

QUANTITATIVE AND QUALITATIVE ANALYSIS OF THE IN-PATIENT MEDICAL RECORD DOCUMENTS FOR PATIENTS WITH HYPERTENSION AT THE PANTI WILASA DR.CIPTO HOSPITAL IN SEMARANG IN FIRST QUARTER IN 2015

Yuliana Laraswati*), Dr.Zaenal Sugiyanto, M.Kes**)

*) Alumni Fkultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

***) Pengajar Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula 1 No 5 – 11 Semarang

Email : Yuliana09061992@gmail.com

Abstract

The medical record can be used as the measurement of the service quality in a hospital. The quality of services is determined by a quantitative and qualitative analysis used the quality assurance against the medical record document. The researcher conducted a research on medical record document for the cases of hypertension (considers as fifteen the most frequent cases) at the Panti Wilasa dr.Cipto hospital in semarang. In the preliminary survey it is obtained that 90 % drm hypertension is incomplete. The objective is to ascertain an overall picture of quantitative analysis and qualitative incompleteness medical record document fo the cases of hypertension in the period of the first quarter in 2015 at the Panti wilasa “dr.Cipto hospita “semarang.

This research is descriptive research. The data were taken by the method of observation , checklist , undertake analysis on key aspects of inpatient medical record Documents of the hypertension that have been filled .The study sample is 65 in-patient medical record document.

Based on the outcome of research on 65 samples, it can be found out that in 9 review of qualitative and quantitative shows that a review identification 22 % incomplete , review reporting 100 % incomplete , a review of the registration of 100 % incomplete , review autentification 100 % incomplete , review the incomplete and consistent diagnose 5 % incomplete , review the consistent recording diagnose 12 % incomplete , the registration of recording conducted at the care and medical treatment of 5 % incomplete , a review of the presence of informed consent 0 incomplete , review the manner or practice of recording 9 % incomplete .The percentage is inferred by delinquent medical of a record reached 100 % incomplete .

From the results of the delinquent medical record which is 100 % incompleteness, the researcher suggested that it is necessary to have a consciousness and discipline between the officials and the doctors working to be more responsible for the filling of in-patient document

Keywords: document medical record , quality assurance , hypertension , delinquent medical record

Biografy :17 (1994 – 2015)

PENDAHULUAN

Berdasarkan Surat Keputusan Direktorat Jendral Pelayanan Medis nomor 78 tahun 1991 tentang

Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit, bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis,

pemeriksaan, diagnosa, 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 berkesinambungan maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi selengkap-lengkapnyanya dan juga dijadikan sebagai alat bukti hukum apabila dibutuhkan. Maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi sebaik mungkin untuk kesinambungan informasi.

Untuk menjaga hal tersebut maka pihak rumah sakit khususnya bagian rekam medis melaksanakan pemantauan kualitas tentang mutu berkas rekam medis rawat inap dengan melaksanakan analisa statistik, analisa kualitatif, dan kuantitatif. Yang bertujuan untuk mengetahui lengkap dan tidak lengkapnya suatu berkas rekam medis maka dilakukan analisa mutu rekam medis secara kuantitatif. Yaitu 4 review yang terdiri dari review identitas, review pencatatan, review pelaporan, dan review autentifikasi.^[5]

Di RS Pantiwiloso Dr Cipto Semarang petugas assembling dalam meneliti kelengkapan dokumen rekam medis hanya menggunakan 2 review yaitu review identifikasi dan review autentifikasi. Untuk 2 review lainnya seperti review pencatatan dan pelaporan tidak digunakan sebagai acuan untuk meneliti kelengkapan dokumen rekam medis. Dan peneliti melakukan survey awal dengan mengambil 10 sampel Dokumen Rekam Medis pasien hipertensi untuk mengetahui ketidaklengkapan isi DRM. Dengan hasil yang diperoleh adalah 90% tidak lengkap terdapat pada review autentifikasi yaitu nama dokter yang bertanggung jawab dan tanda tangan yang tidak diisi, sedangkan untuk analisa kualitatif pada review kelengkapan kekonsistenan diagnosa didapatkan 80% DRM yang konsisten dan 20% yang tidak konsisten, pada review kekonsistenan pencatatan didapatkan sebesar 100% DRM yang konsisten, pada review pencatatan hal yang dilakukan

saat perawatan dan pengobatan didapatkan 100% DRM yang lengkap, pada review pencatatan informed consent didapatkan 100% DRM yang lengkap, review cara pencatatan didapatkan 30% DRM yang pencatatannya baik dan 70% DRM yang pencatatannya tidak baik, dan berdasarkan review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi didapatkan 100% DRM yang lengkap. Jadi dapat dikatakan bahwa hasil penelitian yang peneliti lakukan saat survey awal adalah 90% tidak lengkap pada analisa kuantitatif. Peneliti memilih penyakit hipertensi karena penyakit tersebut masuk dalam 15 besar penyakit di RS Panti Wiloso Dr Cipto Semarang. Peneliti tertarik melakukan penelitian ini karena pada saat melakukan survei masih ditemukan sebagian dokumen yang kurang lengkap dalam pengisiannya dan juga tenaga medis yang kurang sadar dalam mengisi kelengkapan data pasien seperti tidak dicantumkannya diagnosis, dan penulisan diagnosis menggunakan singkatan dan penulisan yang kurang jelas sehingga sulit dibaca, tidak adanya tanda tangan dokter, nomor rekam medis pada formulir rekam medis, penulisan tidak jelas, padahal kelengkapan data merupakan aspek yang sangat penting untuk keperluan pelayanan kesehatan.

TUJUAN

1. Tujuan Umum
Setelah melakukan penelitian tersebut diharapkan peneliti dapat mengetahui kelengkapan analisa kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis pada pasien hipertensi di RS Pantiwiloso Dr Cipto Semarang periode triwulan I tahun 2015.
2. Tujuan Khusus
Secara khusus, setelah melakukan penelitian tersebut peneliti dapat :
 - a. Menjelaskan kelengkapan analisa kuantitatif review identifikasi dokumen rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periode triwulan I tahun 2015.
 - b. Menjelaskan kelengkapan analisa kuantitatif review pencatatan dokumen

rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periode triwulan I tahun 2015.

- c. Menjelaskan kelengkapan analisa kuantitatif review pelaporan dokumen rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periode triwulan I tahun 2015.
- d. Menjelaskan kelengkapan analisa kuantitatif review autentifikasi dokumen rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periode triwulan I tahun 2015.
- e. Menjelaskan kelengkapan analisa kualitatif review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dokumen rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periode triwulan I tahun 2015.
- f. Menjelaskan kekonsistenan pencatatan diagnosa terhadap dokumen rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periodetriwulan I tahun 2015.
- g. Menjelaskan kekonsistenan pencatatan hal-hal saat perawatan dan pengobatan pada dokumen rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periode triwulan I tahun 2015.
- h. Menjelaskan kelengkapan *Informed Consent* pada dokumen rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periode triwulan I tahun 2015.
- i. Menjelaskan kelengkapan cara atau praktek pencatatan datapada dokumen

HASIL PENELITIAN

1. Total Analisa Kuantitatif

rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi periode triwulan I tahun 2015.

- j. Menjelaskan jumlah DMR (*Deliquent Medical Record*) pada dokumen rekam medis rawat inap pada pasien hipertensi.

METODE

Jenis penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah deskriptif, yaitu dengan mengamati dan mengumpulkan data sehingga memperoleh gambaran secara objektif. Penelitian ini menggunakan metode observasi, yaitu data yang dikumpulkan pada waktu tertentu yang bisa menggambarkan keadaan atau kegiatan.

POPULASI

Populasi penelitian adalah jumlah dokumen rekam medis penyakit hipertensi di RS Pantiwiloso Dr Cipto Semarang periode triwulan I tahun 2015 berjumlah 170 dokumen dengan sampel menggunakan teknik simple random yaitu setiap anggota dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel.

Table

Total Analisa Kuantitatif Rekam Medis Rawat Inap Pada Pasien Hipertensi di RS Pantiwiloso Dr.Cipto Semarang Periode Triwulan I Tahun 2014

Formulir Rekam Medis	Review							
	Identifikasi		Pelaporan		Pencatatan		Autentifikasi	
	L	TL	L	TL	L	TL	L	TL
Lembar masuk dan keluar	65	0	62	3	65	0	65	0
Asesmen pasien rawat inap	59	6	4	61	1	64	7	58
Catatan perkemba	65	0	65	0	65	0	65	0

ngan terintegrasi								
Catatan tindakan keperawatan	65	0	65	0	65	0	65	0
Grafik	64	1	65	0	65	0	-	-
Catatan pemberian obat	62	3	62	3	63	2	62	3
Hasil pemeriksaan laboratorium dan rontgen	65	0	65	0	65	0	65	0
Resume keperawatan	61	4	61	4	61	4	61	4
Penempelan salinan resep	60	5	65	0	-	-	-	-
Resume keluar	65	0	8	57	4	61	61	4
Informed consent	65	0	65	0	65	0	65	0

❖ Analisa Kualitatif

Tabel
Hasil Analisa Kualitatif Dokumen Rekam Medis
Rawat Inap Pasien Hipertensi Di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang
Triwulan I Tahun 2015

No	Review	L	TL
1	Kelengkapan dan kekonsistenan diagnose	62	3
2	Kelengkapan pencatatan diagnose	57	8
3	Pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan	62	3
4	Adanya informed consent	65	0
5	Cara atau praktek pencatatan	59	6

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat hasil analisis kualitatif pada dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi triwulan I tahun 2015 adalah :

Angka kelengkapan tertinggi terdapat pada review adanya informed consent sebesar 65 dokumen. Angka ketidak lengkapan tertinggi terdapat pada review kelengkapan pencatatan diagnose sebesar 8 dokumen

PEMBAHASAN

1. Review Identifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review identifikasi dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 51 DRM (78%) dokumen lengkap dan 14 DRM (22%) dokumen tidak lengkap. Kelengkapan paling rendah pada asesmen pasien rawat inap sebanyak 59 DRM (91%) sebagian besar ketidaklengkap pada nomer rekam medis, nama pasien, umur, jenis kelamin, tanggal dan jam.

Unit pencatatan yang bertanggung jawab atas kelengkapan review identifikasi yaitu khususnya pada asesmen pasien rawat inap adalah petugas tidak mengerti pentingnya kelengkapan isi DRM.

2. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 0 DRM (0%) dokumen lengkap dan 65 DRM (100%) dokumen tidak lengkap. Kelengkapan paling rendah pada asesmen pasien rawat inap sebanyak 4 DRM (6%) sebagian besar ketidaklengkap pada data subjektif anamnesis, data objektif, asesmen dan program tidak terisi.

3. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 0 DRM (0%) dokumen baik dan 65 DRM (100%) dokumen tidak baik. Kelengkapan paling rendah pada asesmen pasien rawat inap sebanyak 1 DRM (2%) sebagian besar ketidaklengkap dikarenakan tidak terisi. Unit pencatatan yang bertanggung jawab atas kelengkapan review pencatatan adalah perawat dan dokter. Ketidaklengkapan dalam pencatatan disebabkan karena perawat dan dokter kurang teliti dan harus lebih mengetahui bahwa cara pengisian formulir rekam medis yang benar.

4. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 0 DRM (0%) dokumen lengkap dan 65 DRM (100%) dokumen tidak lengkap. Kelengkapan paling rendah pada asesmen pasien rawat inap sebanyak 7 DRM (11%) sebagian besar ketidaklengkap pada nama dan tanda tangan dokter tidak terisi.

Unit pencatatan bertanggung jawab atas review autentifikasi adalah perawat dan dokter yaitu khususnya pada asesmen pasien rawat inap. Ketidaklengkapan pada tandatangan dan

nama terang yang tidak diisi yang seharusnya petugas yang bertanggung jawab lebih teliti dalam melengkapi lembar formulir tersebut dan rumah sakit mempunyai bukti hukum atas pelayanan medis yang diberikan jika terdapat tuntutan dari pihak pasien.

5. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa "Dr.Cipto" Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 62 DRM (95%) dokumen akurat dan 3 DRM (5%) dokumen tidak akurat. Ketidaklengkapan pada penulisa diagnose yang tidak konsiten yang dikode hanya diagnose utamanya saja. Kelengkapan dan kekonsistenan diagnose sangat penting untuk proses klaim jika pasien berasuransi, selain itu jika dalam salah satu dokumen rekam medis pada diagnose lengkap dan konsisten maka bisa menjadi informasi yang akurat. Yang bertanggung jawab atas penulisan diagnose adalah dokter yang memeriksa pasien.

6. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Pencatatan Diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 57 DRM (88%) dokumen akurat dan 8 DRM (12%) dokumen tidak akurat. Ketidak lengkapan pada pencatatan diagnose masuk sering tidak diisi.

