pengertian Rumah Sakit	8
2.3 Rekam Medis	9
2.3.1 Pengertian Rekam Medis.....	9
2.3.2 Fungsi Penyelenggaraan Rekam Medis.....	10
2.3.3 Isi Rekam Medis	11
2.3.4 Kelengkapan Rekam Medis.....	12
2.3.5 Standar Rekam Medis.....	12
2.3.6 Manfaat Rekam medis	15
2.3.7 Tujuan Rekam Medis.....	16
2.3.8 Teknik Pengelolaan Berkas Rekam Medis	16
2.3.9 Analisis Kualitatif.....	18
2.3.10 <i>Informed Conccent</i>	20
2.4 Penyakit Diare	22
2.4.1 Pengertian	22
2.4.2 Klasifikasi.....	23
2.4.3 Pemeriksaan Laboratorium	23
2.5 Focus Group Discussion (FGD).....	24
2.7 Kerangka Konsep	25
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	28
3.1 Desain Penelitian	28
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	28
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	28
3.4 Variabel Penelitian	29
3.5 Tahapan Metode Penelitian.....	31
3.6 Sumber Data	33
3.7 Teknik Pengumpulan Data.....	34
3.8 Instrumen Penelitian.....	35

3.9 Uji Keabsahan Data	35
3.10 Teknik Penyajian Data	37
3.11 Analisis Data	37
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	39
4.1 Gambaran Umum RSUD Abdoer Rahem Situbondo.....	39
4.2 Hasil dan Pembahasan.....	45
4.2.1 Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis pada berkas rekam medis.	45
4.2.2 Kekonsistenan pencatatan diagnosis pada berkas rekam medis	49
4.2.3 Menganalisis Pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan penyakit diare pada berkas rekam medis	51
4.2.4 Menganalisis <i>Informed Consent</i> pada Berkas Rekam Medis.	55
4.2.5 Menganalisis hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi pada berkas rekam medis	58
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	59
5.1 Kesimpulan	59
5.2 Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN.....	62

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 <i>State Of The Art</i>	7
2.2 Definisi Operasional.....	30
2.3 Jumlah Tenaga Kerja Di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo.....	42
2.4 Struktur Organisasi RSUD dr. Abdoerrahem Situbondo.....	44

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian	26
Gambar 2.2 Alur Penelitian	30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Lembar Wawancara	i
2. Lembar checklist observasi	ii
3. Lembar <i>informed concent</i>	iii
4. Undangan FGD	iv
5. Lembar <i>FGD</i>	v
6. Surat penelitian Dan EC.....	vi
7. Dokumentasi	vii
8. Jadwal Penelitian	viii

DAFTAR SINGKATAN

IR	: <i>Insiden Rate</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
PerMenKes	: Peraturan Menteri Kesehatan
ICD	: <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth</i>
PPK	: Panduan Penatalaksanaan Klinis
SOP	: <i>Standart Operasional Prosedur</i>
BLUD	: Bantuan Langsung daerah
JCAHO	: <i>Joint commission on accreditation of health care</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
UURI	: Undang-undang Republik Indonesia
DRM	: Dokumen Rekam Medis
RSUD	: Rumah sakit Umum Daerah

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan professional yang menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (*preventif*) yang dilakukan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya kepada masyarakat (Permenkes no.147/2010). Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UURI no.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008 bab 3 pasal 5 menyatakan bahwa praktik kedokteran pada pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi wajib membuat rekam medis. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan.

RSUD Abdoer Rahem Situbondo merupakan rumah sakit tipe C milik Pemerintah Daerah Kabupaten Situbondo. Jumlah Pasien berkunjung di RSUD Abdoer Rahem Situbondo setiap tahun mencapai 107.383 pasien lebih besar dari rata-rata pasien dengan tipe C rumah sakit yang sama di pulau Jawa Timur dengan jumlah 89.561 pasien, sehingga angka morbiditas di RSUD Abdoer Rahem Situbondo tinggi. Tingginya angka morbiditas pasien salah satunya dipengaruhi oleh tingginya angka morbiditas penyakit diare yang menempati 10 besar penyakit dari tahun 2012 hingga 2015. Tingginya angka morbiditas penyakit diare di RSUD Abdoer Rahem berbanding lurus dengan tingginya angka morbiditas akibat diare di Indonesia.

Data hasil survei dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011 menunjukkan angka kejadian diare dari tahun 2000 sampai dengan 2010 terlihat kecenderungan insidens naik. Pada tahun 2000 IR (*Insiden Rate*) penyakit Diare 30,1% sedangkan tahun 2010 menjadi 41,1 % penduduk. Pada propinsi Jawa Timur tahun 2010 angka morbiditas diare mencapai 79% penduduk, sedangkan pada pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo tahun 2014 terdapat 1066 kasus atau menjadi kasus terbesar dari 10 besar penyakit tahun 2014. Data yang terdapat di bagian rekam medis RSUD Abdoer Rahem berkas rekam medis 10 besar penyakit bulan Januari sampai dengan Mei tahun 2015 juga menempati kasus tertinggi dengan 2.265 kasus. Pada triwulan I tahun 2015 jumlahnya mencapai 177 pasien yang terdiri dari bulan Januari 57 kasus, bulan Februari 56 kasus dan bulan Maret 64 kasus. *Data* pada triwulan I tahun 2015 menunjukkan angka kejadian diare yang tidak menentu setiap bulannya dan akan meningkat pada bulan berikutnya.

Tingginya angka morbiditas penyakit diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo diduga berpengaruh terhadap banyaknya jumlah berkas rekam medis untuk pelayanan pasien diare yang setiap tahun meningkat, padahal berkas pasien diare di RSUD Abdoer Rahem sendiri pengisiannya masih banyak yang tidak lengkap, masih banyak pencatatan berkas yang tidak terbaca, masih terdapat lembar formulir yang kosong dan juga masih terjadi kesalahan dalam pemberian kodefikasi. Pada rumah sakit hal tersebut diduga berpengaruh terhadap biaya perawatan pasien terutama pada pasien BPJS, sedangkan bagi pasien kelengkapan berkas rekam medis digunakan sebagai alat bukti hukum dan catatan selama perawatan yang diberikan pihak rumah sakit kepada pasien agar tidak terjadi malpraktek atau kesalahan pengobatan dari petugas medis. Salah satu faktornya yaitu kurangnya jumlah petugas lulusan pendidikan rekam medis yang hanya berjumlah 2 orang. Hal tersebut perlu dilakukan analisis kualitatif pada berkas rekam medis pasien diare untuk mengidentifikasi keakuratan berkas, mengidentifikasi penatalaksanaan penyakit pada berkas dan mengidentifikasi kebenaran pemberian kodefikasi pada penyakit diare di RSUD

Abdoer Rahem Situbondo, agar sesuai dengan PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008 pasal 3 tentang pengisian berkas rekam medis yang akurat yang meliputi identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan.

Berdasarkan uraian masalah tersebut peneliti mengambil judul “Analisis Kualitatif Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015”.

1.2 Rumusan Masalah :

Berdasarkan uraian dari latar belakang, fokus masalah dalam penelitian yaitu menganalisis secara kualitatif kelengkapan berkas rekam medis pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015.

1.3 Tujuan penelitian :

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis secara kualitatif kelengkapan berkas rekam medis pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.
- b. Menganalisis kekonsistenan pencatatan diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.
- c. Menganalisis pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan penyakit diare pada berkas rekam medis di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.
- d. Menganalisis *informed concent* pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.

- e. Menganalisis hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Memberikan penjelasan terhadap pihak rumah sakit pentingnya melakukan analisa kualitatif yang dapat digunakan untuk :

- a. Mengidentifikasi bagian berkas rekam medis yang tidak lengkap agar mudah diperbaiki dan dapat digunakan untuk pelayanan pasien.
- b. Menentukan kodefikasi yang tepat untuk penyakit diare.
- c. Dapat digunakan untuk proses akreditasi rumah sakit

1.4.2 Bagi Lembaga Pendidikan

Memberikan referensi dan pembelajaran mengenai cara menganalisa kualitatif kelengkapan berkas rekam medis pasien diare.

1.4.3 Bagi Peneliti

Dapat menambah pengetahuan dan pengalaman yang nyata menganalisa kualitatif ketidaklengkapan berkas rekam medis pasien diare dan dapat membandingkan dengan teori dari pembelajaran sebelumnya.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Karya Tulis Yang Mendahului

- 2.1.1 Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Ketidaklengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Penyakit Diare Di Rs. Permata Medika Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014.
(Satiya Puspa Pertiwi Dan Zaenal Sugiyanto, 2014)

Menurut Permenkes nomor 269 / MENKES /PER / III / 2008, Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan, jadi berkas rekam medis wajib dijaga kerahasiaannya. Agar dokumen rekam medis berkesinambungan maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi selengkap-lengkapnyanya dan juga dijadikan sebagai alat bukti hukum apabila dibutuhkan. Maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi sebaik mungkin dan selengkap mungkin untuk kesinambungan informasi dan sebagai salah satu syarat dalam akreditasi rumah sakit. Data rekam medis haruslah lengkap dan terperinci sehingga dokter lain dapat mengetahui bagaimana pengobatan dan perawatan kepada pasien dan konsulen dapat memberikan pendapat yang tepat setelah dia memeriksanya ataupun dokter yang bersangkutan dapat memperkirakan kembali keadaan pasien yang akan datang dari prosedur yang telah dilaksanakan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui aspek ketidakakuratan pengisian berkas rekam medis dan dampak aspek hukum jika isi berkas rekam medis pasien tidak lengkap dan tidak akurat di RS Permata Medika Semarang.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pada Rumah Sakit Permata Medika Semarang petugas hanya mengurutkan formulir rekam medis sesuai urutan tetapi tidak meneliti ketidaklengkapan DRM secara keseluruhan namun hanya pada

formulir masuk dan keluar saja. Di RS Permata Medika Semarang belum ada petugas yang secara khusus untuk meneliti ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis sehingga tidak diketahui tingkat kebandelan dokumen rekam medis. Dari pengamatan survei awal di RS. Permata Medika Semarang diketahui pada tiap jenis kasus penyakit memiliki presentase yang berbeda-beda. Dampak masalah yang terjadi apabila DRM tidak lengkap adalah kualitas data yang tidak baik dan tidak akurat sehingga dapat merugikan manajemen RS dalam pengambilan keputusan. Dengan data yang lengkap dan akurat pula dapat menjatuhkan pihak rumah sakit dan dokter yang menangani pasien dari segi hukum. Data rekam medis yang lengkap dapat 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.

2.1.2 Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus *Gastroenteritis* Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Cepu Periode Triwulan I Tahun 2014 (Irmania Citrawati)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340/MENKES/PER/III/2010 menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Dari pengertian diatas Rumah Sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya melalui penyelenggaraan rekam medik.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui meneliti kelengkapan data yang tercatat di dalam formulir rekam medis dan untuk menemukan informasi yang berkesinambungan, rekam medis juga dirancang agar memberi informasi sehingga dengan adanya sumber informasi dan media komunikasi memberi kemudahan dalam memberi pelayanan petugas kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

Penelitian ini menunjukkan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Cepu pada bulan Maret 2014 jumlah ketidaklengkapan berkas mencapai 80% dari 10 sampel dokumen rekam medis yang diambil. Dengan ketidaklengkapan berkas rekam medis pasien *gastroenteritis* akan menimbulkan masalah apabila nantinya dokumen rekam medis tersebut dibawa pada masalah hukum karena dokumen rekam medis yang tidak lengkap dapat menyebabkan ketidakvalitan data pada saat dibawa ke meja hukum

2.1.3 *State Of The Art*

Pada karya tulis ilmiah diatas, dapat disimpulkan bahwa terdapat persamaan dan perbedaan dengan tugas akhir yang berjudul “Analisa Kualitatif kelengkapan Berkas Rekam Medis pasien diare Di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 ”. Yaitu sebagaimana terlampir pada tabel 2.1 :

Tabel 2.1 Persamaan dan Perbedaan Skripsi

No.	Materi	Satiya Puspa Pertiwi dan Zaenal Sugiyanto	Irmania Citrawati	Shofyandaru A
1.	Topik	Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Ketidaklengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Penyakit Diare Di RS PERMATA MEDIKA SEMARANG PERIODE TRIWULAN 1 TAHUN 2014	Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Gastroenteritis Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Cepu Periode Triwulan I Tahun 2014	Analisis Kualitatif kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSUD Abdur Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015
2.	Manfaat	Sebagai bahan untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien dan mengevaluasi pengisian	Meneliti kelengkapan data yang tercatat di dalam formulir rekam medis dan	Sebagai bahan masukan tentang kepatuhan pencatatan berkas rekam medis untuk

		berkas rekam	untuk menemukan informasi yang berkesinambungan	meningkatkan ketepatan pemberian kodefikasi penyakit. Sehingga dapat meningkatkan pelayanan
3.	Obyek	Dokumen rekam medis RI pasien diarrhea di RS Permata Medika Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014	Dokumen rekam medis RI pasien gastroenteritis di RS Pku Muhammadiyah Cepu Periode Triwulan I Tahun 2014	Dokumen rekam medis Rawat Inap pasien Diare Triwulan I Tahun 2015 Di RSUD Abdur Rahem Situbondo
4.	Metode	Analisis Kuantitatif dan Kualitatif	Deskriptif dengan pendekatan <i>crossecsional</i>	Analisis Kualitatif dengan metode deskriptif dan dengan pendekatan kualitatif

Kelebihan dari karya tulis ilmiah Analisis Kualitatif Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSUD Abdur Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 dengan karya ilmiah yang tersebut diatas yaitu menganalisis informasi pengobatan yang berkesinambungan pada berkas rekam medis dan disesuaikan PPK atau pedoman yang dipakai rumah sakit sehingga dapat mempermudah proses pelayanan sehingga isi berkas lebih lengkap dan informatif jika sewaktu – waktu dibutuhkan.

2.2 Landasan Teori

2.2.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sebuah institusi perawatan kesehatan professional yang menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (*preventif*) yang dilakukan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya kepada masyarakat (Permenkes no.147/2010). Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan

kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UURI no.44 tahun 2009 tentang rumah sakit).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 269/MENKES/PER/III/2008 bab 3 pasal 7 menyatakan bahwa, sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis.

2.2.2 Fungsi Rumah Sakit

Menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, fungsi rumah sakit adalah :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.3 Rekam Medis

2.3.1 Pengertian Rekam Medis

Menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 269/MENKES/PER/III/2008 bab 3 pasal 7

menyatakan bahwa, sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis.

2.3.2 Fungsi Penyelenggaraan Rekam Medis

Sesuai Permenkes No. 55 tahun 2013 tentang penyelenggaraan rekam medis fungsi penyelenggaraan rekam medis adalah

- a. Setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.
- b. Rekam medis itu dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lain yang memberi pelayanan kepada pasien.
- c. Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan.
- d. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.
- e. Pembetulan kesalahan catatan dalam rekam medis dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan.
- f. Penghapusan tulisan dalam rekam medis dengan cara apapun tidak diperbolehkan.
- g. Lama penyimpanan rekam medis sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Sedangkan lama penyimpanan rekam medis yang berkaitan dengan hal-hal yang bersifat khusus dapat ditempatkan tersendiri.
- h. Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pada nomor tujuh dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan. Tata cara permusnahannya ditetapkan oleh Direktur Jenderal.
- i. Rekam medis harus disimpan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
- j. Pengawasan terhadap penyelenggaraan rekam medis dilakukan oleh Direktur Jenderal.

Pelanggaran terhadap ketentuan dalam peraturan ini dapat dikenakan sanksi administratif mulai dari teguran lisan sampai pencabutan izin.

2.3.3 Isi Rekam Medis

Isi rekam medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No:269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Rekam medis menurut PERMENKES No:269/MENKES/PER/III/2008 pasal 3 memerlukan data yang lebih lengkap, maka data minimal yang terkandung dalam rekam medis pada rawat inap agar kebutuhan informasi dapat terpenuhi dan kegunaan rekam medis pasien dapat digunakan untuk mencapai pelayanan kesehatan antara lain :

- a. Identitas Pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit)
- d. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan atau tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila perlu
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*)
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu
- m. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan *odontogram* klinik.

2.3.4 Kelengkapan Rekam Medis

Pencatatan rekam medis harus dibuat selengkap mungkin oleh dokter maupun tenaga kesehatan yang berwenang untuk melihat catatan perkembangan riwayat penyakit pasien dari awal hingga akhir secara *kontinue*. Sumber hukum yang dapat dijadikan acuan mengenai kelengkapan rekam medis, yaitu: Pasal 46 Undang-undang RI Nomor 29 Tahun 2004 :

- a. Setiap dokter atau dokter dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis.
- b. Rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.
- c. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

2.3.5 Standar Rekam Medis

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, Standar Pelayanan Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan antara lain ditetapkan sebagai berikut:

- a. Rumah sakit harus menyelenggarakan manajemen informasi kesehatan yang bersumber pada rekam medis yang handal dan profesional.
- b. Adanya panitia rekam medis dan manajemen informasi kesehatan yang bertanggung jawab pada pimpinan rumah sakit dengan tugas sebagai berikut:
 1. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan.
 2. Mengusulkan bentuk formulir rekam medis.
 3. Menganalisis tingkat kualitas informasi dan rekam medis rumah sakit.
 4. Menentukan jadwal dan materi rapat rutin panitia rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.

