

ANALISIS KUANTITATIF DAN KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP PADA KASUS PENYAKIT DEMAM TIFOID DAN PARATIFOID TRIWULAN I PERIODE 2014 DI RUMAH SAKIT PANTI WILASA DR. CIPTO SEMARANG

Nugrahaning Pundi Astanti

ABSTRACT

Complete and correct medical records will make it easier for hospitals in providing information and can be used as evidentiary material lawsuits, while incomplete medical records would hinder the provision of information. Quantitative and qualitative analysis of medical records of documents is necessary, it's intended to find the missing document in some records. Not the case at Panti Wilasa Dr Cipto Hospital, researchers still found the presence of incomplete hospitalization documents. Thus the writer is interested in analyzing quantitative and qualitative of DRM hospitalization which disease case are typhoid and paratyphoid fever.

This type of research is a descriptive study with the method of observation and cross-sectional approach. Total population of this research is 548 DRM while withdrawn only 85 samples using simple random sampling method.

Based on the results of a study of 85 samples based on ten quantitative and qualitative reviews indicates that the incomplete identification review reached 26%, incomplete authentication review reached 33% , incomplete record review reached 18%, incomplete report review reached 25%, completeness review and consistency diagnosis showed 11% incomplete, review of diagnoses records in consistency reached 34%, review of to do list on caring and medication reached 16% incomplete, review the existence of informed consent is not 35% complete, review of recording ways 42% was not complete, review the things that potentially leading to compensation was 41% incomplete.

Seeing the results of the incompleteness of the highest on the review of the way the recording. The authors advise the need for awareness and discipline among officers and attending physicians to be more responsible for in charge in documents hospitalization.

Keywords :Quality Assurance, quantitative and qualitative analysis, filling
Bibliography : 15 (1991-2013)

PENDAHULUAN

Berdasarkan Permenkes No.269 tahun 2009 menyatakan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Jadi berkas rekam medis wajib dijaga kerahasiannya.

Rumah sakit merupakan salah satu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan harus mengutamakan pelayanan yang berorientasi pada peningkatan mutu kesehatan pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.

Rekam medis yang lengkap dan benar akan memudahkan informasi bagi

pihak rumah sakit. Rekam medis yang lengkap dan akurat dapat digunakan sebagai bahan pembuktian perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan, menunjang informasi untuk *Quality Assurance* serta dapat digunakan sebagai alat analisa terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Sedangkan rekam medis yang tidak lengkap akan menghambat penyediaan informasi.

Pengisian dokumen rekam medis di rumah sakit dilakukan oleh dokter dan perawat mengenai hasil kegiatan medis yang dilakukan namun karena kesibukan dokter dan perawat dokumen rekam medis tidak diisi dengan lengkap karena hal ini

bisa mengakibatkan informasi yang tidak akurat. Analisis kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis sangat diperlukan, hal ini dimaksud untuk menemukan dokumen yang kurang lengkap dalam pencatatan. Di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang peneliti masih menjumpai dokumen rekam medis yang bandel kenapa disebut dokumen bandel karena waktu pengembalian dokumen melebihi waktu pengembalian. Padahal hal tersebut sangat berpengaruh pada mutu pelayanan di rumah sakit dan dokumen rekam medis belum bisa digunakan sebagai alat bukti hukum bila terjadi tindakan malpratik.

TUJUAN PENELITIAN

Setelah melakukan penelitian tersebut diharapkan peneliti dapat menganalisis kuantitatif dan kualitatif tingkat ketidaklengkapan pada pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.

Tujuan Khusus

- a. Mengetahui ketidaklengkapan review identifikasi dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid

triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.

- b. Mengetahui ketidaklengkapan review pencatatan dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.
- c. Mengetahui ketidaklengkapan review pelaporan dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid

triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit
Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.

- d. Mengetahui ketidaklengkapan review autentifikasi dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.
- e. Mengetahui ketidaklengkapan review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.
- f. Mengetahui ketidaklengkapan review kekonsistensian pencatatan dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.
- g. Mengetahui ketidaklengkapan review pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun

2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa
dr.Cipto Semarang.

- h. Mengetahui ketidaklengkapan review adanya *informed consent* yang harus ada dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.
- i. Mengetahui ketidaklengkapan review cara atau praktek pencatatan dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.
- j. Mengetahui ketidaklengkapan review hal-hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.
- k. Mengetahui tingkat kebandelan (DMR) pada Dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit tifoid dan paratifoid triwulan I tahun 2014 di Rumah Sakit Panti Wilasa dr.Cipto Semarang.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yaitu mendeskripsikan objek berdasarkan fakta. Metode pengambilan data yang digunakan yaitu dengan cara observasi untuk pendekatan yang diambil adalah *cross sectional* yakni mengambil data secara langsung pada saat penelitian.

POPULASI DAN SAMPEL

Populasi penelitian adalah Dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit Tifoid dan paratifoid di rumah sakit panti wilasa dr.cipto sejumlah 548 dokumen tahun 2014

Sampel yang diambil adalah menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu setiap anggota dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sample. Sehingga banyaknya sampel dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit penyakit tifoid dan paratifoid

triwulan I tahun 2014 adalah 85 dokumen rekam medis.

PEMBAHASAN

1. Kuantitatif

a. Review identifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review identitas dari 85 sampel dokumen rekam medis rawat inap memperoleh hasil prosentase tertinggi pada formulir RM 14 yaitu sebanyak 22 (26%) dokumen tidak lengkap dan dokumen yang lengkap sebanyak 63 (74%). Ketidaklengkapan pengisian nomor rekam medis, nama, umur, ruang dan dokter . Untuk kelengkapan pada review identitas ini minimal setiap berkas mempunyai nomor rekam medis dan nama pasien untuk menghindarkan dari kehilangan atau terjatuhnya salah satu dari formulir tersebut.

b. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 85 sampel dokumen rekam medis rawat inap memperoleh hasil prosentase tertinggi pada formulir RM 9 yaitu sebanyak 28 (33%) dokumen tidak lengkap dan dokumen yang lengkap 57 (67%). Ketidaklengkapan meliputi nama terang petugas tidak ada, tanda tangan tidak ada dan tanggal tidak di cantumkan. Jika tidak adanya tanda tangan, nama terang petugas dan tanggal maka akan tidak diketahuinya siapa dokter atau petugas yang bertanggung jawab atas kondisi pasien jika terjadi hal yang tidak di inginkan.

c. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 85 sampel dokumen rekam medis rawat inap memperoleh hasil prosentase tertinggi pada formulir ringkasan

penyakit penderita yaitu sebanyak 15 (18%) dokumen tidak baik dan dokumen yang baik 70 (82%). Ketidaklengkapan meliputi semua butir formulir tidak terisi lengkap. Kelengkapan pencatatan sangat penting supaya pencatatan tersebut dapat berkesinambungan dengan informasi terhadap pasien.

d. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 85 sampel dokumen rekam medis rawat inap memperoleh hasil prosentase tertinggi pada formulir RM 9 yaitu sebanyak 20 (24%) dokumen tidak lengkap dan dokumen yang lengkap 65 (76%). Ketidaklengkapan meliputi diagnosa medis, pasien masuk, masa keperawatan, pasien pulang tidak terisi lengkap. Padahal apabila pelaporan terjadi resume keperawatan tidak lengkap akan mengakibatkan pemasalahan hukum dalam malpraktek karena tidak

difungsikannya resume keperawatan.

2. Kualitatif

a. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk analisis kualitatif review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa menunjukkan 76 (89%) lengkap dan 9 (11%) belum lengkap. Kelengkapan dan kekonsistensian sangatlah penting untuk melihat apakah kondisi saat pasien masuk sampai masa perawatan mendapat hasil sama tau tidak. Adanya hubungan antara data dalam rekam medis dengan informasi tentang kondisi pasien sangatlah penting. Kondisi diagnosa bisa dilihat dari diagnosa saat masuk, diagnosa tambahan, hasil PA, *clinical* diagnosis, diagnosis akhir, diagnosis utama dan diagnosa kedua.

b. Review kekonsistensian pencatatan diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk analisis kualitatif review kekonsistensian pencatatan diagnosa menunjukkan 56 (66%) lengkap dan 29 (34%) belum lengkap. Kekonsistensian merupakan kecocokan antara satu bagian dengan bagian lain dan seluruh bagian. Contohnya bisa dilihat dari hasil diagnosa yaitu dari awal sampai dengan akhir harus konsisten pencatatannya, pencatatan harus mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien, hasil operasi, hasil pemeriksaan PA, hasil pemeriksaan diagnosa lainnya dan surat pernyataan tindakan harus konsisten. Tiga hal komponen terdiri dari catatan perkembangan, instruksi dokter, catatan obat.

c. Review pencatatan hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk analisis kualitatif review pencatatan hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan menunjukkan 71 (84%) lengkap dan 14 (16%) belum lengkap. Pencatatan saat perawatan dan pengobatan ini menjelaskan kondisi pasien selama dirawat, harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Contohnya hasil tes normal, pasien dalam keadaan baik, pasien tahu diberi penjelasan dan petunjuk. Semua hal di atas harus ada catatan yang melihat kondisi tersebut.

d. Review adanya *informed consent*

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk analisis kualitatif review adanya *informed consent* yang seharusnya ada menunjukkan 55 (65%) lengkap dan 30 (35%) belum lengkap. Surat pernyataan dari pasien untuk suatu pengobatan harus digambarkan secara hati-hati

dan dokter harus didorong tidak hanya sekedar memenuhi peraturan seperti menjelaskan efek samping obat yang mungkin timbul serta dapat menjelaskan apa saja yang dapat terjadi dengan kondisi pasien. Jika perlu ditambahkan dalam surat pernyataan serta *Informed consent* juga diberikan bila ada tindakan medis khusus yang memerlukan alternatif lain dan jelaskan secara tertulis. Alternatif yang diambil ditandatangani pasien atau keluarga.

e. Review cara pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk analisis kualitatif review cara pencatatan menunjukkan 49 (58%) lengkap dan 36 (42%) belum lengkap. Review ini harus menjelaskan tentang waktu pencatatan harus ada, dapat terbacanya masukan informasi berupa abjad dan angka yang ditulis dalam dokumen. Tinta yang digunakan harus tahan lama dan

tinta harus berwarna biru atau hitam dalam penulisan, khusus untuk suhu, nadi, pernafasan (grafik) boleh menggunakan warna merah atau hijau. penulisan harus dilakukan dengan hati-hati dan lengkap. Jika ada yang menggunakan singkatan umum harus dapat dibaca, jelas, terang serta tidak diperbolehkan menulis komentar atau hal-hal yang ada kaitan dengan pengobatan pasien.

f. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk analisis kualitatif review hal-hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi menunjukkan 50 (59%) lengkap dan 35 (41%) belum lengkap. Rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan tuntutan kepada institusi pelayanan kesehatan atau pemberi pelayanan

sendiri, baik oleh pasien maupun oleh pihak ketiga.

3. DMR

Dari hasil kuantitatif dan kualitatif dokumen rawat inap pasien penyakit tifoid dan paratifoid dari 85 dokumen yang diteliti terdapat 63 dokumen yang belum lengkap sehingga ditemukan DMR sebesar 74% . Hal ini menunjukkan pengisian pada dokumen rekam medis rawat inap penyakit tifoid dan paratifoid masih banyak tingkat kebandelannya ini disebabkan karena minimnya pengetahuan petugas akan arti penting dari kelengkapan pengisian dokumen rekam medis.

SIMPULAN

1. Kuantitatif

a. Review Identitas

Dari 85 dokumen rekam medis rawat inap penyakit tifoid dan paratifoid yang diteliti terdapat angka ketidaklengkapan pengisian berkas paling tinggi terdapat pada formulir RM 14 yaitu sebanyak 22

(26%) dokumen tidak lengkap dan dokumen yang lengkap sebanyak 63 (74%).

b. Review Autentifikasi

Dari 85 dokumen rekam medis rawat inap penyakit tifoid dan paratifoid yang diteliti terdapat angka ketidaklengkapan pengisian berkas paling tinggi terdapat pada formulir RM 9 yaitu sebanyak 28 (33%) dokumen tidak lengkap dan dokumen yang lengkap 57 (67%).

c. Review Pencatatan

Dari 85 dokumen rekam medis rawat inap penyakit tifoid dan paratifoid yang diteliti terdapat angka ketidaklengkapan pengisian berkas paling tinggi terdapat pada formulir ringkasan penyakit penderita yaitu sebanyak 15 (18%) dokumen tidak baik dan dokumen yang baik 70 (82%)

d. Review Pelaporan

Dari 85 dokumen rekam medis rawat inap penyakit tifoid dan paratifoid yang diteliti terdapat

angka ketidaklengkapan pengisian berkas paling tinggi terdapat pada RM 9 yaitu sebanyak 20 (24%) dokumen tidak lengkap dan dokumen yang lengkap 65 (76%).

e. Analisis kuantitatif pada masing-masing formulir

Dari hasil analisis kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap penyakit tifoid dan paratifoid yang diteliti terdapat angka ketidaklengkapan pengisian berkas paling tinggi terdapat pada RM 5 yaitu sebanyak 36 (42%) dokumen tidak lengkap dan dokumen yang lengkap 49 (58%).

