

**ANALISIS KUALITATIF KELENGKAPAN DOKUMEN REKAM  
MEDIS DI RUANG BEDAH RUANG RAWAT INAP  
DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO  
KOTA SEMARANG**

**SKRIPSI**



**Oleh :  
ETIK INDARTI  
22.0.TM.079**

**PRODI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA  
KARANGANYAR  
2024**

## PENGESAHAN

### ANALISIS KUALITATIF KELENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS DI RUANG BEDAH RUANG RAWAT INAP DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG

#### SKRIPSI

Oleh :  
Etik Indarti  
NIM. 22.0.TM.079

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Skripsi  
Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan  
STIKes Mitra Husada Karanganyar  
Dan diterima untuk memenuhi sebagian syarat guna memperoleh gelar  
Sarjana Terapan Rekam Medis Informasi Kesehatan (S.Tr.RMIK)  
Pada tanggal 16 Februari 2024

Karanganyar, 14 Juni 2024

1. Ketua Penguji : Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes
2. Anggota Penguji I : Astri Sri Wariyanti, SKM, MPH
3. Anggota Penguji II : Trismianto Asmo Sutrisno, ST, M.Kom

  
.....  
  
.....  
  
.....

Mengesahkan,  
Ketua  
STIKes Mitra Husada Karanganyar



Rohmadi, S.Kom, M.Kom  
NIK. 018 12 1978 12 2004 1

**ANALISIS KUALITATIF KELENGKAPAN DOKUMEN REKAM  
MEDIS DI RUANG BEDAH RUANG RAWAT INAP  
DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO  
KOTA SEMARANG**

**SKRIPSI**

Oleh  
Etik Indarti  
NIM. 22.0.TM.079

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Terapan Rekam Medis Informasi Kesehatan (S.Tr.RMIK)

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Karanganyar, 16 Februari 2024  
Menyetujui

Pembimbing



Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes  
NIK. 016 08 1975 04 2004 2

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Etik Indarti  
NIM : 22.0.TM.079  
E-mail : etikindarti79@gmail.com  
Nomor telp/ HP : 081575733179  
Judul Skripsi : Analisis Kualitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis di Ruang Bedah Ruang Rawat Inap di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya serahkan ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, kecuali kutipan-kutipan dari ringkasan yang semuanya telah saya jelaskan sumbernya. Apabila dikemudian hari saya terbukti atau dapat dibuktikan skripsi ini hasil jiplakan, maka gelar dan ijazah yang diberikan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Husada Karanganyar batal saya terima.

Semarang, 12 Februari 2024

Yang membuat pernyataan



Etik Indarti  
NIM. 22.0.TM.079

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisa Kualitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis di Ruang Bedah Ruang Rawat Inap di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang” ini dengan baik. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan program studi sarjana terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar. Didalam menyusun skripsi ini tentu saja tidak lepas dari bantuan berbagai pihak yang telah memberikan masukan, bimbingan dan arahan bagi saya, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Rohmadi, S.Kom, M.Kom Selaku Ketua STIKes Mitra Husada Karanganyar,
2. dr. Eko Krisnarto, SP.KK selaku Direktur RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian,
3. Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes Selaku Ketua Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar,
4. Lugiyanti S.kep.Ners, sebagai kepala ruang rawat inap
5. Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes selaku dosen pembimbing Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar,
6. Bapak/Ibu dosen pengampu dan semua staf di Jurusan Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan yang telah memberikan ilmunya sehingga penulis dapat mempergunakan ilmu yang telah disampaikan,
7. Suami dan anak-anak yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis,

8. Teman seperjuangan di Program Studi Rekam Medis Alih jenjang 2 D-IV Stikes Mitra Husada Karanganyar.

Saya selaku penyusun menyadari bahwa dalam skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu segala kritik dan saran kami harapkan untuk sempurnanya skripsi ini. Besar harapan saya semoga skripsi ini dapat menjadi referensi yang berguna bagi saya selaku penyusun maupun pembaca.

Semarang,

Penyusun

Etik Indarti  
NIM : 22.0.TM.079

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR TABEL .....	vii
DAFTAR GAMBAR .....	viii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	8
A. Rumah Sakit.....	8
B. Rekam Medis .....	8
C. Hasil Penelitian yang relevan.....	18
D. Kerangka Konsep.....	20
BAB III METODE PENELITIAN .....	21
A. Rancangan Penelitian .....	21
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	21
C. Populasi dan Sampel .....	22
D. Variabel dan Definisi Operasional .....	24
E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data .....	28
F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data .....	29
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	31
A. Hasil .....	31
B. Pembahasan .....	48

BAB V SIMPULAN DAN SARAN .....	65
A. Simpulan .....	65
B. Saran .....	66
DAFTAR PUSTAKA .....	68
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik Responden .....	39
Tabel 4.2 Hasil analisis kualitatif konsistensi pencatatan diagnosis .....	40
Tabel 4.3 Hasil analisis kualitatif konsistensi pencatatan perkembangan pasien ..	41
Tabel 4.4 Hasil analisis kualitatif pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan .....	42
Tabel 4.5 Hasil analisis kualitatif konsistensi pencatatan <i>informed consent</i> .....	43
Tabel 4.6 Hasil analisis kualitatif pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi .....	44

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka konsep .....	20
----------------------------------	----

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Rumah sakit dikatakan baik apabila mutu pelayanan kesehatan masyarakat dapat mencapai standar pelayanan minimal, salah satu jenis pelayanan dalam rumah sakit yang mempengaruhi peningkatan mutu adalah penatalaksanaan dokumen rekam medis yang dikelola dengan baik.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2022, rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis sangat penting dalam pelayanan di rumah sakit, tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tindakan dan pelayanan yang diberikan kepada pasien tetapi juga mempunyai sistem penyelenggaraan suatu kegiatan. Rekam medis yang akurat dan lengkap sangat berguna untuk mengingatkan dokter dengan keadaan, hasil pemeriksaan dan pengobatan yang telah diberikan kepada pasien, sehingga dapat memudahkan dalam penentuan strategi pengobatan pasien. Menurut Budi (2011), rekam medis selain digunakan dalam mendokumentasikan segala informasi terkait pelayanan untuk kepentingan pengambilan keputusan pengobatan untuk pasien, juga digunakan untuk berbagai kepentingan, seperti bukti legal pelayanan yang

telah diberikan, dan sebagai bukti tentang kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan. Rekam medis yang lengkap dan akurat sangat berpengaruh terhadap proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas medis dan dapat mempengaruhi kualitas serta mutu dari pelayanan suatu sarana pelayanan kesehatan.

Salah satu parameter untuk menentukan mutu pelayanan kesehatan adalah data atau informasi dari rekam medis yang lengkap, akurat dan konsisten. Kekonsistensian pencatatan rekam medis merupakan salah satu indikator mutu rekam medis, konsistensi pengisian rekam medis dapat diketahui dengan melakukan analisis kualitatif. Adapun komponen analisis kualitatif meliputi kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis, kekonsistensian pencatatan rekam medis, pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, pencatatan terhadap *informed consent*, praktik pencatatan yang benar dan praktik pencatatan dan kejadian yang berpotensi menyebabkan ganti rugi. (Wijaya, 2018). Salah satu tujuan dilakukan analisis kualitatif yaitu untuk mereview rekam medis telah diisi dengan konsisten dan akurat serta dapat dipakai setiap saat. (Wijaya, 2018).

Hasil penelitian Sri Wahyuningsih, dkk (2021) yaitu review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis 100% konsisten. Review kekonsistensian pencatatan diagnosis 60% konsisten dan 40% tidak konsisten. Review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan 98% konsisten dan 2% tidak konsisten. Review terhadap *informed consent* tidak ada dikarenakan tidak adanya tindakan yang memerlukan formulir *informed consent*. Review cara praktik atau pencatatan 72%

konsisten dan 28% tidak konsisten. Review hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi 100% konsisten. Faktor yang mempengaruhi ketidak lengkapan dan ketidak konsistenan yaitu faktor manusia (man), kesibukan dokter yang menangani sudah ditunggu pasien diruang poli atau sudah ditunggu di rumah sakit lain dan kurangnya ketelitian perawat dalam pengisian dokumen rekam medis.

Hasil penelitian Swara dwi bhagia, dkk (2021) yaitu kekonsistensian pencatatan dan justifikasi mencapai 84,11%. Hasil ini meliputi sub komponen skринning risiko 91,76% konsisten; instruksi pemberian obat dalam pencatatan waktu instruksi, nama, jenis dan dosis obat serta waktu pemberian obat 94,11% konsisten; instruksi penghentian/ penggantian obat dalam pencatatan waktu instruksi, nama, jenis dan dosis obat serta waktu pemberhentian/ penghentian obat 61,17% konsisten; dan instruksi pemeriksaan penunjang dalam pencatatan waktu instruksi, nama, jenis pemeriksaan serta waktu pelaksanaan pemeriksaan 89,14% konsisten.

Berdasarkan hasil penelitian Zullham Andi Ritonga, dkk (2022), kekonsistensian diagnosis mencapai 95%, kekonsistensian pencacatan mencapai 89%, kekonsistensian pencatatan hal-hal yang dilakukan pada saat perawatan dan pengobatan mencapai 86%, kekonsistensian praktik pencatatan mencapai 88%, dan review adanya *informed concent* mencapai 87%. Hal-hal yang mempengaruhi ketidak konsistensian pengisian rekam medis dikarenakan butir dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi dan bukti tindakan yang dilakukan pada pasien belum terisi lengkap.

Berdasarkan hasil penelitian Etdi Waluyo (2023), hasil analisis kuantitatif review identifikasi terisi lengkap 100%, review pelaporan rekam medis terisi lengkap 100%. review autentifikasi terisi 64% dan review pencatatan persentase terbesar kelengkapan pengisian review pencatatan pada rekam medis Puskesmas Tawangharjo adalah pada item tidak ada cairan penghapus terisi lengkap 100%. Hasil analisis kualitatif review kelengkapan pencatatan diagnosa pengisian kelengkapan pencatatan diagnosa 48% lengkap, review *informed consent* pengisian kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan diagnosa utama menunjukkan 79% lengkap, review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pengobatan rawat jalan pengisian 55% lengkap, dan review pencatatan pemeriksaan laboratorium pengisian kelengkapan pencatatan pemeriksaan laboratorium menunjukkan 64% lengkap.

Capaian kelengkapan pengisian rekam medis di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang mencapai 88,71%. Akan tetapi, kegiatan review kualitatif untuk menganalisis konsistensi pencatatan rekam medis belum dilakukan. Kasus Bedah merupakan kasus terbanyak yang terjadi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang pada tahun 2021. Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terhadap 10 dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah menunjukkan bahwa sebanyak 83,33 % konsisten dalam pencatatan diagnosis.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisis Konsistensi Pendokumentasian Rekam Medis Rawat Inap pada Kasus Bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang”.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana konsistensi pendokumentasian rekam medis rawat inap pada kasus bedah berdasarkan analisis kualitatif di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wonorejo Kota Semarang?

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Menganalisis konsistensi pendokumentasian rekam medis rawat inap pada kasus bedah dengan metode analisis kualitatif di RSD K.R.M.T Wonorejo Kota Semarang.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis konsistensi penegakan diagnosis pada rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wonorejo Kota Semarang
- b. Menganalisis konsistensi pencatatan perkembangan pasien pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wonorejo Kota Semarang
- c. Menganalisis konsistensi pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan pada rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wonorejo Kota Semarang
- d. Menganalisis konsistensi pencatatan *informed consent* pada rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wonorejo Kota Semarang

- e. Menganalisis kejadian yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi pada rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangsih dalam perkembangan ilmu pengetahuan dibidang rekam medis khususnya yang berkaitan dengan analisa kualitatif pendokumentasian rekam medis.

##### 2. Manfaat Praktis

###### a. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi pihak manajemen rumah sakit terkait kekonsistenan pengisian rekam medis khususnya pada kasus bedah rawat inap, karena kelengkapan rekam medis masuk dalam indikator mutu nasional.

###### b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi bahan masukan dalam perkembangan ilmu rekam medis dan manajemen informasi kesehatan khususnya dalam bidang analisis kualitatif rekam medis.

###### c. Bagi Peneliti

- 1) Sebagai sarana agar bisa memperoleh pengalaman sekaligus menambah wawasan saat menerapkan ilmu yang didapatkan selama

proses belajar di perkuliahan khususnya tentang analisis kualitatif kelengkapan isi rekam medis bedah rawat inap.

- 2) Sebagai upaya kontribusi diri kepada perkembangan ilmu pengetahuan dalam bidang manajemen informasi kesehatan terutama analisis kualitatif kelengkapan rekam medis bedah rawat inap.
- 3) Dapat digunakan sebagai acuan dalam pendalaman materi dengan penelitian yang berhubungan dengan analisis kualitatif dan dapat digunakan sebagai referensi bagi penelitian-penelitian selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Rumah Sakit**

Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mendefinisikan rumah sakit sebagai pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pembiayaan rumah sakit dapat bersumber dari penerimaan rumah sakit, anggaran pemerintah, subsidi pemerintah, anggaran pemerintah daerah, subsidi pemerintah daerah atau sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

RumahSakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor4 Tahun 2018 adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanankesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawatjalan, dan gawat darurat.

#### **B. Rekam Medis**

##### **1. Pengertian rekam medis**

Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, menyebutkan bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam pencatatan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan kesehatan lain yang telah dan akan diberikan kepada Pasien harus lengkap, jelas dan dilakukan setelah Pasien

menerima pelayanan kesehatan dengan mencantumkan nama, waktu dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan yang diberikan.

## 2. Tujuan rekam medis

Menurut Hatta (2012), tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit, tanpa di dukungnya suatu sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Dengan majunya teknologi informasi, kegunaan rekammedis dapat dilihat dalam 2 kelompok besar yaitu: Pertama yang paling berhubungan langsung dengan pelayanan pasien (primer).Kedua yang paling berkaitandenganlingkunganseputarpelayanan pasien namun tidak berhubungan langsung secara spesifik (sekunder).

Tujuan utama (primer) rekam medis terbagi dalam 5 (lima) kepentingan yaitu untuk (Hatta, 2012):

- a. Pasien, rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan disarana pelayanan kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya.
- b. Pelayanan pasien, rekam medis mendokumentasikan pelayanan yangdiberikan oleh tenaga kesehatan,penunjang medis dan tenaga lainyang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian rekaman itu membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekam medis juga sebagai

sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien.

- c. Manajemen pelayanan, rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan, sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan.
- d. Menunjang pelayanan, rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengkomunikasikan informasi diantara klinik yang berbeda.
- e. Pembiayaan, rekam medis yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi.

Sedangkan tujuan sekunder rekam medis ditujukan kepada hal yang berkaitan dengan lingkungan seputar pelayanan pasien yaitu untuk kepentingan edukasi, riset, peraturan dan pembuatan kebijakan. Adapun yang dikelompokkan dalam kegunaan sekunder adalah kegiatan yang tidak berhubungan secara spesifik antara pasien dan tenaga kesehatan.

### 3. Isi rekam medis rawat inap

Menurut Sudra (2017) diungkapkan bahwa isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a. Identitas pasien;
- b. Tanggal dan waktu;
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit;
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik;
- e. Diagnosis;
- f. Rencana penatalaksanaan;
- g. Pengobatan dan/atau tindakan;
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien;
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik;
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan.

### 4. Formulir rekam medis rawat inap

Menurut Sudra (2017) formulir rekam medis adalah dokumen atau media yang digunakan untuk mencatat atau merekam terjadinya peristiwa pelayanan kesehatan atau transaksi terapeutik. Adapun tujuan penggunaan formulir rekam medis di fasilitas kesehatan adalah :

- a. Memudahkan proses pengumpulan data;
- b. Mempercepat pelayanan;
- c. Meningkatkan keakuratan data;

- d. Menstandarkan informasi;
- e. Memperjelas pembagian data (data medis, keuangan, administrasi, dan operasional);
- f. Menunjang proses pengolahan data.

Dalam penelitian ini formulir yang akan digunakan adalah formulir rekam medis pasien pada kasus bedah rawat inap antara lain:

- a. Pengkajian IGD / poliklinik
- b. Surat pengantar rawat inap;
- c. Pengkajian awal rawat inap;
- d. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT);
- e. Catatan Pemberian Obat (CPO);
- f. *Informed consent*
- g. Asuhan keperawatan anestesi
- h. Asuhan keperawatan instalasi bedah sentral
- i. Ceklist Persiapan Pasien Pre Operasi
- j. Laporan operasi
- k. Laporan anestesi
- l. Ringkasan pulang ( *discharge summary* )

#### 5. Mutu Rekam Medis

Rekam medis dikatakan bermutu jika memenuhi kriteria: kelengkapan isi, keakuratan, ketepatan waktu dan pemenuhan aspek hukum. Pengkajian mutu rekam medis untuk penilaian kelengkapan rekam medis dilakukan dengan menggunakan analisis kualitatif yang dilaksanakan dengan

mengevaluasi kelengkapan berbagai jenis formulir dan data/informasi. Analisis kualitatif dilakukan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam medis rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki oleh saranapelayanan kesehatan. Petugas rekam medis harus melakukan kegiatan analisis kualitatif guna membantu dokter dalam kegiatan pencatatan dan pengisian rekam medis yang lengkap dan akurat.

## 6. Analisis kualitatif dokumen rekam medis

### a. Pengertian

Analisis kualitatif menurut Wijaya (2018) adalah suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan dengan ketidak konsistenan dan ketidaklengkapan sehingga menunjukkan bukti bahwa rekam medis tersebut tidak akurat dan tidak lengkap.

