

## BAB VI

### PENUTUP

#### A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya maka dapat di simpulkan sebagai berikut :

1. Hasil penelitian pada *review* identifikasi diperoleh hasil prosentase 5 formulir 100% DRM lengkap dan hanya lembar RM *informed consent* yang tidak lengkap sebanyak 34,48% yaitu pada penulisan identitas pasien yang kurang lengkap. Secara keseluruhan untuk *review* identifikasi DRM yang lengkap sebanyak 74,13% dan yang tidak lengkap sebanyak 25,87%.
2. Hasil penelitian pada *review* pencatatan di peroleh hasil terbanyak pada lembar RM.RI 03 (lembar resume dokter) sebanyak 86,21% (50 DRM lengkap) sedangkan prosentase ketidak lengkapan yang terbanyak terdapat pada RM. 06.1 (lembar catatan perkembangan pasien terintegrasi) sebanyak 25,86% (15 DRM tidak lengkap) yaitu pada tulisan yang sulit terbaca dan kurang lengkap. Secara keseluruhan untuk *review* pencatatan sebanyak 63,79% DRM sudah baik, sedangkan sisanya sebanyak 36,21% pencatatannya belum baik.
3. Hasil analisa *review* autentikasi, prosentasi kelengkapan terbanyak pada lembar RM.IC (lembar *informed consent*) sebanyak 94,83% (55 DRM lengkap) sedangkan prosentase ketidak lengkapan yang terbanyak terdapat pada RM. 06.1 sebanyak 31,03% (18 DRM tidak lengkap) yaitu pada penulisan nama terang dan tanda tangan sering kelewatan. Secara keseluruhan untuk *review* autentikasi diperoleh hasil prosentase 67,24% DRM lengkap dan 32,76% DRM tidak lengkap.

4. Hasil analisa *review* pelaporan di peroleh hasil prosentasi kelengkapan terbanyak pada lembar RM.RI 02 (lembar masuk dan keluar) dan lembar RM.RI 03 (lembar resume dokter) sebanyak 100% (58 DRM lengkap) sedangkan prosentase ketidak lengkapan yang terbanyak terdapat pada RM. 06.1 sebanyak 22,41% (13 DRM tidak lengkap) karena tulisan yang sulit terbaca dan pencatatannya kurang lengkap, terutama penulisan jam dan tanggal pencatatan.
5. Hasil analisa kualitatif *review* kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa dapat disimpulkan bahwa sebanyak 79,31% (46 DRM) sudah konsisten, sedangkan DRM yang tidak konsisten sebanyak 20,69% (12 DRM).
6. Hasil analisa kualitatif *review* kekonsistensian pencatatan diagnosa dapat disimpulkan bahwa sebanyak 89,65% (52 DRM) sudah konsisten, sedangkan DRM yang tidak konsisten sebanyak 10,35% (6 DRM).
7. Hasil analisa kualitatif *review* pencatatan hal-hal yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan dapat disimpulkan bahwa sebanyak 87,93% (51 DRM) sudah lengkap, sedangkan DRM yang tidak lengkap sebanyak 12,07% (7 DRM).
8. Hasil analisa kualitatif *review* adanya *informed consent* dapat disimpulkan bahwa sebanyak 74,13% (43 DRM) sudah lengkap, sedangkan DRM yang tidak lengkap sebanyak 25,87% (15 DRM).
9. Hasil analisa kualitatif *review* cara pencatatan dapat disimpulkan bahwa sebanyak 84,48% (49 DRM) sudah lengkap, sedangkan DRM yang tidak lengkap sebanyak 15,52% (9 DRM) yaitu pada tulisan dokter yang sulit terbaca dan kurang lengkap.

10. Hasil analisa kualitatif *review* hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi dapat disimpulkan bahwa sebanyak 74,13% (43 DRM) tidak berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi, sedangkan DRM yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi sebanyak 25,87% (15 DRM).
11. Hasil akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif DRM rawat inap kasus bedah orthopedi dari 58 DRM yang diteliti terdapat 21 DRM belum lengkap dan 37 DRM sudah lengkap, sehingga ditemukan DMR (*Deliquent medical record*) sebesar 56,75%.
12. Hasil *review* kuantitatif dan kualitatif dari semua *review* sudah cukup baik, hanya saja terdapat beberapa yang masih kurang baik yaitu pada indentifikasi pasien yaitu penempelan stiker label dan tandatangan masih banyak yang belum lengkap serta pencatatan yang sulit terbaca.

## **B. SARAN**

1. Untuk kelengkapan pengisian pada DRM bagian identifikasi sebaiknya petugas atau perawat melengkapi semua identitas pasien dengan lengkap, serta menempeli setiap formulir rekam medis dengan stiker label, terutama pada lembar *informed consent* yang kelengkapannya masih kurang.
2. Pencatatan pada DRM sebaiknya tulisannya dapat di terbaca dengan jelas dan lengkap, apabila ada pembetulan kesalahan sebaiknya dicoret dan dibubuhi tanda tangan atau paraf oleh petugas yang bersangkutan dan tidak menggunakan cairan penghapus.
3. Untuk *review* pelaporan sebaiknya harus diisi dengan lengkap mengenai kegiatan yang dilakukan oleh dokter maupun perawat secara lengkap dan

jelas terutama pada lembar RM 06.1, sehingga informasinya berkesinambungan dapat dipertanggung jawabkan.

4. Bagian rekam medis perlu selalu mengingatkan dokter maupun perawat untuk melengkapi isi dokumen rekam medis terutama pada tanda tangan dan nama terang dokter dan penulisan yang terbaca dan jelas.
5. Pemberian sanksi yang tegas oleh komite medik kepada dokter dan perawat selaku petugas medis dan paramedis apabila tidak melengkapi berkas rekam medis.
6. Untuk mengurangi berkas rekam medis yang tidak lengkap dari ruangan, sebaiknya ada petugas RMIK pada setiap ruangan untuk melakukan analisa kelengkapan berkas rekam medis sehingga berkas yang kembali ke rekam medis sudah lengkap dan tidak akan menumpuk pada bagian *assembling*.
7. Perlu adanya sosialisasi pada setiap rapat RMIK dengan lintas sektoral mengenai tatacara penulisan atau pencatatan pada berkas rekam medