

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

MiftachulUlum<sup>1</sup>, Niken Sekarningrum<sup>2</sup>

Program Studi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan STIKes Widya Cipta Husada Malang  
miftachululum@stikeswch-malang.ac.id

## ABSTRAK

Dalam rekam medis yang lengkap diperoleh informasi yang dapat digunakan untuk berbagai keperluan di antaranya sebagai alat analisis dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit. Dalam meningkatkan kualitas pelayanan diperlukan pengendalian terhadap pengisian dokumen rekam medis. Analisis kuantitatif merupakan salah satu program untuk menjaga kualitas dengan membandingkan semua rekam medis yang ada di rekam 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 ditunjukkan kelengkapannya review berdasarkan identifikasi pasien adalah 25% dan identifikasi pasien review ketidaklengkapan 75%. Berdasarkan kelengkapan pelaporan review kritis adalah 45% dan ketidaklengkapan pelaporan review yang penting adalah 55%. Berdasarkan kelengkapan otentikasi review 79% dan ketidaklengkapan otentikasi review 21%. Berdasarkan kelengkapan dokumentasi review 56% dan ketidaklengkapan dokumentasi review 44%. Untuk mengurangi jumlah pengisian rekam medis tinggi yang tidak lengkap, sebaiknya RSUD Kanjuruhan Kepanjen membuat standar dan prosedur yang lebih detail tentang dokumen pengisian rekam medis yang selanjutnya dapat disosialisasikan ke unit keperawatan, selain itu unit rekam medis mengusulkan kepada membuat dan melampirkan stiker yang berisi himbuan "Isi dokumen rekam medis dengan lengkap". Kata Kunci: Dokumen Rekam Medis, Analisis Kuantitatif, Kasus Bedah

**Kata Kunci:** Dokumen Rekam Medis, 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 Cases

## 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. (America Hospital Association, 1974 yang dikutip oleh Ery Rustiyanto, 2010) 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. (Ery Rustiyanto, 2010)

Berdasarkan laporan hasil kegiatan sub bagian rekam medis, evaluasi dan pelaporan RSUD Kanjuruhan Kapanjen 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  $\leq 15\%$ .

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian ini yaitu Bagaimana pelaksanaan analisis kuantitatif dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah di RSUD Kanjuruhan Kapanjen, dan Bagaimana hasil analisis kuantitatif dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah di RSUD Kanjuruhan Kapanjen pada bulan Januari 2017. Serta tujuan dan manfaat dari penelitian ini ialah Mengetahui proses pelaksanaan analisis kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah di RSUD Kanjuruhan Kapanjen.

## METODOLOGI 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 Kapanjen, yaitu pada unit rekam medis bagian assembling dokumen rekam medis. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 1 Mei hingga 30 Mei 2017.

Populasi dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis. Dokumen rekam medis yang digunakan adalah dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah periode bulan Januari tahun 2017 sebanyak 280 dokumen rekam medis. Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. (Sugiyono, 2011) Sampel dalam penelitian ini adalah dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah. Dokumen rekam medis yang digunakan adalah dokumen rekam medis pasien rawat inap kasus bedah periode bulan Januari tahun 2017 sebanyak 40 dokumen rekam medis. Sampling yang digunakan adalah systematic random sampling (pengambilan sampel secara acak sistematis).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

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 Kepanjen maupun daerah sekitarnya (Malang Selatan pada umumnya) menjadikan Kota Kepanjen sebagai sentra 32 kegiatan.

Dan misi RSUD Kanjuruhan Kepanjen 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 Kepanjen, 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 Kepanjen: 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 (Ketidak lengkapan Pengisian Catatan Medis). 2) Mampu menyelesaikan tugas pekerjaan secara tepat waktu. 3) Simpan rahasia kedokteran 39

### 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 :

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

Keterangan :

a) Tabulasi : Penghitungan nilai hasil review analisis kuantitatif.

b) Nilai Tertinggi : Nilai review analisis kuantitatif untuk nilai tertinggi.

c)  $\sum$  Sample : Jumlah sample.

