

ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF PASIEN RAWAT INAP PADA KASUS PENYAKIT HERNIA PERIODE TRIWULAN 1 TAHUN 2014 DI RSUD SUNAN KALIJAGA DEMAK

NURUL ARIFAH

ABSTRACT

Based on quantitative analysis revealed that 21% of the full medical record documents and 79% incomplete medical record documents. While the quantitative analysis revealed that 21% of the full medical records documents and 79% did not complete. Causes of incompleteness due to lack understanding of the quantitative and qualitative analysis, the impact of the documents incomplete medical record can lead to continuous no media information and medical record documents could not be used as evidence if there is a legitimate legal malpractice actions. The purpose of this research is to know the description of incomplete medical record documents charging inpatient diseases hernia quarter 1 2014.

The type of research used are descriptive data capture with interviews and observations and cross sectional approach. Object of research is the inpatient medical record document diseases hernia, the population used is the inpatient medical record documents specifically on the diseases hernia. The sample uses a total population of 33 medical record documents.

Research result from 33 inpatient medical record documents on the case of hernia diseases quarter 1 at RSUD Sunan Kalijaga Demak 2014. Review of identification has the number of incomplete medical record documents 17 (52%), review the authentication credentials have a number of incomplete medical record document 21(64%), recording review has no good medical record document 20(61%),review the reporting has the number of incomplete medical document 1(4%),DRM(Deliquent Medical Record)nhad a total of 27 medical record document document (82%), the review's writing has a number of inconsistency diagnosis of 14 medical record document(42%),review the informed consent should have a number of incomplete medical record document 0 (0%), review/practice ways of recording have a number of incomplete medical record document 20(60%).

Result of the study It can be concluded that the degree of obstinancy of inpatient medical record documents on the case of hernia quarter 1 2014 has number 82% with high levels of obstinancy. Enhancing discipline within the thoroughness of the charging sheet of medical record documents on hospital management in particular in the assembling of officers,doctors,nurses are concerned in the charging documents medical record.

Key word : Dokume Rekam Medis Rawat Inap,Hernia,Quantitative Analysis, Qualitative Analysis

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah hasil perekaman yang berupa keterangan mengenai hasil pengobatan pasien pasien. Berdasarkan permenkes No.269 tahun 2008 menyatakan 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 kerahasiaannya.⁽¹⁾

Berdasarkan surat keputusan direktorat jendral pelayanan medis no 78

tahun 1991 tentang penyelenggaraan rekam medis di Rumah Sakit. Bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di Rumah Sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan, unit gawat darurat dan unit rawat inap. Agar dokumen rekam medis dapat berkesinambungan maka dokumen rekam medis harus diisi dengan selengkap-lengkapnyanya dan juga dijadikan sebagai alat bukti hukum apabila dibutuhkan. Maka dokumen rekam medis harus diisi sebaik mungkin dan selengkap mungkin untuk kesinambungan informasi.⁽²⁾

RSUD Sunan Kalijaga Demak merupakan Rumah Sakit yang sudah menyelenggarakan sistem rekam medis. Dalam pengelolaan rekam medis terdapat unit-unit yang terkait yaitu pendaftaran (RJ, RI, UGD), filling, assembling, analising reporting dan koding indeksing. salah satu kegiatan yang melakukan penelitian terhadap kelengkapan data rekam medis yaitu yang dilakukan oleh petugas assembling. Sedangkan assembling mempunyai tugas pokok yaitu Menerima dokumen rekam medis dan sensus harian dari unit pelayanan, Meneliti kelengkapan isi dan merakit kembali formulir rekam medis, Mencatat dan mengendalikan dokumen rekam medis yang isinya belum lengkap dan secara periodik melaporkan kepada kepala instalasi rekam medis mengenai ketidaklengkapan isi dokumen dan petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi tersebut, Menyerahkan dokumen rekam medis yang sudah lengkap ke fungsi koding dan indeksing, dan Menyerahkan sensus harian ke fungsi analisis dan pelaporan.

TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui gambaran ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap padapenyakit hernia periode triwulan 1 tahun 2014 di RSUD sunan kalijaga Demak.

Tujuan Khusus

- a. Mengetahui jenis-jenis Dokumen Rawat Inap yang digunakan di bagian filling.
- b. Mengetahui Kelengkapan identitas data dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit hernia RSUD Sunan Kalijaga Demak
- c. Mengetahui Kelengkapan otentifikasi data dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit hernia periode triwulan 1 tahun 2014 di RSUD Sunan Kalijaga Demak
- d. Mengetahui Kelengkapan Pencatatan data dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit hernia periode triwulan 1 tahun 2014 di RSUD Sunan Kalijaga Demak
- e. Mengetahui Kelengkapan Pelaporan data dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit hernia periode triwulan 1 tahun 2014 di RSUD Sunan Kalijaga Demak
- f. Mengetahui tingkat kebandelan dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit hernia periode triwulan 1 tahun 2014 di RSUD Sunan Kalijaga Demak
- g. Mengetahui kekonsistensian penulisan diagnosa
- h. Mengetahui Review adanya *informed consent* yg seharusnya ada
- i. Mengetahui Pencatatan hal-hal yg dilakukan saat perawatan & pengobatan
- j. Mengetahui cara/praktek pencatatan

METODELOGI PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah Deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan untuk menjelaskan suatu variabel tanpa membuat perbandingan atau hubungan. Sedangkan pengambilan data secara observasi yaitu menulis mengamati secara langsung gambaran tentang keadaan masalah yang akan diteliti dengan menggunakan metode pendekatan secara *cross sectional* pada saat penelitian berlangsung.

Instrumen Penelitian yang digunakan adalah table check list.

Pengumpulan data menggunakan Data primer.

Pengolahan Data menggunakan Editing, Tabulating, penyajian.

POPULASI SAMPEL

Populasi DRM yang digunakan adalah DRM rawat inap khususnya pada penyakit Hernia di RSUD sunan Kalijaga Demak periode triwulan 1 tahun 2014 berjumlah 33 DRM rawat inap dan sampel yang digunakan adalah total populasi berjumlah 33 DRM Rawat Inap.

PEMBAHASAN

1. Review identifikasi

Dari hasil pengamatan terhadap 33 DRM Rawat inap pada kasus penyakit Hernia periode triwulan 1 tahun 2014. ketidaklengkapan review indentifikasi paling tinggi terdapat pada RM 3 (Anamnesa) yang menunjukkan ada 21 (64%) Dokumen Rekam medis yang lengkap dan 21 (36%) dokumen Rekam Medis yang tidak lengkap. Sedangkan kelengkapan yang paling tinggi adalah RM1, RM 4, RM 5, RM 21 yaitu sejumlah 100% lengkap dan 0% tidak lengkap. Ketidak lengkapan pada pengisian adalah pada No Rekam

Medis, Umur, Jenis Kelamin dan Bangsa. Hal tersebut disebabkan petugas hanya mengisi beberapa item yang ada pada formulir rekam medis tersebut, karena petugas berasumsi bahwa lembar yang lain sudah diisi. Item nama dan nomor rekam medis minimal harus diisi pada tiap formulir rekam medis, hal ini dimaksudkan agar tidak terjadi kesalahan dalam pemberian pelayanan.⁽³⁾

2. Review Otentifikasi

Dari hasil pengamatan 33 DRM Rawat Inap pada kasus penyakit Hernia periode riwulan 1 tahun 2014. Ketidaklengkapan review Otentifikasi paling tinggi terdapat pada RM 6 (Rekaman Asuhan Keperawatan) yaitu sebanyak 27(82%) Dokumen Rekam medis yang lengkap dan 6(18%) Dokumen Rekam Medis yang tidak lengkap. Sedangkan kelengkapan yang paling tinggi adalah RM 4 sejumlah 33(100%).

