

**D-III Study Program Medical Record and Health Information
Faculty of Health Dian Nuswantoro University Semarang 2015**

ABSTRACT

AISAH PAHLEVI

QUANTITATIVE AND QUALITATIVE ANALYSIS ON THE IN-PATIENT MEDICAL RECORD DELINQUENT (DRM) OF TB LUNG DISEASE IN THE FIRST QUARTER PERIOD AT THE UNGARAN REGIONAL PUBLIC HOSPITAL(RSUD)

In the Ungaran hospitals, there often found incomplete in filling the medical record document. Based on the quantitative analysis of the incompleteness, it showed that 84% document are inconsistent and the qualitative analysis showed the same result. The objectives of this study are to identify the medical record document completeness quantitatively and qualitatively, to count the number of delinquency medical record document of the inpatient medical record documents of TB lung in the first quarter in Ungaran.

This research uses descriptive method with cross sectional approach and the data was collected through observation, by using checklists, and by analyzing the documents of inpatient medical records of patients which have been filled out. The samples were 56 inpatient medical record documents.

Research findings on the incompleteness which is analyzed quantitatively and qualitatively on any review indicates that the identified review is 84%, reporting review is 89%, review the recording is 88%, authentication review is 91%. Qualitatively each review indicates the completeness and diagnosis consistency is 52% inconsistent. The detail are as follows review on diagnosis recording consistency is 45% inconsistent, review on the current recording consistency of care and treatment is 73% inconsistent, review on the method / practice of recording the diagnosis is 61% inconsistent with the calculation of medical records document delinquency is 84%.

It is suggested that the officers in charge for the medical record document must be more carefully in completing the form so as to produce an accurate and continuous information.

Keywords: quantitative analysis, qualitative analysis, document medical records inpatient TB Lung

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah suatu badan usaha yang menyediakan dan memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi ,diagnostic dan rehabilitative untuk orang-orang yang menderita sakit,terluka dan untuk melahirkan. Rumah sakit merupakan sarana upaya kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.^[1]

Rekam medis adalah dokumen yang sangat penting bagi suatu rumah sakit.Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan unit kerja rekam medis yang sangat berperan penting dalam menyediakan data kesehatan di rumah sakit. Unit Rekam Medis akan mempermudah pelayanan kepada pasien karena dapat menyediakan informasi medis yang lengkap dan akurat dari hasil pengolahan data dari seluruh unit yang ada.pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien rawat jalan maupun rawat inap dicatat dalam dokumen rekam medis.

Unit Rawat Inap bertanggung jawab terhadap semua pelayanan klinis yang diberikan kepada pasien sampai dengan selesai perawatan. Dokumen rekam medis pasien yang telah selesai perawatan diserahkan kepada *assembling*

dalam waktu selambat-lambatnya 1x24 jam dengan tujuan dokumen rekam medis diteliti kelengkapan isi data dari dokumen rekam medis tersebut.Kelengkapan dokumen rekam medis merupakan hal yang sangat penting karena berpengaruh terhadap proses pelayanan yang dilakukan oleh petugas medis dan mempengaruhi kualitas dari pelayanan suatu rumah sakit tersebut.Salah satu cara menilai mutu pelayanan rumah sakit,dapat dilihat dari pengelolaan berkas rekam medis pasien khususnya pasien rawat inap sesuai hak dan kewajiban rumah sakit bahwa dokumen rekam medis statusnya itu milik pasien,oleh karena itu rumah sakit harus menjaga dokumen tersebut dengan sebaik mungkin.

Dokumen rekam medis dikatakan lengkap apabila memenuhi indikator dalam kelengkapan pengisian,keakuratan,tepat waktu,sehingga dapat dipercaya dan lengkap maka perlu dilakukan tinjauan kelengkapannya. Apabila dokumen rekam medis belum lengkap setelah pasien selesai pelayanan atau perawatan dengan batas waktu pelengkapan dokumen rekam medis lebih dari 14hari maka dokumen rekam medis dikategorikan DMR (Delinquent Medical Record).^[2]

Berdasarkan hasil analisa kuantitatif yang peneliti lakukan di RSUD Ungaran pada survey awal dari 10 dokumen rekam medis penyakit TBC Paru didapatkan hasil yang sangat tinggi

angka ketidaklengkapannya yaitu pada review identifikasi 20%, review pencatatan 80 %, dan juga autentifikasi 90%, serta untuk review pelaporan sebesar 80%. Mungkin ini dikarenakan masih banyak pihak yang menganggap dokumen rekam medis tidak begitu penting, sehingga pada saat proses pengisian dokumen rekam medis sering kali tidak lengkap. Hal ini jika terus dibiarkan akan menurunkan kualitas mutu pelayanan rumah sakit mengingat tujuan dan kegunaan rekam medis.

Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk meneliti tentang kelengkapan dokumen rekam medis dengan mengambil judul karya tulis ilmiah "Analisis Kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus TBC Paru di RSUD Ungaran periode triwulan 1 tahun 2015"

TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan umum

Mengetahui gambaran analisa kuantitatif dan kualitatif ketidaklengkapan pada dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit TBC paru periode triwulan I tahun 2015 di RSUD Ungaran.

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui ketidaklengkapan review identifikasi pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus TBC parudi RSUD Ungaran triwulan I tahun 2015.

- b. Mengetahui ketidaklengkapan review pelaporan pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus TBC parudi RSUD Ungaran triwulan I tahun 2015.
- c. Mengetahui ketidaklengkapan review pencatatan pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus TBC paru di RSUD Ungaran triwulan I tahun 2015.
- d. Mengetahui ketidaklengkapan review autentifikasi pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus TBC parudi RSUD Ungaran triwulan I tahun 2015.
- e. Mengetahui kelengkapan dan kekonsistensian diagnose pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus TBC parudi RSUD Ungaran triwulan I tahun 2015.
- f. Mengetahui kekonsistensian pencatatan diagnose pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus TBC parudi RSUD Ungaran triwulan I tahun 2015.
- g. Mengetahui kekonsistensian pencatatan saat perawatan dan pengobatan pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus TBC parudi RSUD Ungaran triwulan I tahun 2015.

- h. Mengetahui kekonsistensian cara/praktek pencatatan pada masing-masing formulir rekam medis rawat inap pada kasus TBC parudi RSUD Ungaran triwulan I tahun 2015.
- i. Menghitung DMR dokumen rekam medis rawat inap pada kasus TBC paru di RSUD Ungaran 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 mpengambilan data observasi sedangkan pendekatan yang dilakukan adalah cross sectional yaitu memperoleh data-data pada saat penelitian dilakukan

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan pada penelitian analisa kuantitatif dan kualitatif kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap TBC Paru di RSUD Ungaran, maka dapat diketahui hasil akhir review sebagai berikut :

1. Analisa kuantitatif
 - a. Review identifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan

untuk review identifikasi dari 56 DRM yang diteliti ternyata untuk review identifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap pengisiannya. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 6 yaitu lengkap 28 (50%) dan tidak lengkap 28(50%) ketidaklengkapan pada pengisian nomer RM, dan umur

kelengkapan review identifikasi yaitu khususnya pada RM 6 menjadi tanggung jawab perawat. Ketidaklengkapan identitas pasien dikarenakan perawat tidak mengerti pentingnya kelengkapan isi DRM dan tidak berfikir panjang apabila formulir tercecer ini akan menyulitkan dalam pencarian kepemilikan formulir tersebut .

- b. Review pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 56 DRM yang diteliti ternyata untuk review pelaporan dokumen rekam medis yang diamati

terdapat data yang masih belum lengkap pengisiannya. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM yaitu 2 lengkap 19 (34%) dan tidak lengkap 37(66%) ketidaklengkapan pada pengisian anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa sementara, diagnosa penunjang,

Kelengkapan review pelaporan yaitu khususnya RM 2 menjadi tanggung jawab dokter..Ketidaklengkapan pelaporan dikarenakan dokter kurang teliti dalam melengkapi pengisian anamnesa dan pemeriksaan fisik seharusnya dokter wajib melengkapi pelaporan pada RM 2 .hal ini perlu menjadi perhatian untuk dokter agar teliti dalam mengisi setiap butir data pada lembar RM mengingat dokumen rekam medis sebagai alat bukti hukum untuk kepentingan peradilan apabila ada pasien/keluarga pasien yang menuntut. Dengan adanya bukti tertulis pada pencatatan medis pasien di DRM akan membantu

dokter dan tenaga kesehatan dalam keperluan peradilan.

c. Review pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 56 DRM yang diteliti ternyata untuk review pencatatan dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap pengisiannya. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 2 yaitu lengkap 12 (21%) dan tidak lengkap 44 (79%) ketidaklengkapan pada pengisian penggunaan istilah/symbol,tidak dapat dibaca/dimengerti,ada coretan dan cairan penghapus.

Kelengkapan review pencatatan menjadi tanggung jawab perawat dan dokter. Ketidaklengkapan dalam pencatatan disebabkan karena perawat dan dokter kurang teliti dalam mengisi setiap butir item dan harus lebih mengetahui bahwa cara pengisian formulir rekam medis yang benar.

d. Review autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 56 DRM yang diteliti ternyata untuk review autentifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat data yang masih belum lengkap pengisiannya. Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 7 yaitu lengkap 22 (39%) dan tidak lengkap 34 (61%) ketidaklengkapan pada pengisian nama dan tandatangan perawat.

Diatur dalam Permenkes No.269 pasal 5 ayat (4) setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama,waktu dan tanda tangan dokter,dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

Kelengkapan review autentifikasi yaitu khususnya RM 7 adalah menjadi tanggung jawab perawat Ketidaklengkapan tandatangan dan nama terang dikarenakan

perawat tidak memberikan tandatangan dan nama terang perawat, seharusnya perawat lebih teliti dalam melengkapi setiap butir item yang ada pada formulir tersebut dan rumah sakit mempunyai bukti hukum atas pelayanan medis yang diberikan jika terdapat tuntutan dari pihak pasien.

2. Analisa kualitatif

a. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnose

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kelengkapan dan kekonsistensian diagnose dari 56 DRM yang diteliti ternyata terdapat 27 konsisten (48%) dan 29 tidak konsisten (52%) ketidaklengkapan pada penulisan diagnose yang tidak konsisten yang dikodehanya diagnosa masuk saja .

b. Review kekonsistensian pencatatan diagnose

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kekonsistensian pencatatan diagnose dari 56 DRM yang diteliti ternyata

terdapat 31 konsisten (55%) dan 25 tidak konsisten (45%) ketidaklengkapan pada pencatatan diagnosa masuk sering tidak terisi.

c. Review kekonsistensian pencatatan saat perawatan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan saat perawatan dan pengobatan dari 56 DRM yang diteliti ternyata terdapat 15 konsisten (27%) dan tidak konsisten 41 (73%) ketidaklengkapan pada pengisian anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan terapi sering tidak diisi.

d. Review cara/praktek pencatatan data

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dari 56 DRM yang diteliti ternyata terdapat 22 konsisten (39%) dan 34 tidak konsisten (61%) ketidaklengkapan pada pembetulan kesalahan yang sering menggunakan cairan

penghapus, tulisan tidak dapat dibaca/dimengerti dan pada penggunaan istilah/symbol.

e. *Delinquent medical record (DMR)*

Total akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif menunjukkan bahwa tingkat kebandelan dokumen mencapai 84% yaitu 47 dokumen yang tidak lengkap dari 56 dokumen yang diteliti. Kelengkapan dokumen rekam medis menjadi penting karena dokumen rekam medis pasien tersebut harus ada pada saat dokumen tersebut dibutuhkan sebagai alat bukti hukum saat pasien/keluarga pasien mengajukan gugatan atas kejadian yang menyimpannya. Hal ini menunjukkan betapa penting arti dokumen rekam medis dengan berbagai kegunaannya.

SIMPULAN

Dari hasil pengamatan dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Review identifikasi

Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 6 yaitu lengkap 28 (50%) dan tidak lengkap 28(50%) ketidaklengkapan pada pengisian nomer RM,dan umur

2. Review pelaporan

Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM2 yaitu lengkap19 (34%) dan tidak lengkap 37 (66%) ketidaklengkapan pada pengisian anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa sementara, diagnosa penunjang,

3. Review pencatatan

Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 2 yaitu lengkap 12 (21%) dan tidak lengkap 44 (79%) ketidaklengkapan pada pengisian penggunaan istilah/symbol, tidak dapat dibaca/dimengerti,ada coretan dan cairan penghapus.

4. Review autentifikasi

Dari hasil penelitian yang dilakukan ketidaklengkapan tertinggi pada RM 7yaitu lengkap 22 (39%) dan tidak lengkap 34 (61%) ketidaklengkapan pada pengisian nama dan tandatangan perawat.

5. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnose

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kelengkapan dan kekonsistensian diagnose dari 56 DRM yang diteliti ternyata terdapat 27 konsisten (48%) dan 29 tidak konsisten (52%) ketidaklengkapan pada penulisan diagnose yang tidak konsisten yang dikode hanya diagnosa masuk saja .

6. Review kekonsistensian pencatatan diagnose

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kekonsistensian pencatatan diagnose dari 56 DRM yang diteliti ternyata terdapat 31 konsisten (55%) dan 25 tidak konsisten (45%) ketidaklengkapan pada pencatatan diagnosa masuk sering tidak terisi.

7. Review kekonsistensian pencatatan saat perawatan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kekonsistensian pencatatan saat perawatan dan pengobatan dari 56 DRM yang diteliti ternyata terdapat 15 konsisten (27%) dan tidak konsisten 41 (73%) ketidaklengkapan pada pengisian anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan terapi sering tidak diisi.

8. Review cara/praktek pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dari 56 DRM yang diteliti ternyata terdapat 22 konsisten (39 %) dan 34 tidak konsisten (61%) ketidaklengkapan pada pembetulan kesalahan yang sering menggunakan cairan penghapus, tulisan tidak dapat dibaca/dimengerti dan pada penggunaan istilah/symbol.

9. DMR (Delinquent Medical Record)

Total akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif menunjukkan bahwa tingkat kebandelan dokumen mencapai 84% yaitu 47 dokumen yang tidak lengkap dari 56 dokumen yang di teliti

SARAN

Pelayanan kesehatan agar memperbaiki kualitasnya adalah sebagai berikut :

- a. Petugas assembling harus lebih teliti dalam melihat/meneliti ketidaklengkapan pengisian jika masih ada yang belum lengkap beri label dan bedakan setiap pengisian yang belum lengkap misalnya untuk kolom identitas beri label warna kuning; untuk bagian pelaporan yang masih belum terisi beri label merah muda untuk tandatangan beri label hijau agar memudahkan dalam melengkapi
- b. Petugas assembling selalu mengingatkan tenaga medis khususnya dokter dan perawat untuk melengkapi isi formulir rekam medis pasien
- c. Bagi tenaga medis diharapkan ketelitian dan kedisiplinan dalam pengisian DRM agar menghasilkan informasi yang akurat terlebih jika di perlukan untuk bukti hukum
- d. Dokter 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.

- e. Perawat 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 review pencatatan, pelaporan dan autentifikasi sangat tinggi dan untuk pengisian identitas perlu diperhatikan lagi karena masih ada yang belum lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

1. SK Dirjen, Pelayanan Medik Depkes RI.2006
2. Departemen kesehatan RI.Direktorat jendral Pelayanan Medis.Pedoman pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Revisi 1 Jakarta1997
3. Djoko Wijono. Manajemen mutu pelayanan kesehatan vol 1.Jakarta 1997
4. Sutantra,Edhy. Sistem Informasi Manajemen, Graha Ilmu,Yogyakarta,2003
5. Permenkes. TentangRekamMedis. No 269. 2008.
6. Huffman, Enda K. Health Information manajemen 1999.
7. Dahlan sofyan, spf. Aspek Hukum Rekam Medis.
8. Dahlan sofyan, spf. Aspek Hukum Rekam Medis.
9. Wijaya,lily,*Health Record Management,Asembling Record, Quantitatif Qualitatif*, Jakarta 1999s
10. Menurut Gryna (1988). Quality Assurance.
11. Riyadi,Noor. Desain Formulir Rekam Medis.
12. <http://penkeskami.blogspot.co.id/penyakit-tbc-tuberculosis-paru.html>
13. <https://obattbctradisionalyangmengalami.wordpress.com/tanda-gejala-awal-ciri-ciri-terkena-penyakit-tbc/>

14. https://medicastore.com/tbc/pengobatan_tbc.html
15. <http://internist21.blogspot.co.id/pemeriksaan-penunjang-tuberkulosis-paru.html>