Hal ini menunjukkan bahwa pencatatan diagnosa lengkap.kekonsistenan dan kelengkapan pencatatan diagnosa pasien dalam satu

lembar DRM tentu sangat penting. Yang perlu diperhatikan adalah kolom diagnosa masuk, diagnosa utama, diagnosa komplikasi (jika ada), diagnosa tindakan (jika ada), jika dalam 1 lembar DRM misal RM 1 bagian diagnosa masuk tidak terisi maka lembar tersebut dikatakan tidak lengkap untuk pencatatan diagnosa. Lengkapnya pencatatan diagnosa memudahkan dokter untuk memberikan tindakan dan pengobatan selanjutnya.^[15]

7. Review Pencatatan saat Perawatan dan Pengobatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 62 DRM (95%) dokumen akurat dan 3 DRM (5%) dokumen tidak akurat. Ketidaklengkapan pada pengisian pemeriksaan fisik sering tidak diisi.

Di review ini yang perlu diperhatikan pencatatan saat perawatan, pemeriksaan, dan pengobatan. Misal adanya pencatatan perjalanan penyakit pasien dari awal masuk sampai pasien pulang, perintah dokter termasuk pengobatan/tindakan, serta tanggal pemeriksaan lengkap terisi semua dari pasien masuk sampai pasien pulang.

8. Review adanya informed Consent

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 65 DRM (100%) dokumen akurat dan 0 DRM (0%) dokumen tidak akurat. Jika dalam DRM rawat inap pasien tidak terdapat informed consent,maka dokter tidak punya bukti

hukum yang sah atas tindakan yang telah diberikan kepada pasien.

9. Review Cara Praktek atau Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 65 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap pasien hipertensi di RS Pantiwilasa Dr.Cipto Semarang triwulan I tahun 2015 dari total hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 59 DRM (91%) dokumen akurat dan 6 DRM (9%) dokumen tidak akurat.

10. DMR (*Deliquent Medical Records*)

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yaitu review identifikasi, pelaporan, pencatatan, autentifikasi, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kelengkapan pencatatan diagnosa, pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan, adanya informed consent, cara atau praktek pencatatan, yang didapat dari hasil 65 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 0 DRM (0%) dokumen yang lengkap dan 65 DRM (100%) dokumen yang tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada Dokumen Rekam Medis rawat inap pasien hipertensi masih banyak tingkat kebandelannya.

SIMPULAN

1. Review Identifikasi

Dari 65 Dokumen Rekam Medis rawat inap pasien hipertensi yang diteliti dapat disimpulkan bahwa kelengkapan paling banyak pada lembar masuk dan keluar, resume keluar, catatan perkembangan terintegrasi, catatan tindakan keperawatan, hasil pemeriksaan laboratorium dan rontgen, dan informed consent sebanyak 65 lengkap (100%) dan ketidaklengkapan tertinggi pada asesmen pasien rawat inap sebanyak 59 DRM (91%) tidak lengkap menunjukkan

bahwa pengisian identitas pasien belum baik harus perlu diperbaiki dengan penyuluhan agar tenaga medis mengetahui arti penting dari identitas itu sendiri.

2. Review Pelaporan

Dari 65 DRM rawat inap pasien hipertensi yang diteliti dapat disimpulkan bahwa kelengkapan paling rendah pada review pelaporan terdapat pada asesmen pasien rawat inap yaitu sebanyak 4 lengkap (6%) ketidaklengkapan pada data subjektif anamnesis, data objektif, asesmen dan program menunjukkan tingkat pengisian pelaporan belum baik harus perlu diperbaiki dengan penyuluhan agar tenaga medis mengetahui arti penting dari pelaporan itu sendiri.

3. Review Pencatatan

Dari 65 DRM rawat inap pasien hipertensi yang diteliti tersebut dapat disimpulkan bahwa kelengkapan paling sedikit pada review pencatatan terdapat pada asesmen pasien rawat inap yaitu sebanyak 1 baik (2%) dan 64 (98%) tidak baik ketidaklengkapannya dikarenakan tidak terisinya item-item seperti data subyektif anamnesis, data obyektif, asesmen dan program tidak terisi hal ini menunjukkan tingkat pengisian pencatatan belum baik harus perlu diperbaiki dengan penyuluhan agar tenaga medis mengetahui arti penting dari pencatatan itu sendiri.

4. Review Autentifikasi

Dari 65 DRM rawat inap pasien hipertensi yang diteliti tersebut dapat disimpulkan bahwa kelengkapan paling sedikit pada review autentifikasi terdapat pada asesmen pasien rawat inap yaitu sebanyak 7 lengkap (11%) sedangkan ketidaklengkapan sebanyak 58 DRM (89%) yaitu pada Nama, tanda tangan dokter tidak terisi hal ini menunjukkan tingkat pengisian dalam autentifikasi belum baik harus perlu adanya penyuluhan kepada pihak dokter dan

perawat agar mengetahui arti penting dari autentifikasi itu sendiri.

5. Review Kelengkapan dan Kekonsistenan Diagnosa

Dari hasil penelitian 65 DRM rawat inap pasien hipertensi yang diteliti dapat disimpulkan bahwa review kelengkapan dan kekonsistenan diagnose terdapat 62 DRM (95%) lengkap dan 3 DRM (5%) tidak lengkap.

6. Review kelengkapan dan kekonsistenan pencatatan diagnose

Dari hasil penelitian 65 DRM rawat inap pasien hipertensi yang diteliti dapat disimpulkan bahwa review kelengkapan dan kekonsistenan pencatatan diagnosa terdapat 57 DRM (88%) lengkap dan 8 DRM (12%) tidak lengkap.

7. Review Pencatatan saat Perawatan dan Pengobatan

Dari hasil penelitian 65 DRM rawat inap pasien hipertensi yang diteliti dapat disimpulkan bahwa review Pencatatan saat Perawatan dan Pengobatan terdapat 62 DRM (95%) lengkap dan 3 DRM (5%) tidak lengkap.

8. Review adanya informed Consent

Dari hasil penelitian 65 DRM rawat inap pasien hipertensi yang diteliti dapat disimpulkan bahwa review adanya informed consent terdapat 65 DRM (100%) lengkap dan 0 DRM (0%) tidak lengkap.

9. Review Cara Praktek atau Pencatatan

Dari hasil penelitian 65 DRM rawat inap pasien hipertensi yang diteliti dapat disimpulkan bahwa review cara praktek atau pencatatan terdapat 59 DRM (91%) lengkap dan 6 DRM (9%) tidak lengkap.

10. DMR (*Deliquent Medical Records*)

Berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif diatas yaitu review identifikasi, pelaporan, pencatatan,

autentifikasi, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kelengkapan pencatatan diagnosa, pencatatan hal-hal yang dilakukan saat pemeriksaan dan pengobatan, adanya informed consent, cara atau praktek pencatatan, yang didapat dari hasil 65 dokumen rekam medis pasien yang diteliti terdapat 0(0%) dokumen yang lengkap dan 65(100%) dokumen yang tidak lengkap. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada Dokumen RekamMedis rawat inap pasien hipertensi masih banyak tingkat kebandelannya.

SARAN

Dari hasil penelitian, terdapat saran yang ditujukan kepada pihak yang bersangkutan untuk meningkatkan kualitas pelayanan

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit
 - a. Sosialisasi pada setiap dokter dan perawat yang bertanggung jawab dalam pengisian Dokumen Rekam Medis dan mengenai isi dari prosedur tetap yang telah dibuat serta arti penting dari fungsi dokumen rekam medis, agar petugas menjadi lebih paham dan peduli dalam mengisi kelengkapan dokumen rekam medis Rumah Sakit.
 - b. Pembuatan prosedur tetap mengenai kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang lebih jelas mengenai item apa saja yang harus lengkap pada setiap dokumen rekam medis agar lebih jelas pengisiannya.
2. Bagi Unit Rekam Medis
 - a. Bagian rekam medis khususnya bagian assembling harus lebih tegas lagi dalam mengingatkan dokter atau tenaga medis lainnya untuk sesegera mungkin melengkapi dokumen rekam medis pasien karena kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang baik menunjukkan asuhan medis yang baik yang berpengaruh pada kualitas mutu pelayanan rumah sakit dan akan menghasilkan informasi yang berkesinambungan.
 - b. Sebaiknya dalam meneliti kelengkapan Dokumen Rekam Medis menggunakan

analisa kuantitatif dengan 4 review yaitu identifikasi, pelaporan, pencatatan, dan autentifikasi agar isi rekam medis lebih lengkap.

- c. Perlu memberikan pemahaman secara dalam tentang rekam medis oleh tenaga kesehatan agar para tenaga kesehatan lebih bertanggung jawab dalam pengisian data rekam medis.

- d. Dilakukan penelitian atau peninjauan tentang kelengkapan pengisian data rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rustiyanto, Ery. *Etika Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan*. Graha Ilmu. Yogyakarta. 2010
2. Emzir, *Metodologi Penelitian Kualitatif Analisis Data*. Jakarta. 2010