- c. Unit rekam medis dan manajemen informasi kesehatan di pimpin oleh kepada dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman yang sesuai.
- d. Unit rekam medis dan manajemen informasi kesehatan mempunyai lokasi sedemikian rupa sehingga pengambilan dan distribusi rekam medis lancar.
- e. Ruang kerja harus memadai bagi kepentingan staf, penyimpanan rekam medis, penempatan (mikrofilm, komputer, printer) dengan pengertian:
 - 1. Ruang penyimpanan cukup untuk berkas rekam medis aktif yang masih digunakan.
 - 2. Ruang penyimpanan cukup untuk berkas rekam medis non aktif yang tidak lagi digunakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- f. Ruang yang harus cukup menjamin bahwa rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang, rusak, atau diambil oleh yang tidak berhak.
- g. Rekam medis adalah sumber manajemen informasi kesehatan yang handal yang memuat informasi yang cukup, tepat waktu, akurat, dan dapat dipercaya bagi semua rekaman pasien rawat jalan, rawat inap, atau gawat darurat dan pelayanan lainnya.
- h. Harus ada sistem identifikasi, indeks, dan sistem dokumentasi yang memudahkan pencarian rekam medis dengan pelayanan 24 jam.
- i. Harus ada kebijakan informasi dalam rekam medis agar tidak hilang, rusak, atau digunakan oleh orang yang tidak berhak.
- j. Dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya bertanggung jawab akan kebenaran dan ketepatan pengisian rekam medis. Hal ini diatur dalam anggaran dasar peraturan dan panduan kerja rumah sakit, adalah sebagai berikut:
 - 1. Riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien dirawat dan sebelum tindakan operasi.
 - 2. Tindakan pembedahan dan prosedur lain harus segera dilaporkan setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama.

3. Termasuk ringkasan keluar (resume medis sudah harus dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang) kecuali bila tes dan atau *otopsi* belum ada.
4. Semua rekam medis diberi kode dan indeks dalam waktu 14 hari setelah pasien pulang.
- k. Harus ada kebijakan rumah sakit mengenai rekam medis baik rekam medis aktif maupun yang non aktif.
- l. Ada kebijakan dan peraturan prosedur yang dapat ditinjau setiap 3 tahun.
- m. Rekam medis harus rinci bagi berbagai kepentingan:
 1. Ada informasi efektif antar dokter dan perawat atau tenaga kesehatan.
 2. Konsulen mendapatkan informasi yang dibutuhkan.
 3. Dokter lain dapat menilai pelayanan pasien.
 4. Dapat menilai kualitas pelayanan secara retrospektif.
 5. Pasien mendapatkan informasi yang berkesinambungan tentang perawatannya.
- n. Pengisian rekam medis hanya dilakukan oleh yang berhak di rumah sakit, pasien yang masuk diberi catatan tanggal, jam, dan nama pemeriksa.
- o. Singkatan dan simbol dipakai, diakui, dan berlaku umum.
- p. Semua laporan asli oleh tenaga kesehatan disimpan dalam rekam medis.
- q. Tiap rekam medis meliputi identifikasi pasien :
 1. Nomor rekam medis atau nomor registrasi.
 2. Nama lengkap pasien.
 3. Alamat lengkap.
 4. Orang yang perlu dihubungi
- r. Tanda peringatan atau bahaya, misalnya pasien alergi sesuatu harus ditulis di sampul depan berkas rekam medis.
- s. Rekam medis mencantumkan diagnosis sementara dan diagnosa akhir saat pasien pulang.

- t. Rekam medis mencakup riwayat pasien yang berkaitan dengan kondisi penyakit pasien yang meliputi :
 - a. Riwayat penyakit keluarga.
 - b. Keadaan sosial.
 - c. Riwayat dan perjalanan penyakit dan keadaan sekarang.
- u. Pasien operasi atau tindakan khusus harus disertai izin operasi hanya pasien dengan kondisi khusus tertentu diberikan *informed consent*.
- v. Setiap pemberi pelayanan kesehatan oleh para petugas kesehatan wajib disertai dengan pemberian catatan pada berkas rekam medis.
- w. Rekam medis atau persalinan atau operasi atau anestesi, diatur dengan ketentuan khusus. Rekam medis penyakit kronis, penyakit menahun memiliki prosedur manajemen informasi kesehatan secara khusus.
- x. Setiap diagnosa/tindakan khusus pasien diberi kode klasifikasi penyakit berdasarkan standar yang berlaku.
- y. Dalam waktu 14 hari setelah pasien pulang, ringkasan keluar (*resume medis*) sudah harus dilengkapi.
- z. Pasien rujukan harus disertai informasi alasan rujukan.

2.3.6 Manfaat Rekam medis

Permenkes No.269/2008 menyebutkan bahwa Rekam Medis memiliki 5 manfaat yaitu :

- a. Sebagai dasar pemeliharaan Kesehatan dan pengobatan pasien
- b. Sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum
- c. Bahan untuk kepentingan penelitian
- d. Sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
- e. Sebagai bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan

Berdasarkan aspek diatas maka rekam medis mempunyai nilai kegunaan yang sangat luas, yaitu:

1. Dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien

2. Bahan pembuktian dalam hukum
3. Bahan untuk kepentingan penelitian dan pendidikan
4. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
5. Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan
6. Fungsi komunikasi
7. Kesehatan pasien yang berkesinambungan
8. Rekaman bersejarah

2.3.7 Tujuan Rekam Medis

Menurut Depkes RI (2006) tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini tentunya harus di dukung oleh sistem penyelenggaraan rekam medis yang baik dan benar. Tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.3.8 Teknik Pengelolaan Berkas Rekam Medis

a. *Assembling*

Assembling Adalah menyusun dan merapikan kembali urutan susunan formulir berkas rekam medis rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat sesuai dengan urutan yang telah ditentukan (Depkes, 2006)

b. *Coding*

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Bab IV Tahun 2014 Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Pengkodean diagnosis yang akurat, komplet dan konsisten akan menghasilkan data yang berkualitas. Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis, kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel Manajemen Informasi Kesehatan. 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, 2008).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor 377/Menkes/SK/III/2007 tentang /standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan menjelaskan mengenai kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perekam medis adalah klasifikasi dan kodefikiasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatab dan tindakan medis. Klasifikasi dan kodefikasi penyakit memudahkan pengaturan pencatatan, pengumpulan, penyimpanan, dan analisis data kesehatan. Sistem ini juga membantu dalam pengembangan dan penerapan sistem pencatatan dan pengumpulan data pelayanan klinis pasien secara manual maupun elektronik (Hatta, 2008).

Fungsi pengkode rekam medis bertanggung jawab terhadap penemuan dan penulisan kode penyakit, dan operasi yang tertulis pada dokumen rekam medis berdasarkan kode yang telah ditetapkan pada ICD-X dan ICOPIM atau ICD 9 CM.

Kode klasifikasi penyakit oleh WHO (*World Health Organization*) bertujuan untuk meyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Dalam proses koding mungkin terjadi terjadi beberapa kemungkinan yaitu :

1. Penetapan diagnosis yang salah sehingga menyebabkan hasil pengkodean salah.
2. Penetapan diagnosis yang benar, tetapi petugas pengkodean salah menentukan kode sehingga hasil pengkodean salah.
3. Penetapan diagnosis dokter kurang jelas kemudian dibaca salah oleh petugas pengkodean, sehingga hasil pengkodean salah.

Kualitas hasil pengkodean tergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dalam pengisian berkas rekam medis agar lengkap dan jelas sehingga koder mengerti riwayat penyakit pasien.

c. *Indexing*

adalah membuat tabulasi sesuai dengan kode yang sudah dibuat ke dalam indeks-indeks dan dapat menggunakan kartu indeks atau komputerisasi (Budi, 2011).

d. *Filing*

Filing merupakan suatu ruangan di unit rekam medis 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.(Budi, 2011).

2.3.9 Analisis Kualitatif

a. Pengertian

Menurut Sugiyono (2014) metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada objek yang alamiah dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi, analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi. Analisis kualitatif berkas rekam medis yaitu suatu *review* pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistensian dan isinya merupakan bukti rekam medis tersebut akurat dan lengkap.

b. Tujuan Analisis Kualitatif (Huffman,1999) :

1. Mendukung kualitas Informasi
2. Merupakan aktifitas dari *Risk management*
3. Membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik yang sangat penting untuk penelitian medis, studi administrasi dan untuk penagihan
4. Meningkatkan kualitas pencatatan, khususnya yang dapat mengakibatkan ganti rugi pada masa yang akan datang
5. Kelengkapan *Informed consent* sesuai dengan peraturan

6. Identifikasi catatan yang tidak konsisten
7. Mengingatkan kembali tentang pencatatan yang baik dan memperlihatkan pencatatan yang kurang.

c. Menurut Huffman (1999) Komponen Analisis Kualitatif

1. *Review* Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis

Review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa (Huffman, 1994:233). Pada review ini akan memeriksa kekonsistenan diagnosa diantaranya :

- A. Diagnosa saat masuk/alasan saat masuk rawat
- B. Diagnosa tambahan
- C. Diagnosis akhir/utama
- D. Diagnosa kedua

2. *Review* kekonsistenan pencatatan diagnosis

Kekonsistenan merupakan suatu penyesuaian/kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian, dimana diagnosa dari awal sampai akhir harus konsisten, 3 hal yang harus konsisten yaitu catatan perkembangan, intruksi dokter dan catatan obat.

3. *Review* pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Rekam medis harus menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan pada pasien berupa Anamnase, lama sakit, pemeriksaan penyakit, pemeriksaan penunjang dan tatalaksana.

4. *Review* adanya *informed consent* yg seharusnya ada

Pada komponen ini menganalisa surat persetujuan dari pasien apakah sudah diisi dengan benar dan lengkap yaitu meliputi waktu pencatatan dan Tulisan mudah dibaca.

5. *Review* hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

Rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga.

- d. Menurut Sugiono (2014), penelitian deskriptif kualitatif merupakan penelitian yang termasuk dalam jenis penelitian kualitatif. Tujuan dari penelitian ini adalah mengungkapkan fakta, keadaan, fenomena, variable dan keadaan yang terjadi saat penelitian berjalan dan menyuguhkan apa adanya. Penelitian deskriptif kualitatif menafsirkan dan menuturkan data yang bersangkutan dengan situasi yang sedang terjadi, sikap serta pandangan yang terjadi di dalam masyarakat, pertentangan 2 keadaan atau lebih, hubungan antar variabel, perbedaan antar fakta, pengaruh terhadap suatu kondisi, dan lain-lain. Masalah yang diteliti dan diselidiki oleh penelitian deskriptif kualitatif mengacu pada studi kuantitatif, studi komparatif, serta dapat juga menjadi sebuah studi korelasi 1 unsur bersama unsur lainnya. Biasanya kegiatan penelitian meliputi pengumpulan data, menganalisis data, menginterpretasi data, dan diakhiri dengan sebuah kesimpulan, yang mengacu pada penganalisisan data tersebut.

2.3.10 *Informed Consent*

Menurut PerMenKes No.290/MenKes/Per/III/2008 dan UU no 29 th 2004 Pasal 45 serta Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran KKI tahun 2008. Maka *Informed Consent* adalah persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Menurut Permenkes No.585/Men.Kes/Per/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medis Pasal 4 ayat 2 menyebutkan dalam memberikan informasi kepada pasien / keluarganya, kehadiran seorang perawat / paramedik lainnya sebagai saksi adalah penting. Persetujuan yang ditanda tangani oleh pasien atau keluarga terdekatnya tersebut, tidak membebaskan dokter dari tuntutan jika dokter melakukan kelalaian.

Tindakan medis yang dilakukan tanpa persetujuan pasien atau keluarga terdekatnya, dapat digolongkan sebagai tindakan melakukan penganiayaan berdasarkan KUHP Pasal 351. Informasi/keterangan yang wajib diberikan sebelum suatu tindakan kedokteran dilaksanakan adalah :

- a. Diagnosis yang telah ditegakkan.
- b. Sifat dan luasnya tindakan yang akan dilakukan.
- c. Manfaat dan urgensinya dilakukan tindakan tersebut.
- d. Resiko resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi daripada tindakan kedokteran tersebut.
- e. Konsekuensinya bila tidak dilakukan tindakan tersebut dan adakah alternatif cara pengobatan yang lain.
- f. Kadangkala biaya yang menyangkut tindakan kedokteran tersebut.

Resiko-resiko yang harus diinformasikan kepada pasien yang dimintakan persetujuan tindakan kedokteran :

1. Resiko yang melekat pada tindakan kedokteran tersebut.
2. Resiko yang tidak bisa diperkirakan sebelumnya.

Dalam hal terdapat indikasi kemungkinan perluasan tindakan kedokteran, dokter yang akan melakukan tindakan juga harus memberikan penjelasan (Pasal 11 Ayat 1 Permenkes No 290 / Menkes / PER / III / 2008). Penjelasan kemungkinan perluasan tindakan kedokteran sebagaimana dimaksud dalam Ayat 1 merupakan dasar daripada persetujuan (Ayat 2). Pengecualian terhadap keharusan pemberian informasi sebelum dimintakan persetujuan tindakan kedokteran adalah:

- a. Dalam keadaan gawat darurat (*emergensi*), dimana dokter harus segera bertindak untuk menyelamatkan jiwa.
- b. Keadaan emosi pasien yang sangat labil sehingga ia tidak bisa menghadapi situasi dirinya.

Tujuan *Informed Consent* :

1. Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap tindakan dokter yang sebenarnya tidak diperlukan dan secara medik tidak ada dasar pembedanya yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasiennya.
2. Memberi perlindungan hukum kepada dokter terhadap suatu kegagalan dan bersifat negatif, karena prosedur medik modern bukan tanpa resiko, dan pada setiap tindakan medik ada melekat suatu resiko (PERMENKES No. 290/Menkes/Per/III/2008 Pasal 3).

2.4 Penyakit Diare

2.4.1 Pengertian

Diare berasal dari kata Yunani yaitu kata “*diarria*” yang artinya keadaan dimana terjadinya kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi buang air besar lebih dari satu kali dengan bentuk encer atau cair (Suradi, 2012). Gejala klinisnya yaitu kehilangan cairan tubuh (*dehidrasi/defisit volume*) atau yang menyebabkan turgor kulit berkurang, nadi lemah atau tidak teraba, takikardi, mata cekung, ubun-ubun cekung, membran mukosa kering, jari sianosis, serta akral teraba dingin.

Menurut Depkes RI tahun 2006 secara klinis penyebab penyakit diare dapat dikelompokkan dalam golongan 3 besar yaitu

a. Infeksi Bakteri

Beberapa jenis bakteri dapat termakan melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi dan menyebabkan Diare, contohnya *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella* dan *Escherichia Colli*.

b. Infeksi Virus

Beberapa virus yang menyebabkan Diare yaitu *rotavirus*, *Norwalk virus*, *cytomegalovirus*, *virus herpes simplex* dan *virus hepatitis*.

c. Intoleransi Makanan

Contohnya pada orang tidak dapat mencerna komponen makanan seperti *laktosa* (gula dalam susu).

2.4.2 Klasifikasi

Inayah (2006) mengklasifikasi diare berdasarkan pada ada atau tidaknya infeksi menjadi 2 golongan yaitu :

a. Diare infeksi :

Tifus abdomen dan paratifus, desentri basil, eterokiliatis stafilokok. Diare infeksi enteral atau diare karena infeksi di usus (bakteri, virus, parasit).

Ditinjau dari lama infeksi, diare dibagi menjadi dua golongan yaitu:

1. Diare akut : Diare yang terjadi karena infeksi usus yang bersifat mendadak, berlangsung cepat dan berakhir dalam waktu 3 -14 hari.
2. Diare kronik : diare yang berlangsung 2 minggu atau lebih

b. Diare non-infeksi :

Diare *dietetic* klasifikasi lain diare berdasarkan organ yang terkena infeksi. Diare infeksi parenteral atau diare infeksi di luar usus (*otitis media*, infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran urin dan lainnya). Gangguan motilitas data terjadi sepanjang saluran cerna bawah dari mulai usus halus hingga motilitas anorektal. Pada gangguan motilitas usus halus primer, tidak didapatkan kelainan gastrointestinal organik. Pada keadaan tersebut gejala tidak berhubungan dengan lesi anatomic atau mekanik, akan tetapi ada penyakit sistemik. Gangguan motilitas usus halus sekunder dapat merupakan gangguan anatomical usus halus maupun kelainan mekanik usus halus. Kelainan ini disebabkan lesi mekanik atau anatomic, dimana harus terdapat bukti gangguan motilitas seperti anastomosis infeksi maupun obstruksi.

2.4.3 Pemeriksaan Laboratorium

Beberapa pemeriksaan laboratorium biasanya diperlukan pada diare. Sebagian penderita *gastroenteritis* dehidrasi yang dirawat di rumah sakit, tanpa suatu pemeriksaan laboratorium apapun bias ditolong dan sembuh. Namun

demikian, bila perlengkapan laboratorium, tersedia sebaiknya dilakukan pemeriksaan laboratorium, yang lengkap, teliti dan berulang. Berikut ini adalah pemeriksaan laboratorium yang diperlukan agar pengobatan menyeluruh.

a. Pemeriksaan darah lengkap

Untuk membantu menentukan derajat dehidrasi dan infeksi. Pemeriksaan *Hb* dikerjakan sebelum dan sesudah rehidrasi tercapai untuk menentukan adanya anemia sebagai dasar.

b. Pemeriksaan *urin*

Ditetapkan volume, berat jenis dan albuminuri. Bila mungkin diperiksa *osmolaritas urin*, *pH* urin karena urin yang asam akan menunjukkan adanya asidosis.

c. Pemeriksaan *feses*

Dicari penyebab infeksi maupun *infestasi parasit dan jamur serta sindrom malabsorpsi* (Suharyono, 2008).

