

ANALISA KETIDAKLENGKAPAN DATA DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP PADA
KASUS GASTROENTERITISDI RSU SINAR KASIH PURWOKERTO PERIODE TRIWULAN
IV TAHUN 2012

Annindita Mentari Octaviani*) Jaka Prasetya, S.Kep)**

Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro
Jl. Nakula 1 No 5-11 Semarang

Email: anninditamentarioctaviani@ymail.com

ABSTRACT

Background: Hospitalization medical records can be used as an instrument to assess the quality of hospital service. Quantitative analysis about medical record documents should be done to assess and to keep the quality of medical records. According to early study in the Sinar Kasih Hospital Purwokerto, researcher found obstinacy level in medical record filling, particularly on gastroenteritis case. Therefore, researcher interested to do quantitative analysis about identification review, reporting review, registration review, authentication review, and DMR (Delinquent Medical Record) level of hospitalization medical record documents in the Sinar Kasih Hospital Purwokerto on fourth quarterly 2012.

Method: This research used descriptive design with observational and cross sectional method. The population was all of hospitalization medical record documents of gastroenteritis case on fourth quarterly 2012 on the filling section of medical record unit. Researcher collected the data using table checklist. Data source was hospitalization medical record documents of gastroenteritis case. Data processing with editing, tabulating, calculation, and presentation.

Result: The result from 111 hospitalization medical record documents of gastroenteritis case in the Sinar Kasih Hospital Purwokerto on fourth quarterly 2012, identification review about obstinacy level was 44 documents (39,64%), reporting review about obstinacy level was 97 documents (87,39%), recording review about obstinacy level was 111 documents (100%), authentication review about obstinacy level was 97 documents (87,39%), and DMR level was 111 documents (100%). From that results can be concluded that obstinacy level about medical record documents of gastroenteritis case in the Sinar Kasih Hospital Purwokerto on fourth quarterly 2012 was high (100%). With the highest level of obstinacy on registration review.

PENDAHULUAN

Berkas rekam medis merupakan salah satu sarana untuk menilai mutu dari rumah sakit yang berkaitan dengan pemenuhan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Berdasarkan Permenkes no. 269 tahun 2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.^[1] Dokumen rekam medis merupakan dokumen yang penting dalam proses pelayanan kesehatan, melihat dokumen rekam medis merupakan alat untuk mendeskripsikan data atau informasi kesehatan pada saat proses pelayanan. Namun, banyak pihak yang masih menganggap dokumen rekam medis tidak begitu penting, sehingga pada saat proses pengisian dokumen rekam medis sering kali tidak lengkap.

Analisa ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis ini sangat diperlukan, guna mengetahui seberapa besar angka ketidaklengkapan pengisian pada dokumen rekam medis melebihi batas waktu yang sudah diberikan, mengingat pentingnya dokumen rekam medis untuk menghasilkan informasi yang berkesinambungan. Analisa ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis merupakan salah satu cara untuk menilai bagaimana mutu pelayanan pada rumah sakit yang bersangkutan. Semakin sedikit angka ketidaklengkapannya maka akan semakin bagus mutu pelayanannya

Untuk menilai seberapa angka ketidaklengkapan data yang ada pada lahan penelitian di Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Purwokerto, pada bulan November 2012 peneliti melakukan survey awal dengan mengambil 10 dokumen sebagai sampel pada penyakit *gastroenteritis* yang merupakan penyakit terbanyak pada bulan September-November 2012 yaitu sebanyak 111 kasus, untuk dinilai ketidaklengkapannya dan dihitung DMR nya. Pada perhitungan tersebut didapat jika dihitung secara keseluruhan ada 70% dokumen tidak lengkap, yaitu ada 7 dokumen yang tidak lengkap dan 3 dokumen yang lengkap. Dengan perincian tingkat ketidaklengkapannya berdasarkan tiap-tiap review yaitu; pada Review Identifikasi 85% dinyatakan lengkap dan 15 % lainnya tidak lengkap, ketidaklengkapan didapatkan banyak pada pengisian nama ruang/ bangsal pasien dan jenis kelamin, pada Review Pelaporan 83,75% dinyatakan lengkap dan 26,25% tidak lengkap, ketidaklengkapan pengisian banyak didapatkan pada formulir Rangkuman Pasien Pulang dan Format Catatan Tindakan dan Catatan Perkembangan Pasien, pada Review Pencatatan 66,25% dinyatakan lengkap dan 33,75% lainnya tidak lengkap, yang disebabkan karena masih adanya pencoretan dalam pembetulan tanpa diberi paraf atau dicoret lebih dari satu kali, pada Review Aunetifikasi 88,75% dinyatakan lengkap dan 11,25% dinyatakan tidak lengkap. Dari review diatas didapatkan bahwa tingkat ketidaklengkapan banyak didapatkan pada review

pencatatan dan pelaporan. Dalam hal ini kelengkapan pelaporan sangatlah perlu, karena kelengkapan tersebut merupakan bukti tertulis dari setiap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis kepada setiap pasiennya^[3]. Selain itu penulisan yang baik dalam pencatatan tiap tindakan juga perlu, agar tidak ada kesalahan dalam pembacaan dokumen rekam medis yang dapat berakibat fatal bagi pasien, karena kesalahan pembacaan karena pencatatan yang kurang baik dapat menyebabkan salahnya pemberian obat atau tindakan kepada pasien^[3]. Dari hal tersebut dapat dilihat bahwa dampak dari ketidaklengkapan dokumen tersebut menyebabkan ketidaksinambungan informasi yang dihasilkan dan membuat keterlambatan dalam pembuatan pelaporan.

Ketidaklengkapan dalam pengisian dokumen rekam medis dapat disebabkan oleh beberapa faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal.^[3] Ketidaklengkapan dalam proses pengisian rekam medis dapat menyebabkan turunnya mutu pelayanan di Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Purwokerto maupun akan masalah apabila nantinya dokumen rekam medis tersebut dibawa pada masalah hukum karena dokumen rekam medis yang tidak lengkap dapat menyebabkan ketidakvalitan data pada saat dibawa ke meja hukum.^[3] Oleh sebab itu, penulis tertarik untuk mengambil judul karya tulis ilmiah "*Analisa Ketidaklengkapan Data Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada Kasus Gastroenteritis di RUMAH SAKIT UMUM SINAR KASIH PURWOKERTO pada triwulan IV 2012*".

METODE PENELITIAN

Jenis yang dipakai dalam penelitian ini adalah deskriptif maksudnya adalah penelitian yang dilakukan untuk menjelaskan suatu variabel tanpa membuat perbandingan atau hubungan. Sedangkan metode yang dipakai adalah metode observasi yaitu melihat obyek secara langsung dengan pendekatan retrospektif yaitu melihat data yang sudah ada.

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh data yaitu meliputi dokumen rekam medis kasus gastroenteritis pada RSUD Sinar Kasih periode triwulan IV Tahun 2012 yakni sebesar 111 berkas.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah checklist yaitu untuk mengidentifikasi berkas yang lengkap dan tidak lengkap, hasil dari penelitian pada buku catatan ketidaklengkapan data dan dihitung angka DMR (*Deliquent Medical Record*).

Cara pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi yaitu melakukan pengamatan langsung obyek yang diteliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan dari hasil analisa kuantitatif terhadap ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap kasus gastroenteritis pada RSUD Sinar Kasih Purwokerto periode triwulan IV tahun 2012 melalui penilaian review identifikasi, pelaporan, pencatatan, dan autentifikasi didapatkan hasil akhir sebagai berikut :

1. Review Identifikasi

Dari 111 DRM yang diteliti menunjukkan bahwa untuk review identifikasi tingkat ketidaklengkapan tertinggi dicapai oleh lembar Rencana Asuhan 8 (DIARE) yaitu sebesar 19.82% atau 22 DRM, dimana ketidaklengkapan pengisian banyak terdapat pada item dokter, umur dan jenis kelamin.

2. Review Pelaporan

Dari 11 DRM yang diteliti menunjukkan bahwa untuk review pelaporan tingkat ketidaklengkapan tertinggi dicapai oleh lembar formulir Resume Perawatan dengan angka 77.48% atau sebanyak 86 DRM yang belum lengkap, dimana ketidaklengkapan pengisian banyak terdapat pada diagnosa medis masuk, diagnosa perawatan yang muncul, dan keadaan waktu pulang.

3. Review Autentifikasi

Dari 111 DRM yang diteliti menunjukkan bahwa untuk review autentifikasi ketidaklengkapan tertinggi dicapai oleh lembar Rencana Asuhan 8 (DIARE) yaitu sebesar 43.24% atau sebanyak 48 formulir yang belum lengkap , dimana ketidaklengkapan pengisian dikarenakan perawat hanya menulis nama saja atau tanda tangan saja atau perawat sama sekali tidak menulis nama dan mendandatangani formulir tersebut.

4. Review Pencatatan

Dari 111 DRM yang diteliti menunjukkan bahwa untuk review pencatatan tingkat ketidaklengkapan tertinggi dicapai oleh lembar Resume Perawatan yaitu 77.48% atau 86 DRM. Sedangkan angka ketidaklengkapan terendah dicapai oleh lembar FRM 01 (Identitas Pasien) yaitu dengan angka ketidaklengkapan sebesar 15,32% atau sebanyak 17 DRM yang belum baik dalam pencatatannya. Belum baiknya pencatatan disebabkan oleh banyaknya item yang masih belum terisi, terdapat coretan atau penggunaan tip-ex tanpa disertai dengan cara pembetulan tulisan

5. DMR

Hasil akhir dari analisa kuantitatif rawat inap pasien kasus gastroenteritis pada RSUD Sinar Kasih Purwokerto pada triwulan IV tahun 2012 dilihat dari review identifikasi, pelaporan, autentifikasi dan pencatatan dari 111 dokumen yang diteliti terdapat 111 dokumen belum lengkap sehingga ditemukan DMR (*Deliquent Medical Record*) sebesar 100%.

SIMPULAN

1. Review Identifikasi

Dari 111 DRM rawat inap pada kasus *gastroenteritis* Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Purwokerto triwulan IV tahun 2012 yang diteliti, angka ketidaklengkapan pengisian identifikasi tingkat kebandelan mencapai 44 dokumen rekam medis mencapai 39,64%.

2. Review Pelaporan

Dari 111 DRM rawat inap pada kasus *gastroenteritis* Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Purwokerto triwulan IV tahun 2012 yang diteliti, angka ketidaklengkapan pengisian pelaporan tingkat kebandelan mencapai 97 dokumen rekam medis mencapai 87,39%.

3. Review Pencatatan

Dari 111 DRM rawat inap pada kasus *gastroenteritis* Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Purwokerto triwulan IV tahun 2012 yang diteliti, angka ketidaklengkapan pengisian pencatatan tingkat kebandelan mencapai 111 dokumen rekam medis mencapai 100%.

4. Review Autentifikasi

Dari 111 DRM rawat inap pada kasus *gastroenteritis* Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Purwokerto triwulan IV tahun 2012 yang diteliti, angka ketidaklengkapan pengisian autentifikasi tingkat kebandelan mencapai 97 dokumen rekam medis mencapai 87,39%.

5. DMR

Dari 111 DRM rawat inap pada kasus *gastroenteritis* di Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Purwokerto pada triwulan IV tahun 2012 yang telah dilakukan analisis kuantitatif dilihat dari empat review yaitu berdasarkan review identifikasi, autentifikasi, pencatatan, dan pelaporan memiliki tingkat kebandelan terdapat 111 DRM yang tidak lengkap sebesar 100%, yang berarti tidak terdapat dokumen rekam medis yang dinyatakan lengkap.

SARAN

Saran yang bisa diterapkan guna meningkatkan mutu pelayanan khususnya pada kelengkapan isi DRM adalah sebagai berikut:

1. Sosialisasi pada setiap dokter dan perawat yang bertanggung jawab dalam pengisian dokumen rekam medis pasien mengenai isi dari prosedur tetap yang telah dibuat dan arti penting dari fungsi dokumen rekam medis, agar petugas menjadi lebih paham dan peduli dalam setiap mengisi kelengkapan dokumen rumah sakit, dan pemberian sanksi tegas kepada setiap petugas yang melanggar untuk membuat petugas lebih patuh.
2. Pembuatan Prosedur Tetap mengenai kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang lebih jelas mengenai item apa saja yang harus lengkap pada setiap dokumen rekam medis agar lebih jelas pengisiannya.
3. Bagian Rekam Medis Harus lebih tegas lagi dalam mengingatkan dokter atau tenaga medis lainnya untuk sesegera mungkin melengkapi dokumen rekam medis pasien
4. Dibuatnya Prosedur Tetap mengenai analisa kuantitatif mengenai checklist apa saja yang perlu dibuat dalam melakukan analisa kuantitatif dan dilakukan secara berkala untuk mengetahui peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.
5. Untuk pengisian review identifikasi pada semua item perlu diperhatikan kelengkapannya karena untuk mengidentifikasi milik siapa dokumen tersebut apabila nanti ada dokumen yang tercecer.
6. Pada review pencatatan sebaiknya ditulis dengan tulisan yang jelas, pengurangan penggunaan alat penghapus, dan pembetulan tulisan yang salah sesuai dengan prosedur tetap yang tersedia.
7. Pada review pelaporan sebaiknya harus diisi dengan lengkap mengenai kegiatan yang dilakukan oleh setiap tenaga medis dengan jelas agar didapatkan informasi yang berkesinambungan serta dapat dipertanggung jawabkan.terutama pada formulir lembar formulir rangkuman pasien pulang dan Resume Perawatan, sehingga dapat mengurangi tingkat DMR. Dengan memberikan pula batas waktu pada tiap dokter, agar dokumen tersebut cepat terisi, tidak dibiarkan begitu saja. Dan apabila tetap masih banyak dokumen rekam medis yang belum terisi lengkap, maka diberlakukan sanksi tegas untuk setiap dokter maupun tenaga medis yang tidak menjalankan tugasnya dengan baik.
8. Pada review autentifikasi harus diisi dengan lengkap yang berisikan tanda tangan dan nama terang tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan, sebagai bukti pertanggung jawaban apabila sewaktu-waktu dibawa sebagai bahan bukti hukum.

DAFTAR PUSTAKA

1. PERMENKES RI NO. 269/ MENKES / PER.III / 2008 / BAB I PASAL I
2. EK, Huffman. *Health Information Management*. 1999 (Terjemahan)
3. Shofari, Bambang. *Panduan Praktikum Quality Assurance*. Semarang (Tidak dipublikasikan)
4. Shofari, Bambang. *Modul Pembelajaran Sistem dan Prosedur Pelayanan Rekam Medis*. Semarang. 2002.
5. Hatta, Gemala R. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta. 2008.
6. Shofari, Bambang. *Dasar-dasar Pelayanan Rekam Medis*. Dinus Press. Semarang. 2008.
7. Notoatmodjo, Soekido. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Reneka Cipta. 2002.
8. Sofyan Ismael dan Sudigdo Sastroasmoro. *Dasar- dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Sagung Seto. 2008.
9. Profil Rumah Sakit Umum Sinar Kasih Purwokerto. 2012. (Tidak dipublikasikan)
10. Prosedur Tetap Instalasi Rekam Medis RSUD Sinar Kasih Purwokerto. 2010 (Tidak dipublikasikan)