

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian tersebut diatas maka dapat diambil kesimpulan dari pengamatan dan perhitungan jumlah rekam medis yang diteliti

1. Review Identifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 27 DRM (88%) dokumen lengkap dan 6 DRM (12%) yang tidak lengkap. Kelengkapan paling banyak pada review identifikasi terdapat RM 2, RM 16, RM 18 ketidaklengkapan yang mencapai 6 DRM (12%) terdapat pada RM 4, RM 5, RM 7, RM 8 pada item umur dan tertinggi pada RM 11 pada item no rekam medis

2. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 26 DRM (86%) dokumen lengkap dan 7 DRM (14%) yang tidak lengkap. Kelengkapan tertinggi terdapat RM 2, RM 5, RM 16 sebanyak 33 DRM (100%) ketidaklengkapan yang mencapai 7 DRM

(14%)terdapat pada RM 4, RM 7, RM 8, RM 11dan RM 18 pada item nama dokter dan tanda tangan dan tertinggi pada RM 14 pada item nama saksi Ketidaklengkapan pada nama dokter, nama perawat dan tanda tangan

3. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 26 DRM (86%) dokumen baik dan 7 DRM (14%) yang tidak baik. Kelengkapan tertinggi terdapat RM 2, RM 4, RM 14, RM 16 sebanyak 33 DRM (100%)dan yang tidak baik terdapat pada, RM 7, RM RM 11 pada adanya coretan dan tulisan tak terbaca dan tertinggi pada RM 5, RM 8, pada tulisan tak terbaca rekam medis ketidaklengkapan dikarenakan kurang jelasnya dalam penulisan dokter dan ada beberapa pembutulan dengan coretan yang kurang sesuai

4. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan dari 33 DRM yang ditelitipada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 27 DRM (88%) dokumen lengkap dan 6 DRM (12%) yang tidak lengkap. Kelengkapan tertinggi terdapat RM 5, RM 7, RM 14, RM 16 ketidaklengkapan mencapai 6 DRM (12%) disebabkan karena dokter terkadang lupa mencatat jam awal dilakukan tindakan hingga selesai tindakan dan pemeriksaan fisik serta pada laporan anasthesi dan terdapat

pada RM 2, RM 4, RM 8 dan RM 18 pada item diagnose masuk dan diagnosa sekunder dan tertinggi pada RM 11 pada item laporan anastesi.

5. Review Kelengkapan dan kekonsistenan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 32 DRM (98%) dokumen lengkap dan 1 yang belum lengkap pada RM 18 diagnosa masuk

6. Review Kekonsistenan dan Pencatatan diagnosa

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review kekonsistenan dan pencatatan diagnose dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 32 DRM (98%) dokumen lengkap dan 1 yang belum lengkap pada RM 4 pada catatan terintegrasikan

7. Review Pencatatan Saat Perawatan dan Pengobatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan saat perawatan dan pengobatan dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 32 DRM (98%) dokumen lengkap dan 1 yang tidak lengkap terdapat pada RM 5

8. Review Informed Consent

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan saat perawatan dan pengobatan dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 31 DRM (96%) dokumen lengkap dan 2 yang tidak lengkap pada RM 11 pada item saksi

9. Review Cara Praktek atau Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan saat perawatan dan pengobatan dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 32 DRM (98%) dokumen lengkap dan 1 yang tidak lengkap pada RM 4 pada item penulisan singkatan

10. Review Hal-hal Berpotensi Penyebab Tuntutan Ganti Rugi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review hal- hal yang berpotensi penyebab tuntutan ganti rugi dari 33 DRM yang diteliti pada masing – masing formulir rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 diperoleh hasil ada 33 DRM (100%) dokumen lengkap

11. DMR (*Deliquent Medical Records*)

Dari hasil akhir analisa kelengkapan dokumen rawat inap pada pasien kasus bedah pada tindakan craniotomy di SMC Telogorejo Semarang periode triwulan 1 tahun 2016 berdasarkan review identifikasi, review autentifikasi, review pencatatan, review pelaporan, kelengkapan dan kekonsistenan diagnosa, kekonsistenan dan pencatatan diagnosa, pencatatan hal-hal saat dalam perawatan dan pengobatan, review lembar informed consent, cara praktek atau pencatatan adan hal yang berpotensi penyebab ganti rugi dari 33 DRM yang diteliti terdapat 27 (88%) dokumen rekam medis yang lengkap dan 6 (12%) dokumen yang tidak lengkap.

B. Saran

Dari hasil penelitian tersebut diatas, terdapat beberapa saran yang diajukan kepada atasa demi kelancaran pelayanan rekam medis

1. Memberikan sosialisasi pada petugas medis (dokter, perawat) tentang pentingnya arti pengisian dokumen rekam medis rawat inap
2. Komite rekam medis mengadakan sosialisasi pada dokter untuk melengkapi pengisian secara lengkap dan benar bila melakukan tindakan dan sesudah tindakan
3. Hendaknya di setiap ruangan ada petugas DIII rekam medis sehigga bisa mencegah ketidaklengkapan sebelum DRM disetorkan kebagian rekam medis

4. Adanya Protap sebagai standar dan acuan pengisian ketidaklengkapan berikut dengan tata cara petunjuk pengisiannya.
5. Hendaknya petugas medis selalu meneliti ulang pada tiap formulir yang telah selesai digunakan dokter dari setiap kunjungan ke pasien pada saat itu juga, karena untuk mencegah ketidaklengkapan formulir, dan begitu juga perawat yang mengikuti juga harus teliti pada formulir yang perlu adanya pengisian agar supaya tak lupa tanda tangan dan nama terang