2.5 Focus Group Discussion (FGD)

adalah sebuah teknik pengumpulan data yang umumnya dilakukan pada penelitian kualitatif. Teknik ini dimaksudkan untuk memperoleh data dari suatu kelompok berdasarkan hasil diskusi yang terpusat pada suatu permasalahan tertentu. Jumlah peserta FGD umumnya 4-9 orang, tetapi jumlahnya dapat lebih besar tergantung permasalahan dan tujuan yang ingin dicapai peneliti (Hartono, 2006).

a. Langkah-langkah FGD

1. Moderator, yaitu fasilitator diskusi yang terlatih dan memahami masalah yang dibahas serta tujuan penelitian yang hendak dicapai (ketrampilan *substantif*), serta terampil mengelola diskusi (ketrampilan proses).
2. Asisten Moderator/co-fasilitator, yaitu orang yang intensif mengamati jalannya FGD, dan ia membantu moderator mengenai: waktu, fokus diskusi (apakah tetap terarah atau keluar jalur), apakah masih ada

pertanyaan penelitian yang belum terjawab, apakah ada peserta FGD yang terlalu pasif sehingga belum memperoleh kesempatan berpendapat.

3. Pencatat Proses/Notulen, yaitu orang bekrugas mencatat inti permasalahan yang didiskusikan serta dinamika kelompoknya. Umumnya dibantu dengan alat pencatatan berupa satu unit komputer atau laptop yang lebih fleksibel.
4. Penghubung Peserta, yaitu orang yang mengenal medan, menghubungi, dan memastikan partisipasi peserta. Biasanya disebut mitra kerja lokal di daerah penelitian.
5. Penyedia Logistik, yaitu orang-orang yang membantu kelancaran FGD berkaitan dengan penyediaan transportasi, kebutuhan rehat, konsumsi, akomodasi (jika diperlukan), insentif (bisa uang atau barang/cinderamata), alat dokumentasi, dll.
6. Dokumentasi, yaitu orang yang mendokumentasikan kegiatan dan dokumen FGD: memotret, merekam (audio/video), dan menjamin berjalannya alat-alat dokumentasi, terutama perekam selama dan sesudah FGD berlangsung.
7. Lain-lain jika diperlukan (tentatif), misalnya petugas antar-jemput, konsumsi, bloker (penjaga “keamanan” FGD, dari gangguan, misalnya anak kecil, preman, telepon yang selalu berdering, teman yang dibawa peserta, atasan yang datang mengawasi, dsb)

2.7 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian terdapat pada gambar 2.1 berikut ini :

Penilaian Analisa Kualitatif Berkas Rekam Medis Pasien Diare Triwulan I tahun 2015 :



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 2.1 adalah komponen analisa kualitatif. Berkas rekam medis yang tidak lengkap atau tidak konsisten pencatatannya, terutama dalam pencatatan penanganan pengobatan dapat mengakibatkan data tidak lengkap dan juga dapat mengakibatkan terhambatnya proses pelayanan pengobatan kepada pasien. Hal tersebut tidak sesuai dengan Standart PERMENKES No:269 /MENKES /PER/III /2008 tentang

penyelenggaraan Rekam Medis yang lengkap dan akurat sehingga kebutuhan informasi dapat terpenuhi. Hasil Kelengkapan berkas rekam medis dapat dilihat pada diagnosis penyakit yang meliputi diagnosis masuk (Alasan saat dirawat), diagnosis tambahan, diagnosis akhir, diagnosis sekunder. Lembar berkas rekam medis yang berkesinambungan yang dilihat dari catatan perkembangan, instruksi dokter, catatan obat. Pengobatan penyakit diare dilihat pada anamnase, lama Diare, pemeriksaan penyakit, pemeriksaan penunjang dan tatalaksana pengobatan. Lembar persetujuan rawat inap dilihat pada waktu pencatatan dan tulisan mudah dibaca. Catatan jika terjadi ganti rugi dapat dilihat pada catatan kejadian pada berkas rekam medis yang dapat menyebabkan tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu deskriptif kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Deskriptif kualitatif adalah suatu prosedur penelitian yang menggunakan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau dari orang-orang dan pelaku yang diamati. Pendekatan *Cross Sectional* adalah setiap subjek penelitian diobservasikan hanya satu kali saja dan faktor resiko serta dampak diukur menurut keadaan atau status pada saat observasi (Sugiono, 2014).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Tempat Penelitian yaitu di RSUD Adoer Rahem Situbondo.

3.2.2 Waktu Penelitian

Peneliti berencana melakukan penelitian selama 3 bulan. Terhitung dari bulan Oktober sampai dengan Desember 2015.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010), populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Objek dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien diare triwulan I tahun 2015 di RSUD Abdoer Rahem Situbondo yang berjumlah 177 berkas rekam medis.

3.3.2 Sampel dan Pengambilan Sampel

Menurut Sugiyono (2014), sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel dalam penelitian kualitatif adalah sampel kecil, *purposive* dan berkembang selama proses penelitian. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 50 berkas rekam medis.

Menurut Nasution (2004) metode kualitatif sampelnya sedikit dan dipilih sesuai tujuan penelitian dan berhenti ketika mendapatkan informasi yang berulang.

Subjek penelitian adalah subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti.. Subjek ini yaitu kepala rekam medis 1 orang, petugas rekam medis 1 orang, dokter 2 orang dan perawat 3 orang.

3.4 Variabel Penelitian

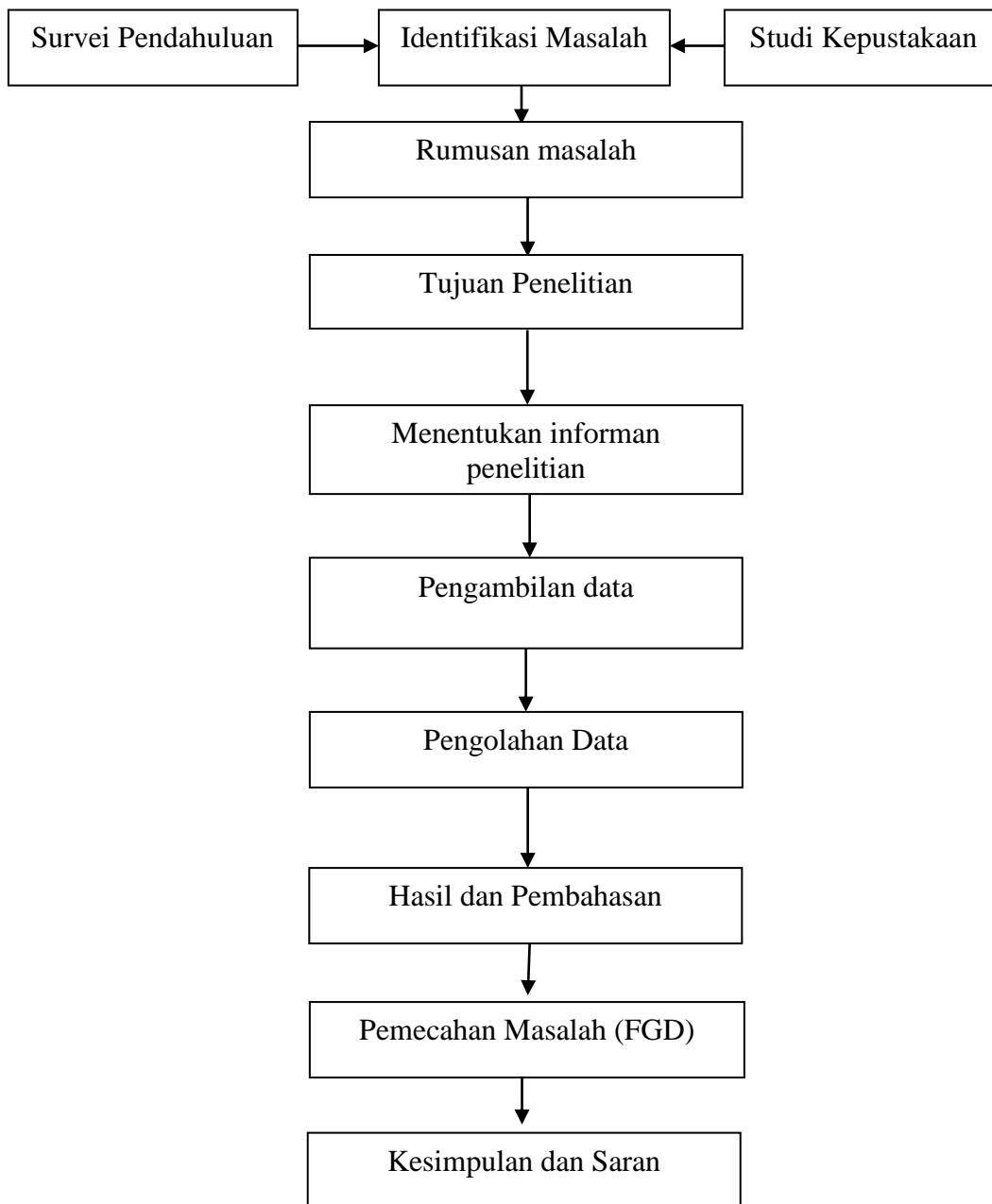
Variabel penelitian ini yaitu menganalisis kelengkapan berkas rekam medis pasien diare triwulan I tahun 2015.

No	Variabel	Definisi Istilah	Alat ukur
1.	Kelengkapan dan konsistensi diagnosis pada berkas rekam medis.	Menganalisis kelengkapan dan konsistensi diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015 dapat dilihat dari diagnosis masuk (Alasan saat dirawat), diagnosis tambahan, diagnosis akhir dan diagnosis sekunder	<i>checklist</i> dan pedoman wawancara
2.	Konsistensi pencatatan diagnosis pada berkas rekam medis.	Menganalisis Konsistensi pencatatan diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015 dilihat dari lembar catatan perkembangan, instruksi dokter dan catatan obat.	<i>checklist</i> dan pedoman wawancara
3.	Pencatatan hal-hal yang	Menganalisis Pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan penyakit diare di	<i>checklist</i> dan pedoman

	dilakukan saat perawatan dan pengobatan penyakit pada berkas rekam medis.	Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015 dilihat dari anamnase, lama diare, pemeriksaan penyakit, pemeriksaan penunjang dan tatalaksana.	wawancara
4.	<i>informed concent</i> pada berkas rekam medis.	Menganalisis <i>informed concent</i> pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015 dapat dilihat dari waktu pencatatan dan tulisan mudah dibaca	<i>checklist</i> dan pedoman wawancara
5.	Hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi pada berkas rekam medis	Catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga.	
6.	Kelengkapan berkas rekam medis sesuai PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008.	Kelengkapan berkas rekam medis sesuai PERMENKES No.269/MENKES/PER/III/2008 yang berisi tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan serta tindakan dan pelayanan yang lain yang telah diberikan.	

3.5 Tahapan Metode Penelitian

Adapun tahap penelitian yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 1.2 berikut ini :



Tabel 1.2 tahapan penelitian kualitatif

Keterangan Tahapan Penelitian :

1. Survei Pendahuluan

Kegiatan awal yang dilakukan peneliti untuk mengetahui kondisi lapangan serta untuk mendapatkan informasi untuk bahan melakukan penelitian. Peneliti melakukan survei di RSUD Abdoer Rahem Situbondo.

2. Identifikasi Masalah

Merupakan tahap dimana peneliti mulai menemukan adanya masalah pada lokasi penelitian. Permasalahan yang ditemukan adalah masih banyaknya jumlah berkas rekam medis pasien, khususnya pasien penyakit diare yang tidak lengkap dan pengisian berkas rekam medis yang belum konsisten sehingga mempengaruhi keakuratan isi berkas rekam medis.

3. Studi Kepustakaan

Kegiatan atau usaha yang dilakukan peneliti untuk mencari informasi yang relevan dengan permasalahan yang sedang ditelitinya. Yaitu dengan cara mencari teori-teori yang berkaitan dengan permasalahan, pada buku ilmiah, laporan penelitian, karangan ilmiah serta peraturan-peraturan.

4. Rumusan Penelitian

Kegiatan merumuskan masalah yang ada, untuk mendapatkan jawabannya melalui proses pengumpulan data.

5. Tujuan Penelitian

Dari hasil studi pendahuluan dan studi pustaka, peneliti melakukan tujuan penelitian yaitu menganalisis kelengkapan dan keakuratan isi berkas rekam medis pasien diare Triwulan I Tahun 2015 di RSUD Abdoer Rahem Situbondo.

6. Menentukan Informan Penelitian

Yaitu menentukan unit mana yang akan dijadikan sebagai subjek penelitian dan menentukan informan yang akan dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Dimana yang menjadi

unit analisis pada penelitian ini adalah bagian rekam medis pada RSUD Abdoer Rahem Situbondo.

7. Pengambilan Data Rekam medis

Peneliti mengambil populasi melalui 10 besar penyakit Triwulan I Tahun 2015 dan melakukan observasi pada berkas rekam medis pasien diare.

8. Pengolahan Data

Pada tahap ini dilakukan pengolahan data dengan cara menganalisis keakuratan pengisian berkas rekam medis, melakukan wawancara dan memecahkan masalah penelitian dengan FGD (*Focus Group Discussions*).

9. Hasil dan Pembahasan

Pada tahap ini dilakukan pembahasan tentang hasil dari data yang telah diolah dan dianalisis untuk mengetahui kekonsistensian pengisian berkas rekam medis terkait keakuratan isi berkas rekam medis pasien diare Triwulan I Tahun 2015.

10. Pemecahan Masalah

Pada tahap ini peneliti melakukan pelaporan hasil penelitian kepada rumah sakit dan akan dicari solusinya bersama-sama dan peserta memberikan *voting* beserta ranking terhadap ide-ide yang pilih atau dengan dengan *Focus Group Discussions* (FGD)

11. Kesimpulan dan Saran

Peneliti memberikan kesimpulan apakah hasil penelitian sesuai dengan hipotesis serta memberikan masukan atau jalan keluar dalam mengatasi permasalahan yang ada.

3.6 Sumber Data

a. Data primer

Menurut Sugiyono (2014), data primer merupakan data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data. Data primer penelitian yang diperoleh langsung dari sumber asli (tidak melalui perantara). Dalam penelitian ini data

primer diperoleh dengan wawancara mendalam dengan subjek penelitian, yaitu dokter, perawat dan petugas rekam medis.

b. Data sekunder

Menurut Sugiyono (2014), data sekunder merupakan sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat dokumen. Dalam penelitian ini data sekunder diperoleh dari observasi berkas rekam medis pasien diare RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015.

3.7 Teknik Pengumpulan Data

a. Teknik observasi

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan metode observasi. Observasi/pengamatan dilakukan oleh peneliti secara langsung terhadap berkas rekam medis pasien diare yang diambil secara acak untuk mengetahui kekonsistensian pengisian berkas rekam medis di RSUD Abdoer Rahem Situbondo.

b. Wawancara Mendalam (in-depth interview)

Yaitu suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan informasi secara lisan dari seseorang peneliti atau responden dengan bercakap-cakap bertatap muka langsung (Notoatmodjo, 2012). Wawancara mendalam penelitian dilakukan kepada dokter, perawat dan petugas rekam medis.

c. FGD (*focus group discussion*)

Berkas rekam medis yang diteliti dan tidak lengkap 100% maka akan dibahas dengan menggunakan pemecahan masalah. Dalam penelitian ini pemecahan masalah peneliti menggunakan teknik pemecahan FGD (*focus group discussion*). Pada penelitian ini pemecahan masalah yang dihasilkan yaitu pemecahan masalah jangka pendek. Pemecahan masalah jangka pendek yaitu dengan memecahkan masalah yang terjadi dilapangan dalam satu waktu tertentu dan belum ditemukan solusi dari permasalahan yang terjadi di lapangan untuk

jangka waktu yang lama. Pemecahan masalah pada penelitian ini petugas rekam medis meminta atau mengkonfirmasi kebenaran diagnosis dari dokter sesuai prosedur rumah sakit dan untuk kekosongan pencatatan lembar *informed consent* persetujuan rawat inap petugas mengisi sendiri lembar persetujuan untuk melengkapi isi berkas rekam medis.

3.8 Instrumen Penelitian

Instrumen/alat yang digunakan dalam mengumpulkan data pada penelitian ini adalah *checklist* observasi, pedoman wawancara dan alat perekam.

3.9 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validitas internal), *transferability* (validitas eksternal), *dependability* (reabilitas) dan *confirmability* (obyektivitas) (Sugiono, 2014).

a. Uji Kredibilitas

Adalah uji yang meliputi kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif. Tahapan Uji Kredibilitas antara lain:

1. Perpanjangan pengamatan

perpanjangan pengamatan yaitu peneliti kembali ke lapangan, melakukan pengamatan, wawancara lagi dengan sumber data yang pernah ditemui maupun yang baru. Dengan perpanjangan pengamatan berarti hubungan peneliti dengan nara sumber akan semakin terbentuk *rapport*, semakin akrab, semakin terbuka, saling mempercayai sehingga tidak ada informasi di sembunyikan (Sugiono, 2014).

Peneliti melakukan pengamatan, wawancara lagi dengan sumber data yaitu dokter, perawat dan petugas rekam medis lebih dari 1 kali, sehingga informasi yang didapat lebih berkembang dan sesuai kebutuhan penelitian.

2. Meningkatkan ketekunan

Meningkatkan ketekunan yaitu melakukan pengamatan secara lebih cermat dan berkesinambungan sehingga kepastian data dan urutan peristiwa akan dapat direkam secara pasti dan sistematis.

Peneliti melakukan penelitian selama satu bulan dan melakukan penelitian dengan wawancara, telaah berkas rekam medis kemudian wawancara kembali jika terdapat ketidaksesuaian dengan isi berkas rekam medis

3. *Triangulasi*

yaitu sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu. Sumber data penelitian yaitu dokter perawat dan petugas rekam medis.

4. Menggunakan bahan referensi

yaitu adanya pendukung untuk membuktikan data yang telah ditemukan oleh peneliti. Peneliti menggunakan jurnal dan penatalaksanaan depkes untuk referensi pada penelitian.

5. Mengadakan *membercheck*

Member check adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data. Tujuannya yaitu untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh pemberi data. Hasil masalah penelitian yang ditemukan peneliti dilihat oleh kepala rekam medis sebagai bahan masukan bagi pihak rekam medis.

b. Pengujian *Transferability*

Yaitu merupakan validitas eksternal agar orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian yang telah didapat, maka peneliti dalam membuat laporannya harus memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya. Laporan penelitian diminta oleh pihak rumah sakit untuk diterapkan.

c. Pengujian *Dependability*

Yaitu dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian oleh auditor yang independen, atau pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian. Hasil penelitian dilihat dan diamati oleh kepala rekam medis dari awal penelitian sampai dengan hasil penelitian.

d. Pengujian *Confirmability* (obyektifitas penelitian)

Yaitu penelitian dikatakan obyektif jika hasil penelitian telah disepakati bersama. Hasil penelitian yang ditemukan telah disepakati bersama dan digunakan untuk masukan saat proses akreditasi rumah sakit.

3.10 Teknik Penyajian Data

Pada penelitian ini peneliti menggunakan penyajian data secara *tekstular*. Penyajian data secara *tekstular* adalah penyajian data hasil penelitian dalam bentuk narasi atau kalimat (Notoatmodjo, 2010).

3.11 Analisis Data

Menurut Miles dan Huberman (2004), terdapat tiga teknik analisis data kualitatif yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

1. Reduksi Data

Adalah bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisasi data sedemikian rupa sehingga kesimpulan akhir dapat diambil.

Pada penelitian ini data yang dihasilkan sesuai dengan tujuan khusus pada penelitian. Kelengkapan data yang diperoleh oleh peneliti sesuai dengan kondisi lapangan sehingga peneliti dapat menjelaskan keadaan lapangan dan membahas permasalahan kemudian memberikan kesimpulan dan saran.

2. Penyajian Data

Adalah kegiatan ketika sekumpulan informasi disusun, sehingga memberi kemungkinan akan adanya penarikan kesimpulan.

Pada penelitian ini peneliti membahas permasalahan yang ditemukan dan mencari solusi bersama-sama sehingga dapat ditarik kesimpulan dan saran.

3. Penarikan Kesimpulan

Adalah hasil analisis yang dapat digunakan untuk mengambil tindakan. Pada penelitian ini, peneliti menarik kesimpulan dari permasalahan yang ditemukan dan permasalahan diselesaikan dengan menggunakan FGD (*Focus Group Discussions*)

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum RSUD Abdoer Rahem Situbondo

RSUD Abdoer Rahem Situbondo merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Situbondo yang secara resmi menjadi rumah sakit Tipe C berdasarkan PERDA Nomor 5 tahun 1985 tanggal 23 Pebruari 1985 dan SK Menkes RI Nomor 303/Menkes/SK/IV/1987 tanggal 30 April 1987. Adapun dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya berpedoman pada Peraturan Daerah Kabupaten Situbondo Nomor 08 tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah sakit umum daerah Kabupaten Situbondo.

RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo saat ini telah berstatus BLUD penuh sesuai dengan amanat UU No. 44 tahun 2009 pasal 20 tentang Rumah sakit dan PP nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum (PPK-BLU), yang ditindak lanjuti dengan SK Bupati Situbondo Nomor 188/623/P/004.2/2009 tertanggal 23 Desember 2009. Penerapan PPK-BLUD diharapkan bisa memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Status BLUD dapat diraih, karena atas komitmennya dalam menjalankan amanah tersebut dapat berberfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan rujukan di Kabupaten Situbondo yang paripurna dan bermutu yang menekankan pada pelayanan yang cepat, tepat dan profesional dengan harga yang terjangkau serta menekankan pada kepuasan pelanggan.

4.1.1 Visi, Misi, Motto dan Strategi (Program Kerja)

Untuk dapat terlaksananya tugas pokok dan fungsi RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo telah ditetapkan visi dan misi sebagai berikut:

a. Visi

Visi yang ditetapkan dalam pelaksanaan tugas pokok tersebut diatas adalah : "Terwujudnya RSUD dr. Abdoer Rahem yang bermutu dan menjadi kebanggaan masyarakat Situbondo". Visi yang dimaksud adalah setiap kegiatan dan program harus diarahkan pada pencapaian standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah sakit. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan akan menjamin kepuasan pasien yang akhirnya berujung pada kebanggaan masyarakat.

b. Misi

Misi RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan pelayanan medik dan keperawatan kepada pasien sesuai standar pelayanan rumah sakit.
2. Meningkatkan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan yang optimal.
3. Meningkatkan pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel
4. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM rumah sakit .
5. Meningkatkan pelayanan administrasi yang tepat, cepat dan informatif kepada masyarakat.

c. Strategi Program Kerja Dalam Pencapaian Visi dan Misi

1. Meningkatkan pelayanan medik dan keperawatan sesuai standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan menurut SK Bupati No.5 tahun 2010, dilakukan melalui akreditasi mutu pelayanan bertahap hingga tahun 2015 .
2. Meningkatkan sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan diarahkan untuk persiapan menjadi Rumah sakit type B.
3. Meningkatkan pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel, sesuai tuntutan pengelolaan Keuangan BLUD.
4. Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM Rumah sakit sampai tahun 2015 sudah sesuai kebutuhan Rumah sakit type B.

5. Meningkatkan pelayanan administrasi yang tepat cepat dan informative kepada masyarakat diarahkan untuk memenuhi harapan public, tidak birokratis, dan bersifat melayani.

d. Motto

Bersih dan kasih sayang

4.1.2 Maklumat atau Janji Pelayanan

Kami seluruh pegawai RSUD dr Abdoer Rahem Situbondo, menyatakan sanggup memberikan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan. Apabila kami tidak memenuhi janji, kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

4.1.3 Komitmen Pelayanan RSUD dr. Abdoer rahem situbondo

- a. Memberikan pelayanan secara ikhlas dan sepuh hati
- b. Meningkatkan disiplin dan tanggung jawab terhadap pekerjaan yang diamanahkan
- c. Menjaga kerja sama dengan seluruh bagian di rumah sakit
- d. Memiliki keyakinan bahwa RSUD dr. Abdoer rahem situbondo bisa menjadi yang terbaik.

4.1.4 Kapasitas Tempat Tidur Rumah Sakit

- | | |
|------------------------|-------------------|
| a. Kelas VVIP | : 12 Tempat Tidur |
| b. Kelas VIP | : 11 Tempat Tidur |
| c. Kelas 1 | : 42 Tempat Tidur |
| d. Kelas 2 | : 29 Tempat Tidur |
| e. Kelas 3 | : 99 Tempat Tidur |
| f. ICU | : 6 Tempat Tidur |
| g. TT di ruang Isolasi | : 9 Tempat Tidur |
| h. TT Bayi Baru Lahir | : 3 Tempat Tidur |

4.1.5 Tabel Jumlah Tenaga Kerja Di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

No	Tenaga	Jumlah
1	Dokter	35
2	Dokter Gigi	6
3	Dokter Umum	17
4	Dokter Spesialis	12
5	Perawat	227
6	Pegawai Khusus Terapi	3
7	Teknisi Medis	13
10	Pegawai Khusus Bidan	52
11	Pegawai Khusus Gizi	3
12	Pegawai Khusus Kefarmasian	12
13	Pegawai Khusus Kesehatan Masyarakat	6
14	Pegawai Non Kesehatan	256
Jumlah		642

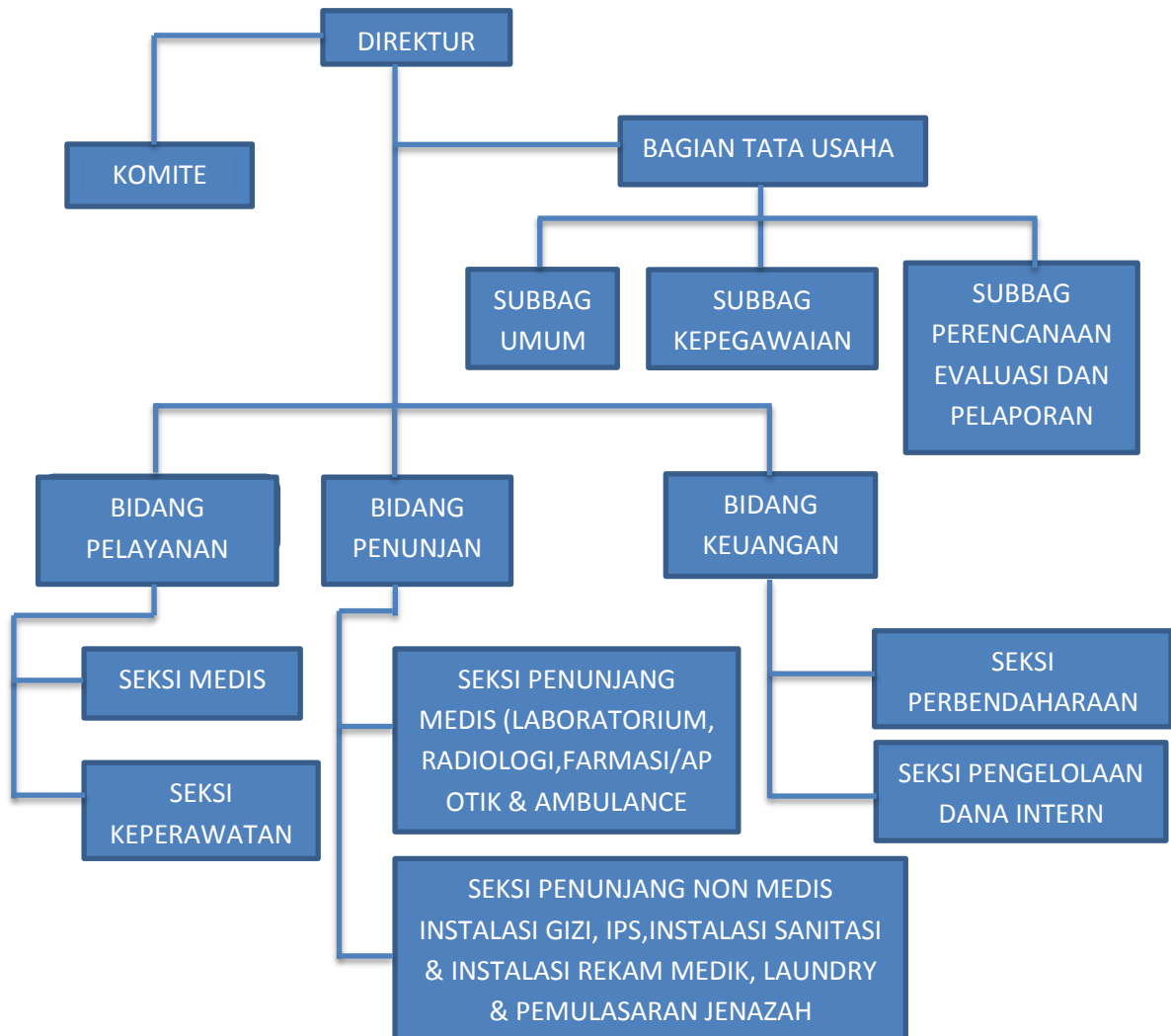
4.1.6 Fasilitas dan Peralatan Penunjang

- a. Endoskopi
- b. Hemodialisa
- c. Radiologi
- d. EEG

- e. Laboratorium
- f. Endoscopy
- g. Broncoscopy
- h. CT Scan
- i. VCT
- j. SIMRS
- k. Ambulan
- l. USG, X-Ray, Inkubator
- m. Meja Operasi
- n. Mesin Anestesi, Ventilator dan Defribilator

4.1.7 Berikut adalah Struktur Organisasi RSUD dr. Abdoerrahem Situbondo

STRUKTUR ORGANISASI RSUD dr. ABDOERRAHEM SITUBONDO



4.2 Hasil dan Pembahasan

4.2.1 Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.

Berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo terdapat dua jenis berkas yaitu berkas rawat jalan dan berkas rawat inap. Sampel penelitian ini adalah berkas rawat inap pasien kasus diare Triwulan I tahun 2015 yang berjumlah 50 berkas. Hasil penelitian kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis diare dilihat dari Diagnosis masuk (Alasan saat dirawat), Diagnosis tambahan, Diagnosis akhir dan Diagnosis sekunder.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 50 berkas rekam medis pasien diare triwulan I tahun 2015, dihasilkan berkas rekam medis lengkap dan konsisten berjumlah 38 berkas, sedangkan jumlah berkas rekam medis yang tidak lengkap dan tidak konsisten berjumlah 12 berkas rekam medis. Berkas rekam medis masih terdapat banyak kesalahan penegakan diagnosis. Berkas yang seharusnya berdiagnosis diare non-infeksi menjadi diare infeksi. Kesalahan dalam pemberian diagnosis diduga dapat berdampak pada kodefikasi yang mempengaruhi terhadap klaim biaya perawatan, administrasi rumah sakit, dan kualitas pelayanan yang ada di rumah sakit. Kurangnya ketepatan pemberian diagnosis penyakit diduga disebabkan dokter dan perawat hanya melihat keluhan pasien saat masuk dan tidak melihat hasil laboratorium pasien.

“...dilihat dari pertama pasien masuk, keluhannya apa. Kalau penyakit diare ditanyakan sudah berapa hari, terus dilihat kondisi pasien baru diobatin. Kalau pasien lemas kurang cairan biasanya rawat inap.”

“...pasien banyak yang menderita demam, tapi sebabnya tetap dari diarenya”

“Kalau diare infeksi dari keracunan, dari dokter kita belum tahu itu diare infeksi atau noninfeksi, soalnya belum melihat hasil labnya, yang penting ditanganin sesuai penyakitnya dulu, kalau kata orang biar slamet dulu mas”.

(Responden D1)

Sedangkan untuk keterangan tindakan perawatan dari perawat meneruskan tindakan perawatan dari dokter, yaitu perawat memberikan infus agar cairan tubuh pasien dapat normal kembali. Penegakan diagnosis pada tetap dilakukan oleh dokter dan perawat memberikan perawatan sesuai instruksi dokter.

“Dari perawat kita hanya mengikuti diagnosis dokter saja, untuk pasien diare kita kasih infus agar cairan dalam tubuh stabil dan diarenya cepet mampet”

“...biasanya kalau awalnya kena diare diagnosa keluarnya juga tetap diare, paling pas perawatan kadang keluar darah, lendir sama demam”

Responden P1,P2

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Tujuannya yaitu untuk memberikan acuan bagi dokter dalam memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan primer baik milik pemerintah maupun swasta dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan sekaligus menurunkan angka rujukan. Panduan praktik klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer meliputi pedoman penatalaksanaan terhadap penyakit yang dijumpai dilayanan primer berdasarkan kriteria seperti penyakit yang prevalensinya cukup tinggi, penyakit dengan risiko tinggi dan penyakit yang membutuhkan pembiayaan tinggi.

Pentingnya penegakan diagnosis yang benar dapat memudahkan kinerja petugas rekam medis untuk menentukan diagnosis primer dan diagnosis sekunder terutama pada pasien diare, kebenaran pemberian diagnosis akan berpengaruh terhadap kodifikasi dan tarif pelayanan pasien terutama pasien BPJS.

“Kalau dari sini (petugas rekam medis) lihatnya dari anamnase, pemeriksaan fisik sama pemeriksaan penunjang dek, tapi kalau diagnosa keluar biasanya sama dengan diagnosis awal masuk, jadi kita ngoding penyakit sesuai diagnosa yang ditulis dokter”

Responden 1

Kelengkapan berkas dan kekosistenan diagnosis penyakit berguna untuk mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di sarana pelayanan kesehatan,

memudahkan proses penyimpanan dan pengambilan data terkait diagnosis karakteristik pasien dan penyedia layanan, bahan dasar dalam pengelompokan DRGs (*Diagnosis Related Groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis, menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, dan untuk penelitian epidemiologi dan klinis. (Hatta, 2008).

Di RSUD Abdoer Rahem Situbondo seringkali dokter salah menuliskan diagnosis pasien, sehingga membingungkan bagi petugas rekam medis untuk menentukan diagnosis primer dan diagnosis sekunder pada penyakit pasien. Kesalahan penegakan diagnosis membuat petugas rekam medis harus mengkonfirmasi kebenaran pemberian diagnosis. Petugas harus mencari dokter yang bersangkutan untuk dimintai keterangan. Kesalahan penulisan diagnosis pasien diduga menyulitkan petugas rekam medis kesulitan untuk mengonfirmasi kebenaran diagnosis dari dokter dikarenakan jam dokter yang sibuk untuk pelayanan dan juga jadwal dokter tertentu yang hanya sebulan 2 kali berada di RSUD Abdoer Rahem situbondo.

“ Kalau salah memberi diagnosa biasanya kita nyari ke dokternya langsung, kita konfirmasi kedokternya, dokter kadang lama juga nentuin diagnosanya soalnya baca satu-satu gitu dek.”

“...penyakit diare biasanya ada demam, fever itu. Diagnosa utamanya tetap diare, baru yang diagnosa sekundernya fever.”

“...untuk diare kebanyakan diagnosa masuk sama dengan diagnosa keluar”

“...iya kalau yang infeksi ada tulisan bakterinya dihasil lab, bakteri ++ sama virus itu kan?, tapi kalau dari kita manut saja diagnosa yang ditegakin dokter. Seringan tulisan dokter hanya D sreet gitu dek, jadi kita tetep ngoding diare infeksi.”

“Kalau untuk klaim BPJS saya tidak tahu dek, kebanyakan kalau klaim diare yang infeksi, kadang yang non-infeksi ikutan diklaim yang infeksi, sama saja mungkin tarifnya.”

Responden 1,2

Ketidaksesuaian dalam pemberian diagnosis berdampak pada kebenaran kodefikasi penyakit pasien yang diduga dapat berpengaruh terhadap klaim biaya perawatan, administrasi rumah sakit, dan kualitas pelayanan yang ada dirumah sakit.

Berdasarkan PERMENKES no. 269 pasal 13 tahun 2008 menyebutkan bahwa pemanfaatan rekam medis dapat dapat dipakai sebagai :

- a. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
- b. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan
- c. Keperluan pendidikan dan penelitian
- d. Data statistik kesehatan

Salah satu manfaat rekam medis yaitu sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan, dimana biaya pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh ketepatan diagnosis pasien dan ketepatan kodefikasi diagnosis pasien terutama pada pasien BPJS dimana tarif klaim INA-CBG berdasarkan ketepatan diagnosis utama, penyerta atau komplikasi dan tindakan yang dilakukan oleh pasien.

Penyebab kesalahan kodefikasi berkas rekm medis yaitu kesalahan penegakan diagnosis utama pada penyakit diare, diagnosis yang seharusnya diare inon-infeksi pada berkas rekam medis ditulis menggunakan diare infeksi sehingga hal tersebut diduga dapat menyebabkan perbedaan tarif klaim antara diare infeksi dan diare non-infeksi. Penanggulangan permasalahan pada penegakan diagnosis yang seharusnya diagnosis diare noninfeksi dan ditulis diare infeksi pada berkas rekam medis yaitu dengan langsung mengkode penyakit yang diagnosisnya sudah dituliskan oleh dokter tanpa melihat hasil laboratorium pasien dan tidak meminta kebenaran diagnosis dokter untuk mempercepat pelayanan. Selain itu beberapa petugas rekam medis tidak mengetahui perbedaan tarif klaim pada penyakit diare terutama pada pasien BPJS.

Solusi jangka panjang untuk penegakan diagnosis yang benar yaitu tetap dengan meminta atau mengkonfirmasi kebenaran diagnosis dari dokter sesuai prosedur rumah sakit.

“ Kalau dari pihak RM untuk diare langsung kita kode sesuai diagnosa yang ditegakin dokter, kalau ada kekeliruan kita konfirmasi tadi dek. Kalau dokter tidak ditempat langsung kita kode sesuai diagnosanya biar cepat”

“...yang diare bisa langsung kita kode yang non infeksi kan sudah kelihatan langsung, kalau yang komplikasi itu yang susah dek, kadang kita nentuin diagnosa primernya bareng-bareng.”

“ Solusinya ya itu kita kerjain bareng-bareng, kalau untuk konfirmasi kesalahan diagnosa kita sesuai prosedur, cari dokternya konfirmasi diagnosa yang benar mana.”

“kalau untuk jangka panjang tetap dek (sesuai prosedur), kan ga mungkin dokternya suruh ke RM, yang ad kita yang nyari nguber-nguber dokternya”

4.2.2 Kekonsistenan pencatatan diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015.

Kekonsistenan merupakan suatu penyesuaian atau kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian pada berkas rekam medis. Tiga hal yang harus konsisten pada berkas rekam medis yaitu catatan perkembangan, intruksi dokter dan catatan obat. Berdasarkan 50 berkas rekam medis yang telah diteliti, kekonsistenan pencatatan diagnosis pada berkas rekam medis dilihat dari lembar catatan perkembangan, intruksi dokter dan catatan pengobatan. Kesesuaian tindakan perawatan dapat dilihat dari informasi pengobatan, tindakan dan rencana pengobatan pasien selama perawatan, informasi yang didapat berkesinambungan dengan tindakan yang telah diberikan oleh petugas medis. Tulisan dan waktu pengobatan yang diberikan jelas, sehingga dapat dilihat setiap pemberian tindakan pengobatan karena terdapat informasi waktu. Selain itu resep yang diberikan dokter jelas, pasien diare infeksi dewasa mendapat obat newdiatab dan ranitidine, sedangkan bayi dan anak-anak mendapatkan zink untuk menghilangkan diare sesuai dengan dosis minum dari dokter.

“Kalau catatan perkembangan, instruksi dokter sama catatan obat selama ini tidak ada masalah dek, kita lihatnya juga jelas. Dulu memang banyak yang kurang lengkap, sekarang banyak perawat baru jadi tulisannya jelas buat dibaca, kalau untuk resep dokter pasti nulis dek, itu kertas resepnya ada 3 rangkap, yang pertama putih, kedua merah ketiga biru.”

Responden 1,2

Hal tersebut sesuai dengan PERMENKES No: 269/ MENKES/ PER/III/2008 tentang berkas rekam medis yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan

yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan.

Disisi lain timbulnya perhatian dan tanggung jawab terhadap kelengkapan isi berkas rekam medis berkas juga membuat petugas rekam medis memudahkan dalam menentukan diagnosis pasien sehingga membuat petugas mudah menentukan kodefikasi penyakit pasien. Formulir rekam medis yang terisi dan mencakup informasi tindakan pengobatan memudahkan petugas rekam medis dalam membaca diagnosis ketika dokter tidak jelas dalam menuliskan diagnosis pada lembar keluar pasien.

“Catatan perkembangan biasanya ditulis sesuai yang jaga, kan sift-sift an kalau disini. Jadi kita berusaha nglengkapin berkas selengkap mungkin, trus tulisannya harus bagus, minimal bisa dibaca temennya. Jadi yang jaga selanjutnya enak kalau mau melihat catatan yang ditulis sebelumnya.”

“ ya sering ditegur kita disini, apalagi waktu akreditasi, kan mesti lengkap berkasnya, jadi kita kalau diruangan gini ya nglengkapin catatan rawat pasien biar ga nglengkapin waktu kita jam pulang.”

Responden P1,2

Menurut Kepmenkes RI No.129/MENKES/SK/II/2008 kelengkapan dokumen rekam medis merupakan satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit, karena segala informasi yang penting menyangkut rencana pengobatan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien sebagai dasar untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1332/MENKES/X/2002 adalah pemberian resep dokter sesuai dengan tanggung jawab dan standar profesi kedokteran yang dilandasi pada kepentingan masyarakat.

Ketidakadaan permasalahan pada kekonsistenan pencatatan berkas rekam medis berbanding lurus dengan kemudahan terutama pada petugas rekam medis dalam membaca dan menentukan diagnosis penyakit pasien ketika dokter tidak jelas dalam menuliskan diagnosis di lembar riwayat keluar pasien.

“Tidak ada masalah kalau buat itu, selama kita paham sama tulisan dan maksudnya, itu yang mempermudah kita buat ngoding penyakit ketika dokter tidak jelas nulis diagnosanya.”

“..iyaa dilihat dari keluhan atau anamnase, lab, Catatan perkembangan, instruksi dokter.”
(Responden 1,2)

4.2.3 Menganalisis Pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan penyakit diare pada berkas rekam medis di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015

Berdasarkan penelitian di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo, berkas rekam medis terdapat lembar catatan medis, diantaranya :

1. RM-01 : Identitas Pasien dan anamnase
2. RM-02 : Ringkasan Masuk dan Keluar
3. RM-03 : Pemeriksaan Fisik
4. RM-04 : Pengkajian Keperawatan
5. RM-05 : Catatan perkembangan terintegrasi
6. RM-06 : Catatan Pengobatan
7. RM-07 : Hasil Laboratorium
8. RM-08 : Lembar Persetujuan Tindakan Kedokteran
9. RM-09 : Laporan Operasi
10. RM-10 : Resume Medis
11. RM-11 : Resep
12. RM-12 : Surat Keterangan Pasien Keluar

Penatalaksanaan pengobatan pasien diare dapat dilihat pada formulir berkas rekam medis terutama pada formulir Identitas Pasien dan anamnase (RM-01), Pemeriksaan Fisik (RM-03), Pengkajian Keperawatan (RM-04), Catatan perkembangan terintegrasi (RM-05), Catatan Pengobatan (RM-06), Hasil Laboratorium (RM-07), Resume Medis (RM-10), dan formulir pemberian resep (RM-11).

Sesuai PERMENKES No.69 pasal 17 tentang Kewajiban RS dan Kewajiban Pasien, Setiap Rumah Sakit wajib memberikan pelayanan pengobatan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Pelayanan kesehatan yang aman dan efektif dilaksanakan paling sedikit sesuai dengan sasaran keselamatan pasien Rumah Sakit yang meliputi ketepatan identifikasi pasien,

komunikasi yang efektif, keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh.

Di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo pengobatan pasien diare dilakukan dan disesuaikan dengan PPK (Panduan Penatalaksanaan Klinis) dan juga SOP (Standart Operasional Prosedur) Di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo. SOP pengobatan diare pada bayi dan anak-anak belum dibuat, tetapi pengobatan diare pada anak-anak sudah sesuai dengan buku saku petugas kesehatan lintas diare Depkes RI tahun 2011.

“Penanganan diare itu sama, mau dimana saja itu sama, namanya SOP rumah sakit mesti sama, karna itu sudah berdasarkan aturan dari Depkes, tujuannya juga sama buat kesembuhan pasien, tetapi kita disini menyesuaikan dengan yang dilapangan, tapi standarnya hampir sama dengan aturan dari Depkes.”

Responden D1

Menurut undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah menyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit dan pemeliharaan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna serta pengobatan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif.

Pada Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo pengobatan penyakit diare dimulai dengan melihat anamnase pasien (RM-01). Petugas medis melihat seberapa parah tingkat dehidrasi yang dialami pasien. Petugas memberikan cairan (Infus) untuk menghilangkan tingkat dehidrasi terhadap penderita. Pasien dicek laboratorium guna melihat penyebab dan melihat tingkat keparahan pasien diare. Dari hasil laboratorium (RM-07) petugas melihat pasien menderita penyakit diare infeksi atau non-infeksi. Diare infeksi adalah diare yang disebabkan oleh bakteri, virus, dan jamur, sedangkan diare non infeksi disebabkan oleh keracunan pada makanan.

“Infeksi? iya penyebabnya virus infeksi jamur, kalau non infeksi salah makan, keracunan makanan...keracunan makanan kayak ikan laut, macam-macam, kalau yang sering disini makanan laut itu, kan disini dekat pantai”

“Biasanya sudah langsung kelihatan dihasil labnya, kalau yang infeksi ada hasilnya bakteri ++ atau virus, kalau yang bukan infeksi hanya na atau fesesnya lembek cair terus sama nyeri perut”

Responden D1,D2

Menurut PerMenKes 917/Menkes/Per/10/2004, pengobatan penyakit adalah sediaan atau panduan-panduan yang siap digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki secara fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosa, pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan peningkatan kesehatan.

Pengobatan diare pada anak-anak di Rumah Sakit Addoer Rahem Situbondo diberikan obat zink sesuai usia dan diberikan antibiotik sesuai tingkat keparahan penyakit diare. Untuk tindakan pengobatan diberikan cairan infus sesuai dengan tingkat dehidrasi pada penderita.

"Kalau untuk anak-anak biasanya dikasih zink itu untuk diarenya, antibiotik sama cairan infus itu, itu kebanyakan udah mampet diarenya, untuk cairan oralit tidak diberikan disini kan sudah ada infus, biasanya itu untuk dirumah biar cepet mampet diarenya"
"...untuk ASI tidak apa-apa diberikan,tapi kalau susu yang beli itu selama sakit tidak boleh dikonsumsi, ndak sembuh-sembuh nanti dek."

Responden P1, P2

Pengobatan pasien dewasa berbeda dengan pengobatan bayi dan anak-anak. Sesuai dengan PPK diare Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo, pengobatan dilakukan dengan kolaborasi pemberian obat anti diare (*ranitidine*, *ondansetron*, *newdiatab*, dan antibiotik) injeksi dan rehidrasi cairan tinggi elektrolit (Infus). Untuk pasien diare usia dewasa pengobatan tidak sama, karena terdapat pasien diare biasa dan pasien yang menderita diare dengan lendir dan darah.

"Dihitung dengan berat badan dan tingkat dehidrasinya, biasanya diberi antibiotik sama obat, obatnya macam-macam tergantung sakitnya, tapi biasanya kalau dokter disini ngasih ranitidine, ondansetron, newdiatab, sama antibiotik obatnya, kalau dehidrasinya dikasih infus itu...untuk yang lendir darah-darah disini dikasih infus metronidasol, sekalian sama ngilangin dehidrasinya."

Responden P1, P2, P3

Pada Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo belum terdapat SOP pengobatan untuk pasien diare non infeksi, dokter dan petugas medis hanya memberikan obat anti nyeri perut dan infus untuk menyembuhkan diare non-infeksi.

"...selain diare infeksi tidak diberikan antibiotik, diberi newdiatab sama ondancetron untuk memampatkannya saja, yang jelas cairan infus biar tidak kehilangan cairan."

Responden D2

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 8 pasal 4 tahun 2015 menyebutkan bahwa penggunaan antibiotik secara bijak merupakan penggunaan

antibiotik secara rasional dengan mempertimbangkan dampak yang muncul dan menyebarnya mikroba (bakteri). Caranya dengan meningkatkan peranan pemangku kepentingan di bidang penanganan penyakit infeksi dan penggunaan antibiotic serta mengembangkan dan meningkatkan fungsi laboratorium mikrobiologi klinik dan laboratorium penunjang lainnya yang berkaitan dengan penanganan penyakit infeksi).

Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo membutuhkan penyakit diare non infeksi agar kebenaran tindakan pengobatan pada pasien diare tepat dan sesuai, karena pengobatan yang tepat dan sesuai dapat menjadi bukti pengobatan yang diberikan terhadap pasien penderita penyakit diare non-infeksi. Jika tidak terdapat SOP (Standart Operasional Prosedur) sebagai petunjuk pengobatan, dokter dan petugas medis lainnya dapat dituntut oleh pihak pasien jika terdapat kesalahan penanganan dan pengobatan terhadap pasien.

Semua pengobatan dan tindakan akan tertulis pada berkas rekam medis. Sesuai dengan JCAHO(*Joint commission on accreditation of health care*) rekam medis Rumah Sakit adalah rekam medis yang lengkap, yang memuat riwayat pasien, kondisi terapi, dan hasil perawatan. Rekam medis rumah sakit merupakan alat bukti hukum penting yang dapat digunakan dalam berbagai perkara hukum, karena isi berkas rekam medis terdapat informasi umum dan informasi klinis rekam medis yang dapat membantu rumah sakit atau dokter dalam merekonstruksi kembali urutan terapi dan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan dapat diterima dalam kondisi yang ada pada saat itu.

Dari hasil diskusi bersama tentang pengobatan penyakit diare pada berkas rekam medis untuk pasien diare non infeksi yaitu pengobatan yang dilakukan sama dengan diare infeksi, tetapi diare non infeksi lebih banyak diberikan antibiotik dan obat *newdiatab* untuk menyembuhkan diare yang diderita pasien.

“Pengobatannya kurang lebih sama saja, soalnya sama-sama diare, penanganannya juga hampir sama tergantung kondisi pasien saat masuk, ya diberi cairan infus sama obat diare ... pasien kadang menganggap penyakit diare itu ringan, tinggal beli obat ditoko terus sembuh, padahal diare itu bahaya kalau tidak segera diatasi, bisa sampek meninggal, sering disini sampek meninggal pasiennya gara-gara telat bawa kesini”

Responden P1,P2,P3

4.2.4 Menganalisis *Informed Consent* pada Berkas Rekam Medis Pasien Diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap berkas rekam medis yang berjumlah 50 berkas, dalam penelitian tidak ditemukan *informed consent* untuk tindakan operasi yang dilakukan oleh dokter dan tenaga medis lainnya sehingga tidak terdapat lembar *informed consent* pada berkas rekam medis. Berkas rekam medis pasien tertulis sesuai dengan pengobatan penyakit diare yang diderita dan pasien pulang dari perawatan rawat inap rata-rata 2-3 hari.