Berdasarkan pengamatan Review Otentifikasi pada DRM rawat inap pada penyakit Hernia periode triwulan 1 tahun 2014 masih terdapat ketidaklengkapan pada pengisian adalah tidak ada Nama Perawat. Unit yang bertanggung jawab pencatatan data Otentifikasi adalah dokter dan perawat. Berdasarkan teori apabila hanya tanda tangan dokter atau perawat saja yang diisi dan tidak tercantum nama dokter atau perawat maka sulit untuk mengetahui siapa dokter atau perawat yang bertanggung jawab, karena nama dan tanda tangan dokter atau perawat menunjukkan legalitas yaitu sebagai bukti pertanggung jawaban bila sewaktu – waktu digunakan sebagai bahan bukti perkara hukum.⁽⁴⁾

3. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan 33 DRM Rawat Inap pada kasus penyakit Hernia periode riwulan 1 tahun 2014. Ketidaklengkapan Review pencatatan paling tinggi terdapat pada RM 5 (Perjalanan Penyakit) yaitu menunjukkan ada 15 (45%) dokumen rekam medis yang pencatatannya baik dan 18 (55%) Dokumen rekam medis yang pencatatannya tidak baik. Dan kelengkapan yang paling tinggi yaitu RM 1, RM 4, RM 9, RM 21 yaitu sejumlah 100% lengkap dan 0% tidaklengkap.

Berdasarkan pengamatan pada pencatatan ketidaklengkapan yaitu tidak dapat dibaca, menggunakan Tipe-x , dan ada coretan. Pengisian yang tidak baik terjadi pada butir data yang tidak terbaca padahal terbacanya tulisan sangat penting supaya tulisan tersebut dapat berkesinambungan dengan informasi yang berhubungan dengan pasien pasien⁽⁵⁾

4. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan terhadap 33 DRM Rawat inap pada kasus penyakit Hernia periode triwulan 1 tahun 2014. Ketidaklengkapan review pelaporan paling tinggi RM 9 (Hasil pemeriksaan Laboratorium, x-ray) yaitu menunjukkan ada 29 (88%) Dokmen rekam medis yang lengkap dan 4 (12%) dokumen rekam medis yang tidak lengkap. Dan kelengkapan yang paling tinggi yaitu RM 1, RM 11, RM 4, RM 5, RM 6, RM 21 sejumlah 100% lengkap dan 0% tidaklengkap.

Berdasarkan pengamatan review pelaporan ketidaklengkapan pengisian formulir adalah tidak ada lembar hasil pemeriksaan laboratorium dan x-ray.

5. DMR

Tingkat kebandelan terhadap DMR rawat inap pada penyakit Hernia periode triwulan 1 tahun 2014 berdasarkan review identifikasi, review autentifikasi, review pencatatan, dan review pelaporan dari jumlah 33 DRM yang diteliti terdapat 27 dokumen belum lengkap sehingga ditemukan DMR sebesar 82%

Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit hernia masih banyak tingkat tingkat kebandelannya.

6. Review kekonsistensian Penulisan Diagnosa

Dari hasil pengamatan tingkat kekonsistensian penulisan Diagnosa memiliki persentase kelengkapan 33 (100%) dan ketidaklengkapan 0(0%). Konsistensi merupakan suatu penyesuaian/kecocokan antara 1 bagian dengan bagian lain dan seluruh bagian Diagnosa dari awal sampai akhir harus konsisten, Pencatatan harus mencerminkan perkembangan info mengenai kondisi pasien ,Hasil operasi, hasil pemeriksaan PA, hasil pemeriksaan diagnostik lainnya & surat pernyataan tindakan harus konsisten.

7. Review adanya informed consent

Review informed consent yang seharusnya ada adalah memiliki persentase kelengkapan 33(100%) dan ketidaklengkapan 0(0%).

Dari hasil pengamatan Surat pernyataan dari pasien untuk suatu pengobatan harus digambarkan secara hati-hati , Dokter harus didorong tidak hanya sekedar memenuhi peraturan seperti menjelaskan efek samping obat

yg mungkin timbul. Jika perlu ditambahkan dalam surat pernyataan

8. Review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan yang memiliki presentase kelengkapan 33(100%) dan ketidaklengkapan 0(0%).menjelaskan keadaan pasien selama dirawat, dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan mencatat tindakan yg telah dilakukan kepada pasien.

9. Review cara/praktek pencatatan

Dari hasil pengamatan review cara/praktek pencatatan memiliki presentase kelengkapan 13(40%) dan ketidaklengkapan20(60%).Waktu pencatatan harus ada, Mudah dibaca, tulisan bagus, tinta yg dipakai harus tahan lama, penulisan dilakukan dg hati-hati dan lengkap, Menggunakan singkatan yg umum harus dapat dibaca, jelas, terang terus, Tidak menulis komentar atau hal-hal yg tidak ada kaitan dengan pengobatan pasien.

KESIMPULAN

1. Dari 33 DRM Rawat inap pada kasus penyakit Hernia periode triwulan 1 tahun 2014. ketidaklengkapan review indentifikasi paling tinggi terdapat pada RM 3 (Anamnesa) yang menunjukkan ada 21 (64%) Dokumen Rekam medis yang lengkap dan 21 (36%) dokumen Rekam Medis yang tidak lengkap.
2. Dari 33 DRM Rawat Inap pada kasus penyakit Hernia periode riwulan 1 tahun 2014. Ketidaklengkapan review Otentifikasi paling tinggi terdapat pada RM 6 (Rekaman Asuhan Keperawatan) yaitu sebanyak 27(82%) Dokumen

Rekam medis yang lengkap dan 6(18%) Dokumen Rekam Medis yang tidak lengkap.

3. Dari 33 DRM Rawat Inap pada kasus penyakit Hernia periode riwulan 1 tahun 2014. Ketidaklengkapan Review pencatatan paling tinggi terdapat pada RM 5 (Perjalanan Penyakit) yaitu menunjukkan ada 15 (45%) dokumen rekam medis yang pencatatannya baik dan 18 (55%) Dokumen rekam medis yang pencatatannya tidak baik.
4. Dari 33 DRM Rawat inap pada kasus penyakit Hernia periode triwulan 1 tahun 2014. Ketidaklengkapan review pelaporan paling tinggi RM 9 (Hasil pemeriksaan Laboratorium, x-ray) yaitu menunjukkan ada 29 (88%) Dokmen rekam medis yang lengkap dan 4 (12%) dokumen rekam medis yang tidak lengkap.
5. Tingkat kebandelan terhadap DMR rawat inap pada penyakit Hernia periode triwulan 1 tahun 2014 berdasarkan review indentifikasi, review autentifikasi, review pencatatan, dan review pelaporan dari jumlah 33 DRM yang diteliti terdapat 27 dokumen belum lengkap sehingga ditemukan DMR sebesar 82%
6. Dari hasil pengamatan tingkat kekonsistensian penulisan Diagnosa memiliki persentase kelengkapan 33 (100%) dan ketidaklengkapan 0(0%).
7. review informed consent yang seharusnya ada adalah memiliki persentase kelengkapan 33(100%) dan ketidaklengkapan 0(0%).
8. Dari hasil pengamatan review pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan yang memiliki presentase kelengkapan 33(100%) dan ketidaklengkapan 0(0%).

9. Dari hasil pengamatan review cara/praktek pencatatan memiliki presentase kelengkapan 13(40%) dan ketidaklengkapan 20(60%).

Shofari, Bambang, dr. MMR. sistem dan prosedur pelayanan medis. Semarang, 2004 (tidak dipublikasikan).

SARAN

1. Meningkatkan kedisiplinan dalam kelengkapan pengisian lembar dokumen rekam medis pada manajemen Rumah Sakit khususnya pada petugas Assembling, dokter, perawat yang bersangkutan dalam pengisian Dokumen Rekam Medis.
2. Sebaiknya lebih ditingkatkan pemahaman dalam meneliti kelengkapan dokumen Rekam Medis pada aspek analisa Kuantitatif dan kualitatif sehingga angka kebandelan tidak meningkat, yaitu dengan cara dilakukan pelatihan tentang aspek analisa kuantitatif dan kualitatif

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jendral pelayanan medis. Pedoman pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Revisi 1, Jakarta 1997.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jendral pelayanan medis. Petunjuk tehnik penyelenggaraan rekam Medis/ Medical Record Rumah Sakit Jakarta 1993

Health information management, Edna, K Huftman, 1992

Shofari, Bambang, dr. MMR. Quality Assurance Medical Record. Jawa Tengah 2006