Untuk dapat melaksanakan analisis kualitatif perlu pengetahuan tentang :

- 1) Proses penyakit
- 2) Kebijakan dan standar yang ditetapkan oleh stafmedis dan institusi yang bersangkutan
- 3) Perizinan dan peraturan terkait penyelenggaraan rekam medis
- 4) Akreditasi, terutama bidang rekam medis dan standarnya
- 5) Standarisasi lainnya dari badan yang *mereview* pencatatan rekam medis

b. Tujuan analisis kualitatif rekam medis :

- 1) Mengetahui kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis pada dokumen rekam medis
- 2) Mengetahui kekonsistensian pencatatan pada dokumen rekam medis
- 3) Mengetahui pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan
- 4) Mengetahui tentang pencatatan persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*)
- 5) Mengetahui hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

c. Manfaat analisis kualitatif

Menurut Widjaya (2018), bahwa analisis kualitatif lebih mendalam dibandingkan dengan analisis kuantitatif dalam hal:

- 1) Mendukung kualitas informasi
- 2) Merupakan aktifitas dari *risk management*
- 3) Membantu dalam memberikan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik dan sangat penting untuk penelitian medis, studi administratif dan penagihan
- 4) Analisis kualitatif mengidentifikasi rekam medis yang pencatatannya kurang dan yang berpotensi merugikan tidak dapat dikoreksi
- 5) Tidak disarankan untuk dibuat ulang atau diubah
- 6) Untuk meningkatkan kekonsistensian dan kelengkapan pencatatan rekam medis, Komite Rekam Medis harus dapat menyampaikan

hasil evaluasi kepada PPA dengan komunikasi yang baik agar dapat diterima dan dimengerti, sehingga diharapkan kedepannya pencatatan rekam medis lebih baik lagi.

d. Komponen analisis kualitatif

Menurut Wijaya (2018), analisis kualitatif rekam medis meliputi komponen review berikut ini :

1) Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis

Pengertian dari konsisten disini adalah bahwa pernyataan diagnosis dibuat dalam rekam medis yang mencerminkan tingkat pengertian mengenai kondisi medis pasien saat direkam.

Sangat wajar jika dugaan seorang dokter terhadap kemungkinan penyakit pasien (diagnosis) berubah ditengah perjalanan dalam merawat pasien tersebut asalkan perubahan arah pemikiran didukung oleh alasan yang rasional dan bukti yang kuat, misalnya dari hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium atau radiologi).

2) Review kekonsistensian pencatatan

Konsistensi merupakan suatu penyesuaian / kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dan dengan seluruh bagian. Pencatatan harus mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien.

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

Rekam medis menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada pasien.

- 4) *Review* pencatatan *informed consent*

Surat pernyataan dari pasien untuk suatu pengobatan harus digambarkan secara hati-hati. Dokter juga teliti dalam mencatat keterangan yang diberikan kepada pasien, yang memungkinkan pasien menulis surat pernyataan untuk persetujuan atau tidak terhadap tindakan kedokteran yang akan dilakukan. Setiap fasilitas pelayanan harus mempunyai peraturan yang konsisten tentang Surat persetujuan tindakan kedokteran ini untuk kepentingan hukum.

*Informed consent* (persetujuan tindakan kedokteran) adalah pernyataan dari seorang pasien atau keluarga terdekat (menyetujui atau menolak) setelah menerima penjelasan yang cukup, terhadap rencana tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap dirinya. Jadi, *informed consent* bukan sekedar menerima tandatangan pasien diatas formulir persetujuan rencana tindakan kedokteran, namun harus diawali dengan memberika penjelasan tentang rencana tersebut sehingga pasien memiliki cukup pengetahuan untuk mempertimbangkan keputusan.

Penjelasan yang wajib disampaikan meliputi tujuan tindakan, keuntungan dan kerugiannya, alternatif lain selain tindakan tersebut, tahapan pelaksanaannya, risiko yang mungkin timbul, biaya dan sebagainya.

5) Review cara pendokumentasian

Waktu pencatatan harus mencantumkan tanggal dan waktu. Tidak ada waktu yang kosong antara dua (2) penulisan, khususnya pada saat *emergency*. Tidak adanya pencatatan pada suatu periode tidak hanya catatannya saja yang tidak ada tetapi juga meningkatkan resiko kegagalan dalam pengobatan. Bila ada kasus *malpraktek* penyelidikan terhadap waktu pelaksanaan pelayanan sangat berguna untuk memberi gambaran alur (*clinical pathway*) suatu pengobatan atau tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan panduan praktik klinis.

Catatan harus mudah dibaca untuk menghindari salah tafsir. Tulisan tidak harus bagus, tinta yang dipakai harus tahan lama dan penulisan dilakukan dengan hati-hati dan lengkap.

6) Review kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi

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

### C. Hasil Penelitian yang Relevan

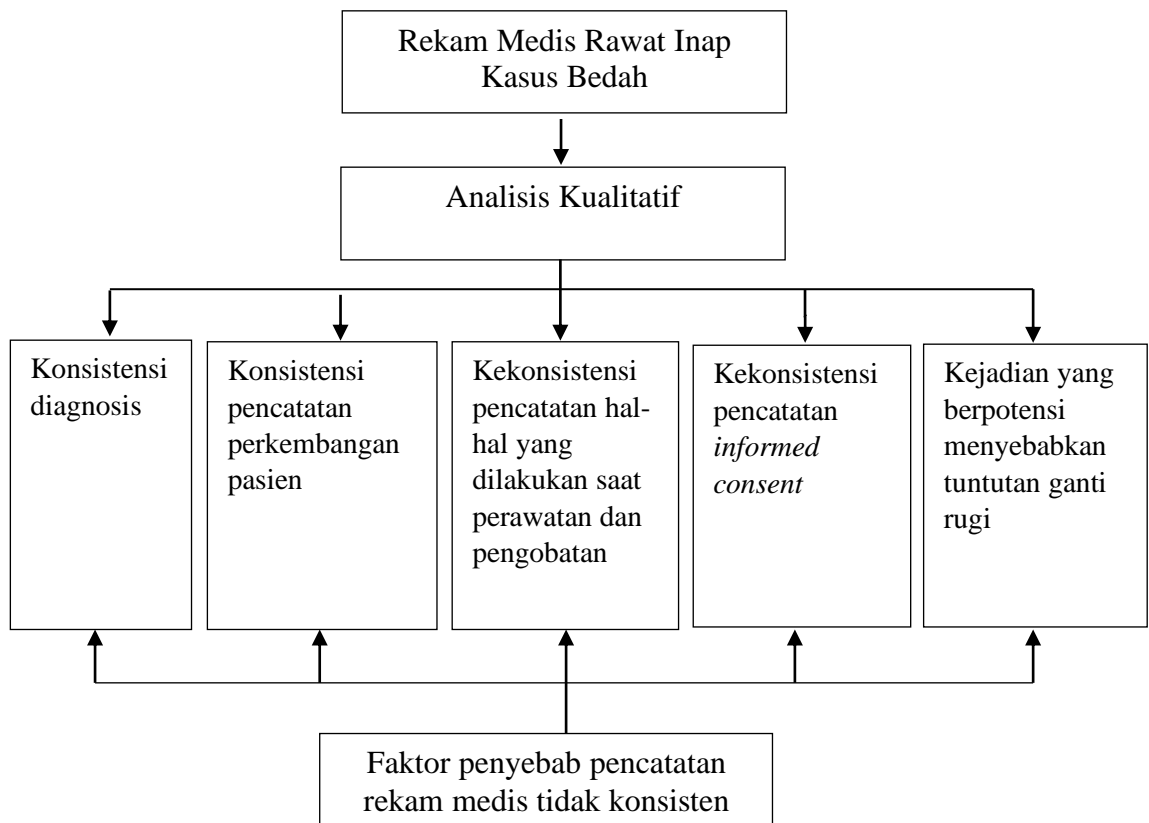
1. Sri Wahyuningsih, dkk (2021), Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Covid-19 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Hasil penelitian menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosis 100% konsisten. Review kekonsistensian pencatatan diagnosis 60% konsisten dan 40% tidak konsisten. Review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan 98% konsisten dan 2% tidak konsisten. Review terhadap informed consent tidak ada dikarenakan tidak adanya tindakan yang memerlukan formulir *informed consent*. Review cara praktik atau pencatatan 72% konsisten dan 28% tidak konsisten. Review hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi 100% konsisten. Faktor yang mempengaruhi ketidak lengkapan dan ketidak konsistenan yaitu faktor manusia (man), kesibukan dokter yang menangani sudah ditunggu pasien diruang poli atau sudah ditunggu di rumah sakit lain dan kurangnya ketelitian perawat dalam pengisian dokumen rekam medis.
2. Swara dwibhagia, dkk (2021), Analisis Kualitatif Kekonsistensian Pencatatan dan Justifikasi Pengobatan pada Rekam Medis Kasus Demam Berdarah Dengue di Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi Tahun 2021. Hasil penelitian menunjukkan kekonsistensian pencatatan dan justifikasi mencapai 84,11%. Hasil ini meliputi sub komponen skrining risiko 91,76% konsisten; instruksi pemberian obat dalam pencatatan waktu instruksi, nama, jenis dan dosis obat serta waktu pemberian obat 94,11% konsisten; instruksi penghentian/ penggantian obat dalam pencatatan waktu instruksi, nama, jenis dan dosis obat

serta waktu pemberhentian/ penghentian obat 61,17% konsisten; dan instruksi pemeriksaan penunjang dalam pencatatan waktu instruksi, nama, jenis pemeriksaan serta waktu pelaksanaan pemeriksaan 89,14% konsisten.

3. Zullham Andi Ritonga, dkk (2022), Analisis Kualitatif Pengisian Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang Tahun 2022. Hasil penelitian menunjukkan kekonsistensian diagnosis mencapai 95%, kekonsistensian pencacatan mencapai 89%, kekonsistensian pencatatan hal-hal yang dilakukan pada saat perawatan dan pengobatan mencapai 86%, kekonsistensian praktik pencatatan mencapai 88%, dan review adanya *informed concent* mencapai 87%. Hal-hal yang mempengaruhi ketidak konsistensian pengisian rekam medis dikarenakan butir dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi dan bukti tindakan yang dilakukan pada pasien belum terisi lengkap.
4. Etdi Waluyo, dkk (2023). Analisis Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis di Puskesmas Tawangharjo Tahun 2023. Hasil penelitian menunjukkan hasil analisis kuantitatif review identifikasi terisi lengkap 100%, review pelaporan rekam medis terisi lengkap 100%, review autentifikasi terisi 64% dan review pencatatan persentase terbesar kelengkapan pengisian review pencatatan pada rekam medis Puskesmas Tawangharjo adalah pada item tidak ada cairan penghapus terisi lengkap 100%. Hasil analisis kualitatif review kelengkapan pencatatan diagnosa pengisian kelengkapan pencatatan diagnosa 48% lengkap, review *informed consent* pengisian kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan diagnosa utama menunjukkan 79% lengkap,

review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pengobatan rawat jalan pengisian 55% lengkap, dan review pencatatan pemeriksaan laboratorium pengisian kelengkapan pencatatan pemeriksaan laboratorium menunjukkan 64% lengkap.

#### D. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan *mixedmethod*. *Mixed methods research design* (rancangan penelitian metode campuran) merupakan suatu prosedur dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif. Penelitian kuantitatif digunakan untuk menganalisis kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan rekam medis, sedangkan penelitian kualitatif dilakukan untuk mencari informasi terkait faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten ditinjau berdasarkan aspek *man, material, machine* dan *method*.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

##### 1. Tempat

Penelitian dilaksanakan di Instalasi Rekam Medis RSD K.R.M.T  
Wongsonegoro Kota Semarang

##### 2. Waktu Penelitian

Waktu Penelitian ini dilakukan pada Bulan Juli – September 2023.

## C. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

#### a. Populasi subjek

Populasi subyek dalam penelitian ini adalah perawat bangsal bedah sejumlah 120 orang yang melakukan pengisian rekam medis rawat inap kasus bedah periode bulan Juli – September 2023 di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

#### b. Populasi objek

Populasi objek dalam penelitian ini adalah seluruh rekam medis pasien rawat inap kasus bedah periode bulan Juli – September 2023 di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang sejumlah 760 rekam medis.

### 2. Sampel

#### a. Sampel subjek

Sampel subjek dalam penelitian ini adalah perawat bangsal bedah sejumlah 2 perawat.

#### b. Sampel objek

Penentuan besar sampel obyek menggunakan rumus Slovin dengan taraf kesalahan 10%, seperti berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

Keterangan :

n : ukuran sampel

N : ukuran populasi

e : Kelonggaran ketidak telitian karena kesalahan pengambilan sampel yang dapat ditolerir, dalam hal ini sebesar 10%.

$$n = \frac{N}{1+N.e^2}$$

$$n = \frac{760}{1+760.(0,1)^2}$$

$$n = \frac{760}{8,6}$$

$n = 88,37$  dibulatkan menjadi 89

Dari penghitungan menggunakan rumus Slovin diatas didapat sampel sejumlah 89 rekam medis, kemudian akan digunakan untuk dapat mewakili populasi sejumlah 89 dokumen rekam medis.

### 3. Teknik pengambilan sampel

#### a. Sampel subjek

Teknik pengambilan sampel subjek informan bagi perawat dengan cara *purposif sampling* yaitu cara pengambilan sampel informan dengan menetapkan syarat perawat yang mempunyai pengalaman kerja lebih dari 10 tahun, dengan kriteria perawat klinis 3, lulusan profesi Ners dan menjabat sebagai kepala ruang.

#### b. Sampel objek

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam pengambilan rekam medis adalah teknik *simple random sampling* dengan menggunakan *microsoft excel*, dimana setiap anggota dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi menjadi sampel.

## D. Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel penelitian
  - a. Konsistensi pencatatan diagnosis
  - b. Konsistensi pencatatan perkembangan pasien
  - c. Konsistensi pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan
  - d. Konsistensi pencatatan persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*)
  - e. Kejadian yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi
2. Definisi operasional
  - a. Konsistensi pencatatan diagnosis adalah kesesuaian pencatatan diagnosis yang berkesinambungan pada formulir pengkajian gawat darurat atau poliklinik, pengantar rawat inap, pengkajian awal rawat inap, catatan perkembangan pasien terintegrasi, asuhan keperawatan anestesi, asuhan keperawatan instalasi bedah sentral, laporan operasi, laporan anestesi dan ringkasan pulang. Kategori konsisten:
    - 1) Konsisten: Jika penulisan diagnosis berkesinambungan / ajeg antara formulir pengkajian gawat darurat atau poliklinik, pengantar rawat inap, pengkajian awal rawat inap, catatan perkembangan pasien terintegrasi, asuhan keperawatan anestesi, asuhan keperawatan instalasi bedah sentral, laporan operasi, laporan anestesi dan ringkasan pulang.

- 2) Tidak konsisten: Jika penulisan diagnosis tidak berkesinambungan / ajeg antara formulir pengkajian gawat darurat atau poliklinik, pengantar rawat inap, pengkajian awal rawat inap, catatan perkembangan pasien terintegrasi, asuhan keperawatan anestesi, asuhan keperawatan instalasi bedah sentral, laporan operasi, laporan anestesi dan ringkasan pulang.
- b. Konsistensi pencatatan perkembangan pasien adalah kesinambungan pencatatan perkembangan pasien oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) terkait penulisan SOAP dilembar formulir pengkajian awal dengan lembar CPPT pada hari pertama sampai hari terakhir.
- Kategori Konsisten:
- 1) Konsisten: Jikaterdapat kesinambungan pencatatan perkembangan pasien oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) terkait penulisan SOAP dilembar formulir pengkajian awal denganlembar CPPT pada hari pertama sampai hari terakhir.
  - 2) Tidak konsisten: Jika tidak terdapat kesinambungan pencatatan perkembangan pasien oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) terkait penulisan SOAP dilembar formulir pengkajian awal denganlembar CPPT pada hari pertama sampai hari terakhir.
- c. Konsistensi pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan adalah kesesuaian pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu pemberian obat pada formulir CPPT dan formulir CPO yang lengkap dan ajeg. Adanya pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu penghentian /

penggantian obat pada formulir CPPT dan formulir CPO yang lengkap dan ajeg. Adanya pencatatan nama dan jenis pemeriksaan penunjang pada formulir CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang yang lengkap dan ajeg. Kategori konsisten:

1) Konsisten: Jika terdapat kesesuaian pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu pemberian obat pada formulir CPPT dan formulir CPO yang lengkap dan ajeg. Adanya pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu penghentian / penggantian obat pada formulir CPPT dan formulir CPO yang lengkap dan ajeg. Adanya pencatatan nama dan jenis pemeriksaan penunjang pada formulir CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang yang lengkap dan ajeg.

2) Tidak konsisten: Jika tidak terdapat kesesuaian pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu pemberian obat pada formulir CPPT dan formulir CPO yang lengkap dan ajeg. Adanya pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu penghentian / penggantian obat pada formulir CPPT dan formulir CPO yang lengkap dan ajeg. Adanya pencatatan nama dan jenis pemeriksaan penunjang pada formulir CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang yang lengkap dan ajeg.

d. Konsistensi pencatatan *informed consent* adalah kesesuaian pencatatan pada item isi informasi yang dijelaskan dokter kepada pasien / keluarga dengan item jenis tindakan yang akan dilakukan pada formulir persetujuan tindakan kedokteran. Kategori konsisten:

- 1) Konsisten: jika terdapat kesesuaian pencatatan pada item isiinformasi yang dijelaskan dokter kepada pasien / keluarga dengan item jenis tindakan yang akan dilakukan pada formulir persetujuan tindakan kedokteran.
  - 2) Tidak konsisten: Jika tidak terdapat kesesuaian pencatatan pada item isiinformasi yang dijelaskan dokter kepada pasien / keluarga dengan item jenistindakan yang akandilakukan pada formulirpersetujuanindakankedokteran.
- e. Kejadian yang menimbulkan potensi ganti rugi adalah adanya catatan pasien melarikan diri, catatan pasien bunuh diri, serta adanya catatan pasien pulang paksa bukan dikarenakan alasan administrasi pada lembar formulir CPPT dan ringkasan pulang. Kategori ada:
- 1) Ada : Jika terdapat catatan mengenai pasien bunuh diri, melarikan diri atau pasien pulang paksa bukan dikarenakan alasan administrasi pada lembar formulir CPPT dan ringkasan pulang.
  - 2) Tidak ada : Jika tidak terdapat catatan mengenai pasien bunuh diri, melarikan diri atau pasien pulang paksa bukan dikarenakan alasan administrasi pada lembar formulir CPPT dan ringkasan pulang.

## E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

### 1. Instrumen

#### a. *Cheklis*

*Cheklis* adalah suatu daftar (*list*) mengenai hal-hal yang harus diperiksa (*check*) yang digunakan untuk memudahkan dalam pengambilan data melalui observasi sehingga data yang diperoleh lengkap dan sesuai dengan data yang dibutuhkan peneliti. Pada penelitian ini, *checklist* yang digunakan berisi item-item sub komponen yang akan dianalisis meliputi kekonsistensian pencatatan diagnosis, kekonsistensian pencatatan perkembangan pasien, kekonsistensian pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan, kekonsistensian pencatatan persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*) dan kejadian yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

#### b. Pedoman wawancara semi terstruktur

Pedoman wawancara semi terstruktur adalah pedoman yang berisi daftar pertanyaan yang telah memuat tema dan alur pembicaraan sebagai pedoman untuk mengontrol, digunakan untuk menggali faktor-faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten.

### 2. Cara pengumpulan data

#### a. Cara pengumpulan data kuantitatif

Cara pengumpulan data kuantitatif yang digunakan peneliti yaitu menggunakan metode observasi terhadap rekam medis pasien untuk mengetahui dan memastikan bahwa isi rekam medis konsisten dan

lengkap pencatatannya.

b. Cara pengumpulan data kualitatif

Peneliti melakukan *triangulasi* data dengan wawancara, observasi dan study dokumen, yang digunakan untuk menggali informasi factor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten.

## F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik pengolahan data kuantitatif

a. *Editing*, yaitu kegiatan pengolahan data dengan cara meneliti/ mengoreksi ketidak sesuaian, ketidak lengkapan data penelitian.

b. *Coding*, yaitu kegiatan merubah data dalam bentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka atau bilangan.

c. *Entry* data, yaitu kegiatan memasukkan data *checklist* yang telah diedit dan dikoding atau semua data yang sudah lengkap kedalam aplikasi komputer.

d. *Processing*, yaitu kegiatan memproses data yang sudah *dientry* kedalam aplikasi komputer agar data dapat dianalisis.

e. *Cleaning*, yaitu kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan, apakah sudah betul atau masih terdapat kesalahan saat *entry* data.

2. Teknik pengolahan dan analisis data kualitatif

a. Reduksi data, yaitu proses membuat rangkuman, memilih hal – hal yang pokok, memfokuskan pada hal – hal penting mencari tema dan pola, serta membuang hal- hal yang dianggap tidak perlu.

- b. *Display* data, yaitu penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antara kategori.
- c. Kesimpulan, merupakan tahap akhir dalam rangkaian analisis data kualitatif. Kesimpulan dari penelitian ini adalah hasil analisis dokumen rekam medis dan faktor-faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten pada kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Umum Rumah Sakit**

###### **a. Sejarah singkat**

RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang adalah Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang dalam penyelenggaraan tugas pelayanan publik, yaitu pelayanan kesehatan. RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang didirikan pada tahun 1990 oleh dr. H. Imam Soebekti, MPH dengan nama RSUD Kota Semarang dan diresmikan oleh Walikota Semarang yaitu Bapak Iman Soeparto Tjakrayuda, SH. dengan fasilitas pelayanan gedung poliklinik, UGD, Laboratorium, Dapur dan dilayani 28 orang pegawai. Pelayanan kesehatan di RSUD Kota Semarang antara tahun 1990 sampai dengan tahun 1994 mengalami perkembangan yang signifikan dengan bertambahnya fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada tahun 1994 RSUD Kota Semarang meningkat kelasnya menjadi Rumah Sakit Kelas D. Kemudian berdasar SK Menteri Kesehatan Nomor 536/Menkes/SK/VI/1996, RSUD Kota Semarang meningkat menjadi Kelas C, dan sejak tahun 2002 telah terakreditasi 12 pelayanan. Dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 194/Menkes/SK/II/2003 RSUD Kota Semarang meningkat kelasnya dari Kelas C menjadi Kelas B.

Dengan terbitnya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Daerah (PPK-BLUD) dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Daerah tanggal 18 Juni 2007 dengan Surat Keputusan Walikota Nomor 445/0174/2007, RSUD Kota Semarang menjadi Badan Layanan Publik. Sebagai Badan Layanan Publik, RSUD Kota Semarang dituntut mengedepankan pelayanan kepada masyarakat.

Pada tahun 2017 RSUD Kota Semarang berganti nama menjadi RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang yang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/1156/2016 tentang Penetapan “K.R.M.T. Wongsonegoro” sebagai Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. Pada tahun 2021 berdasarkan Peraturan Walikota Semarang Nomor 36 Tahun 2021 Tentang “Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang”, RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro selanjutnya disebut **RSD K.R.M.T. Wongsonegoro**.

Saat ini RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang merupakan rumah sakit dengan kelas B pendidikan yang telah terakreditasi dengan predikat paripurna.

b. Visi

Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang menjadi rumah sakit kepercayaan publik dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian.

c. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai kebutuhan pasien dan keluarga secara profesional yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
- 2) Mengembangkan sumber daya manusia, sarana dan prasarana secara kreatif dan inovatif dalam rangka peningkatan kinerja organisasi.
- 3) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian dalam rangka mengembangkan ilmu pengetahuan, ketrampilan dan etika bidang kesehatan.

d. Motto

Melayani dengan Ikhlas

Penjelasan:

*Setiap saat memberikan pelayanan kepada pelanggan eksternal maupun internal dengan sebaik-baiknya dengan hati yang bersih dan tulus.*

e. Jenis layanan

Pelayanan di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari pelayanan dan sub pelayanan sebagai berikut:

1) Instalasi Rawat Jalan

a) Pelayanan Medik

Pelayanan Medik di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari:

- i. Pelayanan Medik Dasar
- ii. Pelayanan Medik Gigi Mulut
- iii. Pelayanan *Medical Check Up* (MCU)
- iv. Pelayanan Keluarga Berencana
- v. Pelayanan Imunisasi

b) Pelayanan Medik Spesialistik

Pelayanan Medik Spesialis Dasar di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari:

- i. Penyakit Dalam
- ii. Kesehatan Anak
- iii. Bedah Umum
- iv. Bedah Syaraf
- v. Bedah Ortopedi dan Traumatologi
- vi. Bedah Urologi
- vii. Bedah Thoraxs dan Kardiovaskular
- viii. Obstetri dan Ginekologi
- ix. Paru
- x. Jantung dan Pembuluh Darah
- xi. Mata
- xii. Telinga Hidung Tenggorokan
- xiii. Syaraf
- xiv. Kulit dan Kelamin
- xv. Kedokteran Jiwa

- xvi. Rehabilitasi Medik
- xvii. Gizi Klinik
- xviii. Bedah Mulut
- xix. Orthodonsi
- xx. Kedokteran Gigi Anak
- xxi. Konservasi Gigi
- xxii. Forensik

c) Pelayanan Medik Sub Spesialistik

Pelayanan Medik Subspesialis di RSD K.R.M.T.  
Wongsonegoro Kota Semarang terdiri dari:

- i. Bedah Digestif
- ii. Bedah Onkologi
- iii. Bedah Kepala Leher
- iv. Jantung : Kardiologi Intervensi
- v. Penyakit Dalam : Endokrin Metabolik Diabetes
- vi. Penyakit Dalam: Ginjal dan Hipertensi
- vii. Penyakit Dalam: Hematologi Onkologi
- viii. Obgyn : Obstetri Sosial
- ix. Obsgyn : Fertilitas Endokrinologi Reproduksi
- x. Anestesi : Konsultan Intensive Care
- xi. Radiologi : Thorak

d) Pelayanan Khusus

- i. Klinik Akupunktur
- ii. Klinik VCT/CST
- iii. Klinik NAPZA
- iv. Klinik Yankestrad

2) Instalasi Rawat Inap

- a) Presiden Suite
- b) VVIP
- c) VIP
- d) Kelas I

- e) Kelas II
  - f) Kelas III
  - g) Isolasi
- 3) Instalasi Laboratorium
  - 4) Instalasi Bedah Sentral
  - 5) Instalasi Gawat Darurat
  - 6) Instalasi Rawat Intensif Dewasa
    - a) ICU
    - b) ICCU
  - 7) Instalasi Rawat Intensif Anak
    - a) PICU
    - b) NICU
    - c) SCN
  - 8) Instalasi Farmasi
  - 9) Instalasi Haemodialisa
  - 10) Instalasi Radiologi
  - 11) Instalasi Rehabilitasi Medik
  - 12) Instalasi Gizi
  - 13) Instalasi Pemulasaran Jenazah
  - 14) Instalasi Kamar Bersalin
  - 15) Instalasi CSSD
  - 16) Instalasi SIMRS
  - 17) Instalasi Rekam Medik
  - 18) Instalasi K3
  - 19) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS (IPSR)

## 2. Karakteristik responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini yaitu 2 orang dengan kriteria yang mempunyai pengalaman kerja lebih dari 10 tahun, dengan kriteria perawat klinis 3, lulusan profesi Ners dan menjabat sebagai kepala ruang yang memberikan pelayanan kepada pasien dan sebagai pelaksana dalam pencatatan data dalam rekam medis. Berikut merupakan karakteristik responden yang digunakan dalam penelitian ini :

Tabel 4.1 Karakteristik Responden

No	Nama	Jabatan	Pendidikan	Inisial
1.	Perawat 1	Kepala ruang bangsal bedah 1	Profesi Ners	P1
2.	Perawat 2	Kepala ruang bangsal bedah 2	Profesi Ners	P2
3.	Perawat 3	Kepala ruang rawat inap	Profesi Ners	P3

Masing-masing responden tersebut akan diwawancarai untuk menggali informasi mengenai faktor-faktor yang menyebabkan pencatatan rekam medis yang tidak konsisten. Untuk mengetahui keabsahan atau kebenaran informasi yang didapat mengenai faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten ini, maka dilakukan wawancara Kepala Ruang Rawat Inap sebagai *triangulasi* yang mengetahui seluruh informasi di bangsal di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

## 3. Konsistensi pencatatan diagnosis

Tabel 4.2 Hasil analisis kualitatif konsistensi pencatatan diagnosis

No	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Konsistensi diagnosis pada pengkajian gawat darurat atau poliklinik, pengantar rawat inap, pengkajian awal rawat inap	80	89,89	9	10,11
2	Konsistensi diagnosis pada CPPT hari pertama s.d terakhir	78	87,64	11	12,36
3	Konsistensi diagnosis CPPT hari terakhir dan ringkasan pulang	83	93,26	6	6,74
4	Konsistensi diagnosis pada asuhan keperawatan anestesi, asuhan keperawatan instalasi bedah sentral, laporan operasi, laporan anestesi	82	92,13	6	7,87
Rata-rata		81	90,73	8	9,27

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa terdapat pencatatan diagnosis yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dengan rata-rata kekonsistensian sebesar 90,73%. Pencatatan diagnosis konsisten tertinggi terdapat pada sub komponen konsistensi diagnosis CPPT hari terakhir dan ringkasan pulang sebesar 83 rekam medis (93,26%), sedangkan pencatatan diagnosis konsisten terendah terdapat pada sub komponen konsistensi diagnosis pada CPPT hari pertama sampai dengan terakhir sebesar 78 rekam medis (87,64%).

## 4. Konsistensi pencatatan perkembangan pasien

Tabel 4.3 Hasil analisis kualitatif konsistensi pencatatan perkembangan pasien

No	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Konsistensi pencatatan perkembangan pada pengkajian awal rawat inap	82	92,13	7	7,87
2	Konsistensi pencatatan perkembangan hari pertama sampai hari terakhir pada CPPT	77	86,52	12	13,48
Rata-rata		80	89,89	9	10,11

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa terdapat pencatatan perkembangan pasien yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Hal ini ditunjukkan dengan rata-rata kekonsistensian sebesar 89,89%. Pencatatan pencatatan perkembangan pasien konsisten tertinggi terdapat pada sub komponen konsistensi pencatatan perkembangan pada pengkajian awal rawat inap sebesar 82 rekam medis (92,13%), sedangkan pencatatan pencatatan perkembangan pasien konsisten terendah terdapat pada sub komponen konsistensi pencatatan perkembangan hari pertama sampai hari terakhir pada CPPT sebesar 77 rekam medis (86,52%).

5. Konsistensi pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Tabel 4.4 Hasil analisis kualitatif pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

No	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu pemberian obat pada CPPT dan CPO	76	85,39	13	14,61
2	Pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu penggantian/ pemberhentian obat pada CPPT dan CPO	70	78,65	19	21,35
3	Pencatatan nama dan jenis pemeriksaan penunjang pada CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang	81	91,01	8	8,99
Rata-rata		76	85,02	13	14,98

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui bahwa terdapat pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Hal ini dibuktikan dengan dengan rata-rata kekonsistensian sebesar 85,02%. Pencatatan diagnosis konsisten tertinggi terdapat pada sub komponen pencatatan nama dan jenis pemeriksaan penunjang pada CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang sebesar 81 rekam medis (91,01%), sedangkan pencatatan diagnosis konsisten terendah terdapat pada sub komponen pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu penggantian/ pemberhentian obat pada CPPT dan CPO sebesar 70 rekam medis (78,65%).

6. Konsistensi pencatatan *informed consent*Tabel 4.5 Hasil analisis kualitatif konsistensi pencatatan *informed consent*

No	Sub Komponen Analisis	Konsisten		Tidak Konsisten	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Konsistensi antara jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat	83	93,26	6	6,74
2	Konsistensi antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga terdekat	71	79,78	18	20,22
Rata-rata		77	86,52	12	13,48

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa terdapat pencatatan *informed consent* yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dengan rata-rata kekonsistensian sebesar 86,52%. Pencatatan *informed consent* tertinggi terdapat pada sub komponen konsistensi antara jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat sebesar 83 rekam medis (93,26%), sedangkan pencatatan diagnosis konsisten terendah terdapat pada sub komponen konsistensi antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga terdekat sebesar 71 rekam medis (79,78%).

7. Analisis pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi

Tabel 4.6 Hasil analisis kualitatif pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi

No	Sub Komponen Analisis	Ada		Tidak Ada	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Adanya malpraktik tindakan kedokteran	0	0	89	100
2	Adanya pencatatan risiko jatuh	0	0	89	100
3	Adanya catatan pulang paksa bukan dikarenakan administrasi	0	0	89	100
Rata-rata		0	0	89	100

Berdasarkan tabel 4.6 dapat diketahui bahwa pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro sangat baik. Dimana pada 89 CPPT rekam medis pasien tidak ditemukan adanya malpraktik tindakan kedokteran, pasien jatuh dan juga tidak ada catatan pulang paksa bukan dikarenakan administrasi dengan persentase 100%.

8. Faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan pada rekam medis pasien kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang, dapat diketahui bahwa pencatatan rekam medis belum dilaksanakan 100% secara konsisten. Hal ini dapat dilihat dari hasil analisis kualitatif yang menyatakan belum 100% konsisten. Masih terdapat rekam medis yang dicatat tidak

konsisten dengan berbagai faktor yang mendasarinya. Untuk dapat mengetahui faktor-faktor penyebab pencatatan rekam medis tidak konsisten, maka dilakukan wawancara untuk menggali informasi terkait dengan hal tersebut dengan menggunakan 4 (empat) bagian yaitu *man*, *material*, *machine* dan *method* sehingga dapat diketahui faktor-faktor penyebab masalah secara jelas dan selanjutnya dapat dilakukan upaya perbaikan untuk dapat menyelesaikan permasalahan tersebut.

a. *Man*

Faktor *man* atau sumber daya manusia merupakan faktor penting dalam pelaksanaan atau pengelolaan sebuah kegiatan agar dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Peran Petugas Pemberi Asuhan (PPA) sangat penting dalam proses ketercapaian konsistensi pencatatan rekam medis. Berikut merupakan hasil wawancara kepada perawat bangsal beda di RSD K.R.M.T Wongsonegoro dalam hal kekonsistensian pencatatan rekam medis :

*“Memang betul, masih ada pencatatan rekam medis yang belum konsisten. RSWN itu rekam medisnya sudah elektronik ya, tapi masih ada beberapa formulir yang masih manual. Di rekam medis manual itu yang terkadang masih menjadi hambatan untuk kami, karena beberapa masih ada formulir yang belum diisi dan juga tulisan PPA yang kurang jelas terbaca. Banyak juga pasien rawat inap di RSWN ini, khususnya di bangsal bedah ya mbak, jadi kadang kita terlalu fokus ke pelayanan kepada pasien, jadi untuk pencatatan rekam medisnya agak keteteran, kurang teliti. Sepertinya dulu sudah pernah ada sosialisasi tentang pencatatan rekam medis ya, kalau ndak salah. Tapi kalau mau diberikan sosialisasi lagi dengan peserta semua PPA kami akan sangat terbantu. Mungkin jika ada evaluasi berkala juga akan menjadi pengingat kepada kami untuk meningkatkan kekonsistenan pencatatan rekam medis.”(R1)*

#### b. *Material*

Faktor *material* atau bahan adalah fasilitas yang digunakan dalam proses pencatatan rekam medis. Fasilitas ini berupa sistem informasi, formulir dan perangkat pendukung lain seperti komputer dan jaringan internet.

*“Seperti yang kita tau, kalau fasilitas di RSWN itu sudah bagus banget ya mbak. Sepertinya tidak menjadikan kendala konsistensi pencatatan rekam medis. Karena RSWN sendiri sudah punya sistem informasi Siwongso, formulir rekam medis manual yang sudah sangat minimal dan sesuai standar, komputer juga baru dan cepet, jaringan internet juga pake LAN jadi sudah pasti stabil.” (R1)*

#### c. *Machine*

*Machine* adalah suatu alat yang digunakan oleh PPA untuk mendukung kegiatan pelayanan, dimana dalam hal ini yaitu untuk mendukung kekonsistensian pencatatan rekam medis. Analisis kualitatif merupakan salah satu alat yang digunakan untuk mengetahui secara pasti nilai

kekonsistensian pencatatan rekam medis. Namun, analisis ini belum dilaksanakan secara maksimal di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

*“Untuk analisis kualitatif sendiri mungkin instalasi rekam medis yang lebih paham ya mbak, tp sepengetahuan saya belum dilakukan karena saya tidak diberikan hasilnya. Saya mendukung sih, kalau kedepan diberlakukan analisis kualitatif rekam medis. Selain sebagai bahan evaluasi dan meningkatkan mutu, kami-kami ini juga agar belajar dan memperbaiki kekurangan dalam hal pencatatan rekam medis itu.” (R2)*

#### d. *Method*

*Method* atau cara merupakan suatu sistem pelaksanaan kegiatan yang meliputi sistem kerja, pedoman atau standar prosedur kegiatan yang dalam hal ini yaitu SPO kekonsistensian pencatatan rekam medis.

*“Karena analisis kualitatif itu belum dilaksanakan, sepengetahuan saya maka SPO nya belum ada juga ya mbak. Kalau tidak salah itu yang ada SPO kelengkapan pencatatan rekam medis. Karena memang untuk kelengkapan itu setiap bulan kami menerima hasil perhitungan persentase kelengkapan sebagai bahan evaluasi untuk kami, seperti itu..” (R3)*

## **B. Pembahasan**

Permenkes Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis menyebutkan bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Salah satu tujuan dari pengaturan rekam medis yaitu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dalam hal peningkatan mutu pelayanan kesehatan, diperlukan keakuratan dan kekonsistensian pencatatan rekam medis sejak pasien masuk hingga keluar rumah sakit.

Menurut Hatta (2012), rekam medis harus berisikan informasi kesehatan yang cukup lengkap dan rinci, akurat dan relevan, sehingga dapat menunjukkan bagaimana perawatan dan pengobatan telah diberikan kepada pasien. Kekonsistensian rekam medis dari awal pasien masuk, dalam perawatan hingga diperbolehkan pulang menjadi penting untuk diperhatikan agar terjalin kesinambungan dalam pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

RSD K.R.M.T Wongsonegoro sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai kewajiban untuk menjaga kelengkapan dan keakuratan rekam medis agar data dan informasi dalam rekam medis dapat dipergunakan secara optimal. Salah satu alat yang dapat digunakan untuk mengetahui kekonsistensian pencatatan rekam medis dapat dilakukan dengan analisis kualitatif. Analisis kualitatif adalah suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan dengan ketidakkonsistenan dan ketidaklengkapan sehingga menunjukkan bukti bahwa rekam medis tersebut tidak akurat dan tidak lengkap (Wijaya, 2018). Salah satu tujuan dilakukan analisis kualitatif yaitu untuk mereview rekam medis telah diisi

dengan konsisten dan akurat serta dapat dipakai setiap saat. (Wijaya, 2018). Analisis kualitatif itu sendiri terdiri dari 5 (lima) komponen yaitu kekonsistensian diagnosis, kekonsistensian pencatatan rekam medis, pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, pencatatan terhadap *informed consent*, praktik pencatatan yang benar dan praktik pencatatan dan kejadian yang berpotensi menyebabkan ganti rugi.

#### 1. Konsistensi diagnosis

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), diagnosis adalah penentuan jenis penyakit dengan cara meneliti (memeriksa) gejala-gejalanya. Secara singkat, diagnosis bisa diartikan sebagai pemeriksaan terhadap suatu hal yang dialami oleh pasien. Diagnosis sangat penting dalam proses pengobatan pasien karena sebagai dasar rencana pengobatan dan atau tindakan yang akan diberikan kepada pasien. Analisis kualitatif konsistensi pencatatan diagnosis oleh PPA dilakukan pada formulir pengkajian gawat darurat atau poliklinik, pengantar rawat inap, pengkajian awal rawat inap, catatan perkembangan pasien terintegrasi, asuhan keperawatan anestesi, asuhan keperawatan instalasi bedah sentral, laporan operasi, laporan anestesi dan ringkasan pulang.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa rata-rata persentase konsistensi diagnosis di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang sebesar 90,73%. Kekonsistensian pencatatan diagnosis tertinggi terdapat pada sub komponen konsistensi diagnosis CPPT hari terakhir dan ringkasan pulang sebesar 93,26% (83 rekam medis), sedangkan pencatatan diagnosis konsisten

terendah terdapat pada sub komponen konsistensi diagnosis pada CPPT hari pertama sampai dengan terakhir sebesar 87,64% (78 rekam medis). Pencatatan diagnosis pada CPPT hari pertama hingga terakhir mendapatkan nilai terendah karena diagnosis awal pasien masuk dapat berubah seiring dengan pemeriksaan dan pengobatan lebih lanjut pada saat pasien mendapatkan perawatan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Pada sub komponen lain, pencatatan diagnosis tidak 100% konsisten disebabkan pada rekam medis manual masih sering ditemukan formulir yang tidak terisi, sehingga tidak dapat diketahui kekonsistensannya. Hal ini tentu belum sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis yang menyebutkan bahwa pencatatan dan pendokumentasian informasi klinis harus lengkap, jelas dan dilakukan setelah pasien menerima pelayanan kesehatan.

Hal ini selaras dengan penelitian Etdi Waluyo (2023), kepatuhan dokter dalam pengisian dokumen rekam medis, sebagian dokter hanya menulis sebagian informasi yang dicatat dalam dokumen hal tersebut mempengaruhi proses pengobatan pasien selanjutnya. Kurangnya ketelitian perawat dalam pengisian dokumen rekam medis, dari aspek perawat biasanya juga dapat berpengaruh. Tidak lengkapnya dalam melaporkan kondisi pasien akan menyebabkan informasi tidak tersampaikan dengan benar. Berdasarkan hal tersebut mengakibatkan dokumen rekam medis tidak lengkap.

## 2. Konsistensi pencatatan perkembangan pasien

Pencatatan perkembangan pasien sangat penting dilakukan oleh tenaga kesehatan yang dalam hal ini adalah PPA. Hal ini berguna sebagai alat komunikasi dan penyampaian informasi secara tertulis tentang perkembangan pasien dalam satu pencatatan yang sama dan berkolaborasi dalam pemberian asuhan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa terdapat pencatatan perkembangan pasien yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Hal ini ditunjukkan dengan rata-rata kekonsistensian sebesar 89,89% dan belum mencapai konsisten 100%. Pencatatan perkembangan pasien konsisten tertinggi terdapat pada sub komponen konsistensi pencatatan perkembangan pada pengkajian awal rawat inap sebesar 82 rekam medis (92,13%), sedangkan pencatatan perkembangan pasien konsisten terendah terdapat pada sub komponen konsistensi pencatatan perkembangan hari pertama sampai hari terakhir pada CPPT sebesar 77 rekam medis (86,52%). Ketidak konsistenan pencatatan ini berkaitan dengan gejala atau hasil anamnesa pasien yang dapat berubah seiring dengan perkembangan kesehatan pasien. Petugas yang berbeda dalam menuliskan SOAP juga merupakan faktor pendukung belum konsistennya pengisian rekam medis. Selain hal tersebut, terdapat pula formulir rekam medis yang tidak terisi lengkap yang disebabkan oleh sibuknya PPA dalam memberikan pelayanan kesehatan secara optimal pada pasien sesuai dengan Peraturan

Menteri Kesehatan Nomo 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan perseorangan wajib membuat rekam medis segera setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan secara lengkap.

Ketidaklengkapan pencatatan rekam medis ini selaras dengan penelitian Zulham dkk (2022) sesuai analisis data yang dilakukan pada rekam medis rawat inap di RSUD Kabupaten Aceh Tamiang, terdapat ketidaklengkapan pengisian rekam medis rawat inap pada item bukti pelaksanaan dari rencana pengobatan, instruksi dan perubahan obat, serta tindakan yang dilakukan yang diisi oleh perawat. Hal ini dikarenakan perawat kurang komunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam perawatan pada pasien. Hal ini lain juga disebabkan karena bukti tindakan yang dilakukan pada pasien tersebut masih belum dicetak, sibuknya perawat dalam melayani pasien sehingga formulir bukti tindakan tersebut tidak dilampirkan atau di gabungkan ke berkas rekam medis yang seharusnya. Hal ini sesuai dengan penelitian penulis dimana pencatatan rekam medis tidak lengkap disebabkan oleh kesibukan PPA.

3. Konsistensi pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Analisis konsistensi pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan meliputi kesesuaian jenis, nama, dosis dan waktu pemberian atau penghentian obat serta kesesuaian pencatatan nama dan jenis pemeriksaan

penunjang pada CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang. Sub komponen tersebut sangat penting untuk dicatat dalam rekam medis secara konsisten karena terkait dengan keselamatan pasien yang harus memastikan benar obat, benar dosis dan benar waktu pemberian atau penghentian obat sesuai dengan ketentuan WHO. Selain itu, pentingnya kesesuaian nama dan jenis pemeriksaan penunjang adalah untuk penegakan diagnosis pasien.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diketahui bahwa terdapat pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Hal ini dibuktikan dengan dengan rata-rata kekonsistensian sebesar 85,02%. Pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan konsisten tertinggi terdapat pada sub komponen pencatatan nama dan jenis pemeriksaan penunjang pada CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang sebesar 81 rekam medis (91,01%). Sedangkan pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan konsisten dengan nilai rendah terdapat pada sub komponen pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu pemberian obat pada CPPT dan CPO sejumlah 76 rekam medis atau 85,39%, dan untuk penggantian/pemberhentian sebesar 70 rekam medis atau 78,65%. Ketidak konsistenan pencatatan rekam medis tertinggi terdapat pada Formulir Catatan Pemberian Obat/Infus (CPO) yang disebabkan petugas harus mencantumkan obat yang diberikan kepada pasien pada 2 (dua) tempat yaitu pada SOAP di aplikasi Siwongso dan pada Formulir CPO pada rekam medis manual. Ditemukan petugas hanya melakukan input isian tersebut pada aplikasi Siwongso saja.

Hal ini selaras dengan penelitian Swaradwibhagia dkk (2021), instruksi pemberian obat merupakan suatu proses pengobatan selama pasien dirawat dirumah sakit. Penyediaan obat yang tepat, baik dalam dosis maupun sediaannya dapat memberikan hasil yang baik dan efektif bagi kesembuhan pasien, sebaliknya jika tidak dilakukan dengan baik maka akan menimbulkan kontraindikasi bagi kesehatan pasien. Adanya pencatatan hal-hal penting selama perawatan dan pengobatan yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang karena adanya ketidaklengkapan dalam pengisian rekam medis. Tidak konsistennya pencatatan obat ini tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek yang menyatakan bahwa pelayanan kefarmasian di rumah sakit salah satunya yaitu monitoring pelaksanaan, efektifitas dan keamanan penggunaan Obat berdasarkan catatan pengobatan pasien.

#### 4. Konsistensi pencatatan *informed consent*

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/MENKES/PER/111/2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran, *Informed concent* atau persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Keputusan untuk melakukan tindakan kedokteran tersebut diputuskan oleh dokter atau dokter gigi dan

dicatat di dalam rekam medis. Pencatatan tindakan kedokteran sendiri dilakukan sebagai bukti sah yang menunjukkan bahwa pasien telah mendapatkan informasi tentang tindakan kedokteran yang akan dilakukan. Hal ini sangat penting dilakukan karena setiap pasien berhak mengetahui manfaat dan risiko dari tindakan medis yang akan dilakukan. Dengan adanya *informed consent* yang jelas dan konsisten akan mencegah terjadinya kesalahpahaman suatu tindakan sebagai malpraktik apabila hasilnya tidak sesuai dengan harapan.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa terdapat pencatatan *informed consent* yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dengan rata-rata kekonsistensian sebesar 86,52%. Terdapat 2 (dua) sub komponen penilaian kekonsistensian yaitu jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat dengan persentase kekonsistensian sebesar 93,27% atau sejumlah 83 rekam medis, dan sub komponen konsistensi antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga terdekat sebesar 71 rekam medis (79,78%). Salah satu faktor yang mendasari tidak konsistennya pencatatan *informed consent* yaitu masih ditemukannya DPJP maupun PPA yang tidak mengisi formulir *informed consent* dengan lengkap setelah memberikan informasi kepada pasien, sehingga sulit untuk menganalisis kekonsistensian pencatatannya. Hal ini selaras dengan penelitian Etdi Waluyo (2023), petugas yang bertanggung jawab dalam pengisian *Informed Consent* masih kurang kesadaran akan kekelengkapan *Informed Consent* yang seharusnya diisi secara

lengkap, karena hal ini menyangkut tindakan medis yang akan diberikan kepada pasien, dan tindakan hukum yang bisa terjadi sewaktu-waktu jika hasil tindakan medis tidak seperti yang diharapkan pasien dan keluarga pasien. Namun, hal ini bertolak belakang atau tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang menyatakan bahwa kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas adalah 100%.

5. Analisis pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi

Pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi pada rekam medis pasien sangat penting untuk dilakukan untuk mengantisipasi adanya tuntutan ganti rugi terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Pada pencatatan ini tidak diperbolehkan adanya tindakan atau kondisi yang tidak dicatat. Risiko yang dimungkinkan adanya tuntutan ganti rugi pada kasus bedah diantaranya yaitu malpraktik tindakan kedokteran, pasien jatuh dan catatan pulang paksa bukan dikarenakan administrasi.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro sangat baik. Hal ini sesuai dengan Wijaya (2018) yang menyebutkan bahwa rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan atau berpotensi tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan atau pemberi pelayanan sendiri, baik pasien maupun

oleh pihak ketiga. Dimana pada 89 CPPT rekam medis pasien tidak ditemukan adanya malpraktik tindakan kedokteran, pasien jatuh dan juga tidak ada catatan pulang paksa bukan dikarenakan administrasi dengan persentase 100%. Dalam pelaksanaannya, pasien mendapatkan informasi terkait tindakan kedokteran yang akan diterimanya sebelum tindakan tersebut dilakukan. DPJP juga melakukan pengisian dan konfirmasi jenis serta letak tindakan yang akan dilakukan kepada pasien pada formulir ceklist persiapan pre-operasi. Hal ini sangat penting dilakukan untuk meminimalisir adanya kesalahan tindakan kedokteran atau malpraktik. Pasien dengan kasus bedah memiliki risiko jatuh yang tinggi, sehingga RSD K.R.M.T Wongsonegoro memberikan perhatian dan monitoring dengan menggunakan formulir asesmen awal dan monitoring risiko jatuh. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien yang menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.

#### 6. Faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menyebutkan bahwa rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam pencatatan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan kesehatan lain yang telah dan

akan diberikan kepada Pasien harus lengkap, jelas dan dilakukan setelah Pasien menerima pelayanan kesehatan dengan mencantumkan nama, waktu dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan yang diberikan.

Menurut Hatta (2012) rekam medis harus berisikan informasi kesehatan yang cukup lengkap dan rinci, akurat dan relevan sehingga dapat menunjukkan bagaimana perawatan dan pengobatan telah diberikan kepada pasien. Rekam medis yang lengkap dan konsisten sangat bermanfaat bagi perawatan dan pengobatan pasien, bukti hukum bagi rumah sakit, bagi kepentingan penelitian medis dan administratif. Semakin lengkap dan konsisten tenaga kesehatan memberikan data pelayanan kesehatan, semakin banyak pula pemanfaatan kelengkapan informasi oleh tenaga kesehatan. Semakin tertib kelengkapan informasi tersebut, maka kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin tinggi. Menurut Sudra (2017) konsistensi pencatatan rekam medis tidak hanya memberikan gambaran kualitas pelayanan namun juga mencerminkan pelayanan klinis yang berpotensi timbulnya tuntutan ganti rugi.

Pencatatan rekam medis yang tidak konsisten merupakan suatu masalah yang harus diidentifikasi penyebabnya agar dapat ditemukan solusi atau penyelesaian masalah. Untuk mengetahui dan menggali faktor-faktor penyebab ketidak konsistenan pencatatan rekam medis tersebut, penulis menggunakan 4 (empat) faktor utama yaitu *man*, *material*, *machine* dan *method* agar dapat diketahui faktor-faktor penyebab masalah secara jelas dan selanjutnya dapat dilakukan upaya perbaikan untuk dapat menyelesaikan permasalahan tersebut.

a. *Man*

*Man* atau sumber daya manusia merupakan faktor penting dalam pelaksanaan atau pengelolaan sebuah kegiatan agar dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Peran seluruh PPA di RSD K.R.M.T Wongsonegoro sangat dibutuhkan untuk mendukung tercapainya pencatatan rekam medis yang lengkap dan konsisten 100%.

Dari hasil wawancara diketahui bahwa faktor *man* menjadi penyebab utama masalah pencatatan rekam medis yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Kurangnya kedisiplinan PPA dalam mencatat hasil pemeriksaan dan atau pengobatan pasien pada rekam medis, kurangnya pengetahuan tentang pentingnya pencatatan rekam medis secara konsisten agar dapat berkesinambungan sesuai dengan perkembangan kondisi medis pasien, kurangnya ketelitian PPA dalam membaca rekam medis sebelumnya (yang dicatat oleh PPA lain) pada rekam medis pasien sehingga menyebabkan pengkajian ulang tidak sesuai dan terjadi perbedaan pencatatan perkembangan pasien antar pemberi asuhan yang mana hal disebabkan oleh banyaknya pasien yang harus mendapatkan pelayanan optimal menyebabkan pencatatan rekam medis secara lengkap dan konsisten belum maksimal. Pencatatan rekam medis yang tidak konsisten di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang juga disebabkan oleh tulisan DPJP dan atau PPA yang tidak terbaca dan menyebabkan salah tafsir pada instruksi yang diberikan oleh pemberi asuhan, sehingga mengakibatkan pencatatan tidak konsisten.

Berdasarkan faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten dari faktor *man* di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang meliputi banyaknya pasien yang harus mendapatkan pelayanan optimal, dimana hal ini menyebabkan pencatatan rekam medis secara lengkap dan konsisten belum maksimal. Hal ini sejalan dengan penelitian Nugraheni (2022) yang menyebutkan bahwa ketidakkonsistensian pencatatan rekam medis disebabkan karena kesibukan dokter dengan jumlah pasien yang banyak mengakibatkan dokter tidak patuh dalam pengisian rekam medis.

Sosialisasi tentang kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan rekam medis perlu dilakukan kepada seluruh DPJP dan PPA guna peningkatan mutu pelayanan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Selain itu, perlu adanya monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkala kepada masing-masing ruang rawat inap sehingga harapannya pencatatan rekam medis dapat lengkap dan konsisten 100%.

b. *Material*

*Material* atau bahan adalah fasilitas yang digunakan untuk suatu proses kegiatan. Dalam hal ini, bahan yaitu fasilitas yang digunakan untuk proses pencatatan rekam medis agar lengkap dan konsisten. Beberapa contoh fasilitas dari kegiatan ini yaitu sistem informasi, formulir dan perangkat pendukung lain seperti komputer dan jaringan internet.

Menurut Hatta (2012), bentuk fisik rekam kesehatan dipengaruhi oleh isi dan struktur, isi rekam kesehatan terkait dengan tujuan kegunaan

informasi yang menyebabkan formulirnya didesain secara spesifik. Selain itu hal yang penting untuk diperhatikan dalam mengisi rekam kesehatan adalah dilaksanakannya persyaratan pendokumentasian sesuai dengan teknologi format rekaman yang dipilih.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada narasumber di RSD K.R.M.T Wongsonegoro, diketahui bahwa faktor *material* tidak menjadi faktor penyebab tidak konsistennya pencatatan rekam medis. Hal ini disebabkan karena sudah memadainya sistem informasi rumah sakit (yang dalam hal ini yaitu Siwongso) dan desain formulir rekam medis yang sesuai dengan standar akreditasi. Selain itu, fasilitas penunjang seperti tempat yang nyaman, komputer dan jaringan internet yang cukup baik menjadikan faktor ini tidak menjadi faktor penyebab ketidak konsistenan pencatatan rekam medis.

c. *Machine*

*Machine* adalah suatu alat yang digunakan oleh PPA untuk mendukung kegiatan pelayanan, dimana dalam hal ini yaitu untuk mendukung kekonsistensian pencatatan rekam medis. Analisis kualitatif merupakan salah satu alat yang digunakan untuk mengetahui secara pasti nilai kekonsistensian pencatatan rekam medis. Menurut Hatta (2012), pimpinan manajemen sarana kesehatan bertanggung jawab menyediakan sarana unit rekam medis, yang meliputi ruang, peralatan dan tenaga yang memadai, sedemikian rupa sehingga pengelolaan rekam medis disarana

kesehatan tersebut dapat berjalan efektif. Berkaitan dengan rekam medis, suatu sarana pelayanan kesehatan harus memiliki alat yang memadai untuk mengaktifkan fungsi rekam medis dasar yang harus dilakukan yang kaitannya untuk kelengkapan dan kekonsistensian pencatatan data perawatan pasien (WHO, 2002).

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa faktor *machine* atau alat merupakan penyebab masalah yang menjadikan pencatatan rekam medis tidak konsisten. Hal ini disebabkan belum adanya formulir ceklist penilaian kekonsistensian pencatatan rekam medis atau analisis kualitatif. Tidak adanya formulir ini didasari oleh belum dilaksanakannya kegiatan analisis kualitatif secara maksimal di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Hal ini berdampak pada tidak adanya evaluasi secara berkala dan perbaikan yang dilakukan oleh masing-masing ruang rawat inap khususnya bangsal bedah. Keadaan ini tidak sesuai dengan Hatta (2012) yang menyebutkan bahwa salah satu cara sederhana dalam melakukan analisis atau penilaian isi rekam medis adalah dengan menggunakan formulir lembar penilaian.

d. *Method*

Menurut KBBI, *methode* atau metode merupakan cara kerja yang mempunyai sistem dalam memudahkan pelaksanaan dari suatu kegiatan untuk mencapai sebuah tujuan tertentu. Dalam pencatatan rekam medis, metode dapat diartikan sebagai prosedur yang digunakan sebagai acuan

petugas dalam melaksanakan pengisian rekam medis. Prosedur harus dituangkan secara tertulis dan menjelaskan setiap tahapan kegiatan dengan runtut dan jelas. Hal ini sesuai dengan WHO (2002) yang menyebutkan bahwa semua prosedur harus diletakkan secara tertulis, menjelaskan setiap tahapan dalam langkah demi langkah rinci. Salah satu prosedur yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu Standar Prosedur Operasional (SPO).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran menjelaskan bahwa standar prosedur operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana standar prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi.

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa yang menjadi penyebab masalah pada faktor metode yaitu belum adanya SPO kekonsistensian pencatatan rekam medis atau SPO analisis kualitatif di RSD K.R.M.T Wongsonegoro yang menjadi dasar atau pedoman petugas untuk melakukan penilaian konsistensi pencatatan rekam medis. Belum adanya SPO ini tidak sesuai dengan Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan yang menyatakan bahwa standar prosedur operasional (SPO) ditetapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Namun,

hal ini selaras dengan penelitian Swaradwibhagia dkk (2021) yang menyebutkan bahwa faktor yang menjadi penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten adalah karena belum ada Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait analisis kualitatif rekam medis.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

1. Konsistensi pencatatan diagnosis dari pasien masuk, dirawat dan pulang dari 89 rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang didapatkan hasil 81 rekam medis (90,73%) konsisten dan 8 dokumen rekam medis (9,27%) tidak konsisten.
2. Konsistensi pencatatan perkembangan pasien dari 89 rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang didapatkan hasil 80 rekam medis (89,89%) konsisten dan 9 dokumen rekam medis (10,11%) tidak konsisten.
3. Konsistensi pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dari 89 rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang didapatkan hasil 76 rekam medis (85,02%) konsisten dan 13 dokumen rekam medis (14,98%) tidak konsisten.
4. Konsistensi pencatatan *informed concent* dari 89 rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang didapatkan hasil 77 rekam medis (86,52%) konsisten dan 12 dokumen rekam medis (13,48%) tidak konsisten.
5. Analisis pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi dari 89 dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang tidak ditemukan adanya pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan ganti rugi.

6. Faktor penyebab pencatatan rekam medis yang tidak konsisten pada kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dilihat dari faktor:
  - a. *Man*, kurangnya ketelitian PPA dalam melakukan pencatatan pada seluruh rekam medis pasien yang disebabkan disebabkan banyaknya pasien bedah yang memerlukan pelayanan optimal, serta tulisan PPA yang tidak terbaca jelas pada rekam medis.
  - b. *Material*, tidak ada kendala dalam pencatatan rekam medis yang konsisten.
  - c. *Machine*, belum dilaksanakannya analisis kualitatif rekam medis dan belum adanya lembar penilaian konsistensi pencatatan rekam medis.
  - d. *Method*, belum mempunyai SPO terkait *review* konsistensi pencatatan rekam medis atau SPO analisis kualitatif rekam medis

## **B. Saran**

1. Perlu adanya sosialisasi kepada PPA terkait pentingnya kelengkapan dan kekonsistensian pendokumentasian rekam medis rawat inap, khususnya pada kasus bedah.
2. Membuat SPO analisis kualitatif rekam medis sesuai draft SPO yang disarankan.
3. Sebaiknya menambahkan tugas pokok pada bagian Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM) untuk melakukan analisis kualitatif rekam medis rawat inap setelah pasien pulang dan sebelum rekam medis dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis.

4. Perlu adanya laporan rekapitulasi analisis kualitatif yang selanjutnya dilaporkan sebagai bahan evaluasi guna peningkatan mutu rekam medis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Cholid Narbuko, Ahmadi. 2010. Metodologi Penelitian. Jakarta: Bumi Aksara.
- Kementerian Kesehatan RI. 2007. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 290/MENKES/PER/111/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. Buku Pegangan Sosialisasi JKN dalam Sistem Jaminan Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. INA CBG's Untuk Pelayanan Rumah Sakit Lebih Baik. Jakarta: Buletin Bina Upaya Kesehatan (Buletin BUK) Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Pedoman Penerapan Kajian Farmako Ekonomi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBG's. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 35 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Penyakit Jantung Penyebab Kematian Tertinggi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pemerintah Indonesia. 2009. Undang-undang nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta: Sekretariat Negara RI.
- Rahayuningrum, I. O., Tamtomo, D. G., & Suryono, A. 2016. Analisis Tarif Rumah Sakit dibandingkan dengan Tarif *Indonesian Case Based Group*. Jurnal Kesmas.
- Ritonga, Zulham Andi. 2022. Analisis Kualitatif Pengisian Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Tamiang Tahun 2022. Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan IMELDA, 8(1), 112-123.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. 2014. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Sagung Seto.
- Sugiyono. 2016. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Swaradwibhagia, Jeillia Jihan. 2021. Analisis Kualitatif Kekonsistensian Pencatatan dan Justifikasi Pengobatan pada Rekam Medis Kasus Demam Berdarah Dengue di Rumah Sakit Mekar Sari Bekasi Tahun 2021. Journal of Innovation Research and Knowledge, 2(4), 2067-2074.
- Thabrany, H. 2014. Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Wahyuningsih, Sri. 2022. Analisis Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Penyakit Covid-19 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNAS), Surakarta; 2022.
- Waluyo, Etdi. 2023. Analisis Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis di Puskesmas Tawangharjo Tahun 2023. Repository Poltekkes Kemenkes Semarang.

# LAMPIRAN

## Lampiran 1

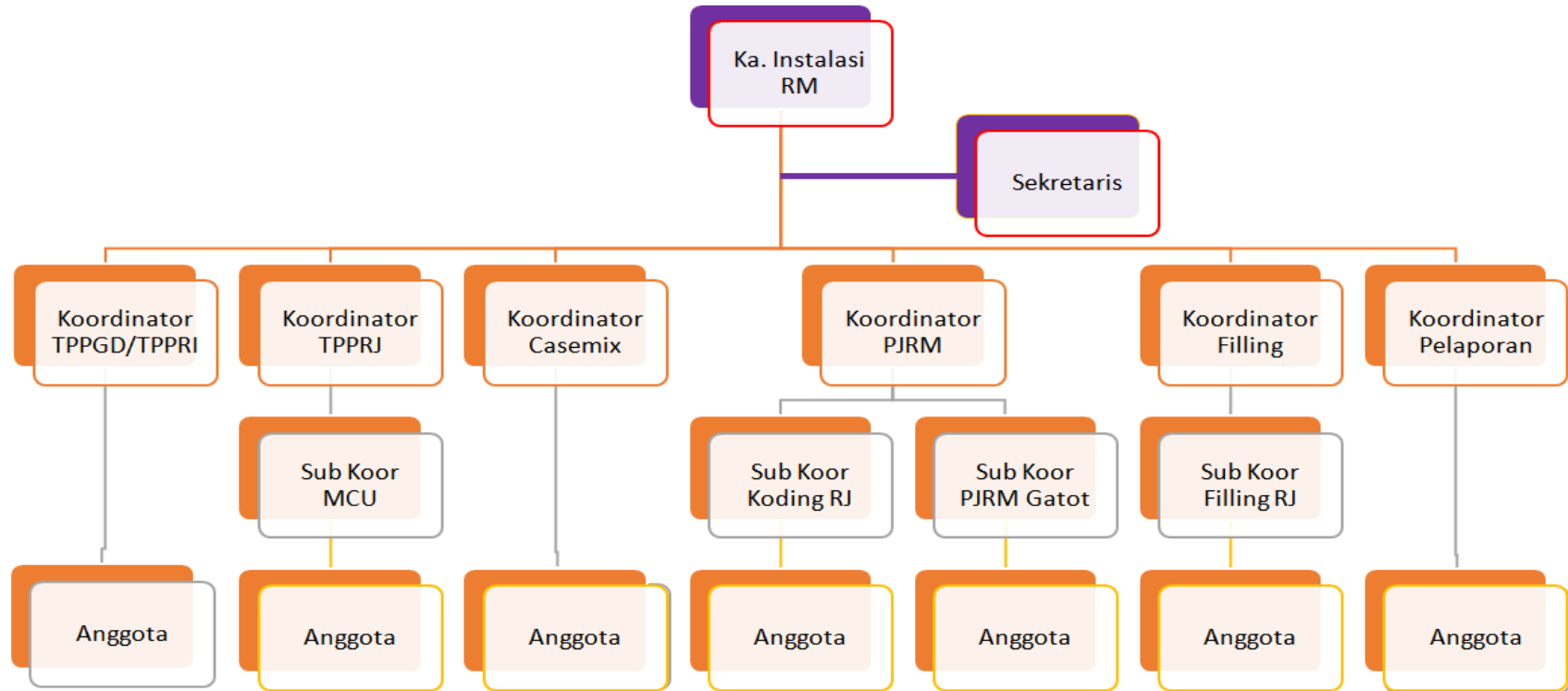
Struktur Organisasi RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang berdasarkan Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 36 Tahun 2021  
Tanggal 15 Juni 2021:

### **STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 36 Tahun 2021  
Tanggal 15 Juni 2021



## Struktur Organisasi Instalasi Rekam Medis



**CEKLIS ANALISIS KUALITATIF  
REVIEW KONSISTENSI PENCATATAN DIAGNOSIS**

Nomor	Nomor Rekam Medis	Konsistensi diagnosis pada pengkajian gawat darurat atau poliklinik, pengantar rawat inap, pengkajian awal rawat inap		Konsistensi diagnosis pada CPPT hari pertama s.d terakhir		Konsistensi diagnosis CPPT hari terakhir dan ringkasan pulang		Konsistensi diagnosis pada asuhan keperawatan anestesi, asuhan keperawatan instalasi bedah sentral, laporan operasi, laporan anestesi	
		Konsisten	Tidak Konsisten	Konsisten	Tidak Konsisten	Konsisten	Tidak Konsisten	Konsisten	Tidak Konsisten
1	6002xx	✓		✓		✓		✓	
2	6003xx		✓		✓	✓		✓	
3	4179xx	✓		✓		✓		✓	
4	2731xx	✓		✓		✓		✓	
5	6004xx	✓		✓		✓		✓	
6	6022xx	✓		✓		✓		✓	
7	2102xx	✓		✓		✓		✓	
8	6025xx	✓		✓		✓		✓	
9	6024xx	✓		✓		✓		✓	
10	6022xx		✓		✓		✓		✓

11	5841xx	✓		✓		✓		✓	✓
12	6024xx	✓		✓		✓		✓	✓
13	5892xx	✓		✓		✓		✓	✓
14	1276xx	✓		✓		✓		✓	✓
15	1642xx		✓		✓	✓		✓	
16	5416xx		✓		✓	✓		✓	
17	2322xx	✓		✓		✓		✓	✓
18	6049xx	✓		✓		✓		✓	✓
19	6047xx	✓		✓		✓		✓	✓
20	6037xx	✓		✓		✓		✓	✓
21	6045xx	✓		✓		✓		✓	✓
22	3374xx	✓		✓		✓		✓	✓
23	6029xx	✓		✓		✓		✓	✓
24	6039xx	✓		✓		✓		✓	✓
25	6040xx	✓		✓		✓		✓	✓
26	6037xx	✓		✓		✓		✓	✓

27	6042xx	✓		✓		✓		✓	✓
28	4300xx	✓		✓		✓		✓	✓
29	6025xx	✓		✓		✓		✓	✓
30	6029xx	✓		✓		✓		✓	✓
31	2126xx		✓		✓		✓		✓
32	6027xx	✓		✓		✓		✓	✓
33	0815xx	✓		✓		✓		✓	✓
34	2693xx	✓		✓		✓		✓	✓
35	4594xx	✓		✓		✓		✓	✓
36	6020xx	✓		✓		✓		✓	✓
37	4094xx	✓		✓		✓		✓	✓
38	3695xx		✓		✓		✓		✓
39	4210xx	✓		✓		✓		✓	✓
40	4031xx	✓		✓		✓		✓	✓
41	5898xx	✓		✓		✓		✓	✓
42	1916xx	✓		✓		✓		✓	✓

43	5709xx	✓		✓		✓		✓	✓
44	3637xx	✓		✓		✓		✓	✓
45	6022xx	✓		✓		✓		✓	✓
46	0796xx	✓		✓		✓		✓	✓
47	3250xx	✓		✓		✓		✓	✓
48	5983xx	✓		✓		✓		✓	✓
49	6004xx	✓		✓		✓		✓	✓
50	4825xx	✓		✓		✓		✓	✓
51	2707xx	✓		✓		✓		✓	✓
52	6038xx	✓		✓		✓		✓	✓
53	6053xx	✓			✓		✓		✓
54	6053xx	✓		✓		✓		✓	✓
55	6024xx	✓		✓		✓		✓	✓
56	4921xx	✓		✓		✓		✓	✓
57	2441xx	✓		✓		✓		✓	✓
58	4047xx		✓		✓	✓		✓	

59	2824xx	✓		✓		✓		✓	✓
60	5922xx	✓		✓		✓		✓	✓
61	3259xx	✓		✓		✓		✓	✓
62	2249xx	✓		✓		✓		✓	✓
63	6025xx	✓		✓		✓		✓	✓
64	5820xx	✓		✓		✓		✓	✓
65	6027xx	✓		✓		✓		✓	✓
66	3205xx	✓		✓		✓		✓	✓
67	6005xx	✓		✓		✓		✓	✓
68	5714xx	✓		✓		✓		✓	✓
69	6002xx	✓		✓		✓		✓	✓
70	2128xx	✓		✓		✓		✓	✓
71	5883xx		✓		✓		✓		✓
72	3280xx	✓		✓		✓		✓	✓
73	6022xx	✓		✓		✓		✓	✓
74	1510xx	✓		✓		✓		✓	✓

75	2115xx	✓		✓		✓		✓	✓
76	2459xx	✓		✓		✓		✓	✓
77	5321xx	✓		✓		✓		✓	✓
78	3893xx	✓		✓		✓		✓	✓
79	0404xx	✓		✓		✓		✓	✓
80	4172xx	✓		✓		✓		✓	✓
81	3623xx	✓			✓		✓		✓
82	6033xx	✓		✓		✓		✓	✓
83	4189xx	✓		✓		✓		✓	✓
84	6011xx		✓		✓	✓		✓	
85	6013xx	✓		✓		✓		✓	✓
86	6013xx	✓		✓		✓		✓	✓
87	5307xx	✓		✓		✓		✓	✓
88	6047xx	✓		✓		✓		✓	✓
89	4475xx	✓		✓		✓		✓	✓

**CEKLIS ANALISIS KUALITATIF  
REVIEW KONSISTENSI PENCATATAN PERKEMBANGAN PASIEN**

Nomor	Nomor Rekam Medis	Konsistensi pencatatan perkembangan pada pengkajian awal rawat inap		Konsistensi pencatatan perkembangan hari pertama sampai hari terakhir pada CPPT	
		Konsisten	Tidak Konsisten	Konsisten	Tidak Konsisten
1	6002xx	✓		✓	
2	6003xx	✓		✓	
3	4179xx	✓		✓	
4	2731xx	✓		✓	
5	6004xx	✓			✓
6	6022xx		✓		✓
7	2102xx	✓		✓	
8	6025xx	✓		✓	
9	6024xx	✓		✓	
10	6022xx	✓		✓	
11	5841xx	✓		✓	

12	6024xx	✓		✓	
13	5892xx	✓		✓	
14	1276xx	✓		✓	
15	1642xx	✓		✓	
16	5416xx	✓		✓	
17	2322xx	✓		✓	
18	6049xx	✓		✓	
19	6047xx	✓		✓	
20	6037xx		✓		✓
21	6045xx	✓		✓	
22	3374xx	✓		✓	
23	6029xx	✓		✓	
24	6039xx	✓		✓	
25	6040xx	✓		✓	
26	6037xx	✓		✓	
27	6042xx	✓		✓	

28	4300xx	✓		✓	
29	6025xx	✓		✓	
30	6029xx	✓		✓	
31	2126xx	✓		✓	
32	6027xx	✓		✓	
33	0815xx	✓		✓	
34	2693xx	✓		✓	
35	4594xx	✓		✓	
36	6020xx	✓			✓
37	4094xx	✓		✓	
38	3695xx		✓		✓
39	4210xx	✓		✓	
40	4031xx	✓		✓	
41	5898xx	✓		✓	
42	1916xx	✓		✓	
43	5709xx	✓		✓	

44	3637xx	✓		✓	
45	6022xx	✓		✓	
46	0796xx	✓		✓	
47	3250xx	✓		✓	
48	5983xx	✓		✓	
49	6004xx	✓		✓	
50	4825xx	✓		✓	
51	2707xx	✓		✓	
52	6038xx	✓		✓	
53	6053xx		✓		✓
54	6053xx	✓		✓	
55	6024xx	✓		✓	
56	4921xx	✓		✓	
57	2441xx		✓		✓
58	4047xx		✓		✓
59	2824xx	✓		✓	

60	5922xx	✓		✓	
61	3259xx	✓		✓	
62	2249xx	✓		✓	
63	6025xx	✓		✓	
64	5820xx	✓		✓	
65	6027xx	✓		✓	
66	3205xx	✓		✓	
67	6005xx	✓		✓	
68	5714xx	✓		✓	
69	6002xx	✓		✓	
70	2128xx	✓		✓	
71	5883xx	✓		✓	
72	3280xx	✓		✓	
73	6022xx	✓		✓	
74	1510xx	✓		✓	
75	2115xx	✓		✓	

76	2459xx	✓		✓	
77	5321xx	✓			✓
78	3893xx	✓		✓	
79	0404xx	✓		✓	
80	4172xx	✓		✓	
81	3623xx		✓		✓
82	6033xx	✓		✓	
83	4189xx	✓		✓	
84	6011xx	✓		✓	
85	6013xx	✓		✓	
86	6013xx	✓		✓	
87	5307xx	✓		✓	
88	6047xx	✓		✓	
89	4475xx	✓		✓	

**CEKLIS ANALISIS KUALITATIF  
REVIEW KONSISTENSI PENCATATAN HAL - HAL YANG DILAKUKAN SAAT PERAWATAN DAN PENGOBATAN**

Nomor	Nomor Rekam Medis	Pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu pemberian obat pada CPPT dan CPO		Pencatatan nama, jenis, dosis dan waktu penggantian/ pemberhentian obat pada CPPT dan CPO		Pencatatan nama dan jenis pemeriksaan penunjang pada CPPT dan hasil pemeriksaan penunjang	
		Konsisten	Tidak Konsisten	Konsisten	Tidak Konsisten	Konsisten	Tidak Konsisten
1	6002xx	✓		✓		✓	
2	6003xx		✓		✓	✓	
3	4179xx	✓		✓		✓	
4	2731xx	✓		✓		✓	
5	6004xx	✓			✓	✓	
6	6022xx		✓		✓		✓
7	2102xx	✓		✓		✓	
8	6025xx	✓		✓		✓	
9	6024xx	✓		✓		✓	
10	6022xx		✓		✓		✓
11	5841xx	✓		✓		✓	

12	6024xx	✓		✓		✓	
13	5892xx	✓		✓		✓	
14	1276xx	✓		✓		✓	
15	1642xx	✓			✓	✓	
16	5416xx		✓		✓	✓	
17	2322xx	✓		✓		✓	
18	6049xx	✓		✓		✓	
19	6047xx	✓		✓		✓	
20	6037xx		✓		✓		✓
21	6045xx	✓		✓		✓	
22	3374xx	✓		✓		✓	
23	6029xx	✓		✓		✓	
24	6039xx	✓		✓		✓	
25	6040xx	✓		✓		✓	
26	6037xx	✓		✓		✓	
27	6042xx	✓		✓		✓	

28	4300xx	✓		✓		✓	
29	6025xx	✓		✓		✓	
30	6029xx	✓		✓		✓	
31	2126xx		✓		✓		✓
32	6027xx	✓		✓		✓	
33	0815xx	✓		✓		✓	
34	2693xx	✓		✓		✓	
35	4594xx	✓		✓		✓	
36	6020xx	✓			✓	✓	
37	4094xx	✓		✓		✓	
38	3695xx		✓		✓	✓	
39	4210xx	✓		✓		✓	
40	4031xx	✓		✓		✓	
41	5898xx	✓		✓		✓	
42	1916xx	✓		✓		✓	
43	5709xx	✓		✓		✓	

44	3637xx	✓		✓		✓	
45	6022xx	✓		✓		✓	
46	0796xx	✓		✓		✓	
47	3250xx	✓		✓		✓	
48	5983xx	✓		✓		✓	
49	6004xx	✓		✓		✓	
50	4825xx	✓		✓		✓	
51	2707xx	✓		✓		✓	
52	6038xx	✓		✓		✓	
53	6053xx		✓		✓		✓
54	6053xx	✓		✓		✓	
55	6024xx	✓		✓		✓	
56	4921xx	✓		✓		✓	
57	2441xx	✓			✓	✓	
58	4047xx		✓		✓		✓
59	2824xx		✓		✓	✓	

60	5922xx	✓		✓		✓	
61	3259xx	✓		✓		✓	
62	2249xx	✓		✓		✓	
63	6025xx	✓		✓		✓	
64	5820xx	✓		✓		✓	
65	6027xx	✓		✓		✓	
66	3205xx	✓		✓		✓	
67	6005xx	✓		✓		✓	
68	5714xx	✓		✓		✓	
69	6002xx	✓		✓		✓	
70	2128xx	✓		✓		✓	
71	5883xx		✓		✓		✓
72	3280xx	✓		✓		✓	
73	6022xx		✓		✓		✓
74	1510xx	✓		✓		✓	
75	2115xx	✓		✓		✓	

76	2459xx	✓		✓		✓	
77	5321xx	✓			✓	✓	
78	3893xx	✓		✓		✓	
79	0404xx	✓		✓		✓	
80	4172xx	✓		✓		✓	
81	3623xx		✓		✓	✓	
82	6033xx	✓		✓		✓	
83	4189xx	✓		✓		✓	
84	6011xx	✓			✓	✓	
85	6013xx	✓		✓		✓	
86	6013xx	✓		✓		✓	
87	5307xx	✓		✓		✓	
88	6047xx	✓		✓		✓	
89	4475xx	✓		✓		✓	

**CEKLIS ANALISIS KUALITATIF  
REVIEW KONSISTENSI PENCATATAN *INFORMED CONSENT***

Nomor	Nomor Rekam Medis	Konsistensi antara jenis dan informasi yang dijelaskan dokter ke pasien/keluarga terdekat		Konsistensi antara diagnosis dengan tindakan yang disetujui/ditolak pasien/keluarga terdekat	
		Konsisten	Tidak Konsisten	Konsisten	Tidak Konsisten
1	6002xx	✓		✓	
2	6003xx		✓		✓
3	4179xx	✓		✓	
4	2731xx	✓		✓	
5	6004xx	✓			✓
6	6022xx	✓			✓
7	2102xx	✓		✓	
8	6025xx	✓		✓	
9	6024xx	✓		✓	
10	6022xx	✓			✓
11	5841xx	✓		✓	

12	6024xx	✓		✓	
13	5892xx	✓		✓	
14	1276xx	✓		✓	
15	1642xx		✓		✓
16	5416xx	✓			✓
17	2322xx	✓		✓	
18	6049xx	✓		✓	
19	6047xx	✓		✓	
20	6037xx	✓			✓
21	6045xx	✓		✓	✓
22	3374xx	✓		✓	✓
23	6029xx	✓		✓	✓
24	6039xx	✓		✓	✓
25	6040xx	✓		✓	✓
26	6037xx	✓		✓	✓
27	6042xx	✓		✓	✓

28	4300xx	✓		✓	✓
29	6025xx	✓		✓	✓
30	6029xx	✓		✓	✓
31	2126xx	✓			✓
32	6027xx	✓		✓	✓
33	0815xx	✓		✓	✓
34	2693xx	✓		✓	✓
35	4594xx	✓		✓	✓
36	6020xx	✓			✓
37	4094xx	✓		✓	
38	3695xx		✓		✓
39	4210xx	✓		✓	✓
40	4031xx	✓		✓	✓
41	5898xx	✓		✓	✓
42	1916xx	✓		✓	✓
43	5709xx	✓		✓	✓

44	3637xx	✓		✓	✓
45	6022xx	✓		✓	✓
46	0796xx	✓		✓	✓
47	3250xx	✓		✓	✓
48	5983xx	✓		✓	✓
49	6004xx	✓		✓	✓
50	4825xx	✓		✓	✓
51	2707xx	✓		✓	✓
52	6038xx	✓		✓	✓
53	6053xx	✓		✓	✓
54	6053xx	✓		✓	✓
55	6024xx	✓		✓	✓
56	4921xx	✓		✓	✓
57	2441xx	✓			✓
58	4047xx	✓			✓
59	2824xx		✓		✓

60	5922xx	✓		✓	✓
61	3259xx	✓		✓	✓
62	2249xx	✓		✓	✓
63	6025xx	✓		✓	✓
64	5820xx	✓		✓	✓
65	6027xx	✓		✓	✓
66	3205xx	✓		✓	✓
67	6005xx	✓		✓	✓
68	5714xx	✓		✓	✓
69	6002xx	✓		✓	✓
70	2128xx	✓		✓	✓
71	5883xx	✓			✓
72	3280xx	✓		✓	
73	6022xx		✓		✓
74	1510xx	✓		✓	✓
75	2115xx	✓		✓	✓

76	2459xx	✓		✓	
77	5321xx	✓			✓
78	3893xx	✓		✓	✓
79	0404xx	✓		✓	✓
80	4172xx	✓		✓	✓
81	3623xx	✓			✓
82	6033xx	✓		✓	
83	4189xx	✓		✓	
84	6011xx		✓		✓
85	6013xx	✓		✓	✓
86	6013xx	✓		✓	✓
87	5307xx	✓		✓	✓
88	6047xx	✓		✓	✓
89	4475xx	✓		✓	✓

**CEKLIS ANALISIS KUALITATIF  
REVIEW PENCATATAN KEJADIAN YANG BERPOTENSI MENIMBULKAN TUNTUTAN GANTI RUGI**

Nomor	Nomor Rekam Medis	Adanya malpraktik tindakan kedokteran		Adanya pencatatan risiko jatuh		Adanya catatan pulang paksa bukan dikarenakan administrasi	
		Ada	Tidak Ada	Ada	Tidak Ada	Ada	Tidak Ada
1	6002xx		✓		✓		✓
2	6003xx		✓		✓		✓
3	4179xx		✓		✓		✓
4	2731xx		✓		✓		✓
5	6004xx		✓		✓		✓
6	6022xx		✓		✓		✓
7	2102xx		✓		✓		✓
8	6025xx		✓		✓		✓
9	6024xx		✓		✓		✓
10	6022xx		✓		✓		✓
11	5841xx		✓		✓		✓
12	6024xx		✓		✓		✓

13	5892xx		✓		✓		✓
14	1276xx		✓		✓		✓
15	1642xx		✓		✓		✓
16	5416xx		✓		✓		✓
17	2322xx		✓		✓		✓
18	6049xx		✓		✓		✓
19	6047xx		✓		✓		✓
20	6037xx		✓		✓		✓
21	6045xx		✓		✓		✓
22	3374xx		✓		✓		✓
23	6029xx		✓		✓		✓
24	6039xx		✓		✓		✓
25	6040xx		✓		✓		✓
26	6037xx		✓		✓		✓
27	6042xx		✓		✓		✓
28	4300xx		✓		✓		✓

29	6025xx		✓		✓		✓
30	6029xx		✓		✓		✓
31	2126xx		✓		✓		✓
32	6027xx		✓		✓		✓
33	0815xx		✓		✓		✓
34	2693xx		✓		✓		✓
35	4594xx		✓		✓		✓
36	6020xx		✓		✓		✓
37	4094xx		✓		✓		✓
38	3695xx		✓		✓		✓
39	4210xx		✓		✓		✓
40	4031xx		✓		✓		✓
41	5898xx		✓		✓		✓
42	1916xx		✓		✓		✓
43	5709xx		✓		✓		✓
44	3637xx		✓		✓		✓

45	6022xx		✓		✓		✓
46	0796xx		✓		✓		✓
47	3250xx		✓		✓		✓
48	5983xx		✓		✓		✓
49	6004xx		✓		✓		✓
50	4825xx		✓		✓		✓
51	2707xx		✓		✓		✓
52	6038xx		✓		✓		✓
53	6053xx		✓		✓		✓
54	6053xx		✓		✓		✓
55	6024xx		✓		✓		✓
56	4921xx		✓		✓		✓
57	2441xx		✓		✓		✓
58	4047xx		✓		✓		✓
59	2824xx		✓		✓		✓
60	5922xx		✓		✓		✓

61	3259xx		✓		✓		✓
62	2249xx		✓		✓		✓
63	6025xx		✓		✓		✓
64	5820xx		✓		✓		✓
65	6027xx		✓		✓		✓
66	3205xx		✓		✓		✓
67	6005xx		✓		✓		✓
68	5714xx		✓		✓		✓
69	6002xx		✓		✓		✓
70	2128xx		✓		✓		✓
71	5883xx		✓		✓		✓
72	3280xx		✓		✓		✓
73	6022xx		✓		✓		✓
74	1510xx		✓		✓		✓
75	2115xx		✓		✓		✓
76	2459xx		✓		✓		✓

77	5321xx		✓		✓		✓
78	3893xx		✓		✓		✓
79	0404xx		✓		✓		✓
80	4172xx		✓		✓		✓
81	3623xx		✓		✓		✓
82	6033xx		✓		✓		✓
83	4189xx		✓		✓		✓
84	6011xx		✓		✓		✓
85	6013xx		✓		✓		✓
86	6013xx		✓		✓		✓
87	5307xx		✓		✓		✓
88	6047xx		✓		✓		✓
89	4475xx		✓		✓		✓

### Lampiran 3


**PEDOMAN WAWANCARA**  
**ANALISIS KUALITATIF KELENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS**  
**DI RUANG BEDAH RUANG RAWAT INAP**  
**DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

- A. Hari, tanggal : Juli – September 2023
- B. Tempat : Ruang bedah ruang rawat inap
- C. Responden : Kepala ruang bedah ruang rawat inap
- D. Pewawancara : Etik Indarti
- E. Tujuan wawancara : Menganalisis secara kualitatif pencatatan rekam medis pasien rawat inap kasus bedah di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.
- F. Daftar pertanyaan :
1. Apakah dalam pencatatan rekam medis ada yang belum konsisten? Apa hal yang mendasari hal tersebut dapat terjadi?
  2. Apakah fasilitas yang diberikan oleh RSD K.R.M.T Wongsonegoro menjadi salah satu faktor pendukung konsisten atau tidaknya pencatatan rekam medis?
  3. Apakah sudah dilaksanakan review kekonsistensian pencatatan rekam medis atau analisis kualitatif rekam medis?
  4. Apakah sudah ada kebijakan atau SPO tentang review kekonsistensian pencatatan rekam medis atau analisis kualitatif rekam medis?

## Lampiran 4

### Draft SPO Analisis Kualitatif


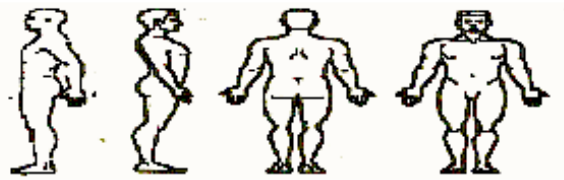
 <b>RSD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG</b>	<b>ANALISIS KUALITATIF REKAM MEDIS</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	Tanggal Terbit  5 Februari 2024	Ditetapkan: Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang  dr. Eko Krisnarto, Sp.KK NIP. 197012272006041002	
<b>PENGERTIAN</b>	Analisis kualitatif adalah suatu review pengisian rekam medis yang berkaitan dengan ketidakkonsistenan dan ketidaklengkapan sehingga menunjukkan bukti bahwa rekam medis tersebut tidak akurat dan tidak lengkap.		
<b>TUJUAN</b>	Mengetahui ketidakkonsistenan dan ketidaklengkapan pengisian rekam medis sehingga menunjukkan bukti bahwa rekam medis tersebut tidak akurat dan tidak lengkap		
<b>KEBIJAKAN</b>	Surat Keputusan Direktur No. 630 Tahun 2021 tentang Kebijakan Pelayanan Rekam Medis Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.		

 <p><b>RSD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG</b></p>	<b>ANALISIS KUALITATIF REKAM MEDIS</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman  1/2
<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</b>	Tanggal Terbit  5 Februari 2024	Ditetapkan: Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang  dr. Eko Krisnarto, Sp.KK NIP. 197012272006041002	
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan rekam medis pasien dari petugas administrasi</li> <li>2. Tentukan rekam medis yang akan di analisis berdasarkan kasus</li> <li>3. Tentukan bagian lembaran rekam medis yang akan di analisis</li> <li>4. Lakukan telaah konsistensi rekam medis dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Konsistensi pencatatan diagnosis dari pasien masuk</li> <li>b. Konsistensi pencatatan perkembangan pasien</li> <li>c. Konsistensi pencatatan hal - hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan</li> <li>d. Konsistensi pencatatan <i>informed concent</i></li> <li>e. Analisis pencatatan kejadian yang berpotensi menimbulkan tuntutan ganti rugi</li> </ol> </li> <li>5. Catat hasil pada ceklist penilaian analisis kualitatif</li> <li>6. Rekap hasil analisis kualitatif setiap bulannya</li> <li>7. Kembalikan rekam medis pasien pada petugas administrasi</li> </ol>		
<b>UNIT TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalasi Rekam Medis.</li> <li>2. Bagian Umum</li> <li>3. Bidang Pelayanan</li> <li>4. Komite Medis</li> <li>5. Komite Keperawatan</li> </ol>		

## Lampiran 5


### FORMULIR REKAM MEDIS

#### 1. Formulir pengkajian gawat darurat

REKAM MEDIS GAWAT DARURAT	
 <b>PEMERINTAH KOTA SEMARANG</b> <b>RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO</b>	Nama : <input type="text"/> No. RM : <input type="text"/> Tgl Lahir : <input type="text"/>
<b>CATATAN MEDIS GAWAT DARURAT</b> <b>TRAUMA</b>	
<b>ASSESSMENT MEDIS DOKTE</b>	Tanggal : 30/07/2023      Jam : 07:06
dr. R. AGARA HARVO PERDAN	
<b>RE-TRIAG</b> Tetap	<b>UP-GRADE</b> -
<b>ANAMNESE</b>	rujukan AH, post kll r2 v r4 2jam smra. tidak ingat kejadian. habis minum alkohol. luka gesek di muka dan lutu kanan.
<b>PEMERIKSAAN FISIK</b>	
KU sedang Kesadaran : composmentis GCS : E4M6V3 TD : 112/74 HR : 98 RR : 20 T : 36 SpO2 : 99 VAS : S Mata : CA (-/-), SI (-/-) Pulmo : SDV (++), Rh (-/-), Wh (-/-) Cor : BJ I-II reg, bising (-), gallop (-) Abdomen : supel, BU (+) normal, nyeri tekan (-) Ekstremitas : siral hangat (++), edema (-/-), CRT <2" <2"	
status lokalis VE r facial 6cm VE r genu diameter 4cm	
<b>SECONDARY SURVEY (HEAD TO TOE)</b>	
	
<b>DIAGNOSA:</b>	<b>DIFFERENTIAL DIAGNOSA:</b>
multiple VE, susp CF femur D	
<b>RENCANA PENGOBATAN/TINDAK</b>	
ro femur D tampak genu	



3. Formulir pengkajian awal rawat inap

	<b>PEMERINTAH KOTA SEMARANG</b> <b>RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO</b>	NO. PENDAFTARAN : NO. CM : NAMA PASIEN : JENIS KELAMIN : UMUR :						
	<b>ASSESMEN AWAL RAWAT INAP</b>							
DIISI OLEH PERAWAT / BIDAN								
Tiba Ruangan : 31 Juli 2023 Pengkajian : 31 Juli 2023	Diperoleh Dari : Allo Anamnesa Asal Pasien : Unit Gawat Darurat	Perawat Penanggung Jawab Ns. MAHARANI EKA KURNIASTUTI, S.Kep						
RIWAYAT PENYAKIT								
Keluhan Utama : Nyeri di paha kanan Riwayat Penyakit Sekarang : Pasien datang dengan keluhan nyeri di paha kanan, skala 7, terasa mencengkram hilang timbul, bengkak, dan Riwayat Alergi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ada Riwayat Operasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Pernah								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Waktu</th> <th>Tempat</th> <th>Jenis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Waktu	Tempat	Jenis				
Waktu	Tempat	Jenis						
SEKRENING NYERI								
Nyeri : Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Metode : Wong Beker Rating Scale Skala Nyeri : 7								
SEKRENING STATUS GIZI								
1. Metode : Subyektive Global Aesmen Kategori Skore Status Gizi : Risiko Rendah 0 (A)								
SEKRENING RESIKO JATUH								
1. Metode : Morse (Score) Kategori Resiko : Resiko Tinggi								
SEKRENING COVID								
Skore Covid : 1								
PSIKOLOGI, SOSIAL, EKONOMI, KULTURAL, SPIRITUAL								
Hubungan dengan Anggota Keluarga : Baik Penerimaan Diri terhadap Penyakit : Menerima Menarik Diri : Tidak Hambatan Ekonomi, Sosial Budaya saat Ini : Tidak Ada Menjalankan Ibadah : Selalu								
FUNGSIONAL / TINGKAT KETERGANTUNGAN								
Skore Index Barthel : Partial Care								
KEBUTUHAN EDUKASI								
1. Gangguan Dalam Berbicara : Normal 2. Disorientasi : Tidak 3. Bahasa yang Digunakan : Indonesia 4. Pengetahuan tentang Penyakit saat ini : Tidak Tahu 5. Kesiediaan Menerima Edukasi : Ya 6. Hambatan dalam Belajar : Tidak 7. Cara Belajar yang Disukai : Diskusi								

4. Formulir CPPT

**Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. WONGSONEGORO**  
 JL. FATMAWATI NO.1, KOTA SEMARANG - 50272 Telp. (024) 6711500  
 www.rsud.semarangkota.go.id, rsud@semarangkota.go.id


**LEMBAR CPPT**

Tanggal : 31/07/2023 s/d 12/02/2024

NOCM :  UMUR :  DPJP : dr. Tanto Edy Heru Nugroho  
 NAMA :  JK :  RUANGAN AKHIR : Sadewa 1

TANGGAL	RUANGAN	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI		PEMERIKSA
30/7/23 6:11	Gawat Darurat	TTV	vital sign: Gawat Darurat Tekanan Darah: 112/74 ;Pernapasan: 20 ;Nadi: 98 ;Suhu: 36 ;Berat Badan / ;GCSE: 4 ;GCSV: 5 ;GCSM: 6 ;GCS TOTAL: 15	CRISTY FATIKHA MAIYASAROH AMD Kep (PERAWAT)
30/7/23 7:07	Gawat Darurat	S	rujukan AH. post kll r2 v r4 2jam smrs. tidak ingat kejadian. habis minum alkohol. luka gesek di muka dan lutu kanan.	dr R. AGARA HARYO PERDANA PUTRA (DOKTER)
30/7/23 7:07	Gawat Darurat	O	KU :sedang Kesadaran : composmentis GCS : E4M6V5 TD : 112/74 HR : 98 RR : 20 T : 36 SpO2 : 99 VAS :8 Mata : CA (-/-), SI (-/-) Pulmo : SDV (+/+), Rh (-/-), Wh (-/-) Cor : BJ I-II reg, bising (-), gallop (-) Abdomen : supel, BU (+) normal, nyeri tekan (-) Ekstremitas : akral hangat (+/+), edema (-/-), CRT <2"/<2"  status lokalis VE r facial 6cm VE r genu diameter 4cm	dr R. AGARA HARYO PERDANA PUTRA (DOKTER)
30/7/23 7:07	Gawat Darurat	A	Diagnosa = multiple VE, susp CF femur D ;Differential Diagnosis=	dr R. AGARA HARYO PERDANA PUTRA (DOKTER)
30/7/23 7:07	Gawat Darurat	P	ro femur D tampak genu	dr R. AGARA HARYO PERDANA PUTRA (DOKTER)


5. Formulir ringkasan pulang

 <b>RSUD KRMT</b> <b>WONGSONEGORO</b>	<b>RINGKASAN</b>  <b>PULANG</b>	<b>REKAM MEDIS RAWAT INAP/GAWAT DAR</b> <span style="float: right;">RMI.1a revisi 1 2018</span>	
		Nama : <input type="text"/> Tanggal Lahir : <input type="text"/> No. Kontrol : <input type="text"/> No CM : <input type="text"/> Tgl Masuk : <input type="text"/> Tgl Keluar : <input type="text"/> JK : <input type="text"/>	Jasa Raharja NO KART : <input type="text"/> NO SEP : <input type="text"/> TGL SEP : <input type="text"/>  Nama Orang : <input type="text"/> Tua/Suami/Istri : <input type="text"/>
Instalasi : Instalasi Rawat Inap Ruangan : Sadewa 1			
<b>ALASAN DIRAWAT</b> : Rujukan AH post kll r2 v r4 2jam smrs, tidak ingat kejadian, luka gesek di muka dan lutut kanan, nyeri pada paha kanan skala nyeri 8 terasa mencengkram, bengkak, luka lecet di area wajah, luka lecet area lutut dan perut terpasang bidai di kaki kanan, pusing			
<b>RIWAYAT PENYAKIT</b> : TTV IGD : Tekanan Darah: 112/74 ;Pernapasan: 20 ;Nadi: 98 ;Suhu: 36 ;Berat Badan / ;GCSE: 4 ;GCSV: 5 ;GCSM: 6 ;GCS TOTAL: 15 Kronologi : Rujukan dari ambulans hebat pasien mengendarai motor bertabrakan dengan mobil Status lokalis VE r facial 6cm VE r genu diameter 4cm			
<b>Pemeriksaan Fisik</b> Kondisi : - Kondisi Vital: Tekanan Darah: 122/78 Nadi: 88 Pernapasan: 20 Suhu: 36.3 BeratTinggiBadan: 70/68 Kesadaran: Compos Mentis GCSE: 4 GCSF: 5 GCSM: 6 GC TOTAL: 15			
<b>HASIL LABORATORIUM</b>			
Tanggal	Nama Pelayanan	Hasil	Parameter
30/07/2023 11:16	APTT Kontrol	26.4	detik
30/07/2023 11:16	APTT Kontrol	26.4	detik
30/07/2023 11:16	APTT Pasien	27.9	26.0 - 34.0. detik
30/07/2023 11:16	APTT Pasien	27.9	26.0 - 34.0. detik
30/07/2023 11:16	Calcium	1.22	1.00-1.15 mmol/L
30/07/2023 11:16	Calcium	1.22	1.00-1.15 mmol/L
30/07/2023 11:16	Creatinin	1.2	0.6 - 1.1 mg/dL
30/07/2023 11:16	Creatinin	1.2	0.6 - 1.1 mg/dL
30/07/2023 11:16	Hemoglobin	15.9	13.2 - 17.3 g/dL
30/07/2023 11:16	Hemoglobin	15.9	13.2 - 17.3 g/dL
30/07/2023 11:16	HBsAg Kualitatif	Negatif	NegatifS/CO
30/07/2023 11:16	HBsAg Kualitatif	Negatif	NegatifS/CO
30/07/2023 11:16	Hematokrit	48.00	40 - 52 %

6. Formulir asuhan keperawatan anestesi

REKAM MEDIS RAWAT INAP		Pemerintah Kota Semarang RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T WONGSONEGORO Jl. FATMAWATI No. 1 TELP. (024) 6711500, FAX. (024) 6717755 KODE POS : 50272 SEMARANG		ESTALAS REKAM MEDIS		visi 1 2021	
ASUHAN KEPERAWATAN ANESTESI				No. CM :			
				Pasien :		L/P	
				Tgl Lahir :			
				Penjamin :		in ada**	
Hari/Tanggal : <u>bulan 1/8/23</u>		Kelas :		Jam mulai op : <u>07.30</u>	Jam selesai op : <u>11.00</u>		
PENGKAJIAN, JAM :							
<b>DATA MAJOR &amp; MINOR</b> <input type="checkbox"/> Sesak nafas <input type="checkbox"/> Penggunaan otot bantu pernapasan <input type="checkbox"/> Fase ekspirasi memuncung <input type="checkbox"/> Pola napas abnormal ( <i>apnoea, hiperventilasi, hipoventilasi, cheyne stokes</i> ) <input type="checkbox"/> Batuk tidak efektif/tidak mampu batuk <input type="checkbox"/> Sputum berleleh/obstruksi jalan nafas <input type="checkbox"/> Mengi, <i>wheezing</i> , ronchi kering <input type="checkbox"/> Keunduran menaruh/tidak sadar <input type="checkbox"/> Terpapang ETTLMA/TT <input type="checkbox"/> Menggigil <input type="checkbox"/> Suhu tubuh dibawah nilai normal <input type="checkbox"/> Bradikardi <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Sianosis <input type="checkbox"/> Mucosa mukosa kering <input type="checkbox"/> Turgor kulit buruk <input type="checkbox"/> Produksi urine menurun		<input type="checkbox"/> Belum paham tentang pembiusan <input type="checkbox"/> Tampak cemas <input checked="" type="checkbox"/> Tampak gelisah, tegang <input checked="" type="checkbox"/> Khawatir dgn akibat kondisi yang dihadapi <input checked="" type="checkbox"/> Sulit berkonsentrasi <input type="checkbox"/> Keringat dingin <input type="checkbox"/> Pasien tidak kooperatif <input type="checkbox"/> Merasa tidak berdaya <input type="checkbox"/> Obesitas/lansia/bayi <input type="checkbox"/> Sulit menggerakkan ekstremitas <input type="checkbox"/> Neuropati ekstremitas bawah <input type="checkbox"/> Kaki kesemutan <input type="checkbox"/> Kaki terasa hilang nyeri <input type="checkbox"/> Kekuatan otot menurun		<input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun <input type="checkbox"/> Mengeluh pusing <input type="checkbox"/> Mual muntah <input type="checkbox"/> Soring menelan, saliva meningkat <input type="checkbox"/> Gatal lokal <input type="checkbox"/> Bersin-bersin <input type="checkbox"/> Mata merah <input type="checkbox"/> Edema lokal <input type="checkbox"/> sesak nafas, kemerahan seluruh tubuh, gelisah <input checked="" type="checkbox"/> Ekspresi wajah kesakitan <input type="checkbox"/> Mengeluh nyeri <input type="checkbox"/> Tampak meringis, gelisah <input type="checkbox"/> Bersifat protektif <input type="checkbox"/> HR meningkat/ takhikardi <input type="checkbox"/> Puas		<b>DATA OBYEKTIF</b> <input type="checkbox"/> Tingkat kesadaran : <u>CM</u> <input type="checkbox"/> GCS : <u>E4, V5, M6</u> <input type="checkbox"/> ASA : <u>II</u> <input type="checkbox"/> TD : <u>115/67</u> mmHg <input type="checkbox"/> HR : <u>70</u> x/mnt <input type="checkbox"/> Suhu : <u>36</u> Celcius <input type="checkbox"/> RR : <u>20</u> x/mnt <input type="checkbox"/> SaO2 : <u>99</u> % <input type="checkbox"/> Hb : <u>99</u> g/dL <input type="checkbox"/> Data lain :	
DIAGNOSA KEPERAWATAN, JAM :							
<input checked="" type="checkbox"/> <b>D.0005 Pola Napas Tidak Efektif</b> <input type="checkbox"/> Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, ketidakhadiran otot pernapasan) <input type="checkbox"/> Deformitas dinding dada <input type="checkbox"/> Kelemasan <input type="checkbox"/> Gangguan neuromuskular <input type="checkbox"/> Gangguan neurologis (EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang) <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis (pembiusan) <input type="checkbox"/> Sindrom hipoventilasi <input type="checkbox"/> Obesitas		<input type="checkbox"/> Depresi pusat pernapasan <input type="checkbox"/> Spasme jalan napas <input type="checkbox"/> Hipersekresi jalan napas <input type="checkbox"/> Disfungsi neuromuskular <input type="checkbox"/> Adanya jalan napas buatan <input type="checkbox"/> Proses infeksi <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis (mis. Anestesi) <input type="checkbox"/> Respon alergi		<input type="checkbox"/> D.0141 Risiko Hipotermia <input type="checkbox"/> perioperatif <input type="checkbox"/> Prosedur pembedahan <input type="checkbox"/> Transfer panas (volume tinggi infus yg tidak dihangatkan, irigasi >2 liter vs Skor ASA >1 <input type="checkbox"/> Suhu pra-operasi rendah (<36°C) <input type="checkbox"/> HB rendah <input type="checkbox"/> Neuropati diabetik <input type="checkbox"/> Komplikasi kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Suhu lingkungan rendah <input type="checkbox"/> Kombinasi anestesi regional dan		<input type="checkbox"/> D.0001 Bersihan Jalan Nafas Tidak efektif <input type="checkbox"/> Penurunan tingkat kesadaran <input type="checkbox"/> Penurunan refleks muntah dan / atau batuk <input type="checkbox"/> Terpapang trakeostomi atau <i>endotracheal tube</i> <input type="checkbox"/> Peningkatan produksi saliva <input type="checkbox"/> Penurunan motilitas gastrointestinal <input type="checkbox"/> Terpapang selang nasogastrik <input type="checkbox"/> Trauma / pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis/obat anestesi <input type="checkbox"/> Ketidaktanganan koordinasi menghisap, menelan dan bernapas <input type="checkbox"/> Peningkatan residu lambung <input type="checkbox"/> Peningkatan tekanan intraparak	
<input type="checkbox"/> D.0006 Risiko Aspirasi <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Gangguan koagulasi (Trombositopenia) <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis <input type="checkbox"/> Tindakan pembedahan <input type="checkbox"/> Trauma		<input type="checkbox"/> D.0076 Nausea <input type="checkbox"/> distensi lambung <input type="checkbox"/> peningkatan tekanan intraabdominal <input type="checkbox"/> faktor psikologis <input type="checkbox"/> efek agen farmakologis/obat anestesi		<input type="checkbox"/> D.0149 Risiko alergi <input type="checkbox"/> terpapar agen farmakologis (obat anestesi) <input type="checkbox"/> penurunan imunitas <input type="checkbox"/> riwayat pembedahan <input type="checkbox"/> riwayat alergi sebelumnya <input type="checkbox"/> asma		<input checked="" type="checkbox"/> <b>D.0077 Nyeri akut</b> <input type="checkbox"/> agen fisiologis (inflamasi, iskemia, neoklasma, tumor) <input type="checkbox"/> agen kimia (terbakar, bahan kimia iritan) <input checked="" type="checkbox"/> agen fisik (abuse, trauma, operasi) <input type="checkbox"/> efek agen farmakologis (perubahan regional)	
<input type="checkbox"/> D.30 P2 Risiko Perdarahan <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Gangguan koagulasi (Trombositopenia) <input type="checkbox"/> Efek agen farmakologis <input type="checkbox"/> Tindakan pembedahan <input type="checkbox"/> Trauma		<input checked="" type="checkbox"/> <b>D.0054 Gangguan mobilitas fisik</b> <input type="checkbox"/> efek agen farmakologis (perubahan regional)					


