

Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Fakultas Kesehatan

Universitas Dian Nuswantoro

Semarang

2013

ABSTRAK

ANALISA KUANTITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP PENYAKIT DALAM PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2013 DI RS TELOGOREJO SEMARANG

Purwanti*); Dyah ernawati**)

*) Alumni Fakultas Kesehatan Udinus

***) Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Udinus

Latar Belakang :Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 269 Tahun 2008, rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Data dan informasi rekam medis tertentu harus lengkap dan dapat dibaca oleh yang berhak dari waktu ke waktu dan dari tempat ke tempat lain sebagai alat untuk komunikasi yang berkesinambungan. Selama ini pengisian rekam medis oleh petugas kesehatan di sejumlah rumah sakit masih sangat minim. Padahal pengisian rekam medis merupakan kegiatan yang penting untuk memberikan pelayanan yang baik kepada pasien. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang.

Metode :Penelitian yang digunakan adalah survei analitik dengan pendekatan studi *cross sectional*. Sampel penelitian adalah dokumen rekam medis rawat inap penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang berjumlah 82 DRM. Pengisian formulir Lembar Data pribadi pasien (RM.1), Resume medis (RM.2), Anamnesa dan pemeriksaan fisik (RM.3), Catatan Harian dan Instruktur Dokter (RM.4), Pemeriksaan Penunjang (RM.6), Asuhan keperawatan (RM 7) dan Laporan Operasi (RM.8).

Hasil :Penelitian adalah deskriptif. Hasil penelitian rekam medis menunjukkan kelengkapan pengisian rekam medis paling tinggi pada lembar asuhan keperawatan 88% dan kelengkapan pengisian rekam medis paling rendah pada lembar data pribadi pasien 65%.

Saran :Perlu memberikan pemahaman secara mendalam tentang rekam medis oleh dokter dan tenaga kesehatan agar lebih bertanggungjawab dalam pengisian data rekam medis. Selanjutnya perlu diadakan sosialisasi mengenai cara pengisian rekam medis yang benar dan dilakukan pemberian angka kredit poin bagi dokter, perawat, dan bidan dalam pengisian rekam medis.

Kata Kunci :Dokumen rekam medis, Analisa Kuantitatif
Kepustakaan:18 (1994-2011).

A. **LATAR BELAKANG**

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang baik ditunjang dengan penyelenggaraan rekam medis yang baik pada setiap pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rekam medis adalah keterangan baik yang ditulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat. (Depkes RI,2006).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis bab V pasal 13 rekam medis harus segera dilengkapi setelah pasien mendapatkan pelayanan dari rumah sakit karena berkas rekam medis memiliki banyak manfaat. Salah satu manfaat tersebut adalah sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien perawatan di rumah sakit.

Analisis kuantitatif adalah review yang memuat komponen pada bagian tertentu dari isi rekam medis. Penilaian kelengkapan dari rekam medis dalam pencatatan perlu dilakukan dalam pengisian dari pasien pertama datang sampai dengan pasien tersebut nyatakan pulang. Analisis kuantitatif terdiri dari 4 komponen yaitu review identifikasi, review pelaporan penting, review otentikasi dan review pencatatan.

Rumah sakit sebagai salah satu pelayanan kesehatan diwajibkan membuat data rekam medis. Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter atau dokter gigi yang berisi tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Bidan dan perawat sebagai tenaga medis juga memberikan pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk membuat dokumentasi dari tindakan asuhan keperawatan yang dilakukannya. Data dan informasi rekam medis tertentu harus lengkap dan dapat dibaca oleh yang berhak dari waktu ke waktu dan dari tempat ke tempat lain sebagai alat untuk komunikasi yang berkesinambungan. Rekam medis yang lengkap dan benar akan memudahkan informasi bagi pihak rumah sakit.

B. METODE PENELITIAN

1. Jenis penelitian

Peneliti melakukan penelitian deskriptif untuk mengetahui ketidaklengkapan dokumen rekam medis, selanjutnya pendekatan yang digunakan adalah cross sectional, objek penelitiannya adalah dokumen rekam medis rawat inap penyakit dalam triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang sejumlah 444 dokumen.

2. Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti adalah kelengkapan pengisian Dokumen Rekam Medis pasien rawat inap Ruang An Nisa periode Triwulan I Tahun 2012

- a. DRM rawat inap penyakit dalam
- b. Review identifikasi
- c. Review pelaporan
- d. Review pencatatan
- e. Review autentikasi
- f. Prosentase DMR (*Deliquant Medical Record*)

3. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1	DRM rawat inap penyakit dalam	DRM pasien rawat inap penyakit dalam yang berisi pemeriksaan atau pelayanan yang telah diterima pasien.
2	Review Identifikasi	Review kelengkapan identitas pada setiap lembar formulir RM 1, RM 2, RM 3, RM 4, RM 6, RM 7 dan RM 8 harus memuat :Nama, No RM, Umur, Bangsa Dikatakan lengkap jika nama, nomor RM, umur dan bangsa terisi semua dan dikatakan tidak lengkap jika salah satu dari item diatas tidak terisi
3	Review pencatatan	Review kelengkapan pencatatan pada setiap lembar formulir RM 1, RM 2, RM 3, RM 4, RM 6, RM 7 dan RM 8 harus : 1. Tulisan jelas terbaca 2. Pembetulan yang benar, yaitu coret tulisan atau bagian

		<p>yang salah dan tulis pembetulan disebelah tulisan yang salah lalu diparaf.</p> <p>3. Pembetulan tulisan yang salah tidak boleh menggunakan media apapun seperti ti-ex, label putih dll.</p> <p>Dikatakan baik jika dalam penulisan dapat di baca dan jelas, dikatakan tidak baik bila ada coretan, tulisan kurang jelas, cara pembetulan dengan menggunakan Tip Ex ataupun label putih.</p>
4	Review pelaporan	<p>Review pelaporan dapat dilihat pada resume medis (RM 2) jika :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada tindakan operasi maka harus ada laporan operasinya 2. Ada tindakan injeksi atau tindakan apapun yang ada efek sampingnya harus ada <i>informed consent</i> 3. Diagnosa menunjukkan adanya pemeriksaan penunjang maka harus ada hasil penunjangnya. 4. Jika pasien meninggal harus ada surat kematiannya <p>Dikatakan lengkap jika memenuhi kriteria diatas, dan dikatakan tidak lengkap jika tidak ada pelaporan dari semua ketentuan diatas.</p>
5	Review otentikasi	<p>Review kelengkapan otentifikasi pada setiap lembar RM 2, RM 3, RM 4 dan RM 8 terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda tangan dokter 2. Nama terang dokter <p>Dikatakan lengkap jika nama dan tanda tangan dokter terisi, dikatakan tidak lengkap jika minimal salah satu dari item diatas tidak terisi.</p>
6	Prosentase ketidaklengkapan (DMR)	<p>Prosentase ketidaklengkapan diperoleh dari DRM tidak lengkap dengan perhitungan:</p> $\frac{\text{Dokumen rekam medis tidak lengkap}}{\Sigma \text{Total dokumen rekam medis}} \times 100 \%$

4. Populasi Dan Sampel

Populasi : Populasi adalah keseluruhan obyek yang diteliti. Populasi disini adalah DRM rawat inap penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013 yang berjumlah 444 DRM

Sampel : Sampel adalah bagian dari populasi. Sampel disini diambil dari total populasi dengan menggunakan metode random sampling dengan rumus :

$$n = \frac{N}{1+N(d)}^2$$

$$n = \frac{444}{1+444(0,1)^2}$$

$$= 81,6$$

$$= 82$$

Keterangan : N = besar populasi

n = besar sampel

d = tingkat kesalahan yang diharapkan 0,1 atau 1 %

5. Instrumen Penelitian

- a. Penelitian ini menggunakan instrument Chek List mengidentifikasi yang lengkap dan tidak lengkap
Berkas yang lengkap (L) memakai tanda = \surd
Berkas yang tidak lengkap (TL) = X
- b. Pedoman observasi DRM rawat inap penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013
- c. SOP / Protap

6. Pengumpulan Data

- a. Sumber data dibedakan menjadi :

- 1) Sumber data primer

yaitu sumber data yang diperoleh langsung dari sumber asli (tidak melalui media perantara). Data primer dapat berupa opini subjek (orang) secara individual atau kelompok, hasil observasi terhadap suatu benda (fisik), kejadian atau kegiatan, dan hasil pengujian. Metode yang digunakan untuk mendapatkan data primer yaitu : metode survei dan metode observasi.⁽¹⁰⁾

Sumber data primer yang digunakan dalam penelitian ini adalah DRM rawat inap penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013.

2) Sumber data sekunder

Merupakan sumber data penelitian yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui media perantara (diperoleh dan dicatat oleh pihak lain). Data sekunder umumnya berupa bukti, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip (data dokumenter) yang dipublikasikan dan yang tidak dipublikasikan⁽¹⁰⁾

Sumber data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman observasi atau formulir observasi terhadap petugas rekam medis.

b. Cara pengumpulan data

Pengumpulan data yang digunakan oleh penulis dengan observasi yaitu penulis melakukan pencatatan dan pengamatan secara langsung.

7. Pengolahan Data

a. Editing

Yaitu memberikan atau mengontrol data-data yang diperoleh untuk menjamin kebenaran terhadap data dengan cara memeriksa DRM penyakit dalam.

b. Klasifikasi

Yaitu mengadakan klasifikasi- klasifikasi dari data yang ada dalam kelompok-kelompok data, misal : kelompok RM 1 penyakit dalam yang tidak lengkap adalah adanya item /komponen yang tidak diisi.

c. Tabulasi adalah hasil dari klasifikasi

Dalam hal ini penulis mengelompokkan data menurut jenis reviewnya dalam kelompok lengkap dan tidak lengkap menurut analisis kuantitatif serta menghitung jumlah komponen lengkap dan tidak lengkap

d. Penyajian data

Penyajian data dalam bentuk tabulasi.

8. Analisa Data

Analisa data yang dipakai adalah analisa deskriptif yaitu peneliti hanya sampai pada taraf melukiskan atau menggambarkan objek penelitian tanpa melakukan penilaian.

C. HASIL PENELITIAN

Seiring dengan perkembangan teknologi, maka berkembang pula kegiatan organisasi termasuk rumah sakit. Dengan demikian, berkembang kegiatan yang berakibat pada kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum. Rumah sakit merupakan salah satu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan harus mengutamakan pelayanan yang berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan pasien rawat jalan, gawat darurat maupun rawat inap.

Salah satu wujud pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah terselenggaranya rekam medis yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang *rekam/medical recod*, bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Menurut *Dirjen Yanmed* No. 78 tahun 1991 bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, diagnosa, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di rumah sakit yang dilakukan di unit – unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan unit rawat inap.

Formulir rekam medis dikatakan sebagai rekaman artinya suatu dokumen yang pada saat diperlukan dapat dibuka untuk dibaca isinya disebut pula formulir rekam medis sebagai catatan yaitu media yang

digunakan untuk mencatat peristiwa dan transaksi selama pelayanan yang dilakukan antar *health care provider* (HCP) kepada *health care receiver* (HCR).

Di Rumah Sakit, pengisian rekam medis melibatkan berbagai profesi tenaga kesehatan maupun tenaga administrasi. Di sisi lain rekam medis juga digunakan oleh berbagai pihak antara lain untuk keperluan administrasi, kepentingan hukum, kepentingan financial, riset, pendidikan dan dokumentasi. Jaminan mutu adalah upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, *obyektif*, dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Mengingat hal tersebut maka untuk menjamin kelengkapan pengisiannya perlu dilakukan analisa kuantitatif.

Kelengkapan pada lembar data pribadi pasien (RM.1) penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang, berdasarkan check list Kelengkapan data pribadi pasien (RM.1) untuk review identifikasi, otentikasi, pencatatan dan pelaporan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.1.

Hasil Kelengkapan Lembar Data Pribadi Pasien (RM.1)
Periode Triwulan I Tahun 2013

No	Review	Kelengkapan			
		L	%	TL	%
1.	Identifikasi	61	74%	26	26%
2.	Otentikasi	64	78%	18	22%
3.	Pencatatan	68	83%	14	17%
4.	Pelaporan	63	77%	19	23%

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk kelengkapan pada lembar Data Pribadi Pasien yang paling tinggi persentasenya adalah review Pencatatan yaitu 83% dan paling rendah kelengkapan persentasenya adalah review identifikasi 74% .

Berdasarkan cek list Kelengkapan Resume Medis(RM.2) untuk review identifikasi, otentikasi, pencatatan dan pelaporan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.2.
 Hasil Kelengkapan pengisian Lembar Resume medis (RM.2)
 Pada Triwulan I Tahun 2013

No	Review	Kelengkapan			
		L	%	TL	%
1.	Identifikasi	66	80%	16	20%
2	Otentikasi	74	90%	8	10%
3	Pencatatan	76	93%	6	7%
4.	Pelaporan	63	77%	19	23%

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk kelengkapan pada Review lembar resume yang paling tinggi prosentase lembar pencatatan yaitu 93% dan paling rendah kelengkapan prosentasenya adalah lembar pelaporan 77% yaitu pada diagnosa yang banyak tidak diisi

Kelengkapan pada lembaranamnesa dan pemeriksaan fisik(RM.3)penyakit dalamperiode triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang,berdasarkan cek list review identifikasi, otentikasi, pencatatan dan pelaporan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.3.

Hasil Kelengkapan pengisian Lembar Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik
(RM.3) Pada Triwulan I Tahun 2013

No	Review	Kelengkapan			
		L	%	TL	%
1.	Identifikasi	71	87%	11	13%
2	Otentikasi	76	93%	6	7%
3	Pencatatan	69	84%	13	16%
4.	Pelaporan	67	82%	15	18%

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk kelengkapan pada review lembar anamnesa dan pemeriksaan fisik yang paling tinggi prosentase lembar otentifikasi yaitu 93% dan paling rendah kelengkapan prosentasenya adalah lembar pelaporan 82%.dan pencatatan yang baik dalam pengisian mencapai 82% .

Kelengkapan pada lembarcatatan harian dan instruksi dokter(RM.4)penyakit dalamperiode triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang,berdasarkan chek list review identifikasi, otentikasi, pencatatan dan pelaporan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.4.

Hasil Kelengkapan pengisian Lembar catatan harian dan instruksi dokter(RM.4) Pada Triwulan I Tahun 2013

No	Review	Kelengkapan			
		L	%	TL	%
1.	Identifikasi	56	84%	12	18%
2	Otentikasi	63	93%	5	7%
3	Pencatatan	61	90%	7	10%
4.	Pelaporan	59	87%	9	13%

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk kelengkapan pada Review lembar catatan harian dan instruktur dokter yang paling tinggi untuk prosentasi pengisian otentifikasi yaitu 93% lengkap sedang yang paling rendah prosentasi pengisian pada identifikasi yaitu 84% yaitu pada no.RM yang banyak tidak di isi.

Kelengkapan pada lembar pemeriksaan penunjang(RM.6)penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang, berdasarkan cek list review identifikasi, otentikasi, pencatatan dan pelaporan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.5.

Hasil Kelengkapan pengisian Lembar Pemeriksaan Penunjang (RM 6) Pada Triwulan I Tahun 2013

No	Review	Kelengkapan			
		L	%	TL	%
1.	Identifikasi	54	79%	14	21%
2	Otentikasi	60	88%	8	12%
3	Pencatatan	61	90%	7	10%
4.	Pelaporan	66	97%	2	3%

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk kelengkapan pada Review lembar pemeriksaan penunjang yang paling tinggi prosentase lembar pelaporan yaitu 97% dan paling rendah kelengkapan prosentasi nya adalah lembar Identifikasi 79%.

Kelengkapan pada lembar asuhan keperawatan (RM 7)penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang, berdasarkan cek list review identifikasi, otentikasi, pencatatan dan pelaporan diperoleh hasil sebagai berikut

Tabel 5.6.

Hasil Kelengkapan Pengisian Lembar Asuhan Keperawatan
(RM.7) Penyakit Dalam Triwulan I Tahun 2013

No	Review	Kelengkapan			
		L	%	TL	%
1.	Identifikasi	62	91%	6	9%
2	Otentikasi	62	91%	6	9%
3	Pencatatan	64	94%	4	6%
4.	Pelaporan	68	100	0	0%

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk kelengkapan pada review lembar asuhan keperawatan yang paling tinggi prosentase lembar pelaporan 100% dan paling rendah kelengkapan prosentasenya adalah lembar Identifikasi 62%.

Kelengkapan pada lembarlaporan operasi (RM 8)penyakit dalamperiode triwulan I tahun 2013 di RS Telogorejo Semarang, berdasarkan cek list review identifikasi, otentikasi, pencatatan dan pelaporan diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 5.8.

Hasil Kelengkapan pengisian Lembar laporan operasi
(RM.8)Pada Triwulan I Tahun 2013

No	Review	Kelengkapan			
		L	%	TL	%
1.	Identifikasi	12	80%	3	20%
2	Otentikasi	14	93%	1	7%
3	Pencatatan	14	93%	1	7%
4.	Pelaporan	13	87%	2	13%

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa untuk kelengkapan pada review lembar laporan operasi yang paling tinggi prosentase lembar otentifikasi 93% dan paling rendah kelengkapan prosentasenya adalah lembar identifikasi 80%.

Tabel : 5.9

Prosentase Total kelengkapan Dokumen Rekam Medis Penyakit Dalam Pada Periode Triwulan I Tahun 2013

Variable	Kelengkapan			
	Lengkap	%	Tidak lengkap	%
82	30	37%	52	63%

total kelengkapan dari 82DRM didapat pada kelengkapan pengisian 37% dan tidak lengkap 63%.

D. Pembahasan

1. Kelengkapan Review Identifikasi

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada DRM rawat inap penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013 yang paling banyak kelengkapannya ada pada review Identifikasi pada Lembar Asuhan Keperawatan (RM7) 88% dan Lembar Pemeriksaan Penunjang (RM6) yaitu 79% dan prosentase ketidaklengkapan paling rendah pada lembar Data Pribadi Pasien (RM1) sebesar 65%. Ketidaklengkapan ini terletak pada item no.RM dan ruang/bangsal tidak terisi, akan menimbulkan masalah bila terjadi pasien itu untuk mencari no.RM bila ada nama yang sama dengan ruang yang sama.. Ketidaklengkapan sebesar 65% disebabkan karena tidak semua pasien dapat memberikan identifikasi dengan cepat kepada petugas, sehingga petugas tidak dapat melakukan pengisian data pasien secara lengkap.Kaitannya dengan teori yaitu dikatakan tidak lengkap apabila salah satu item dari *review* Identifikasi tidak terisi hal itu menurut *Huffman E.K* 1992.

2. Kelengkapan Review Otentikasi

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada review otentikasi diperoleh hasil bahwa adanya tanda tangan dokter/petugas dan nama terang

dokter/petugas kelengkapan tertinggi pada Lembar Laporan Operasi (RM. 8) sebesar 93%, tidak lengkap sebesar 7%, dan paling rendah kelengkapan pada Data Pribadi Pasien (RM1) sebesar 79% dan tidak lengkap 21%, tingkat ketidaklengkapan ini lebih banyak terjadi / terletak pada item tanda tangan dokter/petugas tidak terisi. Review Otentikasi ini sangatlah penting dikarenakan gunanya untuk pertanggung jawaban terhadap tindakan Medis yang telah dilakukan oleh dokter / tenaga medis lainnya. Ketidaklengkapan sebesar ini disebabkan karena kelalaian dokter yang merawat. Dalam teori, review otentikasi ini dikatakan lengkap, maka item nama pemberi pelayanan dan tanda tangan pemberi pelayanan tersebut terisi dengan lengkap hal ini menurut Permenkes No.269 tahun 2008 pasal 2.

3. Kelengkapan Review Pencatatan

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada review pencatatan diperoleh hasil bahwa tidak adanya tulisan yang tidak terbaca, tidak adanya coretan dan tidak adanya cara meralat tulisan atau cara penghapusan.

Kelengkapan tertinggi pada Lembar Laporan Operasi (RM 8) lengkap 93% dan tidak lengkap 7%. Dan kelengkapan paling rendah pada Lembar Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik (RM3) lengkap 84%, tidak lengkap 16%. Dalam pencatatan dokumen rekam medis sangat penting gunanya untuk mengetahui riwayat penyakit pasien secara berurutan dan berkesinambungan. Seperti yang dijelaskan di bangku kuliah, kelengkapan ini sangatlah penting tujuannya selain sebagai bahan pembuktian dalam perkara hukum, rekam medis juga dapat digunakan untuk keperluan penelitian dan pendidikan juga dapat digunakan dipengadilan apabila ada kasus hukum yang diatur oleh permenkes 269 tahun 2008 pasal 13.

4. Kelengkapan Review Pelaporan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada review pelaporan diperoleh hasil kelengkapan paling tinggi pada Lembar Pemeriksaan Penunjang (RM7) sebesar 100% tidak lengkap 0% dan paling rendah pengisian kelengkapan pada Resume Medis (RM2) 74%. Ketidaklengkapan lebih banyak terletak pada item diagnosa keluar. Pada teorinya review pelaporan ini penting gunanya untuk mengetahui perkembangan riwayat

penyakit pasien dari mulai pasien masuk sampai keluar. Sehingga data yang diisi harus saling berkesinambungan. Ketidaklengkapan data disebabkan karena dokter lupa untuk membuat laporan, seharusnya pada waktu pasien masuk sebelum dilakukan anamnesa dokter pemberi pelayanan menanyakan keluhan utama pasien, sebelum memberikan pengobatan pada pasien tersebut, sebagai kelengkapan pelaporan data rekam medis yang benar dan akurat supaya mudah dibaca sesuai Permenkes No.269 Tahun 2008

5. DMR (*Deliquent Medical Record*)

Dari pengambilan DRM di rak filling triwulan I dari bangsal penyakit dalam tahun 2013 yang telah dilakukan pada Review Identifikasi, Otentikasi, Pencatatan dan pelaporan pada lembar Data Pribadi Pasien (RM1), Resume Medis (RM2), Anamnesa dan Pemeriksaan fisik (RM), Catatan Harian dan Instruksi Dokter (RM4), Pemeriksaan Penunjang (RM 6), Asuhan Keperawatan (RM7), Laporan Operasi (RM 8) maka diperoleh angka kelengkapan DRM 37% dan ketidaklengkapan DRM 63%. Dalam teori analisa kuantitatif ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis ini akan menimbulkan mutu kurang baik dan tidak sesuai dengan Standar Operasional Prosedur rumah sakit yang diberikan.

E. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap kelengkapan Formulir RM1, RM2, RM3, RM4, RM 6, RM7 dan RM8 dibangsal penyakit dalam periode Triwulan Itahun 2013di RS Telogorejo Semarang dan berdasarkan chek list kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap penyakit dalam periode triwulan I tahun 2013 tentang review identifikasi, otentifikasi, pencatatan dan pelaporan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil review Identifikasitingkat kelengkapan pengisian paling tinggi pada pemeriksaan penunjang (RM.7) sebesar 88% dan kelengkapanpengisian paling rendah pada Data Pribadi Pasien(RM.1) sebesar 84%
2. Hasil review otentikasi tingkat kelengkapanpengisian paling tinggi pada lembar laporan operasi(RM.8) sebesar 93% dan kelengkapan pengisian paling rendah pada lembar Data Pribadi Pasien (RM.1) sebesar 79%

3. Hasil review pencatatan tingkat kelengkapan pengisian paling tinggi pada Resume Medis (RM.2) sebesar 94% dan kelengkapan pengisian paling rendah pada Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik (RM.3) sebesar 84%
4. Hasil review pelaporan tingkat kelengkapan pengisian paling tinggi pada pemeriksaan penunjang (RM.6) sebesar 100% dan kelengkapan pengisian paling rendah pada Resume Medis (RM.2) sebesar 74%
5. Hasil penghitungan DMR menunjukkan bahwa pengisian dokumen rekam medis yang lengkap sebesar 43% atau 35 DRM dari 82 DRM dan yang tidak lengkap sebesar 57% atau 47 DRM dari 82 DRM.

F. Saran

Dari hasil penelitian, saran yang bisa diberikan kepada pihak yang bersangkutan yaitu :

1. Pihak manajemen rumah sakit
 - a. Manajemen Rumah Sakit selalu memberikan inspirasi dan membangun sistem komunikasi antara dokter, perawat, bidan untuk melengkapi dokumen rekam medis.
 - b. Peningkatan ketelitian dalam pengisian lembar rekam medis khususnya yang diisi oleh dokter atau perawat lebih ditingkatkan lagi. Sehingga disarankan kepada dokter atau perawat agar mau melengkapi review identifikasi, otentifikasi, pencatatan dan pelaporan.
 - c. Dokter pemberi pelayanan supaya melengkapi dokumen rekam medis pada saat memulangkan pasien agar memudahkan klaim rumah sakit
 - d. Kepala unit rawat inap penyakit dalam diharapkan selalu mengingatkan dokter dan bidan untuk melengkapi dokumen rekam medis selama pasien masih dalam perawatan.
 - e. Sosialisai ke semua tenaga medis agar melakukan pembetulan yang benar pada penulisan yang salah.
2. Unit rekam medis
 - a. Dalam proses kelengkapan dibutuhkan kejelasan antara pihak Instalasi Rekam Medis dan petugas pelayanan, dokter/ petugas kesehatan lainnya

- b. Petugas Asembling lebih teliti saat menerima dokumen rekam medis yang diserahkan perawat.

G. Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jenderal Pelayanan Medis, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi I, Jakarta 1997.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pelayanan Medis, Petunjuk Tehnik Penyelenggara Rekam Medis / Medical Record Rumah Sakit Jakarta 1993
3. Shofari, Bambang Sistem dan prosedur pelayanan Rekam Medis Semarang 2001(modul / tidak dipublikasikan)
4. Shofari, Bambang Dasar – dasar pelayanan Rekam Medis Semarang 2008 (modul / tidak dipublikasikan)
5. Shofari, Bambang Desain Formulir Rekam Medis Semarang 2008 (modul / tidak dipublikasikan)
6. Isamel, Sofyan & Sastroasmoro, Sudigdo, Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis, Sugeng Seto. Jakarta 2002
7. Murti, Bhisma. Desain dan Ukuran Sampel untuk penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di bidang kesehatan. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 2006
8. Sugiyono, Statistika untuk penelitian, Alfabeta, Bandung, 2002
9. Health Information Manajement, Edna K Huffman, 1992
10. Shofari, Bambang. Sistem dan Prosedur Pelayanan Rekam Medis. Semarang, 2004. (Modul / Tidak Dipublikasikan)
11. Soekidjo Notoatmodjo. (1996). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
12. Sunayro dan wijono D (1998). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Surabaya: Aitlangga University Press.
13. Shofari, Bambang. Pengelolaan Sistem Rekam Medis. Perhimpunan Organisasi Profesional Perekammedisan, Informatika Kesehatan Indonesia. Semarang, 2005.

14. Departemen Kesehatan Indonesia. Buku Sistem Pencatatan Medis Rumah Sakit. 1982.
15. Rustiyanto, Ery. Etika Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan. Yogyakarta : Graha Ilmu, 2009.
16. Departemen Kesehatan. Standar Pelayanan Rekam Medis. Jakarta : Direktorat Jenderal Bima Pelayanan Medis, 2007
17. Notoatmodjo, Dr. Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rhenika Cipta, 2002.
18. Shofari, Bambang Dr, MMR. *Modul Quality Assurance Rekam Medis. Fakultas kesehatan. Universitas Dian Nuswantoro. Semarang 2008*



**ANALISA KUANTITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS
RAWAT INAPPENYAKIT DALAM PERIODE
TRIWULAN I TAHUN 2013 DI RS TELOGOREJO
SEMARANG**

ARTIKEL

Disusun guna memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar
Diploma (Amd,PK) dari Program Studi DIII RMIK

Oleh :

PURWANTI

D22.2010.01033

**PROGRAM STUDI DIII REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS DIAN NUSWANTORO
SEMARANG**

2013

HALAMAN PERSETUJUAN

ARTIKEL

ANALISA KUANTITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS
RAWAT INAP PENYAKIT DALAM PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2013
Di RS TELOGOREJO SEMARANG

Disusun Oleh :

PURWANTI

D22.2010.01033

Disetujui untuk dipertahankan dalam ujian karya tulis ilmiah

Tanggal :

Pembimbing

(Dyah Ernawati, S.Kep, Ns, M.Kes)