2. Kualitatif

a. Review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa

Hasil kualitatif untuk review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa menunjukkan 76 (89%) lengkap dan 9 (11%) belum lengkap.

b. Review kekonsistensian pencatatan diagnosa

Hasil kualitatif untuk review kekonsistensian pencatatan diagnosa menunjukkan 56 (66%) lengkap dan 29 (34%) belum lengkap.

- c. Review pencatatan hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Hasil kualitatif untuk review pencatatan hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan menunjukkan 71 (84%) lengkap dan 14 (16%) belum lengkap.

- d. Review adanya informed consent

Hasil kualitatif untuk review adanya informed consent yang seharusnya ada menunjukkan 55 (65%) lengkap dan 30 (35%) belum lengkap. Review cara pencatatan.

- e. Review cara pencatatan

Hasil kualitatif untuk review cara pencatatan menunjukkan 49 (58%) lengkap dan 36 (42%) belum lengkap.

- f. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi

Hasil kualitatif untuk review hal-hal yang berpotensi menyebabkan ganti rugi menunjukkan 50 (59%) lengkap dan 35 (41%) belum lengkap.

3. DMR

Dari 85 dokumen rekam medis rawat inap penyakit tifoid dan paratifoid yang diteliti di dapatkan hasil DMR dari analisis kuantitatif dan kualitatif dengan hasil 63 dokumen yang belum lengkap sehingga ditemukan DMR sebesar 74%.

SARAN

1. Perlu adanya kesadaran dan kedisiplinan antara petugas dan dokter yang bertugas untuk lebih bertanggung jawab atas pengisian dokumen rawat inap.
2. Kepala Direksi memberikan surat teguran atau sanksi kepada pihak yang kurang peduli terhadap kelengkapan pengisian dokumen rawat inap, apabila tidak dapat melakukan pengisian

- dokumen rekam medis rawat inap secara lengkap
3. Meningkatkan kualitas SDM dengan secara bertahap memberikan sosialisasi atau seminar terhadap petugas pencatat data dokumen rawat inap akan arti pentingnya kelengkapan pengisian dokumen .
 4. Sebaiknya petugas assembling meneliti terlebih dahulu sewaktu dokumen rawat inap dikembalikan sehingga jika ada dokumen yang tidak lengkap langsung dikembalikan kepetugas pencatat data.
 5. Sebaiknya di masing-masing bangsal diberikan protap tentang kelengkapan dokumen rekam medis dengan hal ini para petugas pencatat data rawat inap akan bisa lebih sadar akan kepentingan kelengkapan dokumen.

DAFTAR PUSTAKA

Tim Redaksi Nuansa Aulia.Himpunan Peraturan Perundang-undangan Tentang Kesehatan. Bandung, 2009.

www.repository.ui.ac.id

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Permenkes Republik Indonesia

No.749/a/Menkes/SK/PER/XII/1989 Tentang Rekam Medis. Jakarta, 1991

Huffman.E.K, Health Information Management. 1999

Shofari Bambang. PSRM II. Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan. 2008

Nonosun.word press.com

Poernomo. Peningkatan Mutu Pelayanan Medis Rumah Sakit Secara Menyeluruh, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1993

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jendral Pelayanan Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi I. Jakarta, 1997

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jendral Pelayanan Medis. Petunjuk Tehnik Penyelenggara Rekam

Medis/ Medical Record Rumah

Sakit. Jakarta, 1993

kamuskeehatan.com

Instalasi Rekam Medis “Dr Cipto”

YAKKUM. *Buku Pedoman*

Penyelenggaraan Rekam Medis:

Semarang. 2010

<http://yuniathik.wordpress.com/2013/03/23/analisis-kualitatif-dokumen-rekam-medis/>

Widjaja. L , Health Record Management, Asembling Record, Quantitative and Qualitative Analisis , Jakarta, 1999.

Huffman, EK, Health Information Management Physicans Record Company. Beryn, Illioni. 1994

Astuti Retno. Panduan Karya Tulis Tugas Akhir. Semarang. 2014