

**Analisis Kuantitatif Dan Kualitatif Medis Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien
Asphyxia Neonatorum di Rumah Sakit
Daerah Kalisat Periode Januari–Juni Tahun 2018**

Amalia Meisa Alif
*Program Studi Rekam Medik
Jurusan Kesehatan
meisaamalia07@gmail.com*

Abstrak

Asphyxia neonatorum termasuk dalam 10 besar diagnosis penyakit di RSD Kalisat. Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 11 Mei 2018, kelengkapan pada dokumen rekam medis asphyxia neonatorum belum sesuai dengan standart yang ditetapkan yaitu 100%. Berkas rekam medis yang tidak lengkap tidak dapat memberikan informasi untuk pengobatan selanjutnya ketika pasien datang kembali ke sarana pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kuantitatif dan kualitatif medis dokumen rekam medis rawat inap pada pasien asphyxia neonatorum di RSD Kalisat periode Januari – Juni tahun 2018. Jenis penelitian yang digunakan yaitu deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan teknik pengumpulan data observasi, wawancara dan dokumentasi. Subjek penelitian berjumlah 3 orang. Objek penelitian 46 dokumen rekam medis pasien asphyxia neonatorum periode Januari-Juni tahun 2018. Hasil penelitian ditemukan ketidaklengkapan 63,77% identitas pasien, 89,1 % tanda bukti keabsahan rekaman, 75,36% tata cara mencatat. Variabel terapi medikamen 41,3% dan 26,1% terapi supotif, 28,3% tanpa keterangan pemberian O₂, 100% tanpa keterangan perawatan inkubator, 97,8% tanpa keterangan IVFD. Variabel keadaan pulang tanpa keterangan 6,5%.

Keywords: Analisis kuantitatif, Analisis kualitatif, *Asphyxia neonatorum*, Rumah sakit.

1. Pendahuluan

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat serta pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri 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 (Depkes RI, 2009). Rumah sakit memiliki unit penunjang diantaranya unit rekam medis. Unit rekam medis sebagai salah satu gerbang terdepan dalam pelayanan kesehatan, yaitu sebagai salah satu ukuran kepuasan pasien dalam menerima pelayanan. (Budi, 2011)

Baik buruknya suatu pelayanan digambarkan dengan lengkap atau tidaknya berkas rekam medis disuatu Rumah Sakit.

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. Standar kelengkapan pengisian yaitu 100% setelah selesai pelayanan.

Rumah Sakit Daerah Kalisat merupakan salah satu Layanan Kesehatan milik Pemkab Jember yang berbentuk RSU, dinaungi oleh Pemda Kabupaten dan tercatat kedalam Rumah Sakit Tipe C. Rumah Sakit ini merupakan Rumah Sakit PONEK. Rumah Sakit PONEK adalah bagian dari sistem rujukan 24 jam dalam pelayanan kedaruratan maternal dan neonatal. Salah satu kasus tertinggi di RSD Kalisat yaitu *Asphyxia Neonatorum*. WHO (2012) menyatakan bahwa penyakit *Asphyxia Neonatorum* adalah penyebab utama kematian bayi baru lahir atau neonatal di dunia yaitu sebesar 23%. Oktavionita (2017) dalam Nugroho (2015)

menyatakan bahwa salah satu penyebab kematian bayi dalam kandungan yaitu kematian bayi bawaan atau yang dibawa bayi sejak lahir seperti *Asphyxia Neonatorum* merupakan keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur setelah bayi dilahirkan.

Berkas rekam medis kasus *Asphyxia Neonaturum* di RSD Kalisat masih banyak

Tabel 1. Data Jumlah Berkas yang Tidak Lengkap

No	Item	Jumlah berkas yang diamati	Jumlah berkas yang tidak lengkap	Keterangan
1.	Nomor RM	10	8	No RM tidak ditulis pada semua form
2.	Nama Pasien	10	5	Nama pasien tidak ditulis pada semua form
3.	Keabsahan rekaman	10	9	Tidak lengkap dan tidak ada nama terang tenaga kesehatan
4.	Tanggal	10	7	Tidak ditulis pada semua form
5.	Waktu	10	3	Tidak lengkap

Sumber: RSD Kalisat

Diah (2012) melaporkan bahwa ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis tertinggi pada informasi umur dan jenis kelamin 47% diagnosis penyakit 22%. Penyebabnya adalah petugas kesehatan tidak mengisi sesuai dengan prosedur tetap cara pengisian dokumen rekam medis. Analisis kualitatif medis yang telah dilakukan oleh peneliti didapatkan 60% dari 100% berkas yang belum memanfaatkan informasi dengan baik yaitu data informasi keadaan pulang pasien dimana keadaan pulang pasien tersebut harus ada keterangan lanjutan seperti pulang sembuh, pulang di rujuk, pulang paksa dan pulang meninggal, dan informasi tindakan/ terapi tidak terisi. Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis menjadi hal yang sangat penting, karena jika ada bagian yang tidak terisi akan berkurangnya informasi terkait pasien. Dampak dari ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis di RSD Kalisat yaitu beban kerja petugas rekam medis dalam pengolahan data bertambah, data yang tidak lengkap akan mempengaruhi penyampaian informasi serta keterlambatan dalam pembuatan laporan. Ketidaklengkapan rekam medis tidak dapat memberikan informasi untuk pengobatan

yang belum lengkap dan akurat. Studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti yaitu analisis kuantitatif dan kualitatif medis dokumen rekam medis dengan cara observasi dan wawancara. Data ketidaklengkapan dari analisis kuantitatif di RSD Kalisat pada 10 berkas rekam medis pasien *Asphyxia Neonatorum* yaitu:

selanjutnya ketika pasien datang kembali ke sarana pelayanan kesehatan tersebut. Hal ini akan mengakibatkan kurang optimalnya pelayanan yang diberikan terhadap proses pengobatan dan penyembuhan. Berdasarkan permasalahan dan dampak diatas, peneliti memfokuskan penelitian pada berkas rekam medis rawat inap pasien *Asphyxia Neonatorum*.

2. Metode Penelitian

2.1 Jenis/desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan yaitu deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

2.2 Subjek Penelitian

Subjek penelitian yaitu 1 kepala ruang perinatologi (bidan), 1 perawat ruang perinatologi dan 1 petugas rekam medis sehingga total subjek penelitian berjumlah 3 orang.

Objek penelitian yang digunakan adalah dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* periode Januari – Juni 2018 yaitu sebanyak 451 berkas. Penelitian ini menggunakan teknik *random sampling*, perhitungan besar sampel menurut Yount, yaitu:

Tabel 2. Penentuan Sampel

Besarnya Populasi	Besar Sampel
0 – 100	100%
101 – 1000	10%
1001 – 5000	5%
5001 – 10.000	3%
>10.000	15

Sumber: Yount, 1999

$$\begin{aligned}
 n &= 10\% \times N \\
 &= \frac{10}{100} \times 451 \\
 &= 0,1 \times 451 \\
 &= 45,1 \\
 &= 46 \text{ dokumen}
 \end{aligned}$$

Keterangan:

N = Populasi

n = sampel

Sejumlah 46 dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* rawat inap di Rumah Sakit Daerah Kalisat menjadi sampel penelitian.

2.3 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data menggunakan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Hasil penelitian ini akan diolah, dianalisa, dideskripsikan berdasarkan teori yang ada.

2.4 Metode Analisis Data

Menganalisis kelengkapan serta pemanfaatan informasi pada dokumen rekam medis secara kuantitatif dan kualitatif medis menurut metode Hatta.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1 Menganalisis kuantitatif kelengkapan data sosial pasien berkas rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*.

Analisis Kuantitatif data sosial pasien terdiri dari 6 item yaitu nama lengkap, nomor rekam medis, alamat lengkap, usia, jenis kelamin, orang yang dapat dihubungi, dan tandatangan persetujuan.

Dari proses pengolahan data, hasil yang didapat dari kelengkapan pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan data sosial pasien yaitu sebanyak 36,23% berkas rekam medis pasien rawat inap lengkap dan 63,77% berkas rekam medis pasien rawat inap tidak lengkap. Penyebab ketidaklengkapan dikarenakan kurang disiplinnya petugas yang bersangkutan.

Tabel 3. Kelengkapan data sosial pada berkas rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*

No	Data Sosial	Banyaknya DRM	Persentase (%)
1	Nama Lengkap	46	100
	Tidak Lengkap	40	87%
	Lengkap	6	13%
2	Nomor Rekam Medis	46	100
	Tidak Lengkap	38	82,6%
	Lengkap	8	17,4%
3	Alamat Lengkap	46	100
	Tidak Lengkap	46	100%
No	Data Sosial	Banyaknya DRM	Persentase (%)
4	Lengkap	0	0%
	Usia	46	100
	Tidak Lengkap	3	6,5%
5	Lengkap	43	93,5%
	Orang yang dapat dihubungi	46	100
	Tidak Lengkap	46	0%

6	Lengkap	0	100%
	Tanda tangan persetujuan	46	100
	Tidak Lengkap	37	80,4%
	Lengkap	9	19,6%

Sumber: Data Terolah, 2019

Ketidaklengkapan pada data sosial pasien dapat mengakibatkan berbagai masalah, mulai dari berkas yang tidak diketahui kepemilikannya karena nomor rekam medis dan nama pasien tidak terisi lengkap, usia pasien yang berhubungan dengan pengobatan yang akan diberikan kepada pasien (*patient safety*), orang yang dapat dihubungi yang berhubungan dengan penganggung biaya pasien/ yang bertanggung jawab atas pasien, dan tanda tangan persetujuan yang berkaitan dengan hukum sebagai bukti bahwa pasien atau keluarga pasien menyetujui tindakan yang akan diberikan kepada pasien tersebut.

Berdasarkan fakta yang didapatkan oleh peneliti saat melakukan observasi, dari hasil observasi 46 dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* serta wawancara yang dilakukan kepada responden pada RSD Kalisat kelengkapan pada item data sosial pasien masih tidak lengkap yaitu sebesar

39,6% dokumen rekam medis yang tidak lengkap. Berdasarkan Permenkes No. 269 tahun 2008 Bab III pasal 5 ayat (2) menyatakan rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan. Dengan demikian peneliti dapat menyimpulkan pencatatan terhadap data sosial pasien masih belum maksimal karena terdapat dokumen rekam medis yang tidak lengkap.

3.2 Menganalisis kuantitatif kelengkapan bukti rekaman berkas rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*.

Dari proses pengolahan data, hasil yang didapat dari kelengkapan pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan kelengkapan bukti rekaman yaitu sebanyak 100% berkas rekam medis pasien rawat inap lengkap dan 0% berkas rekam medis pasien rawat inap tidak lengkap.

Tabel 4. Kelengkapan bukti rekaman pada berkas rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*

Bukti rekaman	Banyaknya DRM	Persentase (%)
Tidak Lengkap	0	0%
Lengkap	46	100%
Total	46	100%

Sumber: Data Terolah, 2019

Menurut Kemenkes (2008), rekam medis pasien rawat inap sekurang-kurangnya harus memuat adanya hasil anamnesa yang mencakup keluhan dan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang dilakukan kepada pasien. Pencatatan riwayat kesehatan pasien pada formulir anamnesis dan pemeriksaan fisik harus dicatat dengan lengkap karena formulir tersebut untuk menetapkan diagnosis selanjutnya (Febriyanti, 2015). Dalam aspek medis, catatan rekam medis memiliki kegunaan sebagai dasar untuk merencanakan perawatan atau pengobatan yang diberikan kepada pasien dalam rangka keamanan atau keselamatan pasien, meningkatkan mutu pelayanan dan manajemen resiko klinis. Hal ini sesuai

dengan penelitian Santosa, dkk. (2014) yang menyatakan bahwa rekam medis mencerminkan informasi yang menyangkut pasien sebagai dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lain. Pengisian rekam medis merupakan kegiatan yang sangat penting untuk memberikan pelayanan yang baik kepada pasien dan data rekam medis sangat diperlukan untuk kepentingan pasien, manajemen rumah sakit dan petugas kesehatan sendiri. Apabila ketidaklengkapan ada pada item laboratorium dapat menyebabkan ketidak jelasan informasi, ketidak jelasan pada hasil laboratorium ini sangat berpengaruh pada penegakan diagnosa. Begitu pun untuk tindakan dan obat, semua

harus terisi, karena apabila tidak terisi dapat membahayakan pasien pada periode berikutnya. Informasi pada berkas rekam medis diharapkan memuat informasi yang akurat, lengkap dapat dipercaya (Pamungkas, dkk. 2010).

3.3 Menganalisis kuantitatif tanda bukti keabsahan rekaman berkas rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*.

Dari proses pengolahan data, hasil yang didapat dari kelengkapan pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan tanda bukti keabsahan rekaman yaitu sebanyak 10,9% berkas rekam medis pasien rawat inap lengkap dan 89,1% berkas rekam medis pasien rawat inap tidak lengkap.

Tabel 5. Kelengkapan tanda bukti keabsahan rekaman pada berkas rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*

Keabsahan Rekaman	Banyaknya DRM	Persentase (%)
Tidak Lengkap	41	89,1%
Lengkap	5	10,9%
Total	46	100%

Sumber: Data Terolah, 2019

Keabsahan rekaman pada dokumen rekam medis yaitu petugas yang bertanggungjawab mengisi berkas rekam medis pasien tersebut diantaranya nama dokter, perawat atau bidan serta tanda tangan dari pemberi pelayanan. Apabila suatu saat terjadi masalah, bukti keabsahan tersebut dapat menjadi alat pertanggungjawaban berlandaskan hukum. Menurut Permenkes no. 749a tahun 1989 tentang Rekam Medis disebutkan bahwa: Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama dan tandatangan petugas atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan atau tindakan. Hal ini dimaksudkan untuk pertanggungjawaban terhadap pelayanan yang bersangkutan, sehingga bila akan dilakukan evaluasi pelayanan tampak jelas siapa yang bertanggungjawab. Hal ini sesuai dengan penelitian Noor (2014) yang menyatakan bahwa tanda tangan perawat dan nama perawat merupakan hal yang sangat penting untuk dapat mengetahui perawat

yang memberikan tindakan dan bertanggung jawab terhadap pasien. Tanda tangan dan nama perawat yang tidak diisi maka tidak akan diketahui perawat yang memberikan tindakan dan yang bertanggung jawab terhadap pasien.

3.4 Menganalisis kuantitatif tata cara mencatat pada berkas rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*.

Analisis Kuantitatif tata cara mencatat terdiri dari 3 item yaitu tanggal, waktu dan cara koreksi. Dari proses pengolahan data, hasil yang didapat dari kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan tata cara mencatat yaitu sebanyak 24,64% berkas rekam medis pasien rawat inap lengkap dan 75,36% berkas rekam medis pasien rawat inap tidak lengkap.

Tabel 5. Kelengkapan pemberian tanggal, waktu dan cara koreksi pada berkas rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*

Tata Cara Mencatat	Banyaknya DRM	Persentase (%)
Pemberian Tanggal	46	100
Tidak Lengkap	46	100%
Lengkap	0	0%
Waktu	46	100
Tidak Lengkap	42	91,3%
Lengkap	4	8,7%
Cara Koreksi	46	100
Tidak Lengkap	16	34,8%
Lengkap	30	65,2%

Sumber: Data Terolah, 2019

Pencatatan dalam berkas rekam medis harus selalu dilakukan dengan cara yang benar karena berkas rekam medis merupakan catatan penting yang harus diperhatikan pencatatannya. Apabila terjadi kesalahan pencatatan dalam berkas rekam medis tidak dibenarkan untuk melakukan penghapusan dengan cara apapun. Untuk mengkoreksinya adalah dengan cara bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih bisa terbaca, kemudian diberi catatan disampingnya bahwa catatan tersebut salah. Pernyataan ini diperkuat dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.749a/MENKES/PER/XII/1989 pasal 6 yang berbunyi : (a) Pembetulan kesalahan catatan dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan. (b) Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan. Setiap berkas rekam medis yang kembali dari ruang perawatan wajib diperiksa kelengkapannya oleh petugas assembling sebelum berkas diserahkan ke petugas pelaporan. Berkas rekam medis harus dikembalikan ke bagian rekam medis dalam kurun waktu maksimal 2x24 jam sejak pasien

pulang. Apabila saat dilakukan pemeriksaan kelengkapan ditemukan berkas yang tidak lengkap, petugas wajib mengembalikan rekam medis pasien ke ruang perawatan untuk dilengkapi oleh dokter, perawat dan bidan yang memberikan pelayanan kesehatan.

3.5 Menganalisis kualitatif medis kelengkapan dan pemanfaatan informasi anamnesa penyakit pada pasien *asphyxia neonatorum*.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada dokumen rekam medis *asphyxia neonatorum* di RSD Kalisat, penilaian anamnesis terdapat 5 aspek yaitu warna kulit, denyut nadi, refleks, tonus otot dan usaha bernapas. Anamnesis ini dapat dilihat pada nilai APGARnya. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan di RSD Kalisat pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* dari jumlah sampel 46 dokumen, kelengkapan informasi anamnesis dengan 5 aspek yaitu warna kulit, denyut nadi, refleks, tonus otot dan usaha bernapas sudah lengkap sebesar 46 dokumen.

Tabel 6. Anamnesis pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*

No	Anamnesis	Kelengkapan				Keterangan Ekstra			
		Legkap	%	Tidak Legkap	%	Ada	%	Tidak Ada	%
1.	Warna Kulit	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%
2.	Denyut Nadi	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%
3.	Refleks	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%
4.	Tonus Otot	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%
5.	Usaha Bernapas	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%

Sumber: Data terolah, 2019

Berdasarkan fakta yang didapatkan oleh peneliti saat melakukan observasi, dari hasil observasi 46 dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* serta wawancara yang dilakukan kepada responden sudah sesuai, yaitu kelengkapannya mencapai 100% dokumen rekam medis. Dengan demikian peneliti menyimpulkan pencatatan terhadap anamnesis pasien sudah maksimal pada dokumen rekam medis.

3.6 Menganalisis kualitatif medis kelengkapan dan pemanfaatan informasi pemeriksaan penunjang pada pasien *asphyxia neonatorum*.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* di RSD Kalisat, penilaian penunjang yaitu terdiri dari pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit, gula darah) semua sudah dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu sebesar 46 dokumen rekam medis (100%) dan dokumen rekam medis

yang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang sebanyak 0 dokumen rekam medis (0%).

Tabel 4.7 Pemeriksaan penunjang pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*

No	Pemeriksaan Penunjang	Kelengkapan				Keterangan Ekstra			
		Legkap	%	Tidak legkap	%	Ada	%	Tidak Ada	%
1.	Hemoglobin	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%
2.	Hematokrit	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%
3.	Leukosit	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%
4.	Trombosit	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%
5.	Gula Darah	46	100%	0	0%	46	100%	0	0%

Sumber: Data terolah, 2019

Berdasarkan fakta yang didapatkan oleh peneliti saat melakukan observasi dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* serta wawancara yang dilakukan kepada responden terdapat kesesuaian, dalam dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* lembar hasil pemeriksaan penunjang sebanyak 46 dokumen rekam medis (100%) yang telah dilakukan oleh petugas rekam medis. Dengan demikian peneliti dapat menyimpulkan bahwa pencatatan hasil pemeriksaan penunjang sudah baik, para petugas melampirkan pemeriksaan penunjang di dokumen rekam medis pasien.

3.7 Menganalisis kualitatif medis kelengkapan dan pemanfaatan informasi tindakan/terapi pada pasien *asphyxia neonatorum*.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* di RSD Kalisat, penilaian tindakan/terapi terdapat 2 aspek yaitu terapi medikamentosa dan terapi supotif. hasil observasi yang dilakukan di RSD Kalisat pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* dari jumlah sampel 46 dokumen, sebanyak 27 dokumen rekam medis sudah memiliki keterangan tindakan/terapi medikamen (58,7%) dan 41,3% yang tidak memiliki keterangan sedangkan terapi supotif berjumlah 34 dokumen rekam medis (73,9%) yang dilakukan terapi supotif dan 12 dokumen rekam medis (26,1%) yang tidak dilakukan terapi supotif.

Tabel 4.8 Tindakan/terapi pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*

No	Tindakan/Terapi	Kelengkapan				Jumlah	%
		Lengkap	%	Tidak Lengkap	%		
1.	Terapi Medikamen	27	58,7%	19	41,3%	46	100%
2.	Terapi Supotif	34	73,9%	12	26,1%	46	100%

Sumber: Data terolah, 2019

Dokumen rekam medis dengan keterangan medikamen sebanyak 27 dokumen rekam medis sudah memiliki keterangan tindakan/terapi medikamen (58,7%) sedangkan terapi supotif berjumlah 33 dokumen rekam medis (71,7%) yang dilakukan terapi supotif dan 13 dokumen rekam medis (28,3%) yang tidak dilakukan

terapi supotif. Dengan adanya keterangan tersebut peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa penatalaksanaan tindakan/terapi belum sesuai dengan SOP dan pencatatannya tidak lengkap.

3.8 Menganalisis kualitatif medis kelengkapan dan pemanfaatan informasi keadaan pasien waktu keluar dari rumah sakit.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada dokumen rekam medis *asphyxia neonatorum* di RSD Kalisat, penilaian keadaan pasien saat pulang terdapat 5 aspek yaitu sembuh, membaik, dirujuk, pulang paksa dan meninggal. Berdasarkan observasi yang dilakukan dari 46 dokumen rekam

medis yang memiliki keterangan saat pulang sebanyak 43 dokumen rekam medis (93,5%) dan dokumen rekam medis yang tidak terdapat keterangan keadaan pasien saat pulang sebanyak 3 dokumen rekam medis (6,5%). Dokumen rekam medis dengan keterangan ekstra sebanyak 43 dokumen rekam medis (93,5%) dan dokumen rekam medis yang tidak terdapat keterangan ekstra sebanyak 3 dokumen rekam medis (6,5%).

Tabel 4.10 Keadaan pasien saat pulang pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum*

Keadaan pasien saat pulang	Kelengkapan				Keterangan Ekstra			
	Ya	%	Tidak	%	Ada	%	Tidak Ada	%
	43	93,5 %	3	6,5%	43	93,5 %	3	6,5%

Sumber: Data terolah, 2019

Berdasarkan fakta yang diperoleh oleh peneliti saat melakukan observasi, dari hasil observasi dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* serta wawancara yang dilakukan kepada responden terdapat kesesuaian, namun harus ada perbaikan. Pada dokumen rekam medis pasien *asphyxia neonatorum* di RSD Kalisat sudah dilakukan pencatatan keadaan pasien saat pulang yaitu 43 dokumen rekam medis (93,5%) sedangkan standar kelengkapan dokumen rekam medis yaitu 100%. Dengan demikian peneliti dapat menyimpulkan bahwa pencatatan keadaan pasien saat pulang masih kurang karena pencatatannya harus lengkap 100%.

4. Simpulan dan Saran

4.1 Simpulan

- a. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan data sosial pasien yaitu sebanyak 63,77%. Penyebab ketidaklengkapan dikarenakan kurang disiplinnya petugas yang bersangkutan.
- b. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan kelengkapan bukti rekaman yaitu sebanyak 0% dan 100% dokumen rekam medis pasien rawat inap lengkap.
- c. Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia*

neonatorum berdasarkan tanda bukti keabsahan rekaman yaitu sebanyak 89,1%. Penyebab ketidaklengkapan yaitu keterbatasan waktu serta kurangnya kesadaran tenaga medis untuk menulis nama dan tanda tangan.

- d. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan tata cara mencatat yaitu sebanyak 75,36%. Penyebab ketidaklengkapan yaitu kurangnya petugas *assembling* analisisnya yaitu hanya 1 orang dan kurangnya sosialisasi kepada petugas.
- e. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan informasi anamnesis dengan 5 aspek yaitu warna kulit, denyut nadi, refleks, tonus otot dan usaha bernapas sebanyak 0% dan sudah lengkap sebesar 46 dokumen (100%).
- f. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan informasi pemeriksaan penunjang dengan 5 aspek yaitu hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit dan gula darah, sebanyak 0 dokumen rekam medis (0%). Semua sudah dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu sebesar 46 dokumen rekam medis (100%)

- g. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan informasi tindakan/terapi sebanyak 0%. Sebanyak 27 dokumen rekam medis sudah memiliki keterangan tindakan/terapi medikamen (60%) sedangkan terapi supotif berjumlah 33 dokumen rekam medis (73,3%) yang dilakukan terapi supotif dan 12 dokumen rekam medis (26,7%) yang tidak dilakukan terapi supotif.
- h. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap pasien *asphyxia neonatorum* berdasarkan keterangan saat pulang sebanyak 3 dokumen rekam medis (6,7%) dan sebanyak 42 dokumen rekam medis (93,3%) memiliki keterangan keadaan pasien saat pulang. Ketidaklengkapan pengisian ringkasan pulang karena kurang ketelitian dari petugas.

4.2 Saran

a. Bagi Rumah Sakit

1. Perlunya sosialisasi rekam medis melalui rapat kepala bagian untuk meningkatkan kerjasama antar tenaga medis dan nonmedis terkait kelengkapan dokumen rekam medis.
2. Perlu melakukan analisis kelengkapan dan evaluasi pengisian berkas rekam medis secara berkala untuk mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
3. Pemberian sanksi bagi tenaga medis dan paramedis yang tidak mengisi dengan lengkap dan memberi penghargaan bagi petugas yang mengisi berkas rekam medis dengan lengkap.

b. Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan analisis dokumen rekam medis secara kualitatif administratif.
2. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya melakukan wawancara terhadap dokter spesialis anak secara mendalam selaku pemberi layanan

dan pengisian dokumen rekam medis agar mendapatkan hasil yang lebih tepat dan akurat.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih untuk keluarga saya, dosen pembimbing Faiqatul Hikmah, S.KM, M.Kes, sahabat serta teman-teman Rekam Medik 2015

Daftar Pustaka

- Depkes RI. 2007. Pedoman Pelayanan Antenatal. Jakarta: Depkes RI
- Budi, S. C. 2011. Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Kemendes RI. 2008a. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta.
- Oktavionita, V. 2017. Perbedaan Angka Kejadian Risiko *Asphyxia neonatorum* Antara Bayi Kurang Bulan Dengan Bayi Cukup Bulan Pada Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Universitas Muhammadiyah Surakarta. Tersedia di <http://eprints.ums.ac.id/50311/16/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf> [diakses 25 mei 2018]
- Febriyanti, Rd. Irda Melinda dan Sugiarti, Ida. 2015. *Analisis Kelengkapan Pengisian Data Formulir Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Kasus Bedah*. PIKES Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol. 3 No. 1 <https://jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/viewFile/67/52> [20 Desember 2018]
- Santosa, E., Rosa, E.M., dan Nadya, Famella Tiara. 2014. *Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Patient Safety di RSGMP UMY*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta <http://journal.umy.ac.id/index.php/mrs/article/viewFile/964/1053> [4 Januari 2019]

Pamungkas, T.W., Marwati , T. dan Solikhah. 2010. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Yogyakarta. Dalam Jurnal Kes Mas, 4(1). Hal. 17-28. Tersedia Di <https://media.neliti.com/media/publications/24897-ID-analisis-ketidaklengkapan-pengisian-berkas-rekam-medis-di-rumah-sakit-pku-muhamm.pdf> [Diakses 3 September 2018]