

## ANALISIS KUANTITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP KASUS BEDAH DI RSUD KANJURUHAN KEPANJEN

Miftachul Ulum<sup>1)</sup>

Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan  
STIKes Widya Cipta Husada Malang  
[Miftachululum@stikeswch-malang.ac.id](mailto:Miftachululum@stikeswch-malang.ac.id)

### ABSTRAK

Dalam rekam medis lengkap diperoleh informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan di antaranya adalah sebagai alat untuk analisis dan evaluasi kualitas layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Dalam meningkatkan kualitas layanan diperlukan untuk mengontrol dokumen pengisian catatan medis. Analisis kuantitatif adalah salah satu program menjaga kualitas dengan membandingkan semua catatan yang ada dalam catatan medis dengan standar yang ditetapkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kelengkapan dokumen rekam medis kasus bedah rawat inap melalui analisis kuantitatif. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif. Dari hasil penelitian ini diperlihatkan review kelengkapan berdasarkan identifikasi pasien adalah 25% dan review ketidaklengkapan identifikasi pasien adalah 75%. Berdasarkan kelengkapan pelaporan ulasan kritis adalah 45% dan ketidaklengkapan ulasan pelaporan yang penting adalah 55%. Berdasarkan otentikasi ulasan kelengkapan adalah 79% dan otentikasi ulasan ketidaklengkapan adalah 21%. Berdasarkan kelengkapan ulasan dokumentasi adalah 56% dan dokumentasi ulasan ketidaklengkapan adalah 44%. Untuk mengurangi jumlah pengisian rekam medis tinggi yang tidak lengkap, haruskah rumah sakit Kanjuruhan Kepanjen membuat standar dan prosedur lebih rinci tentang dokumen pengisian dalam rekam medis yang kemudian dapat disebarluaskan ke unit keperawatan, selain itu unit rekam medis mengusulkan untuk buat dan lampirkan stiker yang berisi banding "Silakan isi dokumen rekam medis sepenuhnya".

**Kata kunci:** Dokumen Rekam Medik, Analisis Kuantitatif, Kasus Bedah

### ABSTRACT

*In a complete medical record obtained information that can be used for various purposes among which is as a tool for analysis and evaluation of the quality of services provided by the hospital. In improving the quality of service required for control of the charging document medical records. Quantitative analysis is one of the programs maintain quality by comparing all the records that exist in the medical record with the established standards. This study aims to determine the completeness of the medical record documents inpatient surgical cases through quantitative analysis. This study used quantitative descriptive approach. From the results of this study demonstrated completeness review is based on the identification of the patients is 25% and the incompleteness review patient identification is 75%. Based on the completeness of reporting critical review is 45% and the incompleteness of the reviews reporting that matters is 55%. Based on the completeness review authentication is 79% and the incompleteness review authentication is 21%. Based on the completeness of the documentation review is 56% and the incompleteness review documentation is 44%. To reduce the number of incomplete charging high medical records, should the Kanjuruhan Kepanjen hospital create standards and procedures in more detail about the charging document in*

*the medical record that can then be disseminated to the nursing unit, in addition to the medical record unit proposes to create and attach a sticker containing the appeal "Please fill in the medical record document completely".*

**Keywords :** *Document Medical Records, Quantitative Analysis, Surgical Case*

## PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana prasarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.<sup>1</sup> 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.<sup>1</sup>

Berdasarkan laporan hasil kegiatan sub bagian rekam medis, evaluasi dan pelaporan RSUD Kanjuruhan Kepanjen bulan Desember 2016 diketahui bahwa kasus bedah merupakan jenis kasus medis dengan jumlah kasus terbanyak yaitu sejumlah 212 kasus dari 1028 kasus medis dan kasus bedah juga merupakan kasus medis dengan prosentase jumlah kasus tertinggi yaitu 20% dibandingkan dengan kasus medis lainnya seperti kasus obgyn,

kasus anak, kasus jantung yang hanya memiliki prosentase jumlah kasus  $\leq 15\%$ .

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui proses pelaksanaan analisis kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di RSUD Kanjuruhan Kepanjen. Selanjutnya mengetahui hasil analisis kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di RSUD Kanjuruhan Kepanjen.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah yang dapat digunakan sebagai alat untuk analisis dan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Populasi dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis. Sampel dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah. Subjek dalam penelitian ini adalah petugas *assembling* dan analisis dokumen rekam medis. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode observasi dan wawancara. Metode ini digunakan untuk mengeksplorasi subjek penelitian untuk mengetahui kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah.

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kanjuruhan Kepanjen, yaitu pada unit rekam medis bagian *assembling* dokumen rekam medis. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 1 Mei hingga 30 Mei 2017.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariate atau analisis deskriptif. Analisis univariate bertujuan untuk menjelaskan atau

mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian.<sup>2</sup>

Teknik yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan teknik analisis deskriptif yaitu dengan cara mendeskripsikan data yang telah dikumpulkan dan diolah sebagai evaluasi untuk membuat gambaran tentang analisis kuantitatif dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah di RSUD Kanjuruhan Kapanjen.

## HASIL PENELITIAN

Rumah Sakit Umum Daerah Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Malang, terletak diatas tanah seluas 32.140 m<sup>2</sup> dengan bangunan yang didirikan dan digunakan untuk operasional pelayanan sampai saat ini seluas 11.550 m<sup>2</sup>, berada di Malang selatan dan mempunyai 211 tempat tidur dengan tingkat hunian rata-rata 81,17% per tahun.

Wilayah dispersi atau jangkauan pelayanan Rumah Sakit meliputi Malang selatan hingga perbatasan kabupaten Blitar dan Lumajang. Perkembangan Kota Kapanjen sebagai ibukota Kabupaten Malang ditandai dengan dibangunnya berbagai fasilitas pelayanan masyarakat dan berbagai perkantoran pemerintahan. Dengan meningkatnya situasi dan kondisi tersebut membawa dampak terhadap kegiatan masyarakat baik di Kota Kapanjen maupun daerah sekitarnya (Malang Selatan pada umumnya) menjadikan Kota Kapanjen sebagai sentra kegiatan. Dalam upaya mengimbangi perkembangan Kota Kapanjen yang begitu cepat, RSUD Kanjuruhan Kapanjen Kabupaten Malang terus berupaya meningkatkan potensi diri untuk meningkatkan kapasitas pelayanannya kepada masyarakat agar menjadi Rumah Sakit pilihan bagi masyarakat dalam bidang kesehatan.

Visi RSUD Kanjuruhan Kapanjen adalah menjadi rumah sakit pendidikan yang berkualitas dan mandiri dengan pelayanan paripurna tahun 2015. Dan misi RSUD Kanjuruhan Kapanjen adalah (a) meningkatkan kualitas sumber daya rumah sakit yang mendukung upaya peningkatan kualitas pendidikan dan pelayanan kesehatan paripurna kepada masyarakat (b) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada semua lapisan masyarakat secara cepat, tepat, nyaman dan terjangkau dengan dilandasi etika profesi (c) mewujudkan pelayanan yang pro aktif dan perluasan jangkauan pelayanan kepada masyarakat dan (d) mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang profesional dengan prinsip sosio ekonomi secara efektif dan efisien serta mampu berdaya saing.

1. Proses Pelaksanaan Analisa Kuantitatif Dokumen Rekam Medis
  - a. Perakitan / *Assembling* Rekam Medis
 

Berdasarkan Buku Pedoman Pelayanan Rekam Medis RSUD Kanjuruhan Kapanjen, *assembling* merupakan kegiatan pemeriksaan kelengkapan lembar rekam medis, kelengkapan pengisian rekam medis. *Assembling* ini dipergunakan sebagai pedoman dalam menyeleksi, menata rapi setiap dokumen rekam medis yang merupakan data informasi otentik yang dapat dipertanggungjawabkan.
  - b. Uraian Jabatan Pelaksana *Assembling*

Berikut adalah uraian jabatan pelaksana *assembling* berdasarkan buku pedoman pengorganisasian Rekam Medis RSUD Kanjuruhan Kapanjen:

    - 1) Memeriksa kelengkapan lembaran – lembaran rekam medis rawat inap
    - 2) Menata rekam medis rawat inap secara kronologis sesuai dengan susunan yang telah ditetapkan rumah sakit
    - 3) Memeriksa kelengkapan informasi, antara lain : identitas pasien, anamnesis, pemeriksaan fisik,

38 pemeriksaan lab, pemeriksaan khusus lainnya, diagnosis masuk, diagnosis utama atau akhir dan komplikasi, pengobatan, tindakan persetujuan pengobatan / tindakan, catatan konsultasi, catatan perawat dan tenaga kesehatan lainnya, resume medis.

- 4) Mencatat pada buku KLPCM
  - 5) Mengembalikan dokumen rekam medis ke dokter atau perawat, jika belum lengkap.
- c. Wewenang Jabatan Pelaksana *Assembling*
- 1) Mengembalikan dokumen rekam medis yang tidak lengkap ke dokter atau ruang perawatan.
  - 2) Memberikan informasi tentang pelaksanaan *assembling*
- d. Tanggung Jawab Jabatan Pelaksana *Assembling*
- 1) Membuat laporan KLPCM (Ketidakeengkapan Pengisian Catatan Medis).
  - 2) Mampu menyelesaikan tugas pekerjaan secara tepat waktu.
  - 3) Simpan rahasia kedokteran.

## 2. Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Bedah

Proses *review* analisis kuantitatif dokumen rekam medis ini menggunakan form observasi analisis kuantitatif pada dokumen rekam medis kasus bedah bulan Januari 2015 di unit rekam medis RSUD Kanjuruhan Kepanjen. Berikut adalah penjelasan angka penilaian masing-masing *review* analisis kuantitatif : a) 0 (nol) = tidak lengkap b) 1 (satu) = lengkap seluruh form rekam medis Penilaian angka 0 (nol) diberikan apabila terdapat instrument analisis kuantitatif pada formulir dokumen rekam medis yang tidak lengkap sedangkan penilaian angka 1 (satu) diberikan apabila seluruh instrument analisis kuantitatif pada

formulir dokumen rekam medis telah lengkap.

Dari penilaian angka tersebut selanjutnya nilai akan ditabulasi berdasarkan masing-masing *review* analisis kuantitatif dengan rumus prosentase tabulasi :

*Tabulasi*

$$= \frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Nilai Tertinggi} \times \sum \text{Sampel}} \times 100\%$$

Keterangan :

- a) Tabulasi : Penghitungan nilai hasil *review* analisis kuantitatif.
- b) Nilai Tertinggi : Nilai *review* analisis kuantitatif untuk nilai tertinggi.
- c)  $\sum$  Sample : Jumlah sample.

### a. *Review* Identifikasi Pasien

Untuk *review* identifikasi pasien, instrument yang dinilai adalah nama dan nomor rekam medis. Setelah masing-masing dokumen rekam medis di analisis kuantitatif berdasarkan *review* identifikasi pasien, maka selanjutnya nilai hasil analisis kuantitatif ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi. Berikut adalah tabel penilaian analisis kuantitatif berdasarkan *review* identifikasi pasien:

Tabel : 4.1 Tabel *Review* Identitas Pasien

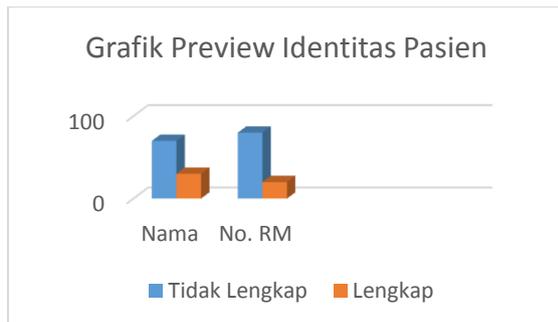
| No      | Kriteria | Kelengkapan |    |
|---------|----------|-------------|----|
|         |          | L           | TL |
| A       | Nama     | 12          | 28 |
| B       | No. RM   | 8           | 32 |
| Average |          | 10          | 30 |

Sumber : Rekapitulasi Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kamar Bedah

Berdasarkan tabel *review* identifikasi pasien diketahui bahwa hasil kelengkapan pengisian item nama berjumlah 12 dan ketidakeengkapan pengisian item nama berjumlah 28. Kelengkapan pengisian item nomor

rekam medis berjumlah 8 dan ketidaklengkapan pengisian item nomor rekam medis berjumlah 32.

Dari hasil *review* identifikasi pasien diketahui rata-rata kelengkapan *review* identifikasi pasien berjumlah 10 dan ketidaklengkapan *review* identifikasi pasien berjumlah 30.



Berdasarkan hasil *review* identifikasi pasien maka didapatkan tabulasi nilai yang digambarkan dalam bentuk grafik diatas. Hasil prosentase tabulasi kelengkapan pengisian item nama adalah 30% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item nama adalah 70%. Prosentase kelengkapan pengisian item nomor rekam medis adalah 20% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item nomor rekam medis adalah 80%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa prosentase pengisian identifikasi pasien belum memenuhi standart pelayanan minimal rumah sakit yaitu prosentase kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap harus 100%.

#### b. *Review* Pelaporan yang Penting

Untuk *review* pelaporan yang penting, instrument yang dinilai adalah ringkasan masuk-keluar, ringkasan keperawatan, diagnosa masuk, diagnosa utama, kode ICD-10, laporan operasi, laporan anastesi, tindakan operasi, kode tindakan dan lembar informed concent. Setelah masing-masing dokumen rekam medis di analisis kuantitatif berdasarkan *review* pelaporan yang penting, maka

selanjutnya nilai hasil analisis kuantitatif ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi.

Berikut adalah tabel penilaian analisis kuantitatif berdasarkan *review* pelaporan yang penting:

Tabel : *Review* Pelaporan yang penting

| No      | Kriteria                 | Analisis Kuantitatif |    |
|---------|--------------------------|----------------------|----|
|         |                          | L                    | TL |
| a       | Ringkasan masuk – keluar | 23                   |    |
| b       | Ringkasan keperawatan    | 14                   | 28 |
| c       | Diagnosa Masuk           | 30                   | 10 |
| d       | Diagnosa Utama           | 36                   | 4  |
| e       | Kode ICD-10              | 7                    | 33 |
| f       | Laporan operasi          | 16                   | 24 |
| g       | Laporan anastesi         | 12                   | 28 |
| h       | Tindakan operasi         | 16                   | 24 |
| i       | Kode tindakan            | 10                   | 30 |
| j       | Lembar informed Concent  | 16                   | 24 |
| Average |                          | 18                   | 22 |

Berdasarkan tabel *review* pelaporan yang penting diketahui bahwa hasil kelengkapan pengisian item ringkasan masuk-keluar berjumlah 23 dan ketidaklengkapan pengisian item ringkasan masuk-keluar berjumlah 17. Kelengkapan pengisian item ringkasan keperawatan berjumlah 14 dan ketidaklengkapan pengisian item ringkasan keperawatan berjumlah 26.

Kelengkapan pengisian item diagnosa masuk berjumlah 30 dan ketidaklengkapan pengisian item diagnosa masuk berjumlah 10.

Kelengkapan pengisian item diagnosa utama berjumlah 36 dan ketidaklengkapan pengisian item diagnosa utama berjumlah 4.

Kelengkapan pengisian item kode ICD-10 berjumlah 7 dan ketidaklengkapan pengisian item kode ICD-10 berjumlah 33.

Kelengkapan pengisian item laporan operasi berjumlah 16 dan ketidaklengkapan pengisian item laporan operasi berjumlah 24.

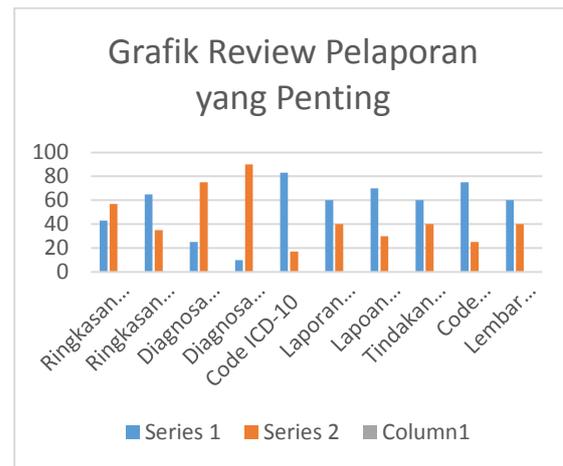
Kelengkapan pengisian item laporan anastesi berjumlah 12 dan ketidaklengkapan pengisian item laporan anastesi berjumlah 28.

Kelengkapan pengisian item tindakan operasi berjumlah 16 dan ketidaklengkapan pengisian item tindakan operasi berjumlah 24.

Kelengkapan pengisian item kode tindakan berjumlah 10 dan ketidaklengkapan pengisian item kode tindakan berjumlah 30.

Kelengkapan pengisian item lembar informed concent berjumlah 16 dan ketidaklengkapan pengisian item lembar informed concent berjumlah 24.

Dari hasil *review* pelaporan 44 yang penting diketahui rata-rata kelengkapan *review* pelaporan yang penting berjumlah 18 dan ketidaklengkapan *review* pelaporan yang penting berjumlah 22.



Berdasarkan hasil *review* pelaporan yang penting maka didapatkan tabulasi nilai yang digambarkan dalam bentuk grafik diatas. Hasil prosentase tabulasi kelengkapan pengisian item ringkasan masuk-keluar adalah 57% dan prosentase ketidak lengkapan pengisian item ringkasan masuk-keluar adalah 43%.

Prosentase kelengkapan pengisian item ringkasan keperawatan adalah 35% dan prosentase ketidak lengkapan pengisian item ringkasan keperawatan adalah 65%.

Prosentase kelengkapan pengisian item diagnosa masuk adalah 75% dan prosentase ketidak lengkapan pengisian item diagnosa masuk adalah 25%.

Prosentase kelengkapan pengisian item diagnosa utama adalah 90% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item diagnosa utama adalah 10%.

Prosentase kelengkapan pengisian item kode ICD-10 adalah 17% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item kode ICD-10 adalah 83%.

Prosentase kelengkapan pengisian item laporan operasi adalah 40% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item laporan operasi adalah 60%.

Prosentase kelengkapan pengisian item laporan anastesi adalah 30% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item laporan anastesi adalah 70%.

Prosentase kelengkapan pengisian item tindakan operasi adalah 40% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item tindakan operasi adalah 60%.

Prosentase kelengkapan pengisian item kode tindakan adalah 25% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item kode tindakan adalah 75%.

Prosentase kelengkapan pengisian item lembar informed consent adalah 40% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item lembar informed consent adalah 60%.

Hasil tersebut menunjukkan bahwa prosentase pengisian pelaporan yang penting belum memenuhi standart pelayanan minimal rumah sakit yaitu prosentase kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap harus 100%.

### c. Review Autentifikasi

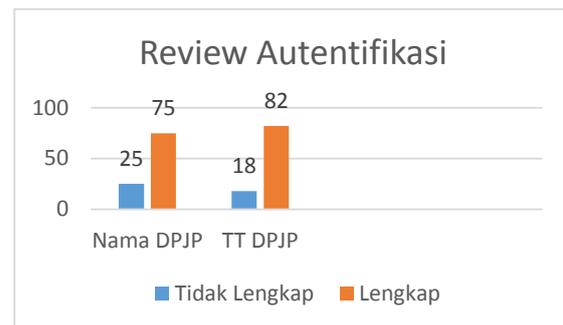
Untuk *review* autentifikasi, instrument yang dinilai adalah nama DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dan tanda tangan DPJP. Setelah masing-masing dokumen rekam medis di analisis kuantitatif berdasarkan *review* autentifikasi, maka selanjutnya nilai hasil analisis kuantitatif ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi. Berikut adalah tabel penilaian analisis kuantitatif berdasarkan *review* autentifikasi:

Tabel 4.3. Tabel Review Autentifikasi

| No      | Kriteria Analisis | Kelengkapan |     |
|---------|-------------------|-------------|-----|
| a       | Nama DPJP         | 30          | 10  |
| b       | Tanda tangan DPJP | 33          | 7   |
| Average |                   | 31,5        | 8,5 |

Berdasarkan tabel *review* autentifikasi diketahui bahwa hasil kelengkapan pengisian item nama DPJP berjumlah 30 dan ketidaklengkapan pengisian item nama DPJP berjumlah 10.

Kelengkapan pengisian item tanda tangan DPJP berjumlah 33 dan ketidaklengkapan pengisian item tanda tangan DPJP berjumlah 7. Dari hasil *review* autentifikasi diketahui rata-rata kelengkapan *review* autentifikasi berjumlah 31,5 dan ketidaklengkapan *review* autentifikasi berjumlah 8,5.



Berdasarkan hasil *review* autentifikasi maka didapatkan tabulasi nilai yang digambarkan dalam bentuk grafik diatas. Hasil prosentase tabulasi kelengkapan pengisian item nama DPJP adalah 75% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item nama DPJP adalah 25%. Prosentase kelengkapan pengisian item tanda tangan DPJP adalah 82% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item tanda tangan DPJP adalah 18%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa prosentase pengisian autentifikasi masih kurang karena belum memenuhi standart pelayanan minimal rumah sakit yaitu prosentase kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap harus 100%.

### d. Review Pendokumentasian

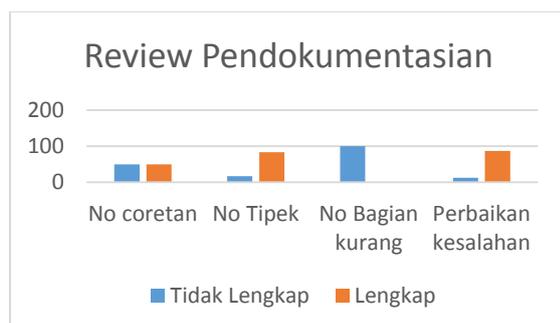
Untuk *review* pendokumentasian, instrument yang dinilai adalah tidak ada coretan, tidak ada tip-ex, tidak ada bagian kosong dan perbaikan kesalahan. Setelah masing-masing dokumen rekam medis di analisis kuantitatif berdasarkan *review* pendokumentasian, maka

selanjutnya nilai hasil analisis kuantitatif ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi. Berikut adalah tabel penilaian analisis kuantitatif berdasarkan *review* pendokumentasian:

Tabel 4.4. Tabel Review Pendokumentasian

| No      | Kriteria Analisis       | Kelengkapan |       |
|---------|-------------------------|-------------|-------|
|         |                         | L           | TL    |
| a       | Tidak ada coretan       | 20          | 20    |
| b       | Tidak ada Tip-ex        | 34          | 6     |
| c       | Tidak ada Bagian Kosong | 0           | 40    |
| d       | Perbaikan kesalahan     | 35          | 5     |
| Average |                         | 22,25       | 17,75 |

Berdasarkan tabel *review* pendokumentasian diketahui bahwa hasil kelengkapan pengisian item tidak ada coretan berjumlah 20 dan ketidaklengkapan pengisian tidak ada coretan berjumlah 20. Kelengkapan pengisian item tidak ada tip-ex berjumlah 34 dan ketidaklengkapan pengisian item tidak ada tip-ex berjumlah 6. Ketidaklengkapan pengisian item tidak ada bagian kosong berjumlah 40. Kelengkapan pengisian item perbaikan kesalahan berjumlah 35 dan ketidaklengkapan pengisian item perbaikan kesalahan berjumlah 5. Dari hasil *review* pendokumentasian diketahui rata-rata kelengkapan *review* pendokumentasian berjumlah 22,25 dan ketidaklengkapan *review* pendokumentasian berjumlah 17,75.



Berdasarkan hasil *review* pendokumentasian maka didapatkan tabulasi nilai yang digambarkan dalam bentuk grafik diatas. Hasil prosentase tabulasi kelengkapan pengisian item tidak ada coretan adalah 50% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item tidak ada coretan adalah 50%. Prosentase kelengkapan pengisian item tidak ada tipex adalah 85% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item tidak ada tip-ex adalah 15%. Prosentase kelengkapan pengisian item tidak ada bagian kosong adalah 0% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item tidak ada bagian kosong adalah 100%. Prosentase kelengkapan pengisian item perbaikan kesalahan adalah 87% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item perbaikan kesalahan adalah 13%. Grafik menunjukkan prosentase pengisian pendokumentasian belum memenuhi standart pelayanan minimal rumah sakit yaitu prosentase kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap harus 100%.

## KESIMPULAN

Kesimpulan yang diperoleh dari pelaksanaan tugas akhir “Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Bedah” di RSUD Kanjuruhan Kepanjen adalah sebagai berikut :

1. Pengontrolan dokumen rekam medis yang tidak lengkap di rumah sakit adalah ketika dokumen rekam medis rawat inap dikembalikan ke unit rekam medis kemudian dokumen tersebut *diassembling* untuk analisis kuantitatif dan dianalisa kelengkapan dokumen tersebut. Setelah *diassembling* dan dianalisa, dokumen yang tidak lengkap diberikan kartu kendali dan dikembalikan lagi ke unit rawat inap.
2. Dari hasil rekapitulasi analisis kuantitatif dokumen rekam medis

pasien rawat inap kasus bedah berdasarkan kelengkapan *review* identifikasi pasien adalah 25% dan ketidaklengkapan *review* identifikasi pasien adalah 75%. Berdasarkan kelengkapan *review* pelaporan yang penting adalah 45% dan ketidaklengkapan *review* pelaporan yang penting adalah 55%. Berdasarkan kelengkapan *review* autentifikasi adalah 79% dan ketidaklengkapan *review* autentifikasi adalah 21%. Berdasarkan kelengkapan *review* pendokumentasian adalah 56% dan ketidaklengkapan *review* pendokumentasian adalah 44%.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. America Hospital Association, 1974. *Rumah Sakit*. Dikutip oleh Ery Rustiyanto. 2010. Yogyakarta: Graha Ilmu
2. *Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2006 tentang Rekam Medis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
3. Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Depkes RI
4. Hatta, Gemala. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Universitas Indonesia
5. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/MenKes/ SK/XII/1992 tentang tugas Rumah Sakit*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
6. *Menteri Kesehatan RI No.268/MenKes/ Per/XII/2007 tentang Rekam Medis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
7. Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
8. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/ III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
9. Rustiyanto, Ery. 2009. *Etika Profesi Perekam medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
10. Rustiyanto, Ery. 2010. *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
11. Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta
12. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI