

EVALUATION OF MEDICAL RECORD DOCUMENT QUALITY AT THE
HCU-STROKE WARD AT Dr KARIADI HOSPITAL SEMARANG IN
FEBRUARY UP TO MAY 2015

Bambang Mugiharto*), Kriswiharsi Kun S**)
*) Alumni Fakultas Kesehatan Dian Nuswantoro
**) Pengajar Fakultas Kesehatan Dian Nuswantoro
Email : bams.raharto@gmail.com

Hospital is one of the public facility used for hold health service. In providing health care, the hospital must give priority to services oriented on improving the quality of patient health. Good management of medical records document will be very helpful for the hospital survival. Based on the research results of in-patient medical record documents at dr.Kariadi hospital in Semarang which was conducted by Tim Browse DRM hospitalization in February 2013, it was found out that only 55.6% in-patient medical records documents are complete. This makes the management of the hospital in the next year take up a policy to improve the quality of inpatient medical record document by placing the officers who are Responsible for Medical Record (PJRM) in every in-patient ward. Thus the researcher is interested in performing a quantitative analysis of in-patient medical records document at the HCU-Stroke wards at dr.Kariadi hospital in Semarang.

This type of research was descriptive study with observation and case study approach. Population in the period of February to May 2015 in this ward are 129 in-patient DRM, while 57 DRM samples were taken and examined. The method of taking the sample is by simple random sampling technique.

Based on the results of the study with a quantitative analysis of the 57 samples of inpatient medical records documents, it is found that in the identification is 100% complete review, review of records is 100% complete, review reporting is 75% complete, review authentication is as much as 95% complete and incomplete medical record documents is 28%.

Referring to the research results, the highest in completeness is in the review of reporting. The conclusion from this study was that there is an increase in the quality of inpatient medical record documents although far from the expectations of the hospital management targeted 100% completeness. Thus the authors urge and suggest the need for discipline and integrity to the officer on duty in the ward PJRM hospitalization for more responsible for the incompleteness of the inpatient medical record document filling.

Keywords : Quality Assurance, quantitative analysis, filing
Bibliography : 17 (1991-2015)

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan rekam medis di unit pelayanan kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 / MENKES / PER / III / 2008.

Menurut Permenkes No.269 tahun 2008 pasal 3 menyebutkan bahwa isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat tentang identitas pasien, tanggal, waktu, hasil anamnesa, mencakup keluhan, riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, penunjang medis, diagnosa pasien, pengobatan atau tindakan, persetujuan tindakan, hasil pengobatan, ringkasan pulang, nama dan tanda tangan dokter/dokter gigi, tenaga kesehatan lain yang memberi pelayanan kesehatan, serta untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.⁽¹⁾

Salah satu faktor yang mendukung keberhasilan upaya tersebut adalah terlaksananya

rekam medis yang sesuai dengan standar yang berlaku. Sesuai dengan Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis disebutkan bahwa setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan rawat inap wajib membuat rekam medis. Rekam medis harus berisikan informasi yang lengkap sesuai standar yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Rekam medis yang lengkap dan benar akan memudahkan informasi bagi pihak rumah sakit. Rekam medis yang lengkap dan akurat dapat digunakan sebagai bahan pembuktian perkara hukum, bahan penelitian dan pendidikan, menunjang informasi untuk *Quality Assurance* serta dapat digunakan sebagai alat analisa terhadap mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Pada undang-undang kedokteran juga dinyatakan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis sebagai bahan bukti di pengadilan oleh sebab itu pengisian rekam medis harus sesuai dengan prosedur tetap rumah sakit.⁽²⁾

Rumah sakit merupakan salah satu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Dalam memberikan

pelayanan kesehatan harus mengutamakan pelayanan yang berorientasi pada peningkatan mutu kesehatan pasien.⁽³⁾

Menurut Undang Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran pasal 46 disebutkan bahwa setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis. Penyelenggaraan rekam medis sebagaimana yang dimaksud harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan.

Instalasi Rekam Medis merupakan unit yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan sistem pelayanan rekam medis. Pelayanan di Instalasi Rekam Medis diselenggarakan sesuai pelayanan yang ada di RSUP Dr Kariadi, meliputi pelayanan rekam medis di rawat jalan, pelayanan rekam medis di rawat inap, dan pelayanan rekam medis di rawat darurat.

Berdasar hasil telusur yang dilakukan oleh Tim Telusur Rekam medis terhadap evaluasi mutu penulisan rekam medis rawat inap pada bulan Pebruari 2013. Dari hasil telusur masa itu kualitas penulisan rekam medis belum mencapai

kelengkapan pengisian seratus persen, nilai tertinggi yang didapatkan hanya 55,6 % dari kriteria kelengkapan 100%.

Instalasi Rekam Medis melakukan penataan ulang staf rekam medis dengan yang lebih kompeten. Pekerjaannya adalah untuk memantau dokumen rekam medis pasien rawat inap diseluruh bangsal dengan cara menempatkan Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM).

Sejak bulan Pebruari 2015, RSUP Dr Kariadi Semarang sudah menempatkan petugas PJRM di setiap bangsal rawat inap. Sistem kerja yang diterapkan adalah enam hari kerja dalam seminggu, petugas PJRM diharapkan dapat mampu mengelola, menganalisa, mengendalikan ketidaklengkapan dokumen rekam medis rawat inap.

Melihat pentingnya peranan dokumen rekam medis dalam menciptakan informasi medis yang baik sehingga perlu dijaga kelengkapannya. Dokumen rekam medis merupakan alat yang penting karena bermanfaat untuk menetapkan pertanggung jawaban rumah sakit. Maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Evaluasi Mutu Dokumen

Rekam Medis Di Bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang Periode Pebruari - Mei Tahun 2015.

ditinjau dari analisa kuantitatif review identifikasi, review pencatatan, review pelaporan dan review autentifikasi.

TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah mengetahui evaluasi mutu dokumen rekam medis di bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang periode Pebruari - Mei tahun 2015, dengan tinjauan analisa kuantitatif.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kebijakan rumah sakit yang berhubungan dengan rekam medis di bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang.
- b. Mengetahui karakteristik petugas PJRM di bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang meliputi umur, jenis kelamin, lama kerja, dan pendidikan terakhir.
- c. Mengetahui jumlah dokumen dokumen rekam medis di bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang yang masuk ke assembling pada bulan Pebruari - Mei tahun 2015.
- d. Menganalisa mutu dokumen rekam medis rawat inap

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yaitu mendeskripsikan objek penelitian berdasarkan fakta.

Metode pengambilan data yang digunakan yaitu dengan cara observasi dan pendekatan yang diambil adalah studi kasus yakni mengambil data secara langsung pada saat penelitian.

HASIL PENELITIAN

1. Kebijakan penempatan petugas penanggung jawab rekam medis (PJRM) di Bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang

Dalam menjalankan sistem pelayanan, RSUP Dr Kariadi Semarang memiliki pedoman kerja, yaitu dalam sebuah ketetapan berupa Standar Prosedur Operasional (SPO), Kebijakan rumah sakit dan Petunjuk teknis pelaksanaan, yang dikeluarkan oleh Direktur Utama. Ketetapan, kebijaksanaan

petunjuk teknis pelaksanaan itu antara lain :

SPO Peminjaman dan pengembalian berkas rekam medis, SPO Pemusnahan dokumen rekam medis, SPO Penyusunan formulir rekam medis rawat inap selama perawatan, SPO Perubahan desain formulir rekam medis lama, SPO Retensi berkas rekam medis, SPO Usulan penambahan form rekam medis, Kebijakan pelayanan rekam medis, Kebijakan persetujuan tindakan kedokteran, Petunjuk teknis asesmen medis pasien rawat inap, Petunjuk teknis asesmen keperawatan rawat inap, Petunjuk teknis lembar harian pasien rawat inap.

Ketetapan dan aturan ini adalah sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan sebagai pegangan atau panduan dalam bekerja sehari-hari di rumah sakit.

Penempatan petugas PJRM di bangsal rawat inap berdasarkan atas Surat Tugas yang dikeluarkan oleh Direktur SDM dan Pendidikan RSUP Dr Kariadi Semarang. Diharapkan dengan adanya Surat Tugas ini

pelaksanaan dan pengelolaan dokumen rekam medis rawat inap akan terjaga sebagai informasi medis yang penting dan berkesinambungan.

1. Karakteristik petugas PJRM di Bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang

PetugasPJRM di bangsal rawat inap HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang, adalah berjumlah 1 (satu) orang, jenis kelamin perempuan, usia 22 tahun, masa kerja 2 tahun, dan pendidikan terakhir adalah D III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

2. Jumlah DRM di Bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang Periode Pebruari - Mei 2015

Data diambil dari bagian assembling unit rekam medis rawat inap RSUP Dr Kariadi Semarang. Sampel diambil pada periode Pebruari - Mei tahun 2015 yaitu sebanyak 57 dokumen dari total populasi sebanyak 129 yang di rawat di bangsal HCU-Stroke. Hasil penelitian selanjutnya dibuat dalam bentuk tabel check list berupa hasil ketidaklengkapan pengisian formulir DRM.

Jenis formulir DRM rawat inap yang akan dilakukan analisa kuantitatif di bangsal HCU-Stroke terdiri dari: Resume Pasien Pulang, Assesmen Awal Pasien Rawat Inap, Lembar Catatan Terintegrasi, Rencana Pelayanan Pasien Interdisiplin, dan Persetujuan / Penolakan Tindakan Kedokteran (dari 57 DRM yang diteliti terdapat 31 DRM yang memiliki tindakan kedokteran).

4. Menganalisa Mutu DRM Rawat Inap Ditinjau dari Analisa Kuantitatif Review Identifikasi, Review Pencatatan, Review Pelaporan, dan Review Autentifikasi.

Untuk mengetahui gambaran ketidaklengkapan pengisian data DRM rawat inap, hasil analisis adalah sebagai berikut :

a. Review Identifikasi

Tabel 1.1
Analisa Kuantitatif Review Identifikasi

No	Formulir Rekam Medis	Review Identifikasi				Keterangan
		Lengkap		Tidak Lengkap		
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	Resume Pasien Pulang	57	100%	0	0%	Terisi lengkap
2	Assesmen Awal Pasien Rawat Inap	57	100%	0	0%	Terisi lengkap
3	Lembar Catatan Terintegrasi	57	100%	0	0%	Terisi lengkap
4	Rencana Pelayanan Pasien Interdisiplin	57	100%	0	0%	Terisi lengkap
5	Persetujuan / Penolakan Tindakan Kedokteran	31	100%	0	0%	Terisi lengkap

b. Review Pencatatan

Tabel 1.2
Analisa Kuantitatif Review Pencatatan

No	Formulir Rekam Medis	Review Pencatatan				Keterangan
		Baik		Tidak Baik		
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	Resume Pasien Pulang	57	100%	0	0%	Pencatatan baik
2	Assesmen Awal Pasien Rawat Inap	57	100%	0	0%	Pencatatan baik
3	Lembar Catatan Terintegrasi	57	100%	0	0%	Pencatatan baik
4	Rencana Pelayanan Pasien Interdisiplin	57	100%	0	0%	Pencatatan baik
5	Persetujuan / Penolakan Tindakan Kedokteran	31	100%	0	0%	Pencatatan baik

c. Review Pelaporan

Tabel 1.3
Analisa Kuantitatif Review Pelaporan

No	Formulir Rekam Medis	Review Pelaporan				Keterangan
		Lengkap		Tidak Lengkap		
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	Resume Pasien Pulang	51	89%	6	11%	Edukasi pasien, dan petunjuk minum obat tidak terisi
2	Assesmen Awal Pasien Rawat Inap	51	89%	6	11%	Riwayat alergi tidak terisi
3	Lembar Catatan Terintegrasi	53	93%	4	7%	Nama Profesi tidak terisi
4	Rencana Pelayanan Pasien Interdisiplin	56	98%	1	2%	Diagnosa tidak terisi
5	Persetujuan / Penolakan Tindakan Kedokteran	30	97%	1	3%	Paraf penerima informasi tidak terisi

d. Review Autentifikasi

Tabel 1.4
Analisa Kuantitatif Review Pelaporan

No	Formulir Rekam Medis	Review Autentifikasi				Keterangan
		Lengkap		Tidak Lengkap		
		Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
1	Resume Pasien Pulang	57	100%	0	0%	Lengkap
2	Assesmen Awal Pasien Rawat Inap	56	98%	1	2%	Nama dan tanda tangan perawat tidak terisi
3	Lembar Catatan Terintegrasi	57	100%	0	0%	Lengkap
4	Rencana Pelayanan Pasien Interdisiplin	57	100%	0	0%	Lengkap
5	Persetujuan / Penolakan Tindakan Kedokteran	29	94%	2	6%	Tanda tangan dokter tidak terisi

HASIL PEMBAHASAN

1. Analisa Kuantitatif

a. Review Identifikasi

Analisis kuantitatif dimulai dengan memeriksa setiap formulir RM. Identitas harus mencantumkan nama pasien, nomor rekam medis pasien, umur/tanggal lahir pasien dan alamat.

Manfaat dari formulir yang memiliki identitas yang lengkap adalah dapat memudahkan pelaksanaan tugas sehari-hari dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Jika formulir

RM tidak mempunyai identitas maka hal ini harus direview kembali untuk memastikan apakah formulir ini milik pasien tersebut atau bukan.⁽⁵⁾

Dari hasil analisa kuantitatif review identifikasi formulir DRM rawat inap menunjukkan bahwa, semua dokumen rekam medis memiliki kelengkapan 100%.

b. Review Pencatatan

Menganalisa pencatatan formulir rekam medis rawat inap antara lain yaitu pencatatan dan penulisan

harus terbaca jelas dan dapat dipahami. Jika ada pembetulan dari sebuah kesalahan maka cukup di coret dan tulisan masih bisa terbaca, kemudian dibubuhi tanda tangan/paraf korektor. Perbaikan dan koreksi kesalahan merupakan aspek yang sangat penting dalam dokumentasi. Dalam hal untuk menghindari kelalaian dan keraguan, sebaiknya dalam proses koreksi, melibatkan berbagai pihak pemangku kepentingan pasien.⁽⁸⁾

Manfaat dari pencatatan yang baik adalah memudahkan pihak lain untuk melihat dan menelaah instruksi, anjuran, dan terapi apa saja yang diinginkan oleh DPJP secara lengkap dan kongkrit. Pencatatan yang baik merupakan media komunikasi antar asisten DPJP, perawat, petugas medis lain dan DPJP. Catatan adalah dokumentasi yang dapat menjadi alat konfirmasi ulang atas instruksi dokter. Dari hasil analisa kuantitatif review pencatatan menunjukkan dari 57DRM

rawat inap memperoleh hasil prosentase 100% lengkap.

c. Review Pelaporan

Reviewpelaporan adalah salah satu prosedur dari analisa kuantitatif yang harus dapat menegaskan dengan jelas. Laporan yang baik adalah laporan yang dapat dipertanggung jawabkan oleh pihak rumah sakit, berguna untuk menghindari malpraktek, dan tindakan lain yang menyimpang dari indikasi medis. Pelaporan adalah bukti tertulis bagi rumah sakit dan bisa sebagai alat bukti di pengadilan jika ada pihak yang merasa dirugikan dari pelayanan rumah sakit.⁽⁸⁾

Manfaat dari pelaporan yang lengkap dan baik adalah memastikan langkah dan prosedur pelaksanaan pelayanan dan tindakan sesuai dengan indikasi medis pasien. DRM akan mencatat memberikan laporan yang terperinci, apa saja yang diberikan kepada pasien selama perawatannya di rumah sakit. Pemeriksaan keadaan umum pasien, dan pemeriksaan fisik pasien harus

secara obyektif dilakukan sesuai fakta dan keluhan pasien agar diagnosa dapat ditegakkan. Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 57 DRM rawat inap memperoleh hasil prosentase 75% lengkap dan ketidaklengkapan mencapai 25%.

Ketidaklengkapan terjadi pada Lembar Resume Pasien Pulang, antara lain tanggal dan nama tindakan/operasi tidak terisi, nama obat yang dibawa pulang tidak terisi, jumlah dan aturan pakai obat tidak terisi, edukasi pasien tidak terisi. Pada lembar Asesmen Awal Pasien Rawat Inap, riwayat alergi tidak terisi. Pada lembar Catatan Terintegrasi, profesi petugas tidak terisi. Pada lembar Rencana Pelayanan Pasien Interdisiplin, diagnosa tidak terisi dan pada lembar Persetujuan/Penolakan Tindakan Medis, dokter pelaksana tindakan tidak terisi.

d. Review Autentifikasi

Autentifikasi adalah keadaan waktu saat pelayanan tindakan medis

akan dilakukan, berupa tanggal dan jam, tanda tangan pemberi / penerima pelayanan, dan inisial/nama orang yang memberi/menerima pelayanan. Jika dalam formulir rekam medis terdapat tanda tangan, nama terang petugas dan tanggal dan jam pelaksanaan tindakan medis, maka hal itu dapat diketahui siapa pihak yang bertanggung jawab atas kondisi pasien jika terjadi hal yang tidak diinginkan.⁽⁷⁾

Manfaat dari review autentifikasi adalah mengetahui siapa yang bertanggung jawab atas pelayanan kepada pasien dan keluarganya. Saat petugas memberikan penjelasan tentang kondisi medis pasien, rencana pengobatan dan tindakan medis kepada pasien dan instruksi lain, petugas akan mendokumentasikan ke dalam sebuah formulir. Lembar formulir itu kemudian disahkan oleh kedua pihak dan saksi dengan cara membubuhi tanda tangan, tempat, tanggal dan waktu serta nama petugas, nama penerima informasi dan nama saksi.

Dari hasil analisa menunjukkan untuk review autentifikasi dari 57 DRM rawat inap memperoleh hasil prosentase 95% lengkap dan ketidaklengkapan 5%. Ketidaklengkapan pada lembar Asesmen Awal Pasien Rawat Inap, tanda tangan PPJP tidak terisi dan pada lembar Persetujuan/Penolakan Tindakan Medis, tanda tangan dokter tidak terisi.

2. Rekapitulasi Analisa Kuantitatif DRM Rawat Inap

Dari hasil rekapitulasi analisa kuantitatif dokumen rekam medis rawat inap bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang periode Pebruari - Mei 2015 bahwa tingkat ketidaklengkapan 28% dan lengkap 72%. Ketidaklengkapan terjadi pada lembar Asesmen Awal Pasien Rawat Inap, riwayat alergi dan tanda tangan PPJP tidak terisi. Pada lembar Catatan Terintegrasi, profesi petugas tidak terisi. Pada lembar Rencana Pelayanan Pasien Interdisiplin, diagnosa tidak terisi dan pada lembar Persetujuan / Penolakan

Tindakan Medis, dokter pelaksana tindakan tidak terisi.

KESIMPULAN

Setelah melakukan penelitian analisa kuantitatif review identifikasi, review pencatatan, review pelaporan, dan review autentifikasi dan menghitung tingkat ketidaklengkapan dari 57 DRM rawat inap di bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang periode Pebruari - Mei 2015.

Peneliti dapat memperoleh kesimpulan antara lain :

1. Analisa Kuantitatif

a. Review Identifikasi

Analisa kuantitatif review identifikasi menunjukkan 100% terisi lengkap.

b. Review Pencatatan

Analisa kuantitatif review pencatatan menunjukkan 100% pencatatan tergolong baik.

c. Review Pelaporan

Analisa kuantitatif review pelaporan menunjukkan 75% pelaporan lengkap dan ketidaklengkapan 25%.

d. Review Autentifikasi

Analisa kuantitatif review autentifikasi menunjukkan 95% lengkap dan 5% tidak lengkap.

- e. Hasil Rekapitulasi Analisa Kuantitatif DRM Rawat Inap. Analisa kuantitatif DRM rawat inap menunjukkan 28% tidak lengkap dan 72% lengkap.

2. SPO, Kebijakan dan Petunjuk Teknis di RSUP Dr Kariadi Semarang

Dalam hal kebijakan dan ketetapan, manajemen rumah sakit selalu mengikuti perkembangan dan tuntutan kebutuhan pelayanan yang lebih baik. Untuk mencapai hal itu, maka RSUP Dr Kariadi menerbitkan suatu acuan dan ketetapan yang berguna pegangan dan panduan pelaksanaan pekerjaan sehari-hari untuk semua pegawai rumah sakit, para siswa, mahasiswa, PPDS, dan rekanan. Dalam hal rekam medis, rumah sakit menerbitkan SPO yang mengatur tata cara pengisian DRM, penyusunan DRM, peminjaman DRM, Pengembalian DRM, pemusnahan dan retensi DRM, serta usulan penambahan form RM.

Kebijakan yang dikeluarkan rumah sakit mengatur tentang pelayanan RM, Persetujuan tindakan kedokteran. Petunjuk

teknis antara lain asesmen medis dan asesmen keperawatan pasien rawat inap dan lembar terintegrasi.

Dalam hal mutasi dan penempatan karyawan, Direktur Utama menerbitkan dan memberikan Surat Tugas kepada PJRM untuk melaksanakan tugas pemantauan dan pengelolaan DRM rawat inap di bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang.

SARAN

Untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien dan tercapainya harapan dan konsistensi kelengkapan dan pengisian dokumen rekam medis rawat inap di bangsal HCU-Stroke RSUP Dr Kariadi Semarang, ada beberapa saran dari peneliti yang harus diterapkan oleh manajemen rumah sakit demi mencapai mutu dokumen rekam medis yang maksimal, saran itu antara lain adalah :

1. Bagi Instalasi Rekam Medis

Perlu adanya pengawasan dan evaluasi terhadap kinerja PJRM, berdasarkan dari hasil penelitian yang tidak memuaskan dan jauh dari target yang

ditetapkan oleh manajemen rumah sakit.

2. Bagi Kepala Staf Medis Fungsional

Memberi surat teguran kepada jajarannya, apabila dalam pengisian DRM rawat inap tidak teliti dan kurang peduli terhadap kelengkapan pengisian dokumen rekam medis.

3. Bagi seluruh pegawai rumah sakit

Agar senantiasa memelihara kedisiplinan dan introspeksi diri, dan lebih bertanggung jawab atas pengisian dan kelengkapan dokumen rawat inap.

4. Kepada Instalasi Diklat dan Pengembangan

Meningkatkan kualitas SDM khususnya petugas PJRM dengancara review kelengkapan DRM rawat inap setiap hari, dan pelatihan secara rutin tiap bulan tentang arti pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat.

5. Untuk petugas PJRM

Dalam proses assembling agar meneliti terlebih dahulu sewaktu dokumen rekam medis rawat inap akan dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis, agar faktor ketidaklengkapan dokumen

rekam medis rawat inap terdeteksi sejak dini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tim Redaksi Nuansa Aulia. Himpunan Peraturan Perundang Undangan Tentang Kesehatan. Bandung, 2009.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jendral Pelayanan Medis. Petunjuk Tehnik Penyelenggara Rekam Medis / Medical Record Rumah Sakit. Jakarta, 1993
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Jendral Pelayanan Medis Rumah Sakit di Indonesia, Revisi I. Jakarta, 1997
4. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran (pasal 46).
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Permenkes Republik Indonesia No.749/a/ Menkes/SK/ PER/XII/1989 Tentang Rekam Medis. Jakarta, 1991
6. Huffman EK (1992),
7. Shofari, Bambang. PSRM I. Dasar Dasar Pelayanan Rekam Medis. 2008

8. Shofari, Bambang. PSRM II. Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan. 2008
9. Huffman.E.K, Health Information Management. 1999
10. Poernomo, Peningkatan Mutu Pelayanan Medis Rumah Sakit Secara Menyeluruh, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1993
11. Kamus kesehatan.com
12. Huffman, EK, Health Information Management Physicans Record Company. Beryn, Illioni. 1994
13. <http://yuniathik.wordpress.com/2013/03/23/analisis-kualitatif-dokumen-rekam-medis/>
14. Widjaja.L,HealthRecord Management, Asembling Record, Quantitative and Qualitative Analisis , Jakarta, 1999.
15. SPO tentang Rekam Medis RSUP Dr Kariadi Semarang tahun 2012-2014.
16. Profil RSUP Dr Kariadi Semarang tahun 2015
17. Astuti, Retno, SS, MM, Panduan Karya Tulis Tugas Akhir. Semarang. 2015