

**ANALISA KUANTITATIF TERHADAP KETIDAKLENGKAPAN DOKUMEN
REKAM MEDIS RAWAT INAP PADA BANGSAL ANAK RUMAH SAKIT PANTI
WILASA “DR.CIPTO” SEMARANG TRIWULAN IV 2012**

Firna Hariyanti*), Arif kurniadi,M.Kom**)

*) Alumni Fakultas Universitas Dian Nuswantoro

***) Staf Pengajar Fakultas Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula 1 No.5-11 Semarang

E-mail : massayip@google.com

ABSTRACT

Inpatient medical record documents can be used to improve the quality of medical services in hospitals. From the research of each ward, the pediatric ward has the highest presentation. Basic of four review of medical record document founded in identification review is 70%, authentication review is 85%, recording review is 79%, reporting review is 83%.incomplete medical record document can caused incontinual medical information and medical record document can't use as legal evidence yet, if there is an action of mal practice happened.

To obtain a medical record number data is collected and processed in editing, tabulating, and further analyzed by calculation, descriptive. This type of research is used by the method of observation and descriptive approach Cross Sectional, tabulate taken is DRM hospitalization on children's ward, while the samples used by the method of random sampling.

Medical record document research results hospitalization on children's ward of the medical record document 86 examined, to review the identification of 3 (3.5%) and 83 (96,5%) is not complete, the authentication credentials review 11 (12.8%) and 75 (87,2%) incomplete reporting, the review 7 (8,13%) and 79 (91,7%) is not complete, review of recording of 2 (2,32%) and 84 (97,68%) is not good, and retrieved as many as 8598,84% DMR calculations.

The results of the research it can be concluded that the percentage of incompleteness of the fairly high review 4. the highest degree of incompleteness on review records. Thus, penelitti suggests a quantitative analysis of need the level of completeness of the charging document medical record.

Keyword : quality assurance, quantitative analysis, filing

Libraries :12 books (1996-2010)

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah hasil perekaman yang berupa keterangan mengenai hasil pengobatan pasien. 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 kerahasiaannya.

Berdasarkan Surat Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik no. 78 Tahun 1991 tentang Penyelenggaraan Rekam Medik di Rumah Sakit. Bahwa rekam medik adalah berkas 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 harus diisi dengan selengkap-lengkapnyanya dan juga dijadikan sebagai alat bukti hukum apabila dibutuhkan. Maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi sebaik mungkin dan selengkap mungkin untuk kesinambungan informasi.

Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan dituntut supaya dapat memberikan pelayanan secara cepat dan tepat kepada pasien selaku pengguna pelayanan jasa pelayanan kesehatan Rumah Sakit. Salah satu faktor yang dapat mendukung keberhasilan pelayanan adalah terlaksananya penyelenggaraan rekam medis yang sesuai dengan standar yang berlaku. Maka rekam medis sangat berperan penting bagi terciptanya pelayanan kesehatan yang optimal, untuk itu dibutuhkan kelengkapan data sehingga informasi yang diperoleh dapat digunakan sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan serta dapat digunakan sebagai alat untuk analisa dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.

Rumah Sakit PantiWilasa Dr.cipto Semarang merupakan rumah sakit swasta yang sudah menyelenggarakan sistem rekam medis. Dalam pengelolaan rekam medis terdapat banyak unit-unit yang terkait yaitu

pendaftaran (RJ, RI, UGD), filing, assembling, analising reporting, dan koding indeksing. Salah satu kegiatan yang melakukan penelitian terhadap kelengkapan data rekam medis yaitu yang dilakukan oleh petugas assembling.

Berdasarkan pengamatan pada survei awal di Rumah Sakit Pant iWilasa "Dr.cipto" Semarang assembling merupakan bagian yang sangat penting mempunyai tugas dalam meneliti kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap,merakit dan mengendalikan dokumen rekam medis rawat inap. Mengingat pentingnya pengisian dokumen rekam medis maka harus dianalisis dan dicek kembali oleh petugas rekam medis setelah pasien memperoleh pelayanan. Petugas meneliti kelengkapan isiformulir formulir rekam medis dan bila menemukan masih ada data yang belum lengkap harus dikembalikan ke unit pencacatan data untuk dilengkapi 3x24jam. Bila pengisian kelengkapan dokumen rekam medis lebih dari 3x24 jam harus tetap dikembalikan keassembling maksimal 14hari setelah hari penyerahan untuk disimpan kefiling dan dokumen rekam medis tersebut dikatakan dokumen rekam medis yang bandel karena sudah melebihi waktu pengembalian serta pengisiannya yang masih belum lengkap.Berdasarkan pengamatan pada survei awal di rumah sakit diketahui dari pengambilan sampel 10 berkas dokumen rekam medis rawat inap pada bangsal anak untuk diteliti kelengkapannya dan terdapat 7 berkas dokumen rekam medis masih ada data yang tidak lengkap. Dari pengamatan setiap bangsal, bangsal anak prosentasenya paling tertinggi, Berdasarkan 4 review yang dilakukan pada berkas dokumen rekam medis ditemukan pada review identifikasi 70%, review autentifikasi 85%, review pencatatan 79%, review pelaporan 83%. Dokumen rekam medis yang tidak lengkap dapat mengakibatkan informasi medis tidak berkesinambungan dan dokumen rekam medis belum bisa digunakan sebagai alat bukti hukum yang sah bila terjadi tindakan malpraktek. Pentingnya kelengkapan didalam pengisian data pada lembar *informed consent* akan sangat berguna dikemudian hari apabila ada gugatan dari pasien atau keluarga pasien.

Melihat pentingnya peranan DRM dalam menciptakan informasi medis yang berkesinambungan dan dalam aspek hukum kesehatan maka perlu dijaga kelengkapannya. Dokumen rekam medis merupakan alat yang penting untuk menjalankan organisasi karena bermanfaat untuk menetapkan tanggung jawab timbulnya kegiatan, dan untuk merekam data pelayanan. Tingkat ketidaklengkapan DRM rawat inap pada Bangsal Anak sering tidak lengkap pada RS PantiWilasa Dr.cipto. Maka dari itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai **“Analisa Kuantitatif Terhadap Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Bangsal Anak Rumah Sakit PantiWilasa Dr.cipto Semarang Triwulan IV tahun 2012”**

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif, variable penelitian review identifikasi, review autentifikasi, review pelaporan, review pencatatan, Tingkat kebandelan Dokumen RekanMedis sampel 86 DRM, metode random sampling yaitu setiap anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel.

Hasil dan Pembahasan

Review identifikasi

Tabel 4.1

Analisa kelengkapan Pada masing-masing Formulir Rekam Medis Rawat Inap pada Bangsal Anak di Rumah Sakit Panti Wilasa “Dr.Cipto” Semarang triwulan IV 2012.

Formulir Rm	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
RM 1	68	79%	18	21%
RM 2	62	72%	24	28%

RM 3	52	60%	34	40%
RM 5	36	58%	50	42%
RM 9	56	65%	30	35%
RM 14	27	69%	59	31%
Catatan pemakaian dan tindakan	54	62%	32	38%
Catatan Infus	34	37%	52	63%
Kartu pemberian penunjang	23	27%	63	73%
Permintaan Pemeriksaan laboratorium	36	42%	50	58%
Pesan untuk pasien pulang	39	45%	47	55%

kelengkapan tergolong tidak lengkap, kelengkapan belum mencapai 100% kelengkapan paling tinggi pada RM 1 mencapai 79% dan mencapai RM 2 72%. Ketidaklengkapan paling tinggi pada formulir Kartu pemberian penunjang medis yaitu mencapai 73%, khusus.

Review Autentifikasi

Tabel 4.2

Analisa kelengkapan Pada masing-masing Formulir Rekam Medis Rawat Inap pada Bangsal Anak di Rumah Sakit Panti Wilasa "Dr.Cipto" Semarang triwulan IV 2012.

Formulir Rm	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
RM 1	51	79%	35	21%
RM 2	20	72%	66	28%
RM 3	28	60%	58	40%
RM 5	33	58%	53	42%
RM 9	43	65%	43	35%
RM 14	61	69%	25	31%
Catatan pemakaian dan tindakan	37	62%	49	38%
Catatan Infus	51	37%	35	63%
Kartu pemberian penunjang	49	27%	37	73%
Permintaan Pemeriksaan laboratorium	43	42%	43	58%
Pesan untuk pasien pulang	42	45%	44	55%

kelengkapan tergolong tidak lengkap, kelengkapan belum mencapai 100%, lengkap hanya pada RM 14 mencapai 70%. Ketidaklengkapan paling tinggi pada RM 2 yaitu mencapai 77%, Ketidaklengkapan dalam hal pengisian nama dan tanda tangan dokter dan RM 3 mencapai 67% ketidaklengkapan dalam hal pengisian nama dan tanda tangan perawat.

Review Pelaporan

Tabel 4.3

Analisa kelengkapan Pada masing-masing Formulir Rekam Medis Rawat Inap pada Bangsal Anak di Rumah Sakit Panti Wilasa "Dr.Cipto" Semarang triwulan IV 2012.

Formulir Rm	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
RM 1	46	53%	40	47%
RM 2	56	65%	30	35%
RM 3	46	53%	40	47%
RM 5	46	53%	40	47%
RM 9	48	56%	38	44%
RM 14	63	73%	23	27%
Catatan pemakaian dan tindakan	57	66%	29	34%
Catatan Infus	58	67%	28	33%
Kartu pemberian penunjang	49	57%	37	43%
Permintaan Pemeriksaan	43	50%	43	50%

laboratorium				
Pesan untuk pasien pulang	50	58%	36	42%

kelengkapan tergolong tidak lengkap, kelengkapan belum mencapai 100%, lengkap hanya pada RM 14 mencapai 73% dan pada formulir catatan infus mencapai 67%. Ketidaklengkapan paling tinggi pada formulir permintaan pemeriksaan laboratorium yaitu mencapai 50%, Ketidaklengkapan dalam hal pengisian hematologi dan kiriman darah.

Review Pencatatan

Tabel 4.4

Analisa kelengkapan Pada masing-masing Formulir Rekam Medis Rawat Inap pada Bangsal Anak di Rumah Sakit Panti Wilasa "Dr.Cipto" Semarang triwulan IV 2012.

Formulir Rm	Lengkap		Tidak Lengkap	
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase
RM 1	34	37%	54	63%
RM 2	35	36%	51	64%
RM 3	24	26%	62	72%
RM 5	32	37%	54	63%
RM 9	40	47%	46	53%
RM 14	36	42%	50	58%
Catatan pemakaian dan tindakan	19	22%	67	78%

Catatan Infus	44	51%	42	49%
Kartu pemberian penunjang	41	48%	45	52%
Permintaan Pemeriksaan laboratorium	43	50%	43	50%
Pesan untuk pasien pulang	22	26%	64	74%

kelengkapan tergolong tidak lengkap, kelengkapan belum mencapai 100%, lengkap hanya pada formulir catatan infus 51%. Ketidaklengkapan paling tinggi pada formulir catatan pemakaian & tindakan yaitu mencapai 78%, Ketidaklengkapan dalam hal pengisian tulisan dapat dibaca dan ada coretan dan pada formulir pesan untuk pasien pulang mencapai 74% ketidaklengkapan dalam hal pengisian semua terisi.

Analisa Kuantitatif

Tabel 4.5

Hasil analisa kuantitatif pada masing-masing formulir rekam medis DRM rawat inap pada bangsal anak pada periode triwulan ke IV tahun 2012.

Identifikasi		Auntentifikasi		Pelaporan		Pencatatan		Total	
L	TL	L	TL	L	TL	B	TB	L	TL
3	83	11	75	7	79	2	84	1	85

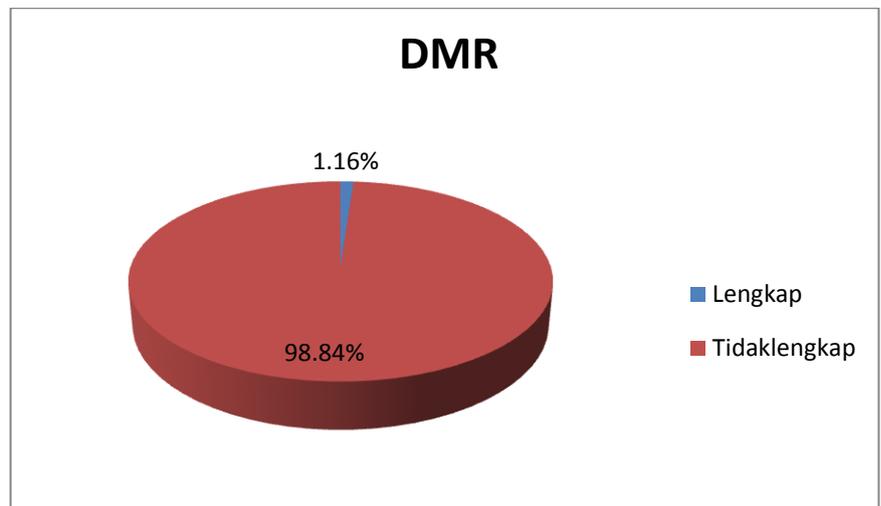
Ketidaklengkapan dari keempat review paling tinggi terdapat pada review identifikasi, pencatatan, pelaporan yaitu lengkap 1 DRM prosentasenya (1,16%) dan tidak lengkap 85 DRM prosentasenya (98,84%).

DMR (delinquent Medical Record)

$$\text{DMR} = \frac{85}{86} \times 100\%$$
$$= 98,84 \%$$

Grafik 4.6

Prosentase ketidaklengkapan dokumen rekam medis DRM rawat inap pada bangsal anak pada periode triwulan ke IV tahun 2012.



Berdasarkan analisa diatas yaitu hasil review identifikasi , review autentifikasi,review pelaporan ,review pencatatan didapat hasil dari 86 dokumen rekam medis rawat inap yang diteliti terdapat 85 dokumen rekam medis yang tidak lengkap dan 1 dokumen rekam medis yang lengkap.

Kesimpulan

1. Review idetifikasi

Dari 86 DRM rawat inap pada pasien bangsal anak periode triwulan ke IV tahun 2012 yang diteliti, formulir Kartu pemberian penunjang medis yaitu mencapai 73% angka ketidaklengkapan pengisian identifikasi yang paling tinggi, tingkat kebandelan 83 dokumen mencapai 96,5%.

2. Review Autentifikasi

Dari 86 DRM rawat inap pada pasien bangsal anak periode triwulan ke IV tahun 2012 yang diteliti, Ketidaklengkapan paling tinggi pada RM 2 yaitu mencapai 77% ternyata angka ketidaklengkapan pengisian autentifikasi, tingkat kebandelan 75 dokumen mencapai 87,2%

3. Review Pelaporan

Dari 86 DRM rawat inap pada pasien bangsal anak periode triwulan ke IV tahun 2012 yang diteliti, Ketidaklengkapan paling tinggi pada formulir permintaan pemeriksaan labor⁸⁰ yaitu mencapai 50% ternyata angka ketidaklengkapan pengisian pelaporan, tingkat kebandelan 79 dokumen mencapai 91,7%.

4. Review Pencatatan

Dari 86 DRM rawat inap pada pasien bangsal anak periode triwulan ke IV tahun 2012 yang diteliti, Ketidaklengkapan paling tinggi pada formulir catatan pemakaian & tindakan yaitu mencapai 78% ternyata angka ketidaklengkapan pengisian pencatatan, tingkat kebandelan 84 dokumen mencapai 97,7%.

5. DMR

Dari 86 DRM rawat inap pada pasien bangsal anak priode triwulan ke IV tahun 2012 yang diteliti berdasarkan review identifikasi, autentifikasi, pencatatan, pelaporan memiliki tingkat kebandelan terdapat 85 DRM yang belum lengkap sebesar (98,84%) dan 1 DRM yang lengkap sebesar (1.16%). Sehingga komite medik harus melakukan evaluasi kembali.

Saran

1. Memberikan pengarahan dan pelayanan kepada dokter dan petugas medik tentang arti pentingnya pengisian dokumen rekam medis rawat inap baik arti pentingnya dokumen rekam medis rawat inap baik dari sisi hukum maupun administrasi serta pentingnya pengisian kelengkapan formulir-formulir rekam medis rawat inap berupa identifikasi, autentifikasi, pelaporan, dan pencatatan.
2. Kepala Direksi harus memberikan sanksi tegas kepada unit pencatat data yang tidak melengkapi DRM
3. Hendaknya kepala RM (Rekam Medis) mengadakan sosialisasi kepada dokter dan tenaga medik agar melengkapi pengisian secara lengkap dan benar setelah melakukan tindakan atau pemeriksaan.
4. Kepala URM (Unit Rekam Medis) harus selalu mengingatkan unit pencatat data untuk melengkapi DRM dengan dibutnya poster-poster tentang himbuan kelengkapan isi dokumen rekam medis.

Daftar Pustaka

1. Notoadmojo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Reineka Cipta. Jakarta, 2002
2. Huffman, Enda.K. *Health Information Manajement*. 1999.
3. Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jendral Pelayanan Medik. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi I. 1997. Jakarta.

4. Ikatan Dokter Indonesia. *Standart Pelayanan Medis*. Volume I, Edisi 2.
5. Shofari, Bambang. dr. MMR. *Rekam Medis Pelayanan Kesehatan*. Semarang. 2008. (Tidak dipublikasikan)
6. Shofari, Bambang. dr. MMR. *Quality Assurance Medical Record*. Jawa Tengah 2006. (Tidak dipublikasikan)
7. www.repository.ui.ac.id
8. Shofari, Bambang. dr. MMR. *Sistem dan Prosedur Pelayanan Medis* .Buku ke-2. (Tidak dipublikasikan)
9. Depkes RI. Permenkes No.269 / MENKES / PER / III. 2008
10. Huffman, EK. *Translation in Health Information Management*. Jenifer Coffey, RRA. Apikes Dharma Lambaw Padang. 1999.
11. Azwar, Azrul. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Pusaka Sinar Harapan. Jakarta. 1996
12. *Prosedur Tetap Rumah Sakit Panti Wilasa "Dr.Cipto" Semarang*. 2010