Jumlah Nilai Tabulasi =  $X 100 \%$  Nilai Tertinggi  $\times \sum$  Sample 40

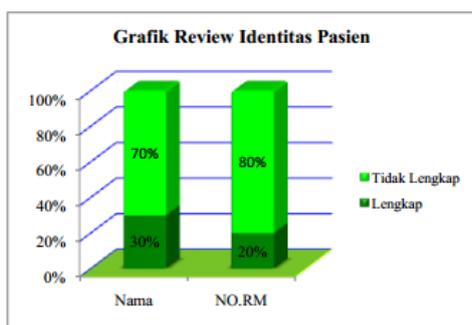
a. Review Identifikasi Pasien Untuk review identifikasi pasien, instrument yang dinilai adalah nama dan nomor rekam medis. Setelah masing-masing dokumen rekam medis di analisis kuantitatif berdasarkan review identifikasi pasien, maka selanjutnya nilai hasil analisis kuantitatif ditabulasi berdasarkan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

Tabel 4.1 Tabel Review Identifikasi Pasien

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan	
		Lengkap	Tidak Lengkap
a.	Nama	12	28
b.	No.RM	8	32
Average		10	30

Sumber: Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Bedah

Berdasarkan tabel review identifikasi pasien diketahui bahwa hasil kelengkapan pengisian item nama berjumlah 12 dan ketidaklengkapan 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



Gambar 4.2 Grafik Review Identifikasi Pasien

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

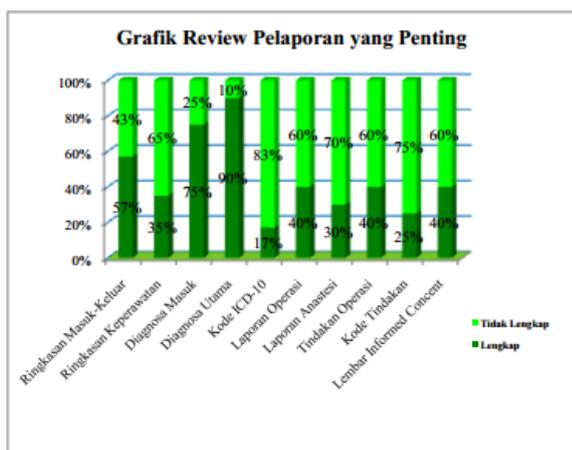
ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi. Berikut adalah tabel penilaian analisis kuantitatif berdasarkan review pelaporan yang penting:

Tabel 4.2 Tabel Review Pelaporan yang Penting

No	Kriteria Analisis	Analisis Kuantitatif	
		Lengkap	Tidak Lengkap
a.	Ringkasan Masuk-Keluar	23	17
b.	Ringkasan Keperawatan	14	26
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

Sumber: Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Bedah

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 yang penting diketahui rata-rata kelengkapan review pelaporan yang penting berjumlah 18 dan ketidaklengkapan review pelaporan yang penting berjumlah 22.



Gambar 4.3 Grafik Review Pelaporan yang Penting

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 ketidaklengkapan pengisian item ringkasan masuk-keluar adalah 43%. Prosentase kelengkapan pengisian item ringkasan keperawatan adalah 35% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item ringkasan keperawatan adalah 65%. Prosentase kelengkapan pengisian item diagnosa masuk adalah 75% dan prosentase ketidaklengkapan 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 75% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item kode tindakan adalah 25%. Prosentase kelengkapan pengisian item lembar informed concent adalah 40% dan prosentase ketidaklengkapan pengisian item lembar informed concent 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%.

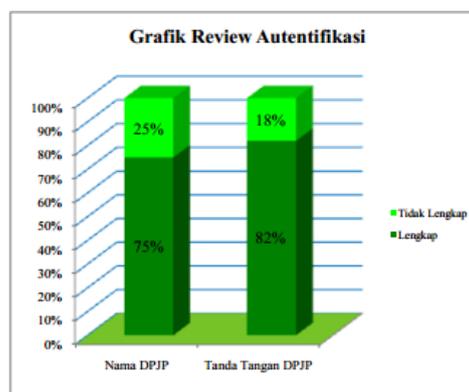
c. Review Autentifikasi Untuk review autentifikasi, instrument yang dinilai adalah nama DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dan tanda tangan DPJP. Setelah masing-masing dokumen rekam medis di analisis kuantitatif berdasarkan review autentifikasi, maka selanjutnya nilai hasil analisis kuantitatif ditabulasi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

Tabel 4.3 Tabel Review Autentifikasi

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan	
		Lengkap	Tidak Lengkap
a.	Nama DPJP	30	10
b.	Tanda tangan DPJP	33	7
Average		31,5	8,5

Sumber: Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Bedah

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.



Gambar 4.4 Grafik Review Autentifikasi

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%.

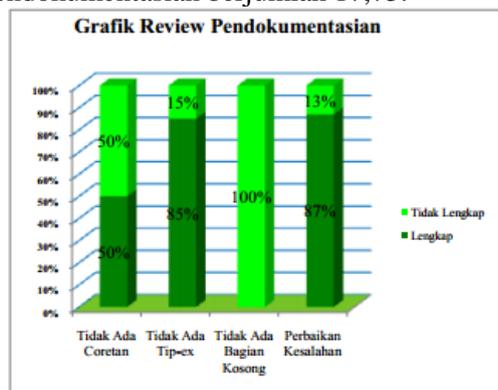
d. Review Pendokumentasian Untuk review pendokumentasian, instrument yang dinilai adalah tidak ada coretan, tidak ada tip-ex, tidak ada bagian kosong dan perbaikan kesalahan .Setelah masingmasing dokumen rekam medis di analisis kuantitatif berdasarkan review pendokumentasian, maka selanjutnya nilai hasil analisis kuantitatif ditabulasi berdasarkan rumus tabulasi. Berikut adalah tabel penilaian analisis kuantitaif berdasarkan review pendokumentasian:

Tabel 4.4 Tabel Review Pendokumentasian

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan	
		Lengkap	Tidak Lengkap
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

Sumber: Rekapitulasi Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Bedah

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 pendokumen-tasian berjumlah 22,25 dan ketidaklengkapanreview pendokumentasian berjumlah 17,75.



Gambar 4.5 Grafik Review Pendokumentasian

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%.

## SIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan yang diperoleh dari pelaksanaan tugas akhir “Analisis Kuantitatif Dokumen Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Bedah” di RSUD Kanjuruhan Kapanan 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 pendokumen-tasian adalah 44%.
3. Dalam proses pelaksanaan pengontrol-an dokumen rekam medis, sebaiknya pihak

RSUD Kanjuruhan Kepanjen menunjuk petugas khusus yang menangani masalah ketidaklengkapan dokumen rekam medis. Sehingga kelengkapan dokumen rekam medis dapat memenuhi standart pelayanan minimal rumah sakit yaitu prosentase kelengkapan pengisian dokumen rekam medis harus 100%.

4. Untuk mengurangi angka ketidaklengkapan pengisian catatan medis yg tinggi, sebaiknya pihak manajemen RSUD Kanjuruhan Kepanjen membuat standard dan prosedur yang lebih terinci tentang pengisian dokumen rekam medis sehingga selanjutnya bisa disosialisasikan kepada unit keperawatan, selain itu unit rekam medis mengusulkan untuk membuat dan menempelkan stiker himbauan yang berisi “Harap mengisi

Rustiyanto, Ery. 2010. Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan. Yogyakarta : Graha Ilmu

Sugiyono. 2011. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung : Alfabeta

## REFERENSI

America Hospital Association, 1974. *Rumah Sakit*. Dikutip oleh Ery Rustiyanto. 2010. Yogyakarta: Graha Ilmu

*Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2006 tentang Rekam Medis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI

Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia Revisi II*. Jakarta: Depkes RI

Hatta, Gemala. 2012. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Universitas Indonesia

*Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/MenKes/SK/XII/1992 tentang tugas Rumah Sakit*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI

*Menteri Kesehatan RI No.268/MenKes/Per/XII/2007 tentang Rekam Medis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI

Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI

Rustiyanto, Ery. 2009. *Etika Profesi Perekam medis dan Informasi Kesehatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu