

ANALISIS KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU

Novita Nuraini¹, Demiwawan Rachmatta Putro Mudiono², Mitha Audia Rachma³

Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, Indonesia^{1,2,3}

*e-mail: dr.novitanuraini@gmail.com

Abstrak

Analisis kualitatif adalah suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan tentang kekonsistenan isi rekam medis. Rekam medis yang baik harus berisi catatan medis yang lengkap. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitatif Dokumen Rekam Medis (DRM) rawat inap pada pasien tuberkulosis paru di RSUD Tongas Probolinggo triwulan I tahun 2017. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan teknik pengumpulan data observasi dan wawancara. Hasil dari penelitian ini adalah masih terdapat dokumen rekam medis tuberkulosis paru di RSUD Tongas Probolinggo masih belum lengkap dan akurat. Salah satunya terdapat pada analisis kualitatif administratif yaitu terdapat penulisan alamat pasien yang tidak lengkap 100%, dikarenakan perawat kurang memperhatikan dan mengingatkan pasien/wali dalam pengisian lembar informed consent. Selain itu tenaga medis tidak menerapkan 100% penulisan singkatan baku tuberkulosis yang terdapat pada SOP singkatan baku RSUD Tongas, dikarenakan masih kurangnya sosialisasi dari unit RM kepada tenaga medis terkait penggunaan singkatan baku tuberkulosis. Pada analisis kualitatif medis, tidak terdapat hasil pemeriksaan rontgen terhadap pasien yang dilakukan pemeriksaan rontgen sebanyak 19 dokumen, dikarenakan di RSUD Tongas tidak memiliki lembar hasil pemeriksaan, sehingga hasil pemeriksaan tidak dituliskan dalam DRM. Maka kualitas DRM pasien tuberkulosis paru baik secara administratif maupun medis masih dikatakan belum baik. Sebaiknya diperlukan ketelitian dan kedisiplinan petugas medis dalam pengisian DRM

Kata Kunci: analisis kualitatif, dokumen rekam medis, tuberkulosis paru

Abstract

Qualitative analysis is a review of filling medical records relating to the consistency of the contents of the medical record. A good medical record must contain complete medical records. This study aims to analyze qualitative inpatient Medical Record Documents (DRM) in pulmonary tuberculosis patients in Tongas Probolinggo Regional Hospital in the first quarter of 2017. This research type is descriptive with a qualitative approach with data collection techniques of observation and interviews. The results of this study are that there are still documents on pulmonary tuberculosis medical records at Tongas Probolinggo Regional Hospital which are still incomplete and inaccurate. One of them is in the administrative qualitative analysis, which is the incomplete patient address writing 100%, because nurses pay less attention and remind patients / guardians in filling out informed consent sheets. In addition, medical staff did not apply 100% of the writing of the tuberculosis standard abbreviation contained in the SOP of the Tongas Hospital Standard Standard, because there was still a lack of socialization from the RM unit to medical personnel related to the use of the tuberculosis standard abbreviation. In a qualitative medical analysis, there were no X-ray examination results on patients who had X-ray examinations as many as 19 documents, because in Tongas Regional Hospital did not have an examination result sheet, so the results of the examination were not written in the DRM. So the quality of DRM in patients with pulmonary tuberculosis both administratively and medically is still not good. It is better if the accuracy and discipline of medical staff are needed in filling DRM

Keywords: qualitative analysis, medical record documents, pulmonary tuberculosis

1. Pendahuluan

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

Rekam medis adalah salah satu unit yang harus dimiliki di setiap rumah sakit yang berperan penting dalam menyediakan data-data dan informasi penting mengenai pasien. Rekam medis yang

baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis seperti kelengkapan isian rekam medis, keakuratan, tepat waktu, dan pemenuhan persyaratan hukum (Huffman, 1999). Sistem pelayanan rekam medis bertujuan menyediakan informasi guna memudahkan pengelolaan dalam pelayanan kepada pasien dan memudahkan pengambilan keputusan manajerial (Nuraini, 2015). Indonesia merupakan negara tropis yang memiliki banyak sekali penyakit infeksi bakteri dan parasit mulai dari hepatitis, tipes, diare serta tuberculosis (TB) (Wicaksono dan Mudiono, 2019).

Tuberculosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global. Dengan berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insidens dan kematian akibat TB telah menurun, namun TB diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. Pada tahun 2015 ditemukan jumlah kasus TB sebanyak 330.910 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus TB yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 324.539 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah (Kemenkes RI, 2016). Angka penemuan kasus baru BTA positif (Case Detection Rate /CDR), Provinsi Jawa Timur menempati urutan kedelapan dari 33 provinsi di Indonesia. Angka penemuan kasus (CDR) TB di Provinsi Jawa Timur mengalami sedikit peningkatan di tahun 2015 yaitu mencapai 56% dengan jumlah kasus TB BTA positif sebanyak 23.456 penderita Berbeda halnya dengan angka atau jumlah. kasus TB di Kabupaten Probolinggo, Jawa Timur yang menunjukkan pada tahun 2015, jumlah kasus TB sebanyak 1.068 kasus dan 693 diantaranya adalah TB paru terkonfirmasi bakteriologis (BTA Positif) (Kemenkes RI, 2016).

Kondisi tersebut mengharuskan dokumen rekam medis yang bermutu untuk menjadi pedoman pelaksanaan terapi dan pengobatan. Dalam peningkatan mutu rekam medis dapat dilakukan dengan menganalisis dokumen rekam medis tersebut. Analisis mutu rekam medis dapat digunakan dua cara yaitu analisis kuantitatif (jumlah atau kelengkapannya) (mutu) (Yadi, 2018). Rumah Sakit Tongas Probolinggo merupakan rumah sakit umum daerah yang menyelenggarakan sistem rekam medis. Berbagai kegiatan yang dilakukan di unit rekam medis yang salah satunya adalah bagian assembling. Tugas dari bagian assembling salah satunya adalah merakit kembali formulir- formulir dalam DRM pasien rawat inap agar menjadi urut atau runtut sesuai dengan urutan assembling, meneliti kelengkapan data yang telah tercatat dalam formulir rekam medis pasien sesuai dengan kasus penyakitnya.

Pada studi pendahuluan di RSUD Tongas maupun belum Probolinggo, analisis kuantitatif kualitatif dokumen rekam medis pernah dilakukan penelitian sebelumnya oleh peneliti manapun. Berdasarkan pengamatan pada survei awal di RSUD Tongas Probolinggo dokumen rekam medis pasien dengan penyakit tuberculosis paru (TB Paru) termasuk dalam daftar 10 besar penyakit dan terdapat ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis. Selain itu pada penyakit ini dalam setiap tahunnya terdapat pasien yang meninggal atau pasien keluar mati. Dari survei pendahuluan peneliti mengambil 5 sampel dokumen rekam medis tahun 2017 triwulan I (Januari-Maret) di RSUD Tongas Probolinggo, untuk analisis kualitatif administratif (AKLA) dari 5 DRM tersebut didapatkan keseluruhan dokumen untuk kejelasan masalah pada lembar catatan pelayanan/perkembangan terintegerasi sesuai antara anamnesa dengan pemberian obat yang dilakukan. Masukan konsisten terdapat 1 dokumen yang tidak konsisten antara data dalam DRM dengan kondisi/anamnesa pasien.

Alasan pelayanan terdapat 4 dokumen yang tidak sesuai antara informasi kondisi pasien dengan tindakan yang dilakukan yaitu tidak dilakukan pemeriksaan sputum padahal pasien batuk > 1 bulan. 5 dokumen pada lembar informed consent di dalam DRM tidak terisi informasi identitas pasien secara lengkap pada nomor telepon dan alamat yang dituliskan secara singkat tanpa rt/rw, kelurahan, kecamatan, dan kode pos serta 3 dokumen tidak terdapat nama terang pasien/wali saat membubuhi tandatangan. Telaah rekaman menunjukkan 5 dokumen bersifat mutakhir dengan tidak menunda penulisan dalam DRM, 1 dokumen masih ada beberapa penulisan yang sulit dibaca pada lembar resume medis dan catatan pelayanan dan perkembangan terintegerasi, 5 dokumen yang tidak menggunakan singkatan baku dalam penulisan diagnosa tuberculosis dalam DRM, 5 dokumen tidak saling menjatuhkan sesama rekan dalam penulisan medis, 5 dokumen terdapat pengisian yang senjang pada lembar resume medis yaitu tidak dituliskan tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin pasien. 5 dokumen tepat dan sesuai dalam penggunaan tinta. 5 dokumen lengkap dan jelas dengan

informasi kronologis yang sesuai tahapan kunjungan dan pemberian pelayanan Kesehatan Untuk analisis kualitatif medis (AKMED) dari 5 DRM didapatkan keseluruhan dokumen yang sesuai dan konsisten dengan ketentuan penatalaksanaan TB dalam penulisan anamnesa. Pada pemeriksaan fisik menunjukkan 5 dokumen dituliskan keterangan hasil pemeriksaan ronchi dan wheezing, data RR, dan data suhu tubuh pada lembar asesmen medis.

Pada pemeriksaan penunjang 4 dokumen yang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang namun penegakkan diagnosanya TB paru sedangkan 1 dokumen lainnya yaitu dilakukan pemeriksaan sputum namun tidak dituliskan hasil pemeriksaan. 3 dokumen yang tidak dilakukan pemeriksaan rontgen dilihat pada lembar resume medis sedangkan 2 dokumen lainnya dilakukan pemeriksaan rontgen namun tidak ada hasil pemeriksaannya. Pada terapi pengobatan terdapat 1 dokumen tidak diberikan obat utama atau tambahan (OAT). Kondisi pasien saat pulang menunjukkan 5 dokumen dituliskan bahwa pasien pulang dengan kondisi sembuh dan keadaan umum membaik namun 1 dokumen menunjukkan tanda-tanda vital yang belum normal yaitu RR yang masih > 20 x/menit. Dampak dari masalah yang terjadi apabila DRM tidak lengkap adalah DRM menumpuk di bagian assembling dalam kurun waktu hingga satu bulan. Selain itu kualitas data yang dihasilkan tidak baik dan tidak akurat, dan terjadi kendala untuk bagian koding, filling hingga statistik pelaporan dikarenakan akan mengalami keterlambatan sesuai fungsi dan tugasnya masing-masing, sehingga akan merugikan manajemen RS Berdasarkan uraian permasalahan tersebut, mengambil maka penulis tertarik untuk judul "Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada Pasien Tuberkulosis Paru". Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitatif dokumen rekam keseluruhan dokumen yang sesuai dan medis rawat inap pada pasien tuberkulosis sendiri dalam pengambilan keputusan. Dengan adanya data yang lengkap dan akurat, maka akan membantu pihak rumah sakit dalam kegiatan akreditasi rumah sakit, karena salah satu syarat akreditasi rumah sakit adalah kelengkapan dan keakuratan dalam pengisian dokumen rekam medis. Selain itu juga dapat melindungi pihak rumah sakit dari aspek hukum.

2. Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

2.1 Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini yaitu pada 4 responden petugas assembling di RSUD Tonggas Probolinggo dan 30 dokumen rekam medis

2.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan observasi secara langsung dokumen rekam medis rawat inap pada pasien TB Paru di RSUD Tonggas Probolinggo triwulan I tahun 2017, wawancara dengan membuat daftar pertanyaan yang akan diberikan ke-4 responden.

2.3 Metode Analisis Data

Analisis data menggunakan jenis analisis data kualitatif yang digunakan untuk menggali fenomena yang ada dilapang berdasarkan DRM dan hasil dari wawancara terhadap petugas.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Analisis Kualitatif Administratif

- a) Kejelasan Masalah dan Kondisi / Diagnosis

Tabel 1 : Kejelasan Masalah dan Kondisi / Diagnosis

Aspek	Jumlah DRM	Presentase
Kejelasan masalah dan kondisi/ diagnosis		
Tidak	1	3,33
Ya	29	96,67
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Dari hasil observasi, didapatkan 1 DRM dari 30 DRM pasien TB paru rawat inap, yang belum sesuai dengan kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis pasien. Berdasarkan Tabel 1 diatas, ketidaksesuaian kejelasan masalah dan kondisi/diagnosis, dimana pasien mengeluhkan batuk, sesak napas, dan demam. Namun, pada lembar catatan obat, lembar asesmen medis, dan lembar resume medis, pereda tidak dituliskannya pemberian obat batuk, obat sesak napas, dan obat penurun demam, padahal obat tersebut sudah diberikan oleh dokter. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa, hal itu dikarenakan dokter yang alpha menuliskannya di lembar tersebut. Sebaiknya diperlukan adanya evaluasi dari unit rekam medis yang melibatkan dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya mengenai kelengkapan dokumen rekam medis dilihat dari adanya kesesuaian antara informasi dari pasien/ anamnesa dengan tindakan yang dilakukan (pemberian obat).

b) Masukan konsisten

Tabel 2: Masukan konsisten

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Masukan Konsisten		
Tidak	3	10
Ya	27	90
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Dari hasil observasi didapatkan 3 DRM dari 30 DRM TB paru rawat inap yang belum sesuai untuk aspek masukan konsisten. Berdasarkan Tabel 2 diatas, ketidaksesuaian masukan konsisten pada 3 DRM, dimana pasien mengeluhkan BB menurun, namun tidak dituliskan data ukuran BB pasien. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa, pasien yang mengeluhkan BB menurun, tidak dilakukan pemeriksaan BB, yang mengakibatkan tidak dituliskannya data BB dalam DRM. Sebaiknya dokter menuliskan keterangan mengenai kondisi klinis pasien saat datang ke RS di dalam DRM, agar dapat mengetahui penyebab tidak dilakukannya pemeriksaan berat badan. Sehingga, informasi tentang kondisi pasien dalam DRM lebih akurat.

c) Alasan Pelayanan

Tabel 3: Alasan pelayanan

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Alasan Pelayanan		
Tidak	19	63,33
Ya	11	36,67
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Dari hasil observasi didapatkan 19 DRM dari 30 DRM pasien TB paru rawat inap yang tidak sesuai dan tidak jelas alasan pelayanannya. Berdasarkan Tabel 3 diatas, ketidaksesuaian alasan pelayanan yaitu pada pasien yang mengeluhkan batuk 1 tahun disertai dahak dan sesak napas, namun tidak dilakukan tindakan pemeriksaan sputum dan rontgen. Selain itu pada pasien lainnya, tidak mengeluhkan batuk ≥ 2 minggu dan tidak sesak napas, namun dilakukan tindakan pemeriksaan sputum dan rontgen.

Dari hasil wawancara didapatkan bahwa, kedua pemeriksaan (sputum dan rontgen) selalu dilakukan jika ada pasien datang dengan keluhan nyeri dada, batuk, dan sesak. Namun dari hasil observasi menunjukkan masih terdapat 19 DRM yang masih tidak sesuai. Sebaiknya dilakukan evaluasi antara dokter dengan perawat terkait kesesuaian antara informasi kondisi pasien (anamnesa) dengan tindakan atau pemeriksaan yang dilakukan agar pasien/keluarga pasien mengetahui alasan yang jelas dan tepat dengan dilakukannya tindakan pemeriksaan yang akan dilakukan dengan kondisi yang dirasakan pasien dan selalu melengkapi penulisan keterangan terkait tindakan apa saja yang telah dilakukan kepada pasien dalam DRM agar tidak terjadi miss komunikasi.

d) *Informed consent*

1) *Informed Consent* pada Informasi Identitas Pasien

Tabel 4: *Informed Consent* pada Informasi Identitas Pasien

Aspek	Banyaknya	Presentase
	DRM	(%)
Informasi Identitas Pasien		
Tidak	30	100
Ya	0	0
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Dari hasil observasi didapatkan keseluruhan DRM pasien TB paru rawat inap yang tidak terisi dengan lengkap mengenai identitas pasien di lembar informed consent. Berdasarkan Tabel 4 diatas, ketidaksesuaian informasi identitas pasien, yaitu tidak dituliskannya alamat pasien/ keluarga pasien yang lengkap dan tidak dituliskannya no. telepon di lembar informed consent. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa informasi identitas pasien sangat penting untuk dicantumkan khususnya untuk alamat lengkap pasien agar lebih mudah untuk mengidentifikasi pasien, namun dari hasil observasi didapatkan 30 DRM pada lembar informed consent tidak dituliskan alamat lengkap dan nomor telepon pasien. Sebaiknya perawat lebih memperhatikan atau mengarahkan pasien/keluarga pasien dalam mengisi lembar informed consent dan memberikan penjelasan mengenai item apa saja yang harus diisi untuk meminimalisir tidak terisinya informasi identitas pasien.

2) Informasi Tindakan Medis yang akan Dilakukan dan Informasi Risiko Terhadap Tindakan Medis yang Dilakukan

Tabel 5: Informasi Tindakan Medis yang akan Dilakukan dan Informasi Risiko Terhadap Tindakan Medis yang Dilakukan

No	Aspek	Jumlah DRM				Total %
		Ya	%	Tidak	%	
1	Informasi Tindakan medis yang akan dilakukan	30	100	0	0	100
2	Informasi risiko Tindakan medis yang dilakukan	30	100	0	0	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Dari hasil observasi didapatkan keseluruhan 30 dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap diisi secara lengkap baik pada aspek informasi tindakan medis yang akan dilakukan dan aspek informasi risiko tindakan medis pada lembar informed consent. Berdasarkan Tabel 5 diatas, kesesuaian pada keseluruhan DRM pasien terkait informasi tindakan medis yang akan dilakukan dan informasi risiko tindakan medis yang akan dilakukan di lembar informed consent, dikarenakan kedua aspek informasi tersebut sudah tercantum jadi satu di lembar informed consent. Maka setiap adanya tindakan persetujuan medis, otomatis kedua informasi tersebut selalu ada di lembar informed consent atau dengan kata lain kedua aspek informasi tersebut sudah berupa ketikan dan bukan tulisan dari tenaga medis.

3) Informasi Nama Terang dan Tandatangan Pasien / Keluarga pasien dan Informasi Nama Terang dan Tandatangan Dokter yang Merawat

Tabel 6: Informasi Nama Terang dan Tandatangan Pasien / Keluarga pasien dan Informasi Nama Terang dan Tandatangan Dokter yang Merawat

No	Aspek	Jumlah DRM				Total %
		Ya	%	Tidak	%	
1	Nama terang dan tandatangan pasien/ keluarga pasien	22	73,33	8	26,66	100
2	Nama terang dan tandatangan dokter	30	100	0	0	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan hasil observasi pada Tabel 6 sebanyak 8 DRM dari 30 DRM pasien TB paru rawat inap, beberapa pasien yang tidak dituliskan nama terang pasien/keluarga pasien saat membubuhi tandatangan di lembar informed consent. Sebanyak DRM pasien TB paru, lengkap dengan nama terang dan tandatangan dokter di lembar informed consent. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa, tidak terisinya nama terang dari pasien/keluarga pasien saat menandatangani informed consent karena ketersediaan SDM yang minim, sehingga kurang terpantau nya pasien/keluarga pasien saat membubuhi tanda tangan dan nama terang di lembar informed consent. Sebaiknya perawat memberitahu dan mengarahkan kepada pasien/ keluarga pasien untuk mengisi nama terang dalam lembar informed consent guna menunjang kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang dapat dipertanggungjawabkan.

- e) Telaah rekaman
 - 1) Mutakhir

Tabel 7: mutakhir

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Mutakhir		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Dari hasil observasi didapatkan seluruh dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap bersifat mutakhir yang artinya dalam dokumen rekam medis dicatat segera dan tidak ditunda hingga hari berikutnya. Berdasarkan Tabel 7, seluruh DRM dilakukan pencatatan segera, tidak ditunda hingga hari berikutnya. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa petugas medis selalu mencatat tanggal dan jam mulai pasien MRS hingga pasien KRS. Pada hasil observasi, seluruh DRM pasien TB paru bersifat mutakhir yaitu dokumen rekam medis di catat segera, tidak ditunda hingga hari berikutnya.

- 2) Tulisan terbaca

Tabel 8: Tulisan terbaca

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Tulisan Terbaca		
Tidak	5	16,67
Ya	25	83,33
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Dari hasil observasi didapatkan 5 DRM dari 30 DRM pasien TB paru rawat inap yang tulisannya tidak dapat terbaca dengan jelas. Berdasarkan Tabel 8 diatas, tulisan yang tidak dapat terbaca yaitu terletak pada penulisan dokter untuk item anamnesa di lembar resume medis. Dari

hasil wawancara didapatkan bahwa yang menyebabkan tulisan dokter, tidak terbaca dikarenakan dokter menulis dengan terburu-buru. Hal ini dapat ditunjukkan dengan hasil observasi yang terdapat 5 dokumen rekam medis yang tulisannya tidak terbaca dengan jelas pada lembar resume medis. Oleh karena itu perlu adanya sosialisasi dari petugas rekam medis kepada tenaga medis baik dokter maupun perawat, mengenai pentingnya tulisan yang jelas dan dapat dibaca serta selalu memperhatikan pencatatan dokumen rekam medis dalam penulisan abjad dan angka sehingga mudah dibaca dan dipahami.

3) Singkatan baku

Tabel 9: singkatan baku

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Singkatan Baku		
Tidak	30	100
Ya	0	0
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Dari hasil observasi didapatkan seluruh dokumen rekam medis pasien TB paru rawat inap tidak menggunakan singkatan baku yang telah disepakati di RSUD Tongas. Berdasarkan Tabel 9 diatas, 30 DRM rawat inap pasien TB paru tidak menggunakan singkatan baku pada penulisan diagnosis tuberkulosis. Dokter menggunakan singkatan TB untuk penyakit tuberkulosis. Padahal singkatan untuk penyakit tuberkulosis yang sudah disepakati oleh RSUD Tongas dan terdapat dalam SPO RSUD Tongas adalah KP yaitu Koch Pulmonary. Dari hasil wawancara dengan DPJP TB paru menyatakan bahwa selama ini tenaga medis tidak pernah diberitahu oleh unit rekam medis terkait penulisan singkatan baku untuk penyakit tuberkulosis yang menggunakan KP. Selama ini tenaga medis di RSUD Tongas menuliskan tuberkulosis dengan singkatan TB atau TBC, maka diperlukannya sosialisasi dari petugas rekam medis ke tenaga medis terkait penulisan singkatan baku yang telah disepakati oleh RSUD Tongas dalam SPO.

4) Hindari sindiran

Table 10: hindari sindiran

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Hindari Sindiran		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

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

5) Pengisian tidak senjang

Tabel 11: pengisian tidak senjang

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Pengisian Tidak Senjang		
Tidak	29	96,67
Ya	1	3,33
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Hasil observasi didapatkan 29 DRM dari 30 DRM pasien TB paru rawat inap terdapat kekosongan dalam pencatatan dokumen rekam medis. Berdasarkan Tabel 11, terdapat DRM yang tidak diisi informasi tanggal lahir dan jenis kelamin, dan DRM yang tidak diisi informasi tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin pasien pada lembar resume medis. Dari hasil wawancara, dikarenakan kebanyakan pasien tidak membawa kartu identitas dan hanya mengira-ngira umur dengan tahun lahirnya. Faktor penyebab lainnya dikarenakan kelalaian dokter yang lupa dalam menuliskan tanggal lahir, umur, dan jenis kelamin di lembar resume medis. Informasi mengenai identitas sosial pasien harus diisi dengan lengkap, guna mempermudah pengidentifikasian pasien

6) Tinta

Tabel 12: tinta

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Tinta		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan hasil observasi pada Tabel 12 didapatkan seluruh dokumen rekam medis rawat inap pada pasien TB paru menggunakan tinta yang sesuai dengan teori namun tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan di RSUD Tongas. Dokter menggunakan tinta hitam dan untuk grafik suhu menggunakan warna biru, serta grafik nadi warna merah. Dari hasil wawancara dengan petugas assembling menyatakan bahwa adanya perbedaan penggunaan tinta antara dokter menggunakan tinta warna biru dan perawat menggunakan tinta warna hitam serta untuk tensi, suhu, dan nadi menggunakan blue red. Namun, dari hasil observasi yang didapatkan adalah seluruh penggunaan tinta dalam DRM TB paru baik dokter maupun perawat menggunakan tinta warna hitam dan untuk penulisan pada lembar grafik menggunakan warna merah dan biru.

7) Catatan jelas

Tabel 13: catatan jelas

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Catatan Jelas		
Tidak	0	0
Ya	30	100
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan hasil observasi pada Tabel 13 didapatkan seluruh dokumen rekam medis rawat inap pada pasien TB paru memiliki catatan yang jelas, dimana DRM dicatat runtut sesuai kronologis pasien, dari mulai pasien MRS hingga pasien KRS, dari anamnesa pasien hingga penegakkan diagnosa pasien beserta dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian obat, hingga pasien tersebut diperbolehkan pulang. Selain itu juga tersusunnya secara runtut pada setiap lembar formulir DRM dari mulai ringkasan pasien masuk hingga ringkasan pasien keluar termasuk juga dengan resume pasien pulang dan resume medis.

f) Biaya perawatan

Tabel 14: Biaya perawatan

Aspek	Banyaknya DRM	Presentase (%)
Biaya Perawatan		
Tidak	9	30
Ya	21	70
Total	30	100

Sumber: Data terolah tahun 2017

Hasil observasi didapatkan 9 DRM dari 30 DRM pasien TB paru rawat inap yang tidak terisi secara lengkap mengenai informasi penanggungjawab pasien. Berdasarkan Tabel 14, ketidaksesuaian dalam pengisian informasi penanggungjawab pasien terdapat pada DRM yang tidak diisi no. telepon dari penanggungjawab pasien. Dari hasil wawancara menyatakan bahwa pasien di RSUD Tongas kebanyakan dari desa yang masih awam dengan nomor telepon sehingga banyak yang mengosongkan kolom nomor telepon penanggungjawab pasien di lembar ringkasan masuk. Informasi penanggungjawab biaya pasien sangatlah dibutuhkan oleh rumah sakit guna meminimalisir kejadian yang dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit seperti pasien yang kabur dari rumah sakit sebelum menyelesaikan administrasi rumah sakit dan merupakan pasien umum. Sebaiknya petugas meneliti kembali bagian mana saja yang masih belum diisi di tiap lembar DRM oleh pasien/keluarga pasien, khususnya untuk informasi penanggungjawab pasien.

3.2 Analisis Kualitatif Medis

a) Anamnesa

1) Batuk ≥ 2 minggu

Tabel 15: batuk ≥ 2 minggu

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
Batuk ≥ 2 minggu	18	12
	Keterangan Ekstra	
	Ada	Tidak Ada
	16	2
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 15 dari 30 DRM, pasien yang mengeluhkan batuk ≥ 2 minggu sebanyak 18 pasien dengan 16 diantaranya terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada beberapa DRM, yaitu pasien mengeluhkan batuk dengan keterangan ekstra batuk 1 tahun disertai dahak dan pasien dilakukan pemeriksaan sputum serta diberikan obat pereda batuk Acetylcysteine. Selain itu juga terdapat pasien mengeluhkan batuk dengan keterangan ekstra batuk 1 bulan disertai dahak dan dilakukan pemeriksaan sputum serta diberikan obat pereda batuk Codein dan Acetylcysteine.

2) Batuk Darah

Tabel 16: batuk darah

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
Batuk Darah	8	22
	Keterangan Ekstra	
	Ada	Tidak Ada
	2	6
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 16 dari 30 DRM, pasien yang mengeluhkan batuk darah sebanyak 8 pasien dengan 2 diantaranya terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan dari DRM pasien, yaitu pasien mengeluhkan batuk darah dengan keterangan ekstra batuk darah 2 kali per hari dan pasien diberikan obat batuk darah yaitu Adona drip dan Asam Tranexamat. Selain itu juga terdapat pasien yang mengeluhkan batuk darah dengan keterangan ekstra batuk darah sejak 10 hari dan diberikan obat batuk darah yaitu Codein.

3) Sesak Napas

Tabel 17: sesak napas

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak

	19	11
	Keterangan Ekstra	
Sesak Napas	Ada	Tidak Ada
	19	0
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 17, dari 30 DRM, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 19 pasien dan terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada DRM pasien, yaitu pasien mengeluhkan sesak napas dengan keterangan ekstra sesak napas 2 minggu dengan RR = 24 x/menit dan pasien dilakukan pemeriksaan rontgen serta pasien diberikan obat sesak napas ventolin. Selain itu juga terdapat DRM dengan No. RM xxxx60 , yaitu pasien mengeluhkan sesak napas dengan keterangan ekstra sesak napas sejak 5 hari sebelum MRS dengan RR = 36 x/menit dan pasien dilakukan pemeriksaan rontgen serta pasien diberikan obat sesak napas nebul ventolin dan flexotide.

4) Nyeri Dada

Tabel 18: nyeri dada

	Keterangan	
Aspek	Ya	Tidak
	2	28
	Keterangan Ekstra	
Nyeri dada	Ada	Tidak Ada
	2	0
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 18, dari 30 DRM, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 2 pasien dan terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada DRM pasien, dimana pasien mengeluhkan nyeri dada dengan keterangan ekstra nyeri dada sebelah kanan dan pasien dilakukan pemeriksaan rontgen serta pasien diberikan obat peringan rasa nyeri yaitu santagesik. Selain itu juga terdapat pasien yang mengeluhkan nyeri dada dengan keterangan ekstra nyeri dada jika batuk dan pasien dilakukan pemeriksaan rontgen serta pasien diberikan obat peringan rasa nyeri yaitu santagesik.

5) Demam

Tabel: 19 demam

	Keterangan	
Aspek	Ya	Tidak
	16	14
	Keterangan Ekstra	
Demam	Ada	Tidak Ada
	16	0
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 19, dari 30 DRM, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 16 pasien dan terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada DRM pasien, yaitu pasien mengeluhkan demam dengan keterangan ekstra demam > 1 bulan dengan suhu tubuh mencapai 39,2 oC dan pasien diberikan obat penurun demam yaitu santagesik. Selain itu juga terdapat DRM dengan No. RM 033726, yaitu pasien mengeluhkan demam dengan keterangan ekstra demam sejak 20 hari dengan suhu tubuh mencapai 39,4 oC dan pasien diberikan obat penurun demam yaitu pamol.

6) Keringat Malam

Tabel 20: keringat malam

	Keterangan	
--	------------	--

Aspek	Ya	Tidak
		5
Keringat Malam	Keterangan Ekstra	
	Ada	Tidak Ada
	0	5
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 20 dari 30 DRM, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 5 pasien dan tidak terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Ketidakkonsistenan dan ketidaksesuaian dapat ditunjukkan pada beberapa DRM pasien, yaitu pasien mengeluhkan keringat malam namun tidak dituliskannya oleh dokter terkait keterangan ekstra lamanya pasien mengeluhkan keringat malam hari. Hal ini dikarenakan dokter yang lalai/lupa menuliskannya pada lembar asesmen medis dan resume medis terkait keterangan ekstra dari pasien yang mengeluhkan keringat malam. Padahal dokter telah menanyakan informasi yang lebih untuk keluhan yang dirasakan pasien.

7) Anoreksia

Tabel 21: anoreksia

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	14	16
Anoreksia	Keterangan Ekstra	
	Ada	Tidak Ada
	1	13
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 21 dari 30 DRM, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 14 pasien dan dengan 1 diantaranya terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Kekonsistenan dan kesesuaian dapat ditunjukkan pada DRM pasien, dimana pasien mengeluhkan tidak nafsu makan (anoreksia) dengan keterangan anoreksia sejak 1 bulan dan pasien diberikan obat penambah nafsu makan yaitu curcuma.

8) Berat Badan Menurun

Table 22: berat badan menurun

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	12	18
Berat Badan Menurun	Keterangan Ekstra	
	Ada	Tidak Ada
	0	12
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 22 dari 30 DRM, pasien yang mengeluhkan sesak napas sebanyak 12 pasien dan tidak terdapat keterangan ekstra pada lembar asesmen medis dan resume medis. Ketidakkonsistenan dan ketidaksesuaian dapat ditunjukkan pada DRM pasien, yaitu pasien mengeluhkan berat badan menurun namun tidak dituliskannya oleh dokter terkait keterangan ekstra ukuran BB pasien. Hal ini dikarenakan tidak dilakukannya penimbangan BB kepada pasien dengan kondisi yang memburuk, sehingga untuk keterangan ekstra BB menurun tidak pernah dituliskan dalam lembar tersebut. Penimbangan ukuran BB pasien bukanlah pemeriksaan yang rutin dilakukan di RSUD Tongas.

b) Pemeriksaan fisik

1) Suara Napas

Tabel 23: suara napas

Aspek	Keterangan	
	dilakukan	Tidak dilakukan
	30	0
Suara Napas	Keterangan Ekstra	
	Ronchi	Wheezing
	+/+ -/-	+/+ -/-
	20 10	1 29
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 23, keseluruhan DRM dilakukan pemeriksaan fisik suara napas yang disertai dengan keterangan ekstra berupa suara napas ronchi dan suara napas wheezing. Dari 30 DRM terdapat 20 DRM dengan hasil pemeriksaan fisik ronchi positif. Hal ini dapat ditunjukkan pada pasien yang dalam pemeriksaan fisik suara napas ditemukan untuk ronchi positif, yang artinya ditemukan bunyi gaduh yang dalam saat ekspirasi pada pasien. Sehingga, kedua pasien tersebut dilakukan pemeriksaan penunjang sputum dikarenakan ronchi positif akibat adanya penumpukan dahak di tubuh pasien. Kemudian, dari 30 DRM terdapat 1 DRM hasil dengan hasil pemeriksaan fisik wheezing positif. Hal ini dapat ditunjukkan pada pasien yang dalam pemeriksaan fisik suara napas ditemukan wheezing yang positif, yang artinya ditemukan suara mengi seperti bersiul saat inspirasi dan ekspirasi pada pasien. Sehingga, pasien tersebut diberikan pengobatan salbutamol, nebul combivent, dan nebul Ventolin.

2) Frekuensi Napas

Tabel 24: frekuensi napas

Aspek	Keterangan	
	Dilakukan	Tidak Dilakukan
	30	0
Frekuensi Napas	Keterangan Ekstra	
	> 20 x/menit	≤ 20 x/menit
	26	4
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabe 24, keseluruhan DRM dilakukan pemeriksaan fisik frekuensi napas yang disertai dengan keterangan ekstra berupa pengukuran Respiratory Rate (RR) > 20 x/menit. Dari 30 DRM terdapat 26 DRM dengan hasil pemeriksaan fisik frekuensi napas > 20 x/menit. Hal ini dapat ditunjukkan pada pasien No. RM xxxx48, dimana terdapat keterangan ekstra ukuran RR = 40 x/menit dan No. RM xxxx74, dimana terdapat keterangan ekstra ukuran RR = 48 x/menit. Dari kedua pasien tersebut dengan keterangan ekstra ukuran RR > 20 x/menit dilakukan pemeriksaan penunjang rontgen.

3) Suhu Tubuh

Tabel 25: suhu tubuh

Aspek	Keterangan	
	Dilakukan	Tidak Dilakukan
	30	0
Suhu Tubuh	Keterangan Ekstra	
	> 37,8 °C	≤ 37,8 °C
	6	24

Jumlah DRM	30
------------	----

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 25, keseluruhan DRM dilakukan pemeriksaan fisik suhu tubuh yang disertai dengan keterangan ekstra berupa ukuran suhu tubuh untuk aspek demam > 37,8 oC. Dari 30 DRM terdapat 6 DRM dengan hasil pemeriksaan fisik suhu tubuh > 37,8 oC. Hal ini dapat ditunjukkan pada contoh pasien dengan No. RM xxxx26, dimana untuk keterangan ekstra ukuran suhu tubuh pasien = 39,4 oC dan pasien diberikan obat penurun demam yaitu pamol. Selain itu juga terdapat pasien dengan No. RM xxxx54, dimana untuk keterangan ekstra ukuran suhu tubuh pasien = 39,2 oC dan pasien diberikan obat penurun demam yaitu santagesik.

c) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Sputum

Tabel 26: pemeriksaan sputum

Aspek	Keterangan	
	Dilakukan	Tidak Dilakukan
	12	18
Pemeriksaan Sputum	Keterangan Ekstra	
	Ada Hasil	Tidak Ada Hasil
	4	
	BTA + 4	BTA - 0
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 26, terdapat 12 pasien yang dilakukan pemeriksaan sputum, 4 diantaranya disertai dengan keterangan ekstra berupa hasil dari pemeriksaan sputum yang dimana hasilnya yaitu BTA positif. Hal ini dapat ditunjukkan dalam DRM pasien, dimana pasien tersebut dilakukan pemeriksaan sputum dengan hasil 2 spesimen positif yang berarti pasien tersebut merupakan pasien TB paru dengan BTA positif dan diberikan OAT FDC di RSUD Tongas. Selain itu juga terdapat dalam DRM pasien, dimana pasien tersebut dilakukan pemeriksaan sputum dengan hasil 3 spesimen positif yang berarti pasien tersebut merupakan pasien TB paru dengan BTA positif namun tidak diberikan OAT di RSUD Tongas, dikarenakan pasien lebih memilih mengambil OAT di puskesmas dekat rumah. Kemudian untuk pasien yang dilakukan pemeriksaan sputum namun tidak terdapat keterangan ekstra yaitu tidak ada hasil pemeriksaan sputum, dikarenakan dokter yang lupa menuliskannya dan mencantumkannya pada hasil pemeriksaan dalam DRM.

Hasil wawancara didapatkan bahwa pasien yang dicurigai dengan diagnosa TB paru telah dilakukan pemeriksaan sputum dengan cara mengumpulkan 3 spesimen dahak. Hal ini sudah sesuai dengan prosedur tetap dan penatalaksanaan TB paru yaitu pemeriksaan dahak dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan pada SPS.

2) Pemeriksaan Rontgen

Tabel 27: pemeriksaan rontgen

Aspek	Keterangan	
	Dilakukan	Tidak Dilakukan
	19	11
Pemeriksaan Rontgen	Keterangan Ekstra	
	Ada Hasil	Tidak Ada Hasil
	0	19

Jumlah DRM	30
------------	----

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 27, terdapat 19 pasien yang dilakukan pemeriksaan rontgen dan tidak disertai dengan keterangan ekstra berupa hasil dari pemeriksaan rontgen. Hal ini dapat ditunjukkan dalam DRM pasien, dimana pasien tersebut dilakukan pemeriksaan rontgen namun tidak disertai dengan keterangan ekstra berupa hasil gambaran atau bacaan dari pemeriksaan rontgen tersebut. Hal ini dikarenakan tidak disediakan lembar bacaan hasil pemeriksaan rontgen di RSUD Tongas, sehingga tidak terekam dalam DRM pasien. Namun untuk hasil pemeriksaan rontgen dibawa pulang oleh pasien. Hasil wawancara didapatkan bahwa pasien TB paru yang telah dilakukan pemeriksaan rontgen ditunjukkan dengan adanya fibro infiltrat di daerah apeks atau atas. Hal ini sudah sesuai dengan prosedur tetap penatalaksanaan TB paru yaitu gambaran rontgen yang dicurigai TB paru dengan adanya bayangan berawan di segmen apikal dan posterior lobus atas paru dan segmen superior lobus bawah. Namun dalam DRM TB paru RSUD Tongas tidak tiduliskannya gambaran hasil pemeriksaan rontgen.

- d) Terapi dan pengobatan
 1) Obat Utama

Tabel 28: obat utama

Aspek	Keterangan	
	Diberikan	Tidak Diberikan
	3	27
Obat Utama	Keterangan Ekstra	
	Ada	Tidak Ada
	3	0
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 28, terdapat 3 pasien yang diberikan terapi/pengobatan dengan jenis obat utama dan disertai dengan keterangan ekstra berupa jenis obat yang diberikan kepada pasien TB paru. Obat utama merupakan OAT yang meliputi Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid, Streptomisin, dan Etambutol. Kekonsistenan dan kesesuaian dari 3 DRM tersebut dapat ditunjukkan dalam DRM pasien, dimana pasien diberikan OAT FDC yaitu kombinasi obat tetap yang terdiri dari 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet yang terdiri dari Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid, dan Etambutol. Pasien dengan lainnya, hanya diberikan obat utama yaitu Rifampisin. Dan terdapat yang sedang menjalani pengobatan OAT sejak 10 hari. Dari ke tiga keterangan ekstra berupa jenis obat yang diberikan kepada pasien, sehingga pasien tersebut ditegakkan dengan diagnosa akhir TB paru. Pada pasien yang tidak diberikan obat utama di RSUD Tongas, namun ditegakkan diagnosa TB paru, dikarenakan pasien tersebut mengambil OAT di puskesmas terdekat dengan rumah pasien.

- 2) Obat Tambahan

Tabel 29: obat tambahan

Aspek	Keterangan	
	Diberikan	Tidak Diberikan
	12	18
Obat Tambahan	Keterangan Ekstra	
	Ada	Tidak Ada
	12	0
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 29, terdapat 12 pasien yang diberikan terapi/ pengobatan dengan jenis obat tambahan dan disertai dengan keterangan ekstra berupa jenis obat yang diberikan kepada pasien TB paru. Obat tambahan meliputi Kanamisin, Amikasin, dan Kuinolon. Kekonsistenan dan kesesuaian dari 12 DRM tersebut dapat ditunjukkan pada DRM pasien, dimana pasien diberikan obat tambahan hanya pada obat golongan kuinolon saja, yaitu obat Levofloxacin.

e) Kondisi Pasien saat pulang

1) Tanda-Tanda Vital Normal

Tabel 30: tanda-tanda vital normal

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	21	9
Tanda – Tanda	Keterangan Ekstra	
Vital Normal	Ada	Tidak Ada
	27	3
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 30, dari 30 DRM, 27 DRM diantaranya terdapat keterangan ekstra berupa keterangan TTV pasien dan 21 DRM menunjukkan bahwa TTV pasien normal saat dipulangkan. Hal ini dapat ditunjukkan dari DRM pasien, dimana suhu tubuh pasien saat MRS mencapai 38,9 oC dan pada saat diperbolehkan pulang, suhu tubuh pasien menjadi normal yaitu 36 oC, lalu ukuran RR pasien saat MRS yaitu 26 x/menit dan pada saat diperbolehkan pulang, ukuran RR pasien menjadi normal yaitu 20 x/menit. Selain itu juga terdapat pada DRM pasien, dimana suhu tubuh pasien saat MRS mencapai 38,6 oC dan pada saat diperbolehkan pulang, suhu tubuh pasien menjadi normal yaitu 36 oC, lalu ukuran RR pasien saat MRS yaitu 36 x/menit dan pada saat diperbolehkan pulang, ukuran RR pasien menjadi normal yaitu 20 x/menit.

Terdapat 9 DRM pasien menunjukkan TTV yang belum normal namun pasien sudah diperbolehkan pulang. 8 DRM diantaranya menunjukkan ukuran RR yang masih > 20 x/menit. Selain itu juga tidak terdapat keterangan ekstra untuk suhu tubuh pasien saat diperbolehkan sebanyak 2 DRM dan 1 DRM lainnya, tidak diisi keterangan ekstra TTV oleh dokter dikarenakan dokter yang lalai menuliskan keterangan TTV dalam lembar resume medis dan resume pasien pulang. Hasil wawancara didapatkan bahwa jika kondisi KU pasien sudah bagus dan tidak ada tanda-tanda infeksi walaupun TTV masih belum normal, pasien sudah bisa diperbolehkan pulang.

2) Kondisi Klinis Membaik

Tabel 31: kondisi klinis membaik

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
	29	1
Kondisi Klinis	Keterangan Ekstra	
Membaik	Ada	Tidak Ada
	29	1
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 31, dari 30 DRM, 29 DRM diantaranya terdapat keterangan ekstra berupa keterangan kondisi klinis pasien membaik saat diperbolehkan pulang. Dimana saat pasien dipulangkan untuk keluhan awal batuk, sesak napas, demam, dan anoreksia seluruhnya sudah membaik, artinya pasien tidak merasakan keluhan tersebut saat pasien diperbolehkan pulang. Selain itu juga terdapat pada DRM pasien, dimana saat pasien dipulangkan, untuk keluhan awal batuk, sesak napas, nyeri dada, demam, dan keringat malam seluruhnya sudah membaik, artinya pasien tidak merasakan keluhan tersebut saat pasien diperbolehkan pulang. Terdapat 1 pasien yang tidak dituliskan keterangan ekstra kondisi klinis pada saat pasien diperbolehkan pulang, dikarenakan dokter yang lalai menuliskan keterangan kondisi klinis pasien saat diperbolehkan pulang pada lembar resume medis dan resume pasien pulang.

3) Pasien Pulang Sembuh

Tabel 32: pasien pulang sembuh

Aspek	Keterangan	
	Ya	Tidak
Pasien Pulang Sembuh	26	4
	Keterangan Ekstra	
	Ada	Tidak Ada
	29	1
Jumlah DRM	30	

Sumber: Data terolah tahun 2017

Berdasarkan Tabel 32, dari 30 DRM, 29 DRM diantaranya terdapat keterangan ekstra berupa keterangan cara pasien KRS dan 26 DRM menunjukkan bahwa pasien pulang sembuh serta 3 diantaranya menunjukkan bahwa pasien pulang paksa. Terdapat 1 pasien yang tidak dituliskan keterangan ekstra cara pasien KRS, dikarenakan dokter yang lalai menuliskan keterangan cara pasien KRS saat diperbolehkan pulang pada lembar resume medis dan resume pasien pulang. Hasil wawancara didapatkan bahwa banyaknya pasien TB paru di RSUD Tongas yang pulang paksa disebabkan karena masalah biaya untuk pasien yang tidak memiliki BPJS atau asuransi lainnya. Selain biaya yang menjadi masalah pasien untuk pulang paksa, dikarenakan pasien tidak ingin terlalu lama dirumah sakit ataupun pasien ingin dirawat yang lebih dekat dengan rumahnya, dan tidak ada perbaikan pasien atau pasien yang tidak kunjung sembuh.

4. Simpulan dan Saran

4.1 Simpulan

a) Analisis Kualitatif Administratif

Berdasarkan ke-6 aspek analisis kualitatif administratif dokumen rekam medis rawat inap pada pasien tuberkulosis paru triwulan I tahun 2017 yang paling tidak lengkap terdapat pada aspek Informed Consent yaitu Informasi identitas pasien dan pada aspek telaah rekaman yaitu singkatan baku.

- 1) Identifikasi pada aspek informed consent paling banyak terdapat pada aspek informasi identitas terdapat 30 dokumen rekam medis (100%) yang dikarenakan tidak lengkap dan tidak diisinya penulisan alamat dan no telepon.
- 2) Identifikasi pada aspek telaah rekaman paling banyak terdapat pada aspek singkatan baku yang terdapat 30 dokumen rekam medis dengan persentase (100% dikarenakan penulisan singkatan diagnosis tuberkulosis yang tidak sesuai dengan SPO RSUD Tongas

b) Analisis Kualitatif medis

Berdasarkan ke-5 aspek analisis kualitatif medis dokumen rekam medis rawat inap pada pasien tuberkulosis paru triwulan I tahun 2017 yang paling tidak konsisten dan tidak sesuai terdapat pada aspek pemeriksaan penunjang rontgen dan aspek terapi/pengobatan.

- 1) Identifikasi pada aspek pemeriksaan penunjang yaitu sebanyak 19 DRM yang tidak terdapat hasil pemeriksaan rontgen dari 19 pasien yang melakukan pemeriksaan rontgen.
- 2) Identifikasi pada aspek terapi/ pengobatan yaitu sebanyak 27 pasien tidak diberikan OAT dilihat dari tidak dituliskannya keterangan ekstra dan 12 pasien diberikan obat tambahan levofloxacin yang merupakan golongan obat kuinolon.

4.2 Saran

- a) Diperlukan sosialisasi SPO singkatan baku yang telah disepakati di RSUD Tongas kepada tenaga medis baik dokter maupun perawat.
- b) Menyediakan dan melengkapi setiap form lembar hasil pemeriksaan penunjang, seperti pemeriksaan rontgen.
- c) Diharapkan adanya penelitian lebih lanjut untuk mendesain lembar atau form hasil pemeriksaan penunjang yang belum disediakan dari RSUD Tongas, seperti hasil pemeriksaan penunjang rontgen, guna menunjang kelengkapan dokumen rekam medis.

Ucapan Terima Kasih

Seluruh petugas RSUD Tongas Probolinggo khususnya pada Unit Rekam Medis yang telah membantu penulis mulai survei pendahuluan sampai penelitian

Daftar Pustaka

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