“...Untuk penyakit diare tidak ada dek, tidak pernah saya temui kayak gitu, soalnya pasiennya diare 2-3 hari udah pulang, pulanginya juga sembuh tidak sampai operasi atau apa, kalau yang sampai meninggal pernah saya temuin dek.”
“...tidak ada, kalau ada mau diisi apa informed consentnya.”

Responden D1, R2

Lembar *Informed consent* persetujuan rawat inap pada 50 berkas rekam medis, *informed consent* yang terdapat informasi persetujuan berjumlah 16 berkas, yang tidak terdapat informasi persetujuan berjumlah 34 berkas, lembar *informed consent* terbaca berjumlah 42 berkas dan Lembar *informed consent* kosong berjumlah 8 berkas. Banyaknya lembar persetujuan yang kosong dan tidak adanya lembar informasi pengobatan yang dilakukan dokter untuk pasien disebabkan oleh desain formulir untuk pengisian persetujuan rawat inap masih baru sehingga petugas tidak mengetahui jenis formulir yang digunakan, sehingga banyak pasien yang tidak menulis lembar persetujuan rawat inap. Selain itu banyaknya formulir yang tidak terbaca disebabkan oleh keluarga pasien yang bingung dan terburu-buru dalam pengisian lembar *Informed consent* persetujuan rawat inap.

“Iya awal-awal dulu banyak yang kosong, soalnya kita cari formulirnya ketika pasien mau rawat inap tidak ada, baru dikasih tahu kepala RM kalau ada formulir persetujuan baru selang berapa hari, itu saja naruhnya dibawah meja formulirnya, jadi tidak ada yang tahu.”

Responden 2

Selain itu, tulisan pada formulir rekam medis banyak yang tidak jelas sehingga petugas rekam medis kesulitan dalam membaca tulisan pada lembar *Informed concent* berkas rekam medis.

“...iya pasiennya sendiri yang ngisi, kalau tidak tahu baru nanya kepetugas yang jaga, tapi tulisannya gitu dek ada yang jelas ada yang ndak jelas, kan orang tua dulu tulisannya miring-miring, kalau dari kita yang penting ada tanda tangannya.”

Responden 1

Petugas rekam medis mengerti bahwa formulir *Informed concent* yang kosong dapat mengurangi kelengkapan berkas rekam medis dan berdampak pada akreditasi rumah sakit.

“...Iya itu penting, soalnya lembar persetujuan waktu akreditasi suruh nglengkapi, kadang kalau ada yang kosong-kosong kita yang ngisi biar lengkap.”

Responden 1

Lembar *Informed concent* persetujuan rawat inap sendiri menurut Ketentuan Umum Pasal 1 angka 1 Permenkes No. 290 tahun 2008 merupakan bukti bahwa pasien bersedia atau menyetujui menerima pelayanan di rumah sakit. *Informed concent* persetujuan rawat inap diisi oleh pasien yang baru pertama kali datang dan akan menerima pelayanan di rumah sakit. Isi dari persetujuan rawat inap yaitu berisi pernyataan bahwa pasien bersedia menerima pelayanan yang akan diberikan di rumah sakit dan sanggup menanggung biaya pengobatan hingga pasien keluar.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.290/MENKES/PER/III/2008 yang berkaitan dengan aspek hukum adalah Informed Consent, “informed” yang berarti informasi atau keterangan dan “consent” yang berarti persetujuan atau memberi izin. *Informed consent* adalah persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan

dilakukan terhadap pasien tersebut. Kegunaan *Informed consent* sendiri bagi pelaksana pelayanan kesehatan sangat diperlukan, karena dari *Informed Consent* akan lahir perjanjian atau kesepakatan kesehatan, adanya perjanjian kesehatan merupakan faktor penentu dan menumbuhkan rasa aman dan nyaman bagi seorang dokter atau tenaga kesehatan untuk menjalankan tugasnya sebagai pemberi pelayanan kesehatan, terutama bila dikaitkan dengan kemungkinan adanya perselisihan antara pasien dengan dokter atau rumah sakit dikemudian hari.

Dampak jika tidak terdapat *informed consent* yaitu dokter dan tenaga medis lain dapat dituntut apabila pasien tidak terima terhadap pelayanan yang telah diberikan, ketidakadaan *informed consent* juga dapat mempengaruhi rasa ketidaknyamanan dan aman terhadap tindakan medis dan perawatan yang diberikan.

Menurut Katz & Capran (2011) setiap sikap dan tindakan yang salah dan kekurangan seharusnya tidak boleh diperbuat oleh seorang tenaga kesehatan, mengingat sumpah jabatannya maupun mengingat sumpah sebagai tenaga kesehatan. Perlindungan pasien tentang hak memperoleh *Informed Consent* dan Rekam Medis dapat dijabarkan dalam UU N0 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 56 yaitu setiap orang berhak menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap, dan hak menerima atau menolak tindakan tidak berlaku pada:

- a. Penderita penyakit yang penyakitnya dapat secara cepat menular ke dalam masyarakat yang lebih luas
- b. Keadaan seseorang yang tidak sadarkan diri
- c. Gangguan mental berat

Solusi dari permasalahan ketidaklengkapan *Informed Consent* yaitu berkas dikembalikan kebagian RM (Rekam Medis), kemudian bagian RM mengisi catatan pada lembar *informed consent* milik pasien yang seharusnya diisi oleh pasien, alasan petugas mengisi lembar *informed consent* yang seharusnya diisi oleh pasien yaitu

untuk mempercepat pengisian berkas rekam medis terutama pada saat akreditasi rumah sakit.

“Biasanya kalau tidak lengkap dikembalikan ke RM, tapi kalau tidak ada keluarganya biasanya ditandangani sendiri biar tidak ruwet, kalau nyari pasiennya susah, kalau satu mungkin masih bisa, tapi kalau banyak itu yang susah dek,, jadi biar cepat kalau dari pihak RM dilengkapi sendiri, soalnya nanti pengaruhnya ke akreditasi, akreditasi berkas rekam medis harus lengkap semua.”

Responden 1 dan 2

4.2.5 Menganalisis hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 50 berkas rekam medis pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo, tidak ditemukan catatan mengenai tuntutan ganti rugi dari pasien atau dari pihak ketiga. Pasien menerima pengobatan sesuai dengan penyakit yang diderita. Dari 50 berkas rekam medis yang diteliti pasien sakit pulang sembuh setelah menerima perawatan dan tindakan pengobatan RSUD Abdoer Rahem Situbondo. Rata-rata pasien pulang antara 2-3 hari setelah menerima perawatan dan tindakan pengobatan.

“ tidak..tidak ada tuntutan ganti rugi atau semacamnya dek, pasien diare kebanyakan pulang sembuh.”

“...hari rawatnya tidak terlalu lama, paling 2-3 hari pulang”

Responden 1,2

Setiap sikap dan tindakan yang salah dan kekurangan seharusnya tidak boleh diperbuat oleh seorang tenaga kesehatan, mengingat sumpah jabatannya maupun mengingat sumpah sebagai tenaga kesehatan. Hal tersebut sesuai dengan Kepmenkes RI No.129/MENKES/SK/II/2008 kelengkapan dokumen rekam medis merupakan satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit, karena segala informasi yang penting menyangkut rencana pengobatan dan pengobatan yang diberikan kepada pasien sebagai dasar untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis berkas diare lengkap dan konsisten berjumlah 38 berkas, sedangkan jumlah berkas diare yang tidak lengkap dan tidak konsisten berjumlah 12 berkas rekam medis. Penanggulangan permasalahan pada penegakan diagnosis yang seharusnya diagnosis diare noninfeksi dan ditulis diare infeksi pada berkas rekam medis yaitu dengan langsung mengkode penyakit yang diagnosisnya sudah dituliskan oleh dokter tanpa melihat hasil laboratorium pasien dan tidak meminta kebenaran diagnosis dokter untuk mempercepat pelayanan.. Solusi jangka panjang untuk penegakan diagnosis yang benar yaitu tetap dengan meminta atau mengkonfirmasi kebenaran diagnosis dari dokter sesuai prosedur rumah sakit.
2. Dari 50 berkas yang diteliti pada berkas rekam medis lembar catatan perkembangan, intruksi dokter dan catatan obat sudah sesuai, kesesuaian dapat dilihat dari informasi pengobatan, tindakan dan rencana pengobatan pasien selama perawatan, informasi yang didapat berkesinambungan dengan tindakan yang telah diberikan oleh petugas medis.
3. Penatalaksanaan pengobatan pasien diare dapat dilihat pada formulir berkas rekam medis terutama pada formulir Identitas Pasien dan anamnese (RM-01), Pemeriksaan Fisik (RM-03), Pengkajian Keperawatan (RM-04), Catatan perkembangan terintegrasi (RM-05), Catatan Pengobatan (RM-06), Hasil Laboratorium (RM-07), Resume Medis (RM-10), dan formulir pemberian resep (RM-11). Pengobatan diare non infeksi membutuhkan SOP (*Standart Operasional Procedure*). Untuk menutupi kekurangan SOP diare non-infeksi dokter dan perawat melakukan pengobatan sesuai dengan diare infeksi, tetapi diare non infeksi lebih banyak diberikan *antibiotic* dan *obat newdiatab* untuk menyembuhkan diare yang diderita pasien.
4. *Informed concent* persetujuan rawat inap dari 50 berkas, Lembar *informed concent* yang terdapat informasi persetujuan berjumlah 16 berkas, yang tidak terdapat informasi persetujuan berjumlah 34 berkas, lembar *informed concent* terbaca berjumlah 42 berkas dan Lembar *informed concent* kosong berjumlah 8 berkas. Cara mengatasinya yaitu berkas dikembalikan kebagian RM, kemudian bagian RM yang mengisi catatan pada lembar

informed concent yang seharusnya diisi oleh pasien, alasan petugas mengisi lembar *informed concent* yang seharusnya diisi oleh pasien yaitu untuk mempercepat pengisian berkas rekam medis terutama pada saat akreditasi rumah sakit.

5. Dari 50 berkas rekam medis pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo yang telah diteliti, tidak ditemukan catatan mengenai tuntutan ganti rugi dari pasien atau dari pihak ketiga.

5.2 Saran

1. Perlu ketelitian dan perhatian lebih dalam melihat diagnosis utama dan diagnosis sekunder yang benar dan sesuai dengan tindakan pengobatan yang telah diberikan, agar memudahkan pemberian kodefikasi penyakit diare.
2. Kekonsistenan pencatatan diagnosis perlu dipertahankan karena kelengkapan berkas memuat semua catatan tentang rencana pengobatan dan pengobatan pasien.
3. Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo membutuhkan SOP (*Standart Operasional Prosedur*) penyakit diare non infeksi dan juga SOP untuk pasien diare bayi.
4. Perlunya sosialisasi atau pengarahan kepada petugas pendaftaran dan juga petugas rekam medis tentang adanya formulir *infoarmed concent* yang baru sehingga petugas pendaftaran dan juga petugas rekam medis memberitahu pasien agar mengisi sesuai isi formulir *informed concent* untuk persetujuan pengobatan pada berkas rekam medis.
5. Perlunya peningkatan kelengkapan berkas rekam medis agar bekas rekam medis dapat digunakan sebagai alat bukti hukum jika terdapat tuntutan dari pasien atau tuntutan dan pihak ke tiga.

DAFTAR PUSTAKA

- Adonara, Floranta. 2012. Aspek Hukum Informed Consent Dalam Pelaksanaan Tindakan Operasi Medik. Jakarta.
http://library.unej.ac.id/client/en_US/default/search/asset/843;jsessionid=CC0034B33014505D89A833808DB6DDDD [23 September 2015]
- Budi. 2011. Buku Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Citrawati, Irmania. 2014. Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Gastroenteritis Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Cepu Periode Triwulan I Tahun 2014. Universitas Dian Nuswantara, Semarang. <http://eprints.dinus.ac.id/7963/jurnal12456.pdf> [29 Agustus 2015]
- Depkes RI. 2010. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
[http://www.depkes.go.id/folder/view/01/Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan.pdf](http://www.depkes.go.id/folder/view/01/Buletin%20Jendela%20Data%20dan%20Informasi%20Kesehatan.pdf) [25 Agustus 2015]
- Depkes RI. 2010. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision (ICD-10)
<http://www.depkes.go.id/folder/view/01/ICD.pdf> [25 mei 2016]
- Depkes RI. 2010. Rekam Medis, Jakarta: Ditjen Bina Pelayanan Medik.
http://www.penanggulangankrisis.depkes.go.id/__pub/files84935Buku_Pedoman_SDM_Kes.pdf depkes 2006 [04 Agustus 2015]
- Huffman, 1994. Analisa Kualitatif Huffman. Jakarta
http://digilib.esaunggul.ac.id/public/UEU-Undergraduate-2591-BAB_II.pdf [28 September 2015]
- Inayah. 2006. Tatalaksana Diare. Fakultas Kedokteran Universitas Madura Pamekasan, Madura.
[http://www.basics.org/bab II documents/Lintas_Diare_Health_Provider.pdf](http://www.basics.org/bab%20II%20documents/Lintas_Diare_Health_Provider.pdf) [6 September 2015]
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Panduan Sosialita Tatalaksana Diare. Jakarta
- Notoatmodjo. 2010. Buku Metode penelitian kesehatan. Jakarta Pusat: Rineka Cipta
- Pakendek, Adriana. 2013. Informed consent dalam pelayanan Kesehatan. Fakultas Hukum Universitas Madura Pamekasan, Madura. [23 September 2015]

<http://pdk3mi.org/file/download/KMK%20No.%20290%20ttg%20Persetujuan%20Tindakan%20Kedokteran.pdf>

- Pertiwi, P.S dan Z. Sugiyanto. 2014. Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif Ketidaklengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pada Penyakit Diare Di Rs. Permata Medika Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014. Semarang. http://eprints.dinus.ac.id/7964/1/jurnal_13785.pdf [29 Agustus 2015]
- Prasetyaningrum, Ira. 2010. Metode pengambilan Keputusan. Universitas Sumatera Utara. http://ikma11.weebly.com/uploads/1/2/0/7/12071055/2._ngt.pdf [23 September 2015]
- Sedyaningsih, Endang. 2010, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 147/MENKES/PER/I/2010 tentang perizinan rumah sakit. Jakarta: MenteriKesehatan. http://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/1373519425_PMK_No._147_ttg_Perizinan_Rumah_Sakit.pdf [04 Agustus 2015]
- Sedyaningsih, Endang . 2009, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta: Menteri Kesehatan. <https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBoQFjAAahUKEwiL8YeltJvIAhUVTI4KHUrxCdI&url> [04 Agustus 2015]
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 8 pasal 4 tahun 2015 tentang penggunaan antibiotic. Jakarta: Menteri Kesehatan. [2 juni 2016]
- PERMENKES No.69 pasal 17 tentang Kewajiban RS dan Kewajiban Pasien. Jakarta: Menteri Kesehatan. [2 juni 2016]
- PERMENKES no. 269 pasal 13 tahun 2008, Jakarta: Menteri Kesehatan. [2 juni 2016]
- Sudra. 201. Pengaruh Ketidaktepatan Pemberian Kodefikasi.Pdf [11 juni 2016]
- Sugiono. 2014. Buku Metode Penelitian Kantitatif , Kualitatif, Dan R dan D. Bandung: Alfabeta
- Suharyono. 2008. Tatalaksana Diare. Fakultas Kedokteran Universitas Hassanuddin. Makassar [http://www.patofisiologi.org/bab II documents/Lintas_Diare.pdf](http://www.patofisiologi.org/bab%20II%20documents/Lintas_Diare.pdf)
- Supari, Siti. 2007. Standart Profesi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan <http://bpmpt.jabarprov.go.id> [16 september 2015]
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 Tentang Klinik. Jakarta: Menteri Kesehatan. [04 Agustus 2015]

http://sinforeg.litbang.depkes.go.id/upload/regulasi/PMK_No._9_ttg_Klinik_.pdf [04 Agustus 2015]

Supriyanto Dan Nyoman. 2007.

http://ikma11.weebly.com/uploads/1/2/0/7/12071055/2._ngt_ppt.pdf
[12 september 2015]

Syamsudin, Amir. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam medis.

[12 September 2015]

<http://peraturan.go.id/inc/view/11e44c50c61db340c038313233303533.pdf>

Umar, Zein. 2012. Diare Akut Disebabkan Bakteri. Fakultas Kedokteran. Universitas Sumatera Utara.

<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/133/jtptunimus-gdl-arrymarsud-6638-3-babii.pdf>
[20 Agustus 2015].

Lampiran 1. Pedoman Wawancara Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531
Jember (68101)

Pedoman Wawancara

Pedoman Wawancara Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

1. Rekam medis

- a. Apakah terdapat kendala dalam menentukan diagnosis penyakit, khususnya penyakit diare?

“ Tidak “

Responden D 1 dan 2

- b. Apakah petugas rekam medis mengkode penyakit sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan dokter atau melihat dari riwayat pasien?