7. Formulir asuhan keperawatan instalasi bedah sentral

REKAM MEDIS RAWAT INAP		RMI.40 Revisi 1 2022		
 <p>96RSD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG</p>		<p><b>ASUHAN KEPERAWATAN INSTALASI BEDAH SENTRAL</b></p>		
		<p>Nama : No.RM : Tgl.Lahir : Ruang : Kelas :</p>	<p>L/P     </p>	
<p>**Tempelkan label identitas pasien jika tersedia</p>				
Perawat Asisten : <i>Thony</i>	Diagnosa Medis Pre Operasi : <i>Umur p. p. (2)</i>			
Perawat Instrumen : <i>Arif</i>	Tindakan Operasi : <i>Orip p. p.</i>			
Perawat Sirculer : <i>Heri</i>	Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> GA :			
Perawat Anestesi : <i>Sudhna</i>	Diagnosa Medis Post Operasi :			
DATA FOKUS++		JAM-PARAF-NAMA		
SUBYEKTIF	OBJEKTIF	Pre	Intra	Pasca
<input type="checkbox"/> Pasien/kglbanyakbertanyattgkegalandarioperasi <input type="checkbox"/> Pasien/kglbanyakbertanya tenangprosedurooperasi <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan takut kematian <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan mual <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan sesak nafas <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan dingin <input type="checkbox"/> Pasien mengatakan nyeri skala ..... <input type="checkbox"/> Perokok, <input type="checkbox"/> obat, <input type="checkbox"/> alkohol	<p><b>Tingkat kesadaran</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Composmentis <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolens <input type="checkbox"/> Delirium <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Koma			
<p><b>OBJEKTIF</b></p> <input type="checkbox"/> Gelang identitas <input type="checkbox"/> Informed Consent <input type="checkbox"/> Bedah <input type="checkbox"/> Anestesi <input type="checkbox"/> Hasil laboratorium <input type="checkbox"/> Hasil foto <input type="checkbox"/> Persediaan Darah <input type="checkbox"/> Lavement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mandi Keramas <input type="checkbox"/> Proteksi, <input type="checkbox"/> Asesor <input type="checkbox"/> P Jantung <input type="checkbox"/> Athasega <input type="checkbox"/> Posisi op. <i>Y.M.</i> <input type="checkbox"/> Terpasang netral ESU <input type="checkbox"/> Menggunakan ESU <input type="checkbox"/> Gerakan berlebihan	<input type="checkbox"/> Paru, <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> HIV, <input type="checkbox"/> patitis B-C <input type="checkbox"/> nggigil, <input type="checkbox"/> Akraldingin <input type="checkbox"/> nangs <input type="checkbox"/> Menyeringai <input type="checkbox"/> atSianosis <input type="checkbox"/> da suaradalam <input type="checkbox"/> xiengemetar <input type="checkbox"/> ndangankosong <input type="checkbox"/> mpaktegang <input type="checkbox"/> asientidak sadar G.A <input type="checkbox"/> ariluka .....Cm <input type="checkbox"/> kasi ..... <input type="checkbox"/> rdarahan .....cc	<p><b>Tanda-tanda Vital</b></p> <i>116</i> mmHg N...x/mnt <i>70</i> x/mnt S...C <i>11</i> mmHg N...x/mnt <i>20</i> x/mnt S .....C <i>120</i> mmHg N...x/mnt <i>80</i> x/mnt S .....C		
	<input type="checkbox"/> Pasien menyeringai <input type="checkbox"/> Suarabergetar <input type="checkbox"/> Luka op. <i>bertan</i> <input type="checkbox"/> Sekresilendirmeningkat <input type="checkbox"/> Kadareflektakut <input type="checkbox"/> Uaranafasangorok <input type="checkbox"/> Mual / Muntah <input type="checkbox"/> Terpasang ET/LMA/OPA/NPA/ Nasal Kanul / Masker			
DIAGNOSA KEPERAWATAN	Rencana Keperawatan ( Tujuan )	JAM PARAF NAMA		
<input checked="" type="checkbox"/> Takut <input checked="" type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Cedera jatuh <input checked="" type="checkbox"/> Infektif bersihan jalannafas <input type="checkbox"/> Aspirasi <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Cedera combustio <input type="checkbox"/> Nyeri <input type="checkbox"/> Divisit cairan <input type="checkbox"/> Shock <input type="checkbox"/> Cedera benda asing <input type="checkbox"/> Hipotermi <input type="checkbox"/> Nausea / vomiting <input type="checkbox"/> Imobilitas [neuropate ekstremitas bawah]	<input checked="" type="checkbox"/> Takut hilang/berkurang <input checked="" type="checkbox"/> Cemas pasien/ hilang/berkurang <input checked="" type="checkbox"/> Cedera jatuh tidak terjadi <input checked="" type="checkbox"/> Jalan nafas efektif <input type="checkbox"/> Aspirasi tidak terjadi <input type="checkbox"/> Infeksi dapat diminimalisir / tidak terjadi <input type="checkbox"/> Perdarahan minimal / tidak terjadi <input type="checkbox"/> Nyeri berkurang / tidak terjadi (skala : 0 ) <input type="checkbox"/> Balance cairan tercapai <input type="checkbox"/> Tidak terjadi shock <input type="checkbox"/> Cedera benda asing tidak terjadi <input type="checkbox"/> Hipotermi tidak terjadi <input type="checkbox"/> Nausea/vomiting tidak terjadi <input type="checkbox"/> Mobilitas terlihat bertahap			

8. Formulir laporan operasi

REKAM MEDIS RAWAT INAP

R.M. 29 Revisi 4 2015

 <p style="text-align: center;"><b>PEMERINTAH KOTA SEMARANG RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO</b></p>		Nama : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
		No. RM : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
<h2>LAPORAN OPERASI</h2>		Tgl. Lahir : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
		Jenis Kelamin : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
		<i>Mohon di isi atau Tempelkan label Identitas pasien jika ada **</i>	
		Ruang : Sadewa 1	
		Kelas : Kelas III	
<b>DOKTER OPERATOR</b> dr. TANTO EDY HERU NUGROHO, Sp.OT		<b>ASSISTEN</b> THOMAS AJI SUPARTMAN	
		<b>PERAWAT INSTRUMEN</b> ARIF WIDYAWAN	
<b>DOKTER ANESTESI</b> dr. DONNI INDRA K., Sp.An FAKV		<b>ASSISTEN ANESTESI</b> YUDHA SASONGKO	
		<b>JENIS ANESTESI</b> Regional Anestesi	
<b>DIAGNOSA PRE OPERATIF</b> : Multiple VE, Close Fracture Femur Dextra			
<b>DIAGNOSA POST OPERATIF</b> : close fracture femur 1/3 tengah dextra			
<b>MACAM PEMBEDAHAN</b> : <input type="checkbox"/> Canggih <input type="checkbox"/> Khusus <input type="checkbox"/> Besar <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Kecil <input checked="" type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> Emergency			
<b>DIKIRIM UNTUK PEMERIKSAAN PA</b> : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak			
<b>JARINGAN YANG DIEKSISI / INSISI</b> :			
<b>NAMA / MACAM OPERASI</b> : ORIF kominutif			
<b>TANGGAL OPERASI</b> 01/08/2023 8:00:00	<b>JAM OPERASI DIMULAI</b> 01-08-2023 09:30:00	<b>JAM OPERASI SELESAI</b> 01-08-2023 11:00:08	<b>LAMA OPERASI BERLANGSUNG</b> 03 Jam : 00 Menit
<b>Posisi dan Desinfeksi</b> : posisi: miring kiri desinfeksi: savlon betadine			
<b>Deskripsi</b> : insisi postero lateral: didapatkan fraktur femur 1/3 tengah proksimal kominutif dilakukan ORIF plating femur dengan broad plate 10 hole 10 screw 4,5 terpasang stabil, terpasang fascial drain, luka operasi ditutup primer, operasi selesai			
<b>Penyulit</b> :			
<b>Jumlah Pendarahan</b> : 200 cc			

9. Formulir laporan anestesi

REKAM MEDIS RAWAT INAP Tanggal: 1-8-23 RMI.30 Revisi 2 2021

PEMERINTAH KOTA SEMARANG  
RSD K.R.M.T WONGSONEGORO

ESTASI ANESTESI

No. CM: \_\_\_\_\_  
Pasien: \_\_\_\_\_  
Tgl/Lahir: \_\_\_\_\_  
Penjamin: \_\_\_\_\_

## LAPORAN ANESTESI

Ahli Anestesi 1. _____ 2. _____	Perawat Anestesi 1. Yudha 2. _____	Ahli Bedah: 1. _____ 2. _____
Diagnosa Preoperasi :	Diagnosa Postoperasi :	Tindakan operasi :

**PENGAJIAN PRA-INDUKSI**

TD : 120/70 mmHg; Nadi: 80 x/mnt; Resp.: 20/mnt; Suhu: 36 °C; SpO2: 99 %  
 BB: \_\_\_\_\_ kg; GCS: E4V4M6 ASA: II  
 Jantung: \_\_\_\_\_ Paru: \_\_\_\_\_ Hb: 15.4 gr/dL; EKG: \_\_\_\_\_  
 Riwayat penyakit: DM:  Ya  Tidak; HT:  Ya  Tidak; Astma:  Ya  Tidak; lain-lain: \_\_\_\_\_  
 Riwayat operasi/anestesi:  Ya  Tidak  
 Riwayat alergi (makanan/obat-obatan/lain-lain):  Ya (jenis: \_\_\_\_\_)  Tidak  
 Pupa:  Ya (\_\_\_\_\_ jam)  Tidak  
 Riwayat merokok/alkoholis:  Ya  Tidak  
 Persiapan transfusi:  Ya (jenis: \_\_\_\_\_, jumlah: \_\_\_\_\_ kolf)  Tidak  
 Persiapan ruang intensive (ICU/PICU/NICU) untuk post-op:  Ya  Tidak  
 Antibiotik profilaksis: \_\_\_\_\_  
 Premedikasi: Dipron 2mg, opndm 4mg

**Teknik Anestesi**

Regional:  spinal / epidural / blok (Regional 25mg)  
 i.v:  drip / intermittent (\_\_\_\_\_)  
 Inhalasi:  semi closed / semi open / closed / open  
 SR / AR / RK dengan ET / NT / LMA / no \_\_\_\_\_ / masker dengan mesin / tangan  
 Induksi: \_\_\_\_\_  
 Maintenance: Sevoflurane / Desflurane / N2O

**MONITORING INTRA-ANESTESI**

Mulai anestesi: pk. 09.30  
 Selesai: pk. \_\_\_\_\_  
 Cairan masuk selama anestesi:  
 NaCl: \_\_\_\_\_  
 RL: \_\_\_\_\_  
 Haes: \_\_\_\_\_  
 Cairan keluar selama anestesi:  
 Perdarahan: \_\_\_\_\_  
 Urine: \_\_\_\_\_  
 Lain2: \_\_\_\_\_

Ahli Anestesiologi: \_\_\_\_\_

Pemulaan atau akhir anestesi: X In atau Extubasi: T Denyut nadi: ●  
 Pemulaan atau akhir operasi: ← 0 → Tekanan darah: ▲▼ Respirasi: ○

Catatan/Komplikasi/Penanganannya: \_\_\_\_\_  
 Posisi: Terlentang / Tengkurap / Litotomi / Tertingal Duduk

10. Formulir CPO

REZAM MEDIS RAWAT INAP  
 PEMERINTAH KOTA SEMARANG  
 RSD. K.R.M.T WONGSONEGORO

**LEMBAR CATATAN PEMBERIAN OBAT/INFUS**

1-5 dr. Tumbi spot.

Name : \_\_\_\_\_  
 No. Ri : \_\_\_\_\_  
 Tgl. Lahir : \_\_\_\_\_  
 Ruang : \_\_\_\_\_  
 Kelas : \_\_\_\_\_

Tanggal \_\_\_\_\_

No	Rute Pemberian	3/8/13					
		Pagi	Siang	Malam	Pagi	Siang	Malam
1	NON INJEKSI Oral Pati 3 x 500 mg.						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
No	OBAT INJEKSI	IV	IM	SC	IC		
1	Peto 2 x 1	3 x 500 mg					
2	Pavit 3 x 1						
3	Dextro 1 amp						
4	Ceftri 2 x 1						
5							
6							
7							
8							
No	JENIS INFUS/TRANFUSI						
1	Pl. rctpn						
2							
3							
4							
5							
No	LAIN - LAIN						

## 11. Formulir pemeriksaan penunjang

Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. WONGSONEGORO  
**INSTALASI LABORATORIUM KLINIK**  
**JL. FATMAWATI NO.1, KOTA SEMARANG - 50272 Telp. (024) 6711500**  
[www.rsud.semarangkota.go.id](http://www.rsud.semarangkota.go.id), [rsud@semarangkota.go.id](mailto:rsud@semarangkota.go.id)

### Hasil Laboratorium

No.Laboratorium :	<input type="text"/>	No.CM :	<input type="text"/>	Asal Perujuk :	<input type="text"/>
No.Pendaftaran :	<input type="text"/>	Nama Pasien :	<input type="text"/>	Ruangan Perujuk :	<input type="text"/>
Tgl. Pendaftaran :	<input type="text"/>	Umur / JK :	<input type="text"/>	Dokter Perujuk :	<input type="text"/>
Alamat :	<input type="text"/>				


Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal & Satuan Hasil
Hemoglobin	13.9	13.2 - 17.3 g/dL
Hematokrit	40.50	40 - 52 %
MCH	30.1	26 - 34 pg
MCHC	34.3	32 - 36 %
MCV	87.7	80 - 100 fL
Netrofil	76.9	50.0 - 70.0 %
Neutrofil Absolut	10.80	1.8 - 8 $10^3$ /ul
Jumlah Trombosit	241	150 - 400 /uL
Jumlah Eritrosit	4.62	4.7 - 6.1 /uL
Jumlah Lekosit	14.0	3.8 - 10.6 /uL
Basofil	0.2	0 - 1 %
Calcium	1.30	1.00-1.15 mmol/L
Creatinin	0.5	0.6 - 1.1 mg/dL
Eosinofil	0.8	2 - 4 %
Glukosa Darah Sewaktu	87	70-110 mg/dL
HFLC	0.1	0.0-1.4 %
Immature Granulositik (%)	0.3	
Kalium	4.00	3.50 - 5.0 mmol/L
Limfosit	15.8	25.0 - 40.0 %
Limfosit Absolut (ALC)	2.2	$10^3$ /ul
Monosit	6.3	2.0 - 8.0 %
Natrium	137.0	135.0 - 147.0 mmol/L
NLCR	4.91	
Ureum	15.8	17.0 - 43.0 mg/dL

Catatan :

12. Formulir *informed consent*


REKAM MEDIS RAWAT PERNYATAAN

RM P 14 Revisi 2 2022 1



**PEMERINTAH KOTA SEMARANG  
RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO**

**DOKUMENTASI PEMBERIAN  
INFORMASI TINDAKAN**



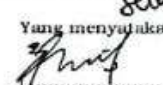
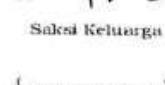
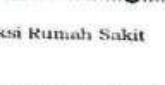
RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO

No. CM :

Pasien :

Tgl/Lahir :

Penjamin :

No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1.	Diagnosis (WD dan DD)		✓
2.	Dasar diagnosis	Anamnesis, Pemeriksaan fisik, Hasil pemeriksaan laboratorium, EKG, Hasil pemeriksaan radiologi (toraks, MRI, USG, dll)	✓
3.	Tindakan Kedokteran	: Anestesi Spinal/Epidura	✓
4.	Indikasi Tindakan	: Pembiusan pada operasi daerah perut dan kaki	✓
5.	Tata Cara	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada spinal, obat disuntik dengan jarum kecil khusus lewat sela tulang punggung bawah</li> <li>• Pada epidural, obat disuntik dengan jarum khusus ukuran lebih besar dari jarum spinal, yang sebelumnya disuntikkan obat bius local penghilang nyeri tusukan, lewat sela tulang punggung</li> </ul>	✓
6.	Tujuan	: Membuat pasien tidak nyeri selama operasi, namun pasien tetap sadar	✓
7.	Risiko	: Nyeri punggung, menggigil, perdarahan, mual, muntah, sesak, penurunan tekanan darah, kesulitan buang air besar	✓
8.	Komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergi ringan sampai berat (1/5000 pasien)</li> <li>• Cidera (nyeri sampai kelumpuhan = 1/10.000 pasien)</li> <li>• Nyeri kepala (1/100 pasien)</li> <li>• Kejang (1/2000 pasien)</li> <li>• Sesak nafas hebat</li> <li>• Syok</li> <li>• Henti jantung dan meninggal (1/10.000 pasien)</li> </ul>	✓
9.	Prognosis	: Bergantung kondisi/status fisik ASA pasien (I, II, III, IV, V)	✓
10.	Alternatif	: Pembiusan total	✓
11.	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgetik pasca operasi : paracetamol, NSAID, Opioid (sesuai dengan derajat nyeri)</li> <li>• Duduk dilakukan setelah 6 jam, berdiri setelah 12 jam</li> <li>• Boleh makan/minum sedikit-sedikit bila tidak mual/muntah pasca bedah</li> <li>• Obat bius lebih aman untuk bayi, lebih aman untuk pasien yang tida puasa/operasi darurat</li> </ul>	✓
Dengan ini menyatakan bahwa saya Dokter ..... telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi			TT dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya / keluarga pasien ..... /Telah menerima informasi dari dokter, sebagaimana di atas yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya serta telah diberi kesempatan untuk bertanya / berdiskusi, dan telah memahaminya			TT pasien / keluarga
*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali / keluarga terdekat			
<b>PERSETUJUAN TINDAKAN</b>			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.			
Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
Hari ..... <u>selon</u> ..... tanggal ..... <u>1. 8. 23</u> ..... pukul ..... <u>06.00</u> .....			
Yang menyatakan *		Saksi Keluarga	Saksi Rumah Sakit
			

## Lampiran 6

### FOTO KEGIATAN PENELITIAN

