

**A QUANTITATIVE ANALYSIS
ON MEDICAL RECORD DOCUMENTS
OF SECTIO CESARIA CASES OF JAMKESMAS PATIENTS
AS A QUALITY CONTROL EFFORT
AT SEMARANG GENERAL HOSPITAL**

DYAH ERNAWATI¹, ENI MAHAWATI²

¹ *Dosen Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang*

² *Dosen Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang*

E-mail : dyahernawatikhanza@yahoo.co.id

E-mail: ema.rafafiku@gmail.com

ABSTRACT

The implementation of INA CBG's requires a hospital to perform quality control, cost control, and access so that the hospital can be more efficient in managing treatment cost incurred to the patient. Quality control includes data presentation of complete medical record documents which covers quantitative and qualitative review analyses. The benefit of a good medical record has is that it enhances the health service administration which records documents related to patients' health. This research is aimed at analyzing the quality of medical records quantitatively based on the four aspects namely identification, reporting, recording, and authentication of Jamkesmas patients especially those who had sectio caesaria cases at Semarang General Hospital.

The research is an archiving one by employing observation method. The method was conducted by examining the completeness of 71 medical records of sectio caesaria cases of Jamkesmas patients at Semarang General Hospital. The data were then analyzed descriptively based on the four aforementioned aspects supported by qualitative data obtained from FGD.

The result shows that the identification review is 91.55% complete (8.45% is incomplete), reporting review is 90.14% complete (9.86 % incomplete), recording review is 90.14% complete (9.86% incomplete), and authentication review is 90.14% complete (9.86 % incomplete). It can be concluded that the medical record documents of section caesaria cases of Jamkesmas patients at Semarang General Hospital is categorized as good since the percentage of all review aspects is more than 90% which approximates the standardized ideal percentage of 100%.

However, since there are still incomplete DRMs, it is suggested that medical record officers, medical officers, and paramedics cooperate actively in completing medical record data especially on the aspects of recording, reporting, and authentication.

Key words: medical records, quantitative analysis, quality control

ANALISIS KUANTITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS KASUS SECTIO CESARIA PASIEN JAMKESMAS DALAM UPAYA KENDALI MUTU DI RUMAH SAKIT UMUM KOTA SEMARANG

DYAH ERNAWATI¹, ENI MAHAWATI²

¹ Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang 50131

² Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang 50131

E-mail : dyahernawatikhanza@yahoo.co.id

E-mail: ema.rafafiku@gmail.com

ABSTRAK

Penerapan *INA CBG's* mengharuskan rumah sakit untuk melakukan kendali mutu, kendali biaya dan akses sehingga rumah sakit bisa lebih efisien terhadap biaya perawatan yang diberikan kepada pasien, tanpa mengurangi mutu pelayanan. Kendali mutu diantaranya adalah aspek penyajian data pada dokumen rekam medis (DRM) yang lengkap, yang meliputi analisis review kuantitatif dan review kualitatif. Manfaat jika rekam medis ini baik adalah rekaman data administratif pelayanan kesehatan menjadi baik yang merupakan sarana untuk penyimpanan berbagai dokumen yang berkaitan dengan kesehatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis mutu dokumen rekam medis secara kuantitatif berdasarkan aspek identifikasi, pelaporan, pencatatan dan autentifikasi pasien Jamkesmas kasus *sectio cesaria* di RSUD Kota Semarang

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kearsipan dengan metode observasional dimana dilakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian data rekam medis terhadap 71 dokumen rekam medis kasus *sectio cesaria* pasien Jamkesmas di RSUD Kota Semarang sebagai sampel penelitian. Data dianalisis secara deskriptif berdasarkan 4 aspek review kuantitatif yaitu identifikasi, pelaporan, pencatatan dan autentifikasi dan dilengkapi dengan data kualitatif dari hasil FGD.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan review identifikasi sebesar 91.55% (tidak lengkap 8.45%), kelengkapan review pelaporan sebesar 90.14% (tidak lengkap 9.86%), kelengkapan review pencatatan sebesar 90.14% (tidak lengkap 9.86%), dan kelengkapan review autentifikasi adalah 90.14% (tidak lengkap 9.86%). Kesimpulan penelitian ini adalah bahwa kelengkapan dokumen rekam medis pasien Jamkesmas kasus *sectio cesaria* di RSUD Kota Semarang sudah baik berdasarkan 4 aspek review analisis kuantitatif yang menunjukkan bahwa kelengkapannya pada 4 aspek tersebut sudah melebihi 90% mendekati angka ideal yang distandartkan yaitu kelengkapan sebesar 100%.

Namun masih adanya DRM yang tidak lengkap disarankan untuk diupayakan peran aktif dan kerjasama antara petugas rekam medis dan petugas medis maupun paramedis terkait pengisian data RM terutama aspek pencatatan, pelaporan dan autentifikasi.

Kata Kunci: rekam medis, analisis kuantitatif, kendali mutu

PENDAHULUAN

Saat ini sebagian besar rumah sakit menggunakan sistem fee for services, yaitu rumah sakit mengenakan biaya pada setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada. Besarnya biaya pengobatan dan perawatan tergantung pada setiap tindakan pengobatan dan jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit (Permenkes No 27 2014)

Mengingat pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang rumah sakit; maka peneliti melakukan penelitian untuk menganalisis mutu kuantitatif dokumen rekam medis yang diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan kualitas mutu pelayanan yang menguntungkan pihak pasien maupun rumah sakit.

RS Kota Semarang merupakan lembaga teknis daerah kota Semarang yang memberi pelayanan medis tipe B, yang juga melaksanakan fungsi sebagai rumah sakit pendidikan membuat RS Kota Semarang terus berbenah memperbaiki kualitas data dan mutu pelayanan. Salah satu upaya tersebut adalah mengaktifkan peran petugas rekam medis, tenaga medis dan paramedis dalam peningkatan kelengkapan data rekam medis sebagai bentuk kendali mutu administratif di rumah sakit. Oleh karena itu perlu dievaluasi hasil kelengkapan dokumen rekam medis secara rutin antara lain dengan review kuantitatif.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kearsipan dengan metode observasional dimana dilakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian data rekam medis terhadap 71 dokumen rekam medis kasus *sectio cesaria* pasien Jamkesmas di RSUD Kota Semarang sebagai sampel penelitian. Data dianalisis secara deskriptif berdasarkan 4 aspek review kuantitatif yaitu identifikasi, pelaporan, pencatatan dan autentifikasi dan dilengkapi dengan data kualitatif dari hasil FGD.

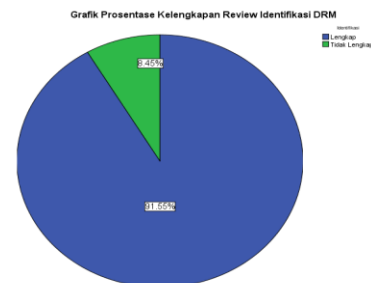
HASIL DAN PEMBAHASAN

1. KELENGKAPAN REVIEW IDENTIFIKASI DRM

Tabel 1.1 Kelengkapan Review

Hasil Analisis	Σ	%
Lengkap	65	91,5
Tidak Lengkap	6	8,5
Total	71	100.0

Identifikasi DRM



Grafik 1.1 Kelengkapan Review Identifikasi DRM

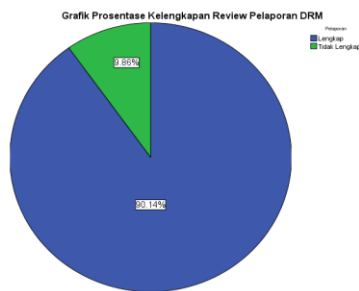
Identitas pada dokumen rekam medis minimal setiap berkas mempunyai Nama dan No. Rekam Medis Pasien. Lembar Rekam Medis yang tanpa identitas harus direview untuk menentukan milik siapa lembaran tersebut. Pada grafik 1.1 tentang review identifikasi menunjukkan kelengkapan 91.55% sedangkan yang tidak lengkap 8.45%. Kesimpulannya yaitu Tenaga Medis dan Koder telah

mewujudkan kelengkapan data pada identifikasi pasien

2. KELENGKAPAN REVIEW PELAPORAN DRM

Hasil Analisis	Σ	%
Lengkap	64	90.1
Tidak Lengkap	7	9.9
Total	71	100.0

Tabel 2.1 Kelengkapan Review Pelaporan DRM



Grafik 2.1 Kelengkapan Review Pelaporan DRM

Kelengkapan pelaporan adalah adanya semua laporan yang penting (Review of Necessary

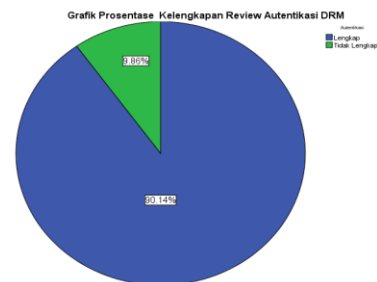
Report). Misalnya lembaran laporan yang umum terdapat dalam rekam medis, yaitu : Lembar riwayat pasien, Pemeriksaan Fisik, Catatan Perkembangan, Observasi klinik dan Ringkasan Penyakit. Lembaran tertentu kadang kala ada tergantung kasus pasien, contoh : Laporan operasi, anastesi, hasil PA. Adalah hal yang penting, jika dicantumkan tanggal dan jam pencatatan, sebab ada kaitannya dengan pengaturan pengisian, contoh : Lembaran riwayat pasien dan pemeriksaan fisik harus diisi < 24 jam sesudah pasien masuk rawat.

Adapun kelengkapan review pelaporan pada grafik 2.2 menunjukkan kelengkapannya 90.14 % dan tidak lengkap 9.86 %. Kesimpulannya yaitu Tenaga Medis dan Koder telah mewujudkan kelengkapan data pada Lembar Pelaporan.

3. KELENGKAPAN REVIEW AUTENTIKASI

Hasil Analisis	Σ	%
Lengkap	65	91,5
Tidak Lengkap	6	8,5
Total	71	100.0

Tabel 3.1 Kelengkapan Review Autentikasi DRM



Grafik 3.1 Kelengkapan Review Autentikasi DRM

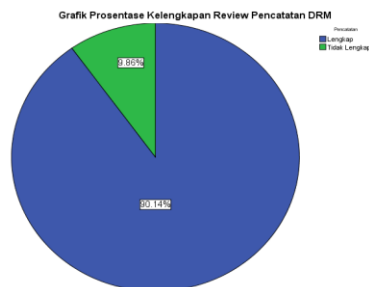
Autentifikasi dapat berupa: tanda tangan, cap/stempel, dan inisial yang dapat diidentifikasi dalam rekam medis, atau kode seseorang untuk komputerisasi. Harus ada titel/gelar profesional (dokter, perawat) tidak boleh ditanda tangani oleh orang lain selain penulis kecuali bila ditulis oleh dokter jaga atau mahasiswa maka ada tanda tangan sipenulis ditambah countersign oleh supervisor dan ditulis “ telah direview dan dilaksanakan atas instruksi dari atau telah diperiksa oleh.....”

Sedangkan data pada grafik 3.1 menunjukkan kelengkapan review autentifikasi adalah 90.14% dan yang tidak lengkap 9.86 % . Kesimpulannya yaitu Tenaga Medis dan Koder telah mewujudkan kelengkapan data pada review autentifikasi.

4. KELENGKAPAN REVIEW PENCATATAN

Hasil Analisis	Σ	%
Lengkap	65	91,5
Tidak Lengkap	6	8,5
Total	71	100.0

Tabel 4.1 Kelengkapan Review Autentikasi DRM



Grafik 4.1 Kelengkapan Review Pencatatan DRM

Analisis kuantitatif pada pencatatan yaitu memeriksa pencatatan yang tidak lengkap dan yang tidak dapat dibaca. Hal ini dapat dilengkapi dan diperjelas. Memeriksa baris perbaris dan bila ada barisan yang kosong digaris agar tidak diisi belakangan. Singkatan tidak dibolehkan. Bila ada salah pencatatan maka bagian yang salah digaris dan catatan tersebut masih terbaca, kemudian diberikan keterangan disampingnya bahwa catatan tersebut salah/salah menulis rekam medis pasien lain. Pada grafik 4.1 menunjukkan kelengkapan review pencatatan adalah 90.14% dan yang tidak lengkap 9.86%. Kesimpulannya yaitu Tenaga Medis dan Koder telah mewujudkan kelengkapan data pada review pencatatan.

Di rumah sakit didapat 2 jenis RM, yaitu : (a) **Rekam Medis Pasien Rawat Jalan** yang sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan fisik, diagnosis/masalah, tindakan/pengobatan serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien; (b) **Rekam Medis Pasien Rawat Inap** yang sekurang-kurangnya memuat identitas pasien, pemeriksaan, diagnosis/masalah, persetujuan tindakan medis (bila ada), tindakan/pengobatan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam kepustakaan dikatakan bahwa rekam medis memiliki 6 manfaat, yang untuk mudahnya disingkat sebagai ALFRED, yaitu:

1. Administrative value: Rekam medis merupakan rekaman data administratif pelayanan kesehatan.
2. Legal value: Rekam medis dapat dijadikan bahan pembuktian di pengadilan
3. Financial value: Rekam medis dapat dijadikan dasar untuk perincian biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien
4. Research value: Data Rekam Medis dapat dijadikan bahan untuk penelitian dalam lapangan kedokteran, keperawatan dan kesehatan.

5. Education value: Data-data dalam Rekam Medis dapat bahan pengajaran dan pendidikan mahasiswa kedokteran, keperawatan serta tenaga kesehatan lainnya.
6. Documentation value: Rekam medis merupakan sarana untuk penyimpanan berbagai dokumen yang berkaitan dengan kesehatan pasien.

Aspek pengelolaan dokumen rekam medis diantaranya adalah melakukan review kuantitatif dan review kualitatif untuk mewujudkan penyajian data klinis yang tepat dan akurat, sehingga dapat memperlancar proses klaim biaya perawatan, terutama pasien yang menggunakan fasilitas asuransi.

Hasil wawancara dengan petugas rekam medis (K1,K2,K3,K4) dan dokter (D1,D2) dapat diuraikan sebagai berikut:

Pertanyaan:

Apakah dokter sudah melengkapi pengisian data DRM ? Apakah petugas RM sudah melakukan review kuantitatif dan kualitatif

Jawaban:

D1 Sudah melengkapi

D2 Melengkapi

K1 Melakukan tapi tidak tertulis

K2	Melakukan tapi tidak ada format/ceklistnya
K3	Melakukan dan tidak ditulis
K4	Ya, tapi tidak ditulis, karena tidak ada formatnya

Pengetahuan tentang pengisian DRM secara lengkap, 100 % dokter dan petugas RM (koder) telah mengetahui, bahwa manfaatnya antara lain mengetahui riwayat perjalanan penyakit, riwayat operasi terdahulu, mengetahui keberhasilan terapi, sebagai dasar pembiayaan, sebagai tertib administrasi untuk mewujudkan pelayanan yang baik, dan dengan DRM yang lengkap maka akan memudahkan kodefikasi penyakit menjadi tepat dan akurat. Di RSUD Kota Semarang sudah ada SOP tentang kelengkapan pengisian data pada DRM, sudah tersosialisasikan dibuktikan dengan dokter dan petugas RM sudah mengetahui adanya SOP tersebut. Namun dalam pelaksanaan analisis review kuantitatif dan review kualitatif dokumen belum dilakukan secara maksimal. artinya pelaksanaan sudah dilakukan tetapi pendokumentasiannya belum dilakukan karena tidak ada format atau checklist tentang analisis dokumen tersebut.

KESIMPULAN DAN SARAN

a. Kesimpulan

Kelengkapan dokumen rekam medis pasien Jamkesmas kasus *sectio*

cesaria di RSUD Kota sudah baik berdasarkan 4 aspek review analisis kuantitatif yang menunjukkan bahwa kelengkapannya pada 4 aspek tersebut sudah melebihi 90% mendekati angka ideal yang distandartkan yaitu kelengkapan sebesar 100%. Kelengkapan paling tinggi adalah aspek identifikasi pasien.

b. Saran

Masih adanya DRM yang tidak lengkap disarankan untuk diupayakan peran aktif dan kerjasama antara petugas rekam medis dan tenaga medis maupun paramedis terkait pengisian data RM terutama aspek pencatatan, pelaporan dan autentifikasi

DAFTAR PUSTAKA

Gemala Hatta, 2008, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, UI Press, Jakarta

<http://www.enrymazni.com/2011/03/sistem-pembiayaan-dan-pembayaran.html>

Permenkes No 27 tahun 2014 tentang Juknis INA CBGs

[Http://arifknp.wordpress.com/2007/10/06/ina-drg-case-mix-solusi-menuju-pemeraataan-pelayanan-kesehatan/](http://arifknp.wordpress.com/2007/10/06/ina-drg-case-mix-solusi-menuju-pemeraataan-pelayanan-kesehatan/). Diakses tgl 3 Maret 2013

*World Health Organization, ICD-10, 1993,
Volume 1,2dan 3, Geneva*

Dirjen YanMed, Depkes RI, 1997,
Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah
Sakit di Indonesia. DepKes RI, Jakarta

Dirjen YanMed, Depkes RI, 1994,
Pedoman Sistem Pencatatan Rumah Sakit
(Rekam Medis/Medical Record). DepKes RI,
Jakarta

Naga, Mayang Anggraini, 26-30 Mei 2003.
Modul TOT ICD-10 : General Coding. Apikes
Indonusa Esa Unggul & Puskidnakes RI.
Jakarta

Huffmann, K.Edna, Cofer, Jennifer, 1994.
Health Information Management, 10th Ed.,
Physicians Record Company, Illinois .

Kepmenkes 377 – 2007 Standart Profesi
Perekam Medis

Savitri Citra Budi, MPH, 2011, Manajemen
Unit Kerja Rekam Medis, Quantum Sinergis
Media, Jogjakarta

Sabarguna, Boy, S, Dr, dr, MARS, 2004,
Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit,
KONSORSIUM Rumah Sakit Islam Jateng-
DIY