

**ANALISA KUANTITATIF KUALITATIF DRM RAWAT INAP
NEPHROLITHIASIS PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2015 DI RSUD
UNGERAN**

Indah Kurnianingrum

**)AlumniFakultasKesehatanUDINUS*

****)Staf Pengajar Fakultas Kesehatan UDINUS*

Email : indahkurnianingrum@gmail.com

ABSTRACT

Background: *Completeness of very influential document in the medical record of the information produced in the medical record documents, in hospitals Ungaran still often found incomplete medical record document number incompleteness quantitative analysis showed 60% inconsistent and qualitative analysis 58% The aim of this study is to identify the documents record medical quantitatively and qualitatively, count numbers obstinacy inpatient medical record documents nephrolithiasis in the first quarter 2015 in Ungaran.*

Method: *This research uses descriptive method with cross sectional approach and data collection by observation, checklists, analyzing the medical records document hospitalization in patients who have diisi.sampel study were 55 inpatient medical record documents.*

Result: *Incompleteness research results in quantitative and qualitative analysis on every review show review identifying 20%, 53% reporting review, review the recording of 56%, 51% review authentication, qualitatively at each review indicates review the completeness and consistency of 7% diagnose inconsistent, review consistency recording 31% inconsistent diagnosis, review the current recording consistency of care and treatment of 38% is not consistent, review the way / practice of recording the diagnosis of 51% is not consistent with the calculation of obstinacy document medical records 51%*

Advice, the need for the improved management and medical records so that medical personnel perform data recording is complete and sustainable.

Keywords: *quantitative analysis, qualitative analysis, document medical records Ofhospitalization in patients with nephrolithiasis*

LATAR BELAKANG

Rumah sakit sebagai salah satu pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat memberikan kepuasan pelayanan bagi pasien. Pelayanan kesehatan bertujuan untuk memberikan upaya untuk penyembuhan.

Peningkatan kesehatan dan semua pelayanan yang diberikan dibidang kesehatan sehingga akan terwujud suatu derajat kesehatan yang optimal rumah sakit adalah bagian dari bagian dari integral dari keseluruhan sistem pelayanan kesehatan, dimana salah satunya adalah sistem rekam medis.

Dalam peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No.269 tahun 2008 tentang rekam medis disebutkan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai dari penerimaan pasien ditempat pendaftaran, pencatatan data medis selama pasien itu mendapatkan pelayanan medis di rumah sakit dilanjutkan dengan penanganan berkas rekam medis.[1]

Dokumen rekam medis merupakan dokumen yang penting dalam proses pelayanan kesehatan, melihat dokumen rekam medis merupakan alat untuk mendiskripsikan data dan informasi kesehatan pada saat proses pelayanan namun banyak pihak yang masih menganggap dokumen rekam medis

tidak begitu penting sehingga pada proses pengisian dokumen rekam medis sering kali tidak lengkap. Di Rumah Sakit upaya untuk mengantisipasi ketidaklengkapan dilakukan oleh bagian assembling.

Assembling adalah salah satu unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok yaitu: merakit kembali formulir dalam dokumen rekam medis rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat menjadiurut sesuai dengan kronologi pasien yang bersangkutan. Meneliti kelengkapan data yang tercatat dalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya, mengendalikan dokumen rekam medis yang dikembalikan ke unit pencatat data karena isinya tidak lengkap, mengendalikan penggunaan formulir dokumen rekam medis. Filling adalah bagian dari rekam medis yang bertanggung jawab terhadap penyimpanan, retensi, serta pemusnahan dokumen rekam medis, filling juga bertanggung jawab dalam menjaga kerahasiaan dan isi rekam medis serta pengambilan kembali dokumen rekam medis untuk pasien berobat. [2]

Quality assurance adalah suatu program berlanjut yang disusun secara objective dan sistematis memantau dan menilai mutu dan kewajaran asuhan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan asuhan pasien dan memecahkan masalah-masalah. [3]

Penelitian kelengkapan data menurut Huffman EK, ada di review pada empat review yaitu review

identifikasi, review pencatatan, review pelaporan, review autentifikasi pentingnya kelengkapan data rekam medis sehingga data rekam medis apabila terjadi kasus gugatan dari pasien maka rekam medis harus lengkap sehingga dapat membantu dokter maupun tenaga kesehatan lain sebagai bukti pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit. perlu diteliti kelengkapan pengisian data pada kasus-kasus yang sering dijumpai dilapangan. oleh sebab itu perlu dilakukan analisis kuantitatif dan kualitatif dari pengisian elengkapan data rekam medis rawat inap pasien. hal ini dilakukan untuk menemukan kesinambungan informasi sehingga dengan adanya sumber informasi dapat memberi kemudahan dalam memberi pelayanan petugas kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. [2]

Berdasarkan hasil survey awal tentang analisis kuantitatif terhadap dokumen rekam medis rawat inap penyakit nephrolithiasis karena termasuk dalam 10 besar penyakit di RSUD Ungaran dengan menggunakan 4 review yaitu diantaranya review identifikasi 20%, review pelaporan 53%, review pencatatan 56% dan review autentifikasi 51%. dan untuk hasil analisa kualitatif review kelengkapan dan kekonsistensian diagnose 7% , review kekonsistensian pencatatan diagnose 31 % review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan 38% review cara/praktek pencatatan data 51%. Pada bulan maret peneliti melakukan survey awal dengan

menggunakan sample 10 dokumen rekam medis rawat inap penyakit nephrolithiasis didapatkan angka ketidaklengkapan tertinggi adalah pada review pelaporan dan pencatatan. Di RSUD Ungaran masih banyak ditemui formulir yang tidak terisi lengkap disetiap butir itemnya, sering kali menggunakan tipex pada saat membetulkan kesalahan dalam penulisan dan kadang membetulkan kesalahan dengan mencoret lebih dari satu kali coretan dan tidak dibubuhi paraf disampingnya selain itu sering kali ditemukan ada formulir rekam medis pasien yang diberi gambar-gambar yang seharusnya tidak boleh ada dalam berkas rekam medis. Hal ini tidak sesuai dengan teori, seharusnya pencatatan yang baik adalah setiap butir itemnya harus terisi lengkap, dan pada pembetulan kesalahan tidak diperbolehkan membuat gambar-gambar yang tidak seharusnya ada dalam berkas rekam medis, tidak diperbolehkan menggunakan tipex karena pembetulan kesalahan yang benar adalah dengan mencoret satu kali pada penulisan yang salah dan membubuhi paraf kecil disampingnya. Di RSUD Ungaran masih sering ditemui ketidaklengkapan pada review autentifikasi mengingat review autentifikasi dilihat dari 4 aspek yaitu nama terang petugas, tanda tangan petugas, tempat pencatatan, dan tanggal pencatatan. Pada DRM rawat inap RSUD Ungaran banyak dokter yang tidak melengkapi tandatangan , nama terang, tanggal pencatatan, dan tempat pencatatan sering kali

diabaikan.padahal kedua hal ini sangat penting terutama pada saat dibutuhkan sebagai alat bukti hukum apabila sewaktu-waktu ada pasien yang menuntut atau diperlukan oleh pihak kepolisian sebagai alat bukti hukum selain itu pentingnya autentifikasi adalah untuk mengetahui siapa dokter atau perawat yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien.Jika pencatatan dan autentifikasinya saja tidak lengkap bagaimanamungkin bisa dipercaya keakuratannya selain itu dokter sering kali tidak mengisi setiap butir data dengan lengkap dan juga banyak ditemui tulisan dokter yang susah dibaca ini akan menyulitkan tugas koder dalam mengkode diagnose penyakit dan mengkode tindakan.hal ini apabila dibiarkan akan berdampak pada kualitas mutu pelayanan di RSUD Ungaran akan menjadi menurun.disini peneliti akan mengambil kasus nephrolithiasis karena nephrolithiasis masuk dalam 10 besar penyakit di RSUD Ungaran.

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengambil judul karya tulis ilmiah“Analisis Kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus nephrolithiasisdi RSUD Ungaran periode triwulan 1 tahun 2015

RUMUSAN MASALAH

Bagaimana analisa kuantitatif dan kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap pada kasus nephrolithiasisdi RSUD Ungaran periode triwulan I tahun 2015?

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan penelitian deskriptif yaitu mendiskripsikan atau menggambarkan keadaan yang diperoleh dari penellitian.Metode yang digunakan adalah metode deskriptif yaitu mendiskripsikan atau menggambarkan keadaan yang diperoleh dari penellitian.Dan pengambilan data observasi sedangkan pendekatan yang dilakukan adalah cross sectional yaitu memperoleh data-data pada saat penelitian dilakukan.

HASIL PENGAMATAN DAN PEMBAHASAN

Jenis formulir-formulir dokumen rekam medis rawat inap yag diamati di RSUD Ungaran antara lain terdiri atas RM 1(lembar masuk dan keluar) ,RM2 (anamnesa dan pemeriksaan fisik),RM 4 (perjalanan penyakit),RM 5 (grafik),RM 6(catatan keperawatan),RM 7(resume keperawatan pasien keluar) RM 7.1 (asuhan keperawatan) ,RM 8 (resume keluar)

Untuk mengetahui gambaran kelengkapan pengisian data dokumen rekam medis rawat inap nephrolithiasis pada triwulan I tahun 2015 sebagai berikut :

a. Review identifikasi

Tabel 4.1

Analisa kelengkapan review identifikasi pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap nephrolithiasis pada triwulan I tahun 2015.

Formulir Rekam Medis	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase (%)	Jumlah	Prosentase (%)
RM 1	55	100%	0	0%
RM 2	54	98%	1	2%
RM 4	55	100%	0	0%
RM 5	52	95%	3	5%
RM 6	51	93%	4	7%
RM 7	55	100%	0	0%
RM 7.1	49	89%	6	11%
RM 8	54	98%	1	2%

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan paling banyak pada review identifikasi terdapat pada RM 7.1 yaitu 49 lengkap dan 6 tidak lengkap. Ketidaklengkapan pada pengisian nomer RM, nama, umur,

b. Review pelaporan

Tabel 4.2 Analisa kelengkapan review pelaporan pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap nephrolithiasis pada triwulan I tahun 2015

Formulir Rekam Medis	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase (%)	Jumlah	Prosentase (%)
RM 1	37	67%	18	33%
RM 2	32	58%	23	42%
RM 4	54	98%	1	2%
RM 5	49	89%	6	11%
RM 6	53	96%	2	4%
RM 7	55	100%	0	0%
RM 7.1	44	80%	11	20%
RM 8	32	58%	23	42%

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan paling banyak pada review pelaporan terdapat pada RM 2 yaitu 32 lengkap dan 23 tidak lengkap. Ketidaklengkapan pada pengisian keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, hasil pemeriksaan fisik, diagnose sementara, terapi

c. Review pencatatan

Tabel 4.3

Analisa kelengkapan review pencatatan pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap nephrolithiasis pada triwulan I tahun 2015

Formulir Rekam Medis	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase (%)	Jumlah	Prosentase (%)
RM 1	37	67%	18	33%
RM 2	34	62%	21	38%
RM 4	37	67%	18	33%
RM 5	42	76%	13	24%
RM 6	35	64%	20	36%
RM 7	37	67%	18	33%
RM 7.1	40	73%	15	27%
RM 8	38	69%	17	31%

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan paling banyak pada review pencatatan terdapat pada RM 2 yaitu 34 lengkap dan 21 tidak lengkap. Ketidaklengkapan pada pengisian tidak dapat dibaca/dimengerti, ada coretan dan cairan penghapus dan penggunaan istilah/symbol.

d. Review autentifikasi

Tabel 4.4

Analisa kelengkapan review autentifikasi pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada triwulan I tahun 2015

Formulir Rekam Medis	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase (%)	Jumlah	Prosentase (%)
RM 1	52	95%	3	5%
RM 2	53	96%	2	4%
RM 4	49	89%	6	11%
RM 6	36	65%	19	35%
RM 7	38	69%	17	31%
RM 7.1	38	69%	17	31%
RM 8	55	100%	0	0%

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan paling banyak pada review autentifikasi terdapat pada RM7 dan RM 7.1 yaitu 38 lengkap dan 17 tidak lengkap. Ketidaklengkapan pada pengisian nama dan tanda tangan perawat.

1. Hasil analisa kuantitatif masing-masing review

Tabel 4.5

Hasil analisa kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap nephrolithiasis pada triwulan I tahun 2015

Review									
R.identifikasi		R.Pelaporan		R.Pencatatan		R.Autentifikasi		Total	
L	TL	L	TL	B	TB	L	TL	L	TL
46	9	25	30	25	30	26	29	25	30
84	16	45	55	45	55	47	53	45	55
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Berdasarkan tabel diatas didapatkan angka hasil keseluruhan DRM sebanyak 55 DRM dengan analisa kuantitatif adalah 25 DRM lengkap dan ketidaklengkapan sebanyak 30 DRM. Ketidaklengkapan dari ke 4 review paling tinggi terdapat pada review pelaporan dan pencatatan Yaitu lengkap 25 DRM dengan prosentase 45% dan tidak lengkap 30 DRM dengan prosentase 55 %

2. Total analisa kuantitatif masing-masing formulir

Tabel 4.6

Total hasil analisa kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap nephrolithiasis pada triwulan I tahun 2015

Formulir Rekam Medis	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase (%)	Jumlah	Prosentase (%)
RM 1	52	95%	3	5%
RM 2	53	96%	2	4%
RM 4	49	89%	6	11%
RM 6	36	65%	19	35%
RM 7	38	69%	17	31%
RM 7.1	38	69%	17	31%
RM 8	55	100%	0	0%

3. Total hasil analisa kuantitatif dan kualitatif

Analisa kuantitatif		Analisa kualitatif		Total	
L	TL	L	TL	L	TL
25	30	32	23	25	30
45%	55%	58%	42%	45%	55%

4. Delinquent Medical Record

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yang didapat dari 55 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 25 dokumen yang lengkap dan 30 dokumen yang tidak lengkap, adapun perhitungan prosentase tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap nephrolithiasis dengan rumus DMR.

KESIMPULAN DAN SARAN

1. KESIMPULAN

Dari hasil pengamatan dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Review identifikasi

Dari i 55 DRM yang diteliti angka ketidaklengkapan dokumen rekam medis yang paling tinggi terdapat data pada RM 7.1 yaitu 49 lengkap (89%) dan 6 tidak lengkap (11%) pada pengisian nomer RM,nama,umur,ruang dan angka ketidaklengkapan identifikasi terkecil adalah pada RM 1,RM 4, dan RM 7yaitu 55 lengkap(100%) dan tidak lengkap0(0%) menunjukkan bahwa pengisian identitas pasien sudah baik hanya saja perlu diperbaiki agar tenaga medis mengetahui arti penting dari identifikasi itu sendiri.

2. Review pelaporan

Dari 55 DRM yang diteliti angka ketidaklengkapan dokumen rekam medis yang paling tinggi terdapat data pada RM 2 yaitu 32 lengkap (58%) dan 23 tidak lengkap (42%) pada pengisian keluhan utama,riwayat penyakit sekarang,riwayat penyakit terdahulu,riwayat penyakit keluarga,hasil pemeriksaan fisik,diagnosa sementara,terapi dan angka ketidaklengkapan pelaporan terkecil adalah pada RM 7 yaitu 55 lengkap(100%) dan0 tidak lengkap(0%) menunjukkan bahwa pengisian setiap butir data sudah

baik hanya saja perlu diperbaiki agar tenaga medis mengetahui arti penting dari pelaporan itu sendiri.

3. Review pencatatan

Dari i 55 DRM yang diteliti angka ketidaklengkapan dokumen rekam medis yang paling tinggi terdapat data pada RM 2 yaitu 34lengkap (62%) dan 21 tidak lengkap (38%) pada pengisian tidak dapat dibaca/dimengerti,ada coretan dan cairan penghapus dan penggunaan istilah/symbol dan angka ketidaklengkapan review pencatatan terkecil adalah pada RM 5 yaitu 42lengkap(76%) dan 13 tidak lengkap(24%) menunjukkan bahwa pengisian penggunaan istilah/symbol.Dengan begitu perlu diperbaiki agar tenaga medis mengetahui arti penting dari pencatatan itu sendiri.

4. Review autentifikasi

Dari 55 DRM yang diteliti angka ketidaklengkapan dokumen rekam medis yang paling tinggi terdapat data pada RM 7 dan RM 7.1 yaitu 38 lengkap (69%) dan 17 tidak lengkap (31%) pada pengisian nama dan tandatangan perawat dan angka ketidaklengkapan autentifikasi terkecil adalah pada RM 8 yaitu 55 lengkap(100%) dan 0 tidak lengkap(0%) menunjukkan bahwa pengisian sudah baik hanya saja perlu diperbaiki agar tenaga

medis mengetahui arti penting dari autentifikasi itu sendiri.

5. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnose

Dari 55 DRM yang diteliti menunjukkan review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa ada 50 DRMkonsisten (91%) dan 5 tidak konsisten (9%) .

6. Review kekonsistensian pencatatan diagnose

Dari 55 DRM yang diteliti menunjukkan review kekonsistensian pencatatan diagnose ada 39DRM konsisten (71%) dan 16 DRM tidak konsisten (29%)

7. Review hal-hal yang diberikan saat perawatan dan pengobatan

Dari 55 DRM yang diteliti menunjukkan review hal-hal yang diberikan saat perawatan dan pengobatan yaitu 35 DRMkonsisten (64%) dan 20DRMtidak konsisten (36%)

8. Review cara/praktek pencatatan

Dari 55 DRM yang diteliti menunjukkan review cara/praktek pencatatan diagnosa yaitu 33DRM konsisten (60%) dan 22 DRMtidak konsisten (40%)

9. DMR (Delinquent Medical Record)

Hasil akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif dari 55 dokumen rekam medis yang diteliti terdapat 30 dokumen tidak lengkap sehingga ditemukan DMR (Delinquent Medical Record) sebesar 55%.

2. SARAN

Beberapa saran yang bisa diterapkan guna meningkatkan kualitas mutu pelayanan rekam medis khususnya pada kelengkapan isi DRM adalah sebagai berikut :

1. Dokter

- a. Diharapkan untuk mengisi setiap butir item dan mencatat rekam medis pasien dengan jelas agar mudah dibaca dan dapat dimengerti.Selain itu lebih memperhatikan cara pembetulan kesalahan yang benar menurut teori karena ketidaklengkapan review pencatatan dan pelaporan sangat tinggi.

2. Perawat

- a. Diharapkan untuk lebih teliti dalam mengisi setiap butir item baik pada pengisian identitas maupun data klinis pasien dan tanda tangan juga nama terang perawat karena ketidaklengkapan reviewpencatatan,pelaporan dan autentifikasi sangat tinggi dan untuk pengisian identitas perlu diperhatikan lagi karena masih ada yang belum lengkap.

3. Rumah sakit

- a. Memberi sosialisasi kepada dokter dan tenaga medis lainnya untuk melengkapi dokumen rekam medis setelah

- melakukan tindakan atau pemeriksaan terhadap diri pasien.
- b. Pembuatan prosedur tetap kelengkapan data yang ditulis dalam DRM
 - c. Pemberian sanksi kepada tenaga medis yang tidak menjalankan protap
4. Bagi Unit Rekam Medis
- a. Petugas assembling harus tegas dalam mengingatkan dokter dan tenaga medis lainnya untuk melengkapi rekam medis karena kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang baik menunjukkan asuhan medis yang baik yang berpengaruh pada kualitas mutu pelayanan rumah sakit dan akan menghasilkan informasi yang berkesinambungan

DAFTAR PUSTAKA

1. Permenkes. Tentang Rekam Medis. No 269. 2008
2. Shofari, Bambang. Dr. MMR. Modul Pembelajaran Sistem dan Prosedur Pelayanan Rekam Medis Semarang. 2002
3. Hatta, Gemala R. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan Penerbit Universitas Indonesia, Jakarta. 2008
4. Permenkes 7490 tahun 1989, Modul PSRM II DR Bambang Shofari, MMR quality assurance pelayanan rumah sakit,
5. Dr. dr. H. Boy S. Sabarguna, MARS, november 2004, Yogyakarta
6. Surat Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik No. 78 tahun 1981
7. Permenkes No. 269 tahun 2008 tentang rekam medis
8. Huffman, 1992, Modul PSRM II DR Bambang Shofari, MMR
9. <http://medicalrecord.blogspot.com>
10. Sugiyanto, Zaenal (2006), Analisis Perilaku Dokter Dalam Mengisi Kelengkapan Data Rekam Medis Lembar Resume Rawat Inap
11. Modul PSRM II DR Bambang Shofari, MMR)
12. Huffman, E.K. Health Information Management. 1999 (terjemahan)
13. Azwal, Azrul. Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan. Pustaka Sinar Harapan Jakarta 1996.
14. <http://widiatopanca.blogdetik.com/info-penyakit/batu-ginjal-nephrolithiasis/>
15. <https://ml.scribd.com/doc/1105996683/Pemilihan-Pemeriksaan-Penunjang-Dan-Terapi-Pada-Batu-Saluran-Kemih>
16. Huffman EK. HIM (Health Information Management) Physical Record Company Berwin Illonions, USA 1994.
17. Huffman, Enda. K. health Information Management 1999