

ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP KASUS BEDAH PADA TINDAKAN HERNIORAPHY DI RSUD TUGUREJO SEMARANG PADA TRIWULAN I TAHUN 2014

ATIKA RIZKY RAHMAWATI

Abstract

The medical record documents could be used as a measure of the quality of hospital service. Where quality of service is determined by the analysis of quantitative and qualitative approaches to DRM the Quality Assurance. The purpose of this research was to determine completeness of the description of contents medical records document of inpatients of hernioraphy surgical operation cases in Tugurejo hospital Semarang.

This research is descriptive, observational methods used by the retrospective approach. Population DRM Patients examined inpatient of hernioraphy surgical operation cases in Tugurejo hospital Semarang, the total population is equal to the total sample of 51 medical record documents hernioraphy surgical operation cases. The instrument used is a check list of researchers. Data that obtained were processed, then analyzed descriptive.

Based on observations in patients of medical record documents, obtained by review qualitative analysis and quantitative. The quantitative analysis of 4 reviews on each form of medical record documents inpatient surgical cases hernioraphy action the first quarter of 2014, the highest incompleteness contained in RM 7 (medical management plan) is 5 DRM (10%) complete and 46 DRM (90%) is not complete. Delinquent medical record (DMR) contents medical record documents of 43 (94%). Results of the qualitative analysis of the final total 29 (57%) consistent / accurate and 22 (43%) incomplete / inconsistent.

Conclusions of this study is RSUD Tugurejo Semarang is services not good enough. Because the results of analysis qualitative and quantitative of hernioraphy surgical operation cases much in charging incomplete medical records. We recommend give outreach to physicians, nurses, paramedics, and medical recorder on the importance of the completeness of the medical record documents that raised awareness and discipline of officers are responsible in complementing medical record documents, so that all items of medical record documents filled with complete and accurate.

Key words : complete medical record documents hernioraphy, analysis kualitatif dan kuantitatif

PENDAHULUAN

Menurut Huffman Ek, 1992 rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana dan bagaimana pelayanan yang diberikan

kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya serta memuat informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien, membenarkan

diagnosa dan pengobatan serta merekam hasilnya.

Analisa kelengkapan dokumen rekam medis sangatlah diperlukan. Hal ini dimaksudkan untuk hal-hal yang kurang dalam pencatatan sesuai dengan analisis kelengkapan data Dokumen Rekam Medis karena pentingnya dokumen dalam memberikan informasi yang berkesinambungan. Analisa kelengkapan ini juga bertujuan untuk membuat catatan medis yang lengkap dan berkesinambungan untuk melindungi kepentingan hukum pasien, dokter, dan rumah sakit.

Pentingnya kelengkapan data rekam medis sebagai dokumen rekam medis apabila terjadi kasus gugatan dari pasien, maka Rekam Medis pasien harus lengkap sehingga dapat membantu dokter maupun tenaga kesehatan lain sebagai bukti pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit. Oleh sebab itu perlu dilakukan analisa kualitatif dan kuantitatif dari kelengkapan pengisian data rekam medis rawat inap pasien. Rekam medis juga dirancang agar memberi informasi sehingga dengan adanya sumber informasi dan media komunikasi memberi kemudahan dalam memberi pelayanan petugas kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Agar dokumen rekam medis berkesinambungan maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi selengkap-lengkapannya dan juga dijadikan sebagai alat bukti hukum apabila dibutuhkan. Maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi sebaik mungkin dan selengkap mungkin untuk kesinambungan informasi dan sebagai salah satu syarat dalam akreditasi rumah sakit.^[4]

Penelitian kelengkapan data rekam medis menggunakan analisa kuantitatif dan kualitatif terdiri dari 4 review yaitu review identifikasi, review

otentifikasi, review pencatatan, review pelaporan. Analisa Kualitatif terdiri dari 6 review yaitu kelengkapan dan kekonsistenan diagnose, review kekonsistenan pencatatan, review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pengobatan dan perawatan, review adanya catatan informed consent, review cara atau praktek pencatatan, review hal-hal yang menyebabkan ganti rugi. Berdasarkan laporan 10 besar kasus penyakit dengan tindakan di RSUD Tugurejo Semarang diketahui bahwa kasus penyakit dengan tindakan hernioraphy menjadi salah satu penyakit dengan tindakan terbesar di rumah sakit. Kelengkapan pengisian formulir Rekam Medis Rawat Inap Kasus Bedah pada Tindakan Hernioraphy termasuk dalam 10 besar penyakit dengan tindakan. Dari survei awal yang telah dilakukan pada bulan Maret 2014 mengambil 10 sampel DRM pasien di RSUD Tugurejo Semarang masih terdapat ketidaklengkapan dalam pengisian DRM sebesar 60% dan 40% DRM terisi lengkap. Ketidaklengkapan terdapat pada formulir RM 1, anamnesa, diagnosa, catatan terintegrasi pasien, resume keperawatan, resume pasien pulang, pemeriksaan penunjang, tanda tangan dan nama dokter dalam pengisiannya sehingga sangat berpengaruh terhadap informasi yang di butuhkan pasien dalam pelaporan yang dibuat oleh Rumah Sakit. Agar rekam medis terisi dengan baik dan sesuai dengan keakuratan data, perlu adanya kebijakan dari instansi rumah sakit yang bersangkutan tentang kewenangan pengisian data rekam medis pasien agar data pasien terisi lengkap oleh tenaga kesehatan yang bersangkutan.

Ketidaklengkapan dalam pengisian DRM dapat disebabkan oleh beberapa faktor baik faktor internal maupun faktor eksternal. Ketidaklengkapan dalam proses pengisian RM dapat menyebabkan turunnya mutu di RSUD Tugurejo

Semarang dan akan masalah apabila nantinya DRM tersebut dibawa pada masalah hukum karena DRM yang tidak lengkap dapat menyebabkan ketidakvalitan data saat dibawa ke meja hukum.

TUJUAN PENELITIAN

Untuk mengetahui gambaran Analisa Kualitatif Dan Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Bedah pada Tindakan Hernioraphy di RSUD Tugurejo Semarang.

Tujuan Khusus

- a. Mengetahui ketidaklengkapan review identitas pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien
- b. Mengetahui ketidaklengkapan review autentifikasi pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien
- c. Mengetahui ketidaklengkapan review pencatatan pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien
- d. Mengetahui ketidaklengkapan review pelaporan pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien
- e. Mengetahui tingkat kelengkapan & pencatatan kekonsistensian diagnosa
- f. Mengetahui Pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan dan pengobatan
- g. Mengetahui adanya *informed consent* pada dokumen rekam medis rawat inap
- h. Menghitung tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap

METODE PENELITIAN

Metode penelitian menggunakan metode observasi dengan mengamati secara langsung terhadap sumber

penelitian dengan review analisa kualitatif dan kuantitatif.

JENIS PENELITIAN DAN PERANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang menggambarkan kejadian nyata / ada adanya sesuai hasil yang diamati. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode observasi dengan mengamati secara langsung terhadap sumber penelitian dengan rancangan penelitian *cross-sectional*. Setelah data dianalisa akan diolah dengan melakukan review analisa kualitatif dan kuantitatif untuk mengetahui kelengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis pasien.

Populasi Dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah 51 DRM Pasien Rawat Inap Pada Kasus Bedah Tindakan Hernioraphy Triwulan 1 Tahun 2014 dan sampel yang diambil sama jumlahnya dengan populasi sebanyak 51 DRM Rawat Inap kasus bedah tindakan hernioraphy di bagian filing.

Analisis data

Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif dengan menguraikan hasil penelitian dengan menganalisa hasil penelitian dan dari hasil tersebut dapat disimpulkan tanpa di lakukan uji statistik.

PEMBAHASAN

A. Analisa kuantitatif

Ketidaklengkapan banyak pada review identifikasi terdapat pada RM 6 yaitu ketidaklengkapan pada pengisian no. rm, umur dan ruang sedangkan yang lengkap pada review identifikasi

yaitu RM 1 , RM 9, RM 10.2 dan RM 3 sebesar 51 (100%).

Ketidaklengkapan banyak pada review pelaporan terdapat pada RM 7 menunjukkan 5 lengkap (10%) dan 46 belum lengkap (90%) sedangkan yang lengkap yaitu RM 9 dan 10.2 menunjukkan 51 (100%) lengkap dan 0 (0%) lengkap semua.

Ketidaklengkapan banyak pada review pencatatan terdapat pada RM 7 yaitu menunjukkan 8 lengkap (16%) dan 43 belum lengkap pencatatannya (84%).

Ketidaklengkapan banyak pada review autentifikasi terdapat pada RM 7 dan Rm 3 menunjukkan 13 lengkap (25%) dan 38 belum lengkap (75%) ketidaklengkapan pada item nama dan tanda tangan dokter.

B. Analisa kualitatif

1. Hasil analisa kualitatif DRM rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada review kelengkapan dan pencatatan kekonsistensian diagnosa, perawatan dan pengobatan yaitu 37 DRM (73%) lengkap dan 14 DRM (27%) tidak lengkap/tidak konsisten dalam pencatatan diagnosa.
2. Hasil penelitian untuk review pencatatan dari 51 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, untuk review pencatatan menunjukkan 47 (92%) lengkap dan konsisten dan 4 (8%) ketidaklengkapan pencatatan.
3. Hasil penelitian review informed consent dari 51 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, untuk review informed consent menunjukkan 47

(92%) lengkap dan 4 (8%) tidak lengkap karena tidak terdapat tanda tangan pasien dan dokter pemberi informasi.

C. *Delinquent medical record*

Hasil *Deliquent Medical Record* (DMR) sebanyak 48 DRM (94%) tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah pada tindakan hernioraphy masih banyak tingkat kebandelannya.

SIMPULAN

Dari hasil pengamatan dan pembahasan mengenai analisa ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah pada tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014 dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut :

1. Untuk review identifikasi dari 51 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, didapatkan 31 DRM (61%) lengkap dan 20 DRM (39%) tidak lengkap. Ketidaklengkapan terdapat pada item no.rm, umur, dan ruang.
2. Untuk review pelaporan dari 51 dokumen yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, ketidaklengkapan paling banyak terdapat pada RM 7 yang menunjukkan 5 lengkap (10%) dan 46 tidak lengkap (90%). Ketidaklengkapan pada item diagnosa, rencana pengobatan, rencana lama rawat, tujuan akhir pengobatan dan perawatan.
3. Untuk review pencatatan dari 51 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat

- inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, didapatkan 6 DRM (12%) baik dan 45 DRM (88%) tidak baik. Pencatatan yang tidak baik banyak terdapat pada RM 7 yang menunjukkan 8 DRM (16%) baik dan 43 belum lengkap pencatatannya (84%) tidak baik karena formulir tidak terisi atau kosong.
4. Untuk review autentifikasi dari 51 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, didapatkan 2 DRM (4%) lengkap dan 49 DRM (96%) belum lengkap. Ketidaklengkapan banyak terdapat pada review autentifikasi yaitu RM 7 menunjukkan 13 lengkap (25%) dan 38 belum lengkap (75%) ketidaklengkapan pada item nama dan tanda tangan dokter.
 5. Untuk review hasil penelitian untuk review konsistensi pencatatan diagnosa dari 51 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, didapatkan 37 DRM (73%) konsisten dan 14 DRM (27%) tidak konsisten. Inkonsistensi diagnosa ini disebabkan diagnosa masuk tidak terisi.
 6. Hasil penelitian review informed consent dari 51 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, untuk review informed consent menunjukkan 47 (92%) lengkap dan 4 (8%) tidak lengkap karena tidak terdapat tanda tangan pasien dan dokter pemberi informasi.
 7. Untuk review hasil penelitian untuk review pencatatan dari 51 dokumen rekam medis yang diteliti pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah tindakan hernioraphy periode triwulan I tahun 2014, untuk review pencatatan menunjukkan 47 (92%) konsisten dan 4 (8%) tidak konsisten karena tidak ada pencatatan pada formulirnya atau formulir kosong.
 8. Hasil *Deliquent Medical Record* (DMR) sebanyak 48 DRM (94%) tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah pada tindakan hernioraphy masih banyak tingkat kebandelannya.

SARAN

1. Sebaiknya memberikan sosialisasi kepada para dokter, perawat, tenaga paramedis, dan perekam medis mengenai pentingnya kelengkapan dokumen rekam medis supaya timbul peningkatan kesadaran dan kedisiplinan petugas yang bertanggung jawab dalam pengisian dokumen rekam medis, sehingga semua item dokumen rekam medis terisi dengan lengkap dan akurat.
2. Sebaiknya direksi selalu mengingatkan kepada dokter / perawat tentang pentingnya pengisian DRM pada acara rapat-rapat rutin.
3. Perlu adanya ketegasan dari direksi bagi para dokter / perawat yang melanggar ketentuan tentang kelengkapan pengisian DRM.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI Dirjen Pelayanan Medis, *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rekam Medis Rumah Sakit*. Jakarta 1993;4-109
- Shofari, Bambang. *DASAR-DASAR PELAYANAN REKAM MEDIS, PSRM I*. Semarang;2008.(tidak dipublikasikan)

<http://pratamoe.blogspot.com/2012/01/menurut-huffman-ek-1992-definisi-rekam.html>

Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi I. Jakarta. 1997.

Gibony. *Principles of Hospital Administration*. Edisi 2, Jakarta 1983

Shofari, Bambang. *REKAM MEDIS di PELAYANAN KESEHATAN, PSRM II*. Semarang;2008.(tidak dipublikasikan)

Shofari, Bambang. dr. MMR. *Modul Dasar – Dasar Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan*. DIII RMIK, Universitas Dian Nuswantoro. Semarang.2008 (TidakDipublikasikan).

Murti, Bhisma. *Desain dan Ukuran Sampel Untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Gadjah Mada Universitas. Yogyakarta, 2006

Shofari, Bambang. *Modul Quality Assurance Rekam Medis. Fakultas kesehatan*. Universitas Dian Nuswantoro. Semarang 2008

RSUD Tugurejo Semarang. *“Prosedur Tetap Pelaksanaan Kegiatan di Instalasi Rekam Medis”*. Semarang.2012

<http://www.e-jurnal.com/2013/04/pengertian-hernia.html>

<http://www.e-jurnal.com/2013/04/penyebab-hernia.html>

<http://www.e-jurnal.com/2013/04/pengobatan-hernia.html>

<http://sumberilmu.blogspot.com/2012/10/askep-hernia-3017.html>

Notoatmodjo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Rineka Cipta

Huffman, E. K. *Health Information Management*. 1999 (terjemahan)

Wijaya, Lily. *Health Record Management, Assembling Record, Quantitatif And Kualitatif*. Jakarta.1999