

LEMBAR PENGESAHAN

ARTIKEL ILMIAH

**Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap
Kasus Bedah Pada Tindakan Craniotomy di SMC Telogorejo Semarang
Periode Triwulan I Tahun 2016**

Disusun Oleh :

SETIYATI

D22.2013.01346

Telah diperiksa dan disetujui untuk di *upload* di Sistem Informasi Tugas Akhir

(SIADIN)

Pembimbing

Dyah Ernawati, S. Kep, Ns, M.Kes

Halaman Pengesahan Artikel Ilmiah

**Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap
Kasus Bedah Pada Tindakan Craniotomy di SMC Telogorejo Semarang
Periode Triwulan I Tahun 2016**

**Telah diperiksa dan disetujui untuk di *upload* di
Sistem Informasi Tugas Akhir (SIADIN)**

Pembimbing

Dyah Ernawati, S.Kep, Ns, M.Kes

**Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap
Kasus Bedah Pada Tindakan Craniotomy di SMC Telogorejo Semarang
Periode Triwulan I Tahun 2016**

Setiyati *) , Dyah Ernawati, **)

*) Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

**) Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Email : setiyati74@gmail.com

ABSTRACT

Background: The medical record was one of the standards that must be met in hospital accreditation. Analysis of completeness aims to make medical records are complete and continuous in order to protect the legal interests of patients, doctors, and hospitals. The results of initial survey of 10 documents showed incompleteness in charging. The purpose of this study was determined the description of Quantitative and Qualitative Analysis of Inpatient Surgery Cases of Craniotomy in SMC Telogorejo Semarang, because of incompleteness in the case of surgical craniotomy.

Methods : This type of research was descriptive by observing and collecting data to obtain an objective description. Medical records document that observed were total population of 33 document of inpatient surgical case of craniotomy.

Result: Of the number of documents were examined, 33 documents, the result for the review of identified 88% complete and 12% incomplete, reviews of authentication 86% complete and 14% incomplete, review of recording 86% complete and 14% incomplete, review of reporting 88% and 12% incomplete, review the completeness and consistency of diagnosis 98% complete and 2% incomplete, review the consistency and recording diagnosis 98% complete and 2% incomplete, review the recording time of treatment and care 98% complete and 2% incomplete, review informed consent sheet 96% complete and 4% incomplete, review records and how to practice 98% complete and 2% incomplete, also DMR 88% complete and 12% incomplete.

Conclusion : Researcher advised to minimize the incompleteness of the document needs to be held socialization for nurses and physicians about the importance of the completeness the contents of the document.

Keywords : Quantitative, Qualitative, craniotomy

ABSTRAK

Pendahuluan Rekam medis adalah salah satu standar yang harus dipenuhi dalam akreditasi rumah sakit. Analisa kelengkapan bertujuan untuk

membuat catatan medis yang lengkap dan berkesinambungan untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, dan rumah sakit. Hasil survei awal terhadap 10 dokumen masih terdapat ketidaklengkapan dalam pengisian. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Pasien Rawat Inap Kasus Bedah pada Tindakan Craniotomi di SMC Telogorejo Semarang, dengan alasan masih banyak ketidaklengkapan pada kasus bedah craniotomy.

Metode Jenis penelitian adalah deskriptif dengan cara mengamati dan mengumpulkan data sehingga memperoleh gambaran secara objektif. Dokumen rekam medis yang diobservasi adalah total populasi yaitu 33 dokumen kasus bedah rawat inap pada tindakan craniotomy.

Hasil Dari jumlah dokumen rawat inap yang diteliti, 33 dokumen, didapat hasil untuk review identifikasi 88% lengkap dan 12% tidak lengkap, review autentifikasi 86% lengkap dan 14% tidak lengkap, review pencatatan 86% lengkap dan 14% tidak lengkap, review pelaporan 88% dan 12% tidak lengkap, review kelengkapan dan konsistensi diagnosa 98% lengkap dan 2% tidak lengkap, review konsistensi dan pencatatan diagnosa 98% lengkap dan 2% tidak lengkap, review pencatatan saat pengobatan dan perawatan 98% lengkap dan 2% tidak lengkap, review lembar informed consent 96% lengkap dan 4% tidak lengkap, review pencatatan dan cara praktek 98% lengkap dan 2% tidak lengkap, juga DMR 88% lengkap dan 12% tidak lengkap.

Saran Peneliti menyarankan untuk meminimalkan ketidaklengkapan dokumen perlu diadakan sosialisasi bagi petugas perawat maupun dokter tentang pentingnya kelengkapan isi dokumen.

Kata kunci : Kuantitatif, Kualitatif, Craniotomy

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi yang mengutamakan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu pelayanan rekam medis adalah salah satu standar yang harus dipenuhi dalam akreditasi rumah sakit.^[1] Meneliti kelengkapan data yang seharusnya tercatat didalam formulir rekam medis. Dokumen rekam medis berisi tentang semua informasi identitas dari pasien berobat pertama kali sampai dengan pasien pulang bahkan sampai datang lagi untuk berobat juga tindakan yang diberikan dalam pelayanan dalam pengobatan.^[2]

Penelitian kelengkapan data rekam medis menggunakan analisa kuantitatif dan kualitatif terdiri dari 4 review yaitu review identifikasi, review autentifikasi, review pencatatan, review pelaporan. Analisa kualitatif terdiri dari 6 review yaitu kelengkapan dan konsistensi diagnosa, review konsistensi pengobatan dan perawatan, review adanya catatan *informed consent*, review cara atau praktek

pencatatan, review hal-hal yang menyebabkan ganti rugi. Peneliti fokus pada kasus bedah *Craniotomy* karena peneliti merasa pada kasus tersebut masih sering dijumpai ketidaklengkapan pada kasus *craniotomy* baik dari segi kuantitatif maupun kualitatif oleh karena kelengkapan dokumen rekam medis merupakan salah satu poin penting Berdasarkan pengamatan pada survey awal di SMC Telogorejo Semarang pada bulan maret tahun 2016 dengan mengambil 10 sampel DRM pasien masih terdapat ketidaklengkapan dalam pengisian. Berdasarkan 10 review kuantitatif dan kualitatif yang di lakukan pada review identifikasi 80% tidak lengkap, review autentifikasi 90% tidak lengkap, review pencatatan 90% tidak lengkap, review pelaporan sebanyak 80% tidak lengkap, review kelengkapan dan konsistenan diagnosa 90% tidak lengkap, review konsistenan pencatatan diagnosa 90% tidak lengkap, review pencatatan hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan 80% tidak lengkap, review adanya informed concent 80%, review cara pencatatan 80% tidak lengkap. Untuk itu bila petugas menemukan data yang belum terisi lengkap harus dikembalikan ke ruangan untuk dilengkapi dalam jangka waktu 2 x 24 jam karena ketidaklengkapan data sangat berpengaruh terhadap informasi yang dibutuhkan pasien dalam pelaporan yang dibuat Rumah Sakit. Namun tetap saja didapat dokumen rekam medis yang belum lengkap, disebut bandel karena batas waktu pengembalian lebih dari 2x24 jam.^[6]Dampak dari DRM yang tidak lengkap adalah kelemahan pada aspek hukum, terlambatnya pembuatan laporan dan terlambatnya penagihan asuransi, penegakan diagnosa yang kurang spesifik, penetapan kode menjadi kurang tepat. Tujuan penelitian Untuk mengetahui gambaran Analisa Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Bedah pada Tindakan *Craniotomy* di SMC TELOGOREJO Semarang Triwulan 1 tahun 2016

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan cara mengamati dan mengumpulkan data sehingga memperoleh gambaran secara objektif. Penelitian ini menggunakan metode observasi yaitu data yang dikumpulkan pada waktu tertentu yang bisa

menggambarkan keadaan atau kegiatan. Variabel yang diteliti adalah kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada kasus tindakan kraniotomi untuk 4 review. Definisi operasional merupakan suatu batasan dalam menterjemahkan suatu variable secara lebih operasional dengan menjelaskan bagaimana caranya mendiagnosa dan mengukur suatu variabel. Dengan efinesasi operasional ini sangat membantu peneliti lain yang akan menggunakan variabel yang sama, sehingga mengetahui bagaimana caranya mengukur variable itu

Populasi adalah keseluruhan objek yang diteliti. Populasi yang dimaksud disini adalah jumlah dokumen rekam medis rawat inap dengan kasus bedah pada tindakan kraniotomi di SMC Telogorejo Semarang yaitu ada 33 DRM pada triwulan I tahun 2016, untu kitu yang diteliti dalam penelitian ini adalah total populasi. Dalam penelitian pada kasus bedah dengan tindakan kraniotomi dikarenakan DRM yang ada 33 maka menggunakan total populasi sampel. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah observasi yaitu tehnik pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung keobyek penelitian yaitu dokumen rekam medis pasien rawat inap di bagian filing periode Triwulan I di SMC Telogorejo Semarang 2016. Penelitian ini menggunakan instrument Chek List mengidentifikasi yang lengkap dan tidaklengkap

a. Berkas yang lengkap (L) memakaitanda = $\sqrt{\quad}$

b. Berkas yang tidaklengkap (TL) = -

Metode yang digunakan untuk menganalisa data dalam penelitian ini adalah analisa data diskritrif, yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk menggambarkan keadaan yang sebenarnya atau secara obyektif.

HASIL

Pengambilan data dilakukan secara keseluruhan dengan mengamati dan mengambil seluruh dokumen rekam medis rawat inap pada kasus bedah dengan tindakan kraniotomi mulai tanggal 1 Januari – 31 Maret 2016 di bagian filing unit rekam medis rawat inap SMC Telogorejo Semarang priode triwulan 1 yaitu sebanyak 33 dokumen diteliti semuanya, hasil penelitian tersebut dibuat dalam bentuk tabel

Total Hasil Analisa Kuantitatif Rekam Medis Rawat Inap
 Pasien Kasus Bedah Pada Tindakan Craniotomy di SMC Telogorejo
 Semarang Pada masing- masing formulir
 Periode Triwulan 1 tahun 2016

Formulir Rekam Medis	REVIEW							
	Identifikasi		Autentifikasi		Pencatatan		Pelaporan	
	L	TL	L	TL	L	TL	L	TL
RM 2	33	0	33	0	33	0	32	1
RM 4	32	1	32	1	33	0	32	1
RM 5	32	1	33	0	31	2	33	0
RM 7	32	1	32	1	32	1	33	0
RM 8	32	1	32	1	31	2	32	1
RM 11	31	2	32	1	31	1	31	2
RM 14	32	1	31	2	33	0	33	0
RM 16	33	0	33	0	33	0	33	0
RM 18	33	0	32	1	32	1	32	1

Berdasarkan table diatas dapat dilihat hasil analisa kuantitatif pada dokumen rekam medis rawat inap pada kasus bedah dengan tindakan craniotomy tiwulan 1 tahun 2016 sebagai berikut :

- a. Pada review Identifikasi angka kelengkapan paling tinggi terdapat pada RM2, RM16 dan RM18 yaitu 100% lengkap. Angka kelengkapan paling kecil terdapat RM4, RM5, RM7, RM8, dan RM14
- b. Pada review Autentifikasi angka kelengkapan tertinggi terdapat pada RM2, RM5, RM16 yaitu 100% lengkap. Angka kelengkapan paling kecil terdapat pada RM4, RM7, RM8, RM11 dan RM18

- c. Pada review Pencatatan angka kelengkapan paling tinggi terdapat pada RM2, RM4, RM14 dan RM16 yaitu 100% lengkap. Angka kelengkapan paling kecil terdapat pada RM7, RM11, RM18
- d. Pada review Pelaporan angka kelengkapan paling tinggi terdapat pada RM5, RM7, RM14 dan RM16 yaitu 100% lengkap. Angka kelengkapan paling kecil terdapat pada RM2, RM4, RM8 dan RM18

Hasil Analisa Kualitatif
 Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien Kasus Bedah Pada
 Tindakan Craniotomi
 Di SMC Telogorejo Semarang Periode Triwulan 1 tahun 2016

No	Review	L	TL
1	Review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa	32	1
2	Review kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan diagnosa	32	1
3	Review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan	32	1
4	Review adanya informed consent	31	2
5	Review cara praktek atau pencatatan	32	1
6	Review hal-hal yang berpotensi penyebab tuntutan ganti rugi	33	0

Berdasarkan table diatas dapat disimpulkan dari hasil analisa kualitatif pada dokumen rekam medis rawat inap pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy triwulan 1 tahun 2016 adalah :

- a. Angka kelengkapan tertinggi terdapat pada analisa review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa yaitu sebesar 32 dokumen
- b. Angka kelengkapan tertinggi terdapat pada analisa review kelengkapan kekonsistenan dan pencatatan diagnosa yaitu sebesar 32 dokumen
- c. Angka kelengkapan tertinggi terdapat pada analisa review kelengkapan pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan yaitu sebesar 32 dokumen
- d. Angka kelengkapan tertinggi terdapat pada analisa review kelengkapan praktek dan cara pencatatan yaitu sebesar 32 dokumen
- e. Angka kelengkapan tertinggi terdapat pada analisa review kelengkapan hal-hal yang berpotensi penyebab tuntutan ganti rugi yaitu sebesar 32 dokumen
- f. Angka kelengkapan terendah terdapat pada analisa review kelengkapan lembar informed consent yaitu sebesar 31 dokumen

DMR (Delinquent Medical Record)

Dari hasil analisa kuantitatif dan kualitatif diatas dapat disimpulkan bahwa dari hasil 33 dokumen rekam medis yang diteliti terdapat 27 dokumen yang lengkap dan 6 dokumen yang tidak lengkap, dan perhitungan tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy dengan rumus DMR adalah sebagai berikut :

$$\text{DMR} = \frac{\text{Jumlah rekam medis tidak lengkap}}{\text{Jumlah dokumen yang diteliti}} \times 100\%$$

$$= \frac{6}{33} \times 100\%$$

$$\text{DMR} = 18 \%$$

Dari hasil perhitungan diatas maka dapat disimpulkan bahwa presentase dokumen rekam medis yang bandel sebesar 18%. Dengan hasil tersebut menunjukkan tingkat kelengkapan dokumen dalam pengisian dokumen rekam medis sudah baik.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil akhir analisa dan pembahasan kelengkapan dokumen rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 ini , maka dapat diambil kesimpulan bahwa berdasarkan review identifikasi, review autentifikasi, review pencatatan, review pelaporan, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kekonsistenan dan pencatatan diagnose, pencatatan hal-hal saat dalam perawatan dan pengobatan, review lembar informed consent, cara praktek atau pencatatan dan hal yang berpotensi penyebab ganti rugi dari 33 DRM yang diteliti terdapat 27 (88%) dokumen rekam medis yang lengkap dan 6 (12%) dokumen yang tidak lengkap

Saran

1. Dari hasil penelitian tersebut diatas, terdapat beberapa saran yang diajukan kepada atasa demi kelancaran pelayanan rekam medis.
2. Memberikan sosialisasi pada petugas medis (dokter, perawat) tentang pentingnya arti pengisian dokumen rekam medis rawat inap.
3. Komite rekam medis mengadakan sosialisasi pada dokter untuk melengkapi pengisian secara lengkap dan benar bila melakukan tindakan dan sesudah tindakan.
4. Adanya Protap sebagai standar dan acuan pengisian ketidaklengkapan berikut dengan tata cara petunjuk pengisiannya.
5. Hendaknya petugas medis selalu meneliti ulang pada tiap formulir yang telah selesai digunakan dokter dari setiap kunjungan ke pasien pada saat itu juga, karena untuk mencegah ketidaklengkapan formulir, dan begitu juga perawat yang mengikuti juga harus teliti pada formulir yang perlu adanya pengisian agar supaya tak lupa tanda tangan dan nama terang

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi I. Jakarta.1997
2. Shofari, Bambang. Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan, DIII, Univ. Dian Nuswantoro, Semarang. (tidak dipublikasikan)
3. Huffman, E.K. *Health Information Manajemen*. 1999 (Terjemahan)
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis
5. Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Standar Pelayanan Rumah Sakit, Jakarta 1996.
6. Buku kasus bedah kalangan RS sendiri
7. Huffman. EK, *Health Information Management*, Physician Record Company, Berwyn, Illinois, 1994.
8. Gibony, *Principies of Hospital Administration* Edisi 2, Jakarta 1963
9. SOP SMC Telogorejo
10. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Permenkes no. 290/MENKES/Per/III/2008.
11. Departemen Kesehatan Pedoman Penyelenggaraan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit. Depkes. Jakarta.2006.
12. Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Standar Pelayanan Rumah Sakit, Jakarta 1996.
13. Surat Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medik No.78 tahun 1991 tentang *Penyelenggaraan Rekam Medis*.
14. Shofari, Bambang, dr. MMR. *Quality Assurance Medical Record*. Jawa Tengah. Semarang. 2014
15. Unit Rekam Medis SMC Telogorejo Semarang Buku Pedoman Penyelenggaraa Rekam Medis
16. Wijaya, Lily *Health Record Management Assembling Record Quantitative and Qualitatif*, Jakarta 1999