“Kalau dari sini (petugas rekam medis) lihatnya dari anamnase, pemeriksaan fisik sama pemeriksaan penunjang dek, tapi kalau diagnosa keluar biasanya sama dengan diagnosis awal masuk, jadi kita ngoding penyakit sesuai diagnosa yang ditulis dokter”

Responden 1,2

- c. Jika dokter salah menegakkan diagnosis apa yang dilakukan petugas rekam medis?

Kalau salah memberi diagnosa biasanya kita nyari ke dokternya langsung, kita konfirmasi kedokternya, dokter kadang lama juga nentuin diagnosanya soalnya baca satu-satu gitu dek.”

“...penyakit diare biasanya ada demam, fever itu. Diagnosa utamanya tetap diare, baru yang diagnosa sekundernya fever.”

“...untuk diare kebanyakan diagnosa masuk sama dengan diagnosa keluar”

“...iya kalau yang infeksi ada tulisan bakterinya dihasil lab, bakteri ++ sama virus itu kan?, tapi kalau dari kita manut saja diagnosa yang ditegakin dokter. Seringan tulisan dokter hanya D sreet gitu

dek, jadi kita tetep ngoding diare infeksi.”

“Kalau untuk klaim BPJS saya tidak tahu dek, kebanyakan kalau klaim diare yang infeksi, kadang yang non-infeksi ikutan diklaim yang infeksi, sama saja mungkin tarifnya.”

Responden 1,2

- d. Ketika dokter tidak jelas menuliskan diagnosis penyakit, apakah terdapat kesulitan membaca riwayat pasien pada lembar catatan perkembangan, intruksi dokter dan catatan obat?

“Kalau catatan perkembangan, instruksi dokter sama catatan obat selama ini tidak ada masalah dek, kita lihatnya juga jelas. Dulu memang banyak yang kurang lengkap, sekarang banyak perawat baru jadi tulisannya jelas buat dibaca, kalau untuk resep dokter pasti nulis dek, itu kertas resepnya ada 3 rangkap, yang pertama putih, kedua merah ketiga biru.”

Responden 1,2

- e. Ketika dokter tidak jelas menuliskan diagnosis penyakit, apakah pada lembar RM lain tertera keterangan diagnose? Pada form berapa saja keterangan untuk diagnosis pasien ditemukan?

“Ya, kalau itu dilihat dari depan mas, tapi kadang berkas itu ga lengkap, banyak yang kosong malah, kadang perawat juga males ngisi, dokter ngisi sebisanya, pernah itu dokter ditanya diagnosanya apa bingung tidak bisa baca tulisannya, malah balik nanya. Jadi dilihat satu-satu sampai jelas, mulai ringkasan masuk sampai resume, tapi kadang buka satu-satu itu nyusahin, bikin lama.”

Responden 2

“Pertama kita lihat riwayat pasien masuk, anamnasanya, pemeriksaan penunjang atau labnya kalau enggak ngerti, kebanyakan kita baru lihat riwayat kalau dokter tidak jelas menulis diagnosanya dek, soalnya disini ada beberapa dokter yang sudah lama kalau menulis diagnosa diare hanya kelihatan tulisan D nya saja, jadi kita sering lihat dari pertama tadi, mulai dari riwayat pasien, tapi kadang diresume medis bisa dibaca dek.”

Responden 1

- f. Setelah dilihat pada berkas rekam medis, banyak *informed concent* yang kosong, jelaskan?

"Iya awal-awal dulu banyak yang kosong, soalnya kita cari formulirnya ketika pasien mau rawat inap tidak ada, baru dikasih tahu kepala RM kalau ada formulir persetujuan baru selang berapa hari, itu saja naruhnya dibawah meja formulirnya, jadi tidak ada yang tahu."

Responden 1,2

g. Apakah untuk pengisian *informed concent* pasien dibantu petugas rekam medis?

"...iya pasiennya sendiri yang ngisi, kalau tidak tahu baru nanya kepetugas yang jaga, tapi tulisannya gitu dek ada yang jelas ada yang ndak jelas, kan orang tua dulu tulisannya miring-miring, kalau dari kita yang penting ada tanda tangannya."

Responden 1

"Iyaa.. seringan kita bantu untuk menulis informed concent, biar pasien cepat menerima pelayanan, soalnya lembar soalny itu penting, waktu akreditasi suruh nglengkapi, kadang kalau ada yang kosong-kosong kita yang ngisi biar lengkap."

Responden 2

2. Perawat dan Dokter

a. Bagaimana cara menentukan diagnosis pada penyakit diare?

"...dilihat dari pertama pasien masuk, keluhananya apa. Kalau penyakit diare ditanyakan sudah berapa hari, terus dilihat kondisi pasien baru diobatin. Kalau pasien lemas kurang cairan biasanya rawat inap."

"...pasien banyak yang menderita demam, tapi sebabnya tetap dari diarenya"

"Kalau diare infeksi dari keracunan, dari dokter kita belum tahu itu diare infeksi atau noninfeksi, soalnya belum melihat hasil labnya, yang penting ditanganin sesuai penyakitnya dulu, kalau kata orang biar slamet dulu mas".

(Responden D1)

"Dari perawat kita hanya mengikuti diagnosis dokter saja, untuk pasien diare kita kasih infus agar cairan dalam tubuh stabil dan diarenya cepet mampet"

"...biasanya kalau awalnya kena diare diagnosa keluarnya juga tetap diare, paling pas perawatan kadang keluar darah, lendir sama demam"

Responden P1,2

b. Bagaimana penatalaksanaan pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo?

Penanganan diare itu sama, mau dimana saja itu sama, namanya SOP rumah sakit mesti sama, karna itu sudah berdasarkan aturan dari Depkes, tujuannya juga sama buat kesembuhan pasien, tetapi kita disini menyesuaikan dengan yang dilapangan, tapi standarnya hampir sama dengan aturan dari Depkes.”

Responden D1 dan Responden D2

“sesuai di PPK rumah sakit itu wes dek”

Responden P 1,2,3

c. Apakah penatalaksanaan pengobatan pasien diare sudah sesuai dengan pedoman PPK (Panduan Penatalaksanaan Klinis) ?

Penanganan diare itu sama, mau dimana saja itu sama, namanya SOP rumah sakit mesti sama, karna itu sudah berdasarkan aturan dari Depkes, tujuannya juga sama buat kesembuhan pasien, tetapi kita disini menyesuaikan dengan yang dilapangan, tapi standarnya hampir sama dengan aturan dari Depkes.”

Responden D1 dan Responden D2 Responden P1

“Sudah, kecuali untuk anak-anak biasanya dikasih zink beda sama yang dewasa”

Responden P2,P3

d. Apakah sama penanganan penyakit diare infeksi dan non infeksi? Jelaskan.

“Infeksi? iya penyebabnya virus infeksi jamur, kalau non infeksi salah makan, keracunan makanan...keracunan makanan kayak ikan laut, macam-macam, kalau yang sering disini makanan laut itu, kan disini dekat pantai”

“Biasanya sudah langsung kelihatan dihasil labnya, kalau yang infeksi ada hasilnya bakteri ++ atau virus, kalau yang bukan infeksi hanya na atau fesesnya lembek cair terus sama nyeri perut”

Responden D1 , D2

“Kalau diare yang infeksi sama seperti di pedoman rumah sakit, kalau yang non infeksi juga hampir mirip dek, obatnya, pemberian cairannya juga”

Responden P2

"Sama saja, tapi dilihat keadaan masuk pasiennya dulu"

Responden P1, P3

- e. Bagaimana pengobatan penyakit diare jika pasien menderita diare dengan lendir dan darah?

"awalnya dilihat dehidrasi, kemudian ddilihat nadinyabaru diberikan tindakan"

Responden D1

"kalau non infeksi ga dikasih antibiotik, diberi newdiatab sama ondancetron untuk memampatkannya saja"

Responden D2

"Dihitung dengan berat badan dan tingkat dehidrasinya, biasanya diberi antibiotik sama obat, obatnya macam-macam tergantung sakitnya, tapi biasanya kalau dokter disini ngasih ranitidine, ondansetron, newdiatab, sama antibiotik obatnya, kalau dehidrasinya dikasih infus itu...untuk yang lendir darah-darah disini dikasih infus metronidasol, sekalian sama ngilangin dehidrasinya."

Responden P1, P2, P3

- f. Apakah pada penyakit diare terdapat komplikasi atau sejenisnya yang membutuhkan tindakan operasi dan membutuhkan surat persetujuan tindakan atau informed concent?

"Kalau diare ndak ada dek, jarang saya temui kayak gitu, soalnya pasiennya 2-3 hari udah pulang, pulangnya juga sembuh."

Responden P2

"Selama saya disini tidak ada, yang ada pasiennya pulang meninggal gara-gara telat dibawa kesini,soalnya orang menganggap penyakit diare penyakitnya biasa, bisa disembuhin pakai obat di toko."

Responden D1

Lampiran 2 *Check List* Observasi



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531

Jember (68101)

***CHECK LIST* PENELITIAN**

Pedoman *checklist* penelitian Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSUD Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

Petunjuk pengisian:

1. Pengisian *Checklist* ini semata-mata untuk tujuan ilmiah dan pengembangan ilmu pengetahuan, semua isi dokumen rekam medis akan dirahasiakan oleh peneliti
2. Pada lembar *Check list* telah di sediakan kolom yang berisi indikator dari yang diteliti yang telah peneliti lakukan.

Peneliti memberi tanda (\checkmark) pada indikator akurat dan tidak akurat pada berkas rekam medis rawat inap pasien diare infeksi dan non infeksi.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531

Jember (68101)

1. Kelengkapan dan **Kekonsistenan diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015.**

No.	No. RM	Diagnosis masuk	Diagnosis tambahan	Diagnosis akhir	Diagnosis sekunder
1	204804	Diare	Demam	Diare Akut Dehidrasi Sedang	Demam
2	211304	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
3	210604	Diare	-	Diare Akut Dehidras Berat	-
4	227004	Diare	Demam	Diare Non Infeksi	Demam
5	094708	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
6	227108	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
7	219116	Diare	Demam	Diare Non Infeksi	Demam
8	223016	Diare	Demam	Diare Akut Non infeksi	Demam
9	224116	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
10	207213	Diare	-	Diare Akut Dehidras Berat	-
11	217517	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
12	216817	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
13	217617	Diare	-	Diare Akut Dehidras Berat	-
14	308019	Diare	Demam	Diare Non Infeksi	Demam
15	215573	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
16	217917	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
17	224622	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
18	213019	Diare	-	Diare Non Infeksi	-
19	108618	Diare	-	Diare Non Infeksi	-
20	210317	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
21	205317	Diare	-	Diare Akut Dehidras sedang	-
22	204717	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
23	211313	Diare	Demam	Diare Akut Dehidrasi Sedang	Demam
24	214313	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Ringan	-
25	214623	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Ringan	-
26	365030	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
27	221913	Diare	-	Diare Non Infeksi	-
28	222017	Diare	Demam	Diare Non Infeksi	Demam
29	205315	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
30	204419	Diare	-	Diare Akut Dehidras Berat	-

31	215919	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Ringan	-
32	215919	Diare	-	Diare Akut Dehidras Berat	-
33	156119	Diare	-	Diare Akut Dehidras Berat	-
34	207307	Diare	-	Diare Akut Tanpa Dehidrasi	-
35	224817	Diare	-	Diare Non Infeksi	-
36	209717	Diare	-	Diare Non Infeksi	-
37	209507	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
38	213303	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
39	211003	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Ringan	-
40	192902	Diare	-	Diare Non Infeksi	-
41	139702	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
42	225005	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Ringan	-
43	215105	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Ringan	-
44	199205	Diare	-	Diare Non Infeksi	-
45	201105	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
46	208815	Diare	-	Diare Akut Dehidras Berat	-
47	210115	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Ringan	-
48	224815	Diare	Demam	Diare Non Infeksi	Demam
49	216415	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-
50	207307	Diare	-	Diare Akut Dehidrasi Sedang	-

2. Menganalisis kekonsistenan pencatatan diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015.

No.	No. RM	Informasi Pengobatan Berkesinambungan
1	204804	✓
2	211304	✓
3	210604	✓
4	227004	✓
5	094708	✓
6	227108	✓
7	219116	✓
8	223016	✓
9	224116	✓
10	207213	✓
11	217517	✓
12	216817	✓
13	217617	✓
14	308019	✓
15	215573	✓
16	217917	✓
17	224622	✓
18	213019	✓
19	108618	✓
20	210317	✓
21	205317	✓
22	204717	✓
23	211313	✓
24	214313	✓
25	214623	✓
26	365030	✓
27	221913	✓
28	222017	✓
29	205315	✓
30	204419	✓
31	215919	✓
32	215919	✓
33	156119	✓
34	207307	✓
35	224817	✓
36	209717	✓
37	209507	✓
38	213303	✓

39	211003	✓
40	192902	✓
41	139702	✓
42	225005	✓
43	215105	✓
44	199205	✓
45	201105	✓
46	208815	✓
47	210115	✓
48	224815	✓
49	216415	✓
50	207307	✓

3. Hasil penelitian pengobatan pada pasien penyakit diare yang tertulis pada berkas rekam medis pasien yang berjumlah 50 berkas :

No	No.RM	Usia	Keluhan	Tindakan	Pengobatan					
					Odonsefron	Ranitidin	Newdiatab	Zink	Oralit	Antibiotik
1	204804	15 th	Demam, Mual, muntah, Bab 4x sehari, rasa haus	Infus, Injeksi	-	-	-	✓	-	✓
2	211304	37 th	Bab 5x sehari, Mual, muntah, haus.	Infus, Injeksi	✓	-		-	-	✓
3	210604	45 th	Mencret 3 hari + darah, mual, nyeri perut, lemas.	Infus, Injeksi	-	✓	✓	-	-	✓
4	227004	22 th	Demam, muntah, Bab 4x sehari, mata tidak cekung	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
5	094708	63 th	Mual Muntah 3 hari, Mencret 2 hari,	Infus, Injeksi	✓	✓		-	-	✓
6	227108	55 th	Bab cair 4x sehari, Mual, muntah, haus.	Infus, Injeksi		✓	✓	-	-	✓
7	219116	58 th	Demam, muntah, Bab cair 5x sehari, sadar.	Infus, Injeksi	✓	✓	✓	-	-	✓
8	223016	33 th	Demam, Mual, muntah, Bab 6x sehari, terdapat lender dan darah	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
9	224116	24 th	Panas pusing 4 hari,	Infus, Injeksi						

			mencret 4 hari		✓	✓	-	-	-	✓
10	207213	66 th	Lemas, muntah, mencret 4 hari, nyeri perut	Infus, Injeksi	✓	-	✓	-	-	✓
11	217517	43 th	Demam, muntah, Bab 7x sehari.	Infus, Injeksi	-	✓	-	✓	-	✓
12	216817	61 th	Mual Muntah 3 hari, Mencret 2 hari,lender, darah	Infus, Injeksi	✓	-	✓	-	-	✓
13	217617	59 th	Mencret 2 hari + darah, mual, nyeri perut, lemas	Infus, Injeksi	✓	✓	✓	-	-	✓
14	308019	18 th	Demam, muntah, Bab 4x sehari, mual, pusing	Infus, Injeksi	✓	✓	✓	-	-	✓
15	215573	26 th	mencret 4 hari, pusing, mual, darah	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
16	217917	12 th	Mual Muntah 3 hari, Mencret 2 hari,lender, darah	Infus, Injeksi	✓	✓	-	✓	-	✓
17	224622	15 th	Mual Muntah 2 hari, Mencret 2 hari,lendir, darah	Infus, Injeksi	✓	✓	-	✓	-	✓
18	213019	18 bl	Bab 5x sehari, Mual, muntah, haus.	Infus, Injeksi	✓	-	✓	✓	-	✓
19	108618	16 th	Bab 5x sehari, Mual, muntah,pusing.	Infus, Injeksi	✓	✓	✓	-	-	✓
20	210317	19 th	Panas pusing 2 hari, mencret 3 hari	Infus, Injeksi	✓	-	✓	-	-	✓
21	205317	3 th	Mencret 3 hari + darah,	Infus, Injeksi						

			mual, lendir.		✓	✓	✓	-	-	✓
22	204717	16 th	Mual Muntah 3 hari, Mencret 2 hari, lendir.	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
23	211313	9 bln	Demam, muntah, Bab 4x sehari, mual, pusing	Infus, Injeksi	✓	✓	✓	-	-	✓
24	214313	41 th	Mual Muntah 2 hari, Mencret 2 hari, sadar	Infus, Injeksi	✓	-	✓	-	-	✓
25	214623	56 th	Mual Muntah 2 hari, Mencret 2 hari, tidak haus	Infus, Injeksi	-	✓	✓	-	-	✓
26	365030	66	Mencret 4x sehari, darah, lender, sering minum	Infus, Injeksi	✓	-	✓	-	-	✓
27	221913	54 th	Mual, pusing, Bab 5x sehari, panas	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
28	222017	35 th	Demam, pusing, mual, mencret 2 hari.	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
29	205315	3 th	Mual Muntah 3 hari, Mencret 2 hari, lendir.	Infus, Injeksi	✓	✓	-	✓	-	✓
30	204419	18 bln	Lemas, muntah, mencret 4 hari, nyeri perut	Infus, Injeksi	✓	✓	-	✓	-	✓
31	215919	13 bln	Mual Muntah 3 hari, Mencret 3 hari, tidak haus	Infus, Injeksi	✓	✓	-	✓	-	✓
32	215919	16 th	Mual, Lemas, muntah, mencret 4 hari, nyeri perut, lender, darah	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓

33	156119	3 thn	Mual, Lemas, muntah, mencret 2 hari, nyeri perut, lender, darah	Infus, Injeksi	✓	✓		✓	-	✓
34	207307	61 th	Muntah, Bab 5x sehari, mata tidak cekung, Mual.	Infus, Injeksi	✓	✓	✓	-	-	✓
35	224817	28 th	Panas, Mual, Nyeri perut, Bab 4x sehari,	Infus, Injeksi	✓	-	✓	-	-	✓
36	209717	24 th	Nyeri perut, Mual, Muntah, mencret 2 hari	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
37	209507	42 th	Mual Muntah 2 hari, Mencret Bab 5x sehari, darah	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
38	213303	16 th	Mual Muntah 3 hari, Mencret Bab 4x sehari, lender, darah	Infus, Injeksi	-	✓	✓	-	-	✓
39	211003	46 th	Mual Muntah 3 hari, Mencret 2 hari, tidak haus	Infus, Injeksi	✓	✓	✓	-	-	✓
40	192902	69 th	Bab >6x sehari, mual.	Infus, Injeksi	-	✓	✓	-	-	✓
41	139702	2 th	Mual Muntah 3 hari, Mencret 3 hari, lendir, darah	Infus, Injeksi	✓	✓	-	✓	-	✓
42	225005	56 th	Mual Muntah 2 hari, Mencret 2 hari, darah.	Infus, Injeksi	✓	✓	✓		-	✓

43	215105	2 th	Panas, Muntah 2 hari, Mencret 2 hari.	Infus, Injeksi	-	✓	-	✓	-	✓
44	199205	25 th	Bab cair 4x sehari, Mual, muntah, haus.	Infus, Injeksi	✓	✓	-	✓	-	✓
45	201105	15 th	Bab 5x sehari, Mual, muntah, haus.lendir, darah	Infus, Injeksi	✓	✓	-	✓	-	✓
46	208815	18 th	Lemas, muntah, mencret 4 hari, nyeri perut	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
47	210115	29 th	Mual Muntah 2 hari, Mencret 2 hari, tidak haus	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓
48	224815	39 th	Demam, muntah, Bab 6x sehari.	Infus, Injeksi	-	-	-	-	-	✓
49	216415	3 bln	Mencret 4x sehari, darah, lendir, sering minum.	Infus, Injeksi	-	-	-	✓	-	✓
50	207307	34 th	Diare 3 hari, lendir, mual, mutah, panas, 2 hari	Infus, Injeksi	✓	✓	-	-	-	✓

4. Berikut hasil ketidaklengkapan formulir *Informed concent* persetujuan rawat inap :

No	No.RM	Lembar Informasi Tindakan	Persetujuan Tindakan	
			Tulisan Dapat dibaca	Waktu Pencatatan
1	204804	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal yang jelas.
2	211304	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Tidak Terbaca	Terdapat tanggal persetujuan
3	210604	Ada dan disetujui pasien.	Tidak Terbaca	Terdapat tanggal persetujuan
4	227004	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
5	094708	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
6	227108	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
7	219116	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Kosong	Kosong
8	223016	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
9	224116	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
10	207213	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
11	217517	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
12	216817	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
13	217617	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
14	308019	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal

15	215573	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
16	217917	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
17	224622	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
18	213019	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
19	108618	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
20	210317	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
21	205317	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
22	204717	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
23	211313	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
24	214313	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
25	214623	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Kosong	Kosong
26	365030	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
27	221913	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
28	222017	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
29	205315	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
30	204419	Tidak terdapat	Kosong	Kosong

		Lembar Informasi Tindakan		
31	215919	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
32	215919	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
33	156119	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Tidak Terbaca	Terdapat tanggal persetujuan
34	207307	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
35	224817	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Kosong	Kosong
36	209717	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
37	209507	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
38	213303	Ada dan disetujui pasien.	Tidak Terbaca	Terdapat tanggal persetujuan
39	211003	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
40	192902	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
41	139702	Ada dan disetujui pasien.	Tidak Terbaca	Terdapat tanggal persetujuan
42	225005	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
43	215105	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Kosong	Kosong
44	199205	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Kosong	Kosong
45	201105	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Kosong	Kosong

46	208815	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
47	210115	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Kosong	Kosong
48	224815	Ada dan disetujui pasien.	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
49	216415	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal
50	207307	Tidak terdapat Lembar Informasi Tindakan	Terbaca	Terdapat informasi waktu dan tanggal

Lampiran 3. Surat Persetujuan Informed Consent



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531

Jember (68101)

Pedoman *Informed Consent* Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

SURAT PERSETUJUAN *INFORMED CONSENT*

Melalui lembar persetujuan ini, pada dasarnya saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan ikhlas untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tersedia.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Bersedia untuk dijadikan subyek dalam penelitian oleh:

Nama : Shofyandaru A

NIM : G41120392

Jurusan/Prodi : Kesehatan/Rekam Medik

Dengan judul “Analisis Kualitatif Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015”

Situbondo,.....

Responden,

(.....)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531
Jember (68101)

Pedoman *Informed Consent* Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

INFORMED CONSENT

Melalui lembar persetujuan ini, pada dasarnya saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan ikhlas untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tersedia.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ARIF
Umur : 25 (4Tahun)
Jenis kelamin :
Alamat : MANGARAH STB

Bersedia untuk dijadikan subyek dalam penelitian oleh:

Nama : Shofyandaru A
NIM : G41120392
Jurusan/Prodi : Kesehatan/Rekam Medik

Dengan judul "Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015"

Situbondo.....

Responden

(.....)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531
Jember (68101)

Pedoman *Informed Consent* Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

INFORMED CONSENT

Melalui lembar persetujuan ini, pada dasarnya saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan ikhlas untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tersedia.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

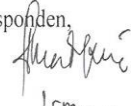
Nama : Irma
Umur : 35 th
Jenis kelamin : P
Alamat : Besuki

Bersedia untuk dijadikan subyek dalam penelitian oleh:

Nama : Shofyandaru A
NIM : G41120392
Jurusan/Prodi : Kesehatan/Rekam Medik

Dengan judul "Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015"

Situbondo, 16/5/2016

Responden,

Irma
(.....)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
 POLITEKNIK NEGERI JEMBER
 Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531
 Jember (68101)

Pedoman *Informed Consent* Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

INFORMED CONSENT

Melalui lembar persetujuan ini, pada dasarnya saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan ikhlas untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tersedia.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Mr. Yopus
 Umur : 39 ts
 Jenis kelamin : P.
 Alamat : Situbondo

Bersedia untuk dijadikan subyek dalam penelitian oleh:

Nama : Shofyandaru A
 NIM : G41120392
 Jurusan/Prodi : Kesehatan/Rekam Medik

Dengan judul "Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015"

Situbondo, 16/6/15

Responden,

(.....)
 Yopus



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
 POLITEKNIK NEGERI JEMBER
 Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531
 Jember (68101)

Pedoman *Informed Consent* Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

INFORMED CONSENT

Melalui lembar persetujuan ini, pada dasarnya saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan ikhlas untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tersedia.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : MAWA U.C
 Umur : 30 th
 Jenis kelamin : P
 Alamat : Jl. Seman No. 60 Mmban kec. Pajri

Bersedia untuk dijadikan subyek dalam penelitian oleh:

Nama : Shofyandaru A
 NIM : G41120392
 Jurusan/Prodi : Kesehatan/Rekam Medik

Dengan judul "Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015"

Situbondo,.....

Responden

(Mawa U.C.)

Lampiran 3



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL

POLITEKNIK NEGERI JEMBER

Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax 333531

Jember (68101)

Pedoman *Informed Consent* Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien
Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

SURAT PERSETUJUAN *INFORMED CONSENT*

Melalui lembar persetujuan ini, pada dasarnya saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini, saya menyatakan secara sukarela dan ikhlas untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang telah tersedia.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : RAHMAD SAIFUL HARIS

Umur : ~~LAKI-LAKI~~

Jenis kelamin : LAKI-LAKI

Alamat :
LAM FERDA : 15 tahun

Bersedia untuk dijadikan subyek dalam penelitian oleh:

Nama : Shofyandaru A

NIM : G41120392

Jurusan/Prodi : Kesehatan/Rekam Medik

Dengan judul "Analisis Kualitatif Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU
Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015"

Situbondo,.....

Responden,

(.....)

Lampiran 4. Undangan FGD



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax.
333531, Jember (68101)

Undangan Focus Group Discussion (FGD)

Kepada Yth:

Bapak/Ibu/Saudara

Di : Tempat

Dengan hormat,

Dengan datangnya surat ini kami harapkan kehadiran bapak/ibu/saudara untuk Focus Group Discussion (FGD) mengenai permasalahan ketidaklengkapan pengisian berkas pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo yang akan dilakukan pada :

Hari/tanggal : Sabtu, 11 juni 2016

Tempat : Diklat

Acara : Membahas permasalahan ketidaklengkapan berkas rekam medis pasien diare di RSUD Abdoer Rahem Situbondo.

Besar harapan kami akan kehadiran Bapak/Ibu/Saudara dalam acara ini. Demikian undangan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Situbondo, 11 juni 2016

(Shofyandaru A)

Lampiran 5. Pedoman FGD



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
POLITEKNIK NEGERI JEMBER
Jl. Mastrip PO.BOX 164 Telp. 333532-333534 Fax
333531 Jember (68101)

Pedoman dan Hasil Focus Group Discussion (FGD)

Pedoman Focus Group Discussion (FGD) Analisis Kualitatif Ketidاكلengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Diare Di RSU Abdoer Rahem Situbondo Triwulan I Tahun 2015 :

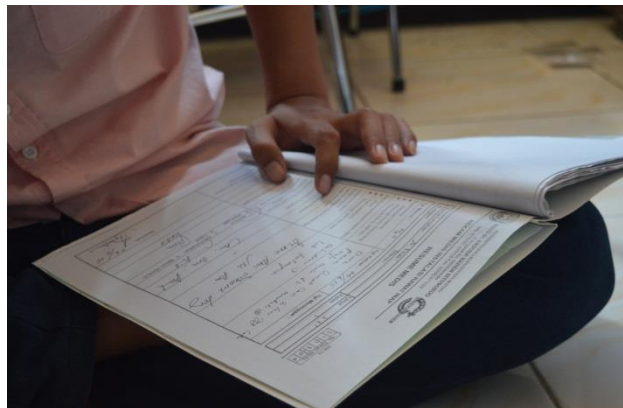
No	Pokok Diskusi	Masalah	Hasil
1	Kelengkapan dan kekonsistenan diagnosis pada berkas rekam medis pasien diare di Rumah Sakit Abdoer Rahem Triwulan I Tahun 2015	Banyak diagnosis yang seharusnya diare noninfeksi ditulis diare infeksi	Kodefikasi menyesuaikan berkas yang ditulis dokter, karena untuk menanyakan pada dokter terkendala dokter masih pelayanan dan terdapat dokter yang hanya 2 hari dalam satu bulan berada dirumah sakit.
2.	Kekonsistenan pencatatan diagnosis pada	Tidak terdapat masalah	Pencatatan Berkas sesuai dan

	berkas rekam medis		berksinambungan.
	pasien diare di		
	Rumah Sakit		
	Abdoer Rahem		
	Situbondo Triwulan		
	I Tahun 2015		
3	Menganalisis Penatalaksanaan Pengobatan pada Berkas Rekam pada Pasien Penyakit Diare.	Penatalaksanaan penyakit diare non-infeksi	Pengobatan yang dilakukan sama dengan diare infeksi, tetapi diare non infeksi lebih banyak diberikan antibiotic dan obat newdiatab untuk menyembuhkan diare yang diderita pasien Berkas dikembalikan kebagian RM, kemudian bagian RM yang mengisi catatan pada lembar informed concent yang seharusnya diisi oleh pasien, alasan petugas mengisi lembar informed concent yang seharusnya diisi oleh pasien yaitu untuk mempercepat pengisian berkas rekam medis terutama pada saat akreditasi rumah sakit
4	Menganalisis <i>Informed Concent</i> pada Berkas Rekam Medis Pasien Diare.	Banyaknya lembar persetujuan rawat inap yang masih kosong.	

Lampiran 6. Dokumentasi Penelitian



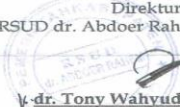


Gambar 1 Observasi berkas rekam medis penyakit diare.



Gambar 2. Analisis berkas rekam medis sesuai tujuan penelitian.

Lampiran 7. Surat penelitian dan Surat Seterangan Persetujuan Etik

	PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. ABDOER RAHEM Jl. Anggrek No. 68 Telp. (0338) 673293-675116 Fax (0338) 671028 SITUBONDO 68321	
Situbondo, 28 Desember 2015		
Nomor : 445/1592/431.518.1.2/2015 Sifat : Penting Lampiran : - Perihal : <u>Ijin Penelitian</u>	Kepada Yth. Direktur Politeknik Negeri Jember Jl. Mastrip Kotak Pos 164 di JEMBER	
<p>Menunjuk Surat Wakil Direktur Politeknik Negeri Jember tanggal 16 November 2015 Nomor : 10793/PL17/AK/2015 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan dan memberi ijin kepada Mahasiswa Program Studi D-IV Rekam Medik Jurusan Kesehatan atas nama :</p> <p>Nama : <u>Shofyandaru Amirulloh A.</u></p> <p>NIM : <u>G41120392</u></p> <p>Prodi : <u>D-IV Rekam Medik Jurusan Kesehatan</u></p> <p>Judul : <u>Analisis Kualitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Pasien Diare Triwulan I di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo</u></p> <p>Untuk melaksanakan Penelitian di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo, selama mematuhi peraturan yang berlaku.</p> <p>Demikian untuk menjadikan maklum.</p>		
Direktur RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo  <u>dr. Tony Wahyudi, M. Kes.</u> Pembina Tk. I NIP. 19630210 199011 1 001		



PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. ABDOER RAHEM
 Jl. Angrek No.68 Telp.(0338)673293-675116 Fax (0338)671028
 SITUBONDO 68321



NOTA DINAS

Kepada : Penanggung Jawab Unit Rekam Medis
 Dari : Direktur RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo
 Tanggal : 28 Desember 2015
 Nomor : 445/1592/431.518.1.2/2015
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Pemberitahuan

Menunjuk Surat Wakil Direktur Politeknik Negeri Jember
 tanggal 16 November 2015 Nomor : 10793/PL17/AK/2015 Perihal
 Permohonan Ijin Penelitian atas nama :

Nama : **Shofyandaru Amirulloh A.**
 NIM : G41120392
 Prodi : D-IV Rekam Medik Jurusan Kesehatan
 Judul : Analisis Kualitatif Kelengkapan Dokumen
 Rekam Medis Pasien Diare Triwulan I
 di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

Untuk melaksanakan Penelitian di Unit Rekam Medis
 Rumah Sakit Umum Daerah dr. Abdoer Rahem Situbondo.

Selanjutnya kami mohon bantuan Penanggung Jawab
 Ruangan untuk pelaksanaan Penelitian tersebut.

Demikian atas perhatian dan bantuannya disampaikan
 terima kasih.

Direktur
 RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo

dr. Tony Wahyudi, M. Kes.
 Pembina Tk. I
 NIP. 19630210 199011 1 001



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
KOMISI ETIK PENELITIAN**

Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877
Jember 68121 Email : fk_unej@telkom.net

KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL

Nomor : 755 /H25.1.11/KE/2015

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

**ANALISIS KUALITATIF KELENGKAPAN BERKAS REKAM MEDIS PASIEN
DIARE DI RSUD ABDOER RAHEM SITUBONDO TRIWULAN I TAHUN 2015**

Nama Peneliti Utama : Shofyandaru A.A (Nim :G41120392)
Name of the principal investigator

Nama Institusi : Program Studi Rekam Medik Jurusan Kesehatan
Politeknik Negeri Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember, 19/1/2015

dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

- Peneliti mendapat ijin dari pimpinan institusi.
- Subyek penelitian merandatangani informed consent
- Sman = adanya izin dari bagi subyek penelitian
- Jalannya penelitian tidak mengganggu pelayanan
- Peneliti ikut menjaga kesehatan in. rumah sakit.
- Standarisasi pd wawancara.
- Hasil penelitian disampaikan pd pimpinan institusi.
- Sman = persetujuan & pelaksanaan etik dilaksanakan sebelum penelitian dilaksanakan

Jember, 2015



Nama : dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Lampiran 8. Jadwal Penelitian

[illegible]

Lampiran 9. Biodata Peneliti

BIOGRAFI

Nama : Shofyandaru Amirulloh Al-Ghoffar
Tempat/Tgl. Lahir : Situbondo/ 25 Mei 1992
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat Asal : Bangsalan, Sambit, Ponorogo
Alamat Domisili : Mastrip IV No. 110 Jember
Nomor HP : 081235793424
Email : Shofyand@yahoo.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

- | | |
|---|-------------|
| a. TK Dharmawanita | (1998-2000) |
| b. SD Negeri 1 Bangsalan 01 | (2000-2006) |
| c. SMP Negeri 1 Sambit | (2006-2009) |
| d. SMA Muhammadiyah 1 Ponorogo | (2009-2012) |
| e. Jurusan Kesehatan Politeknik Negeri Jember | (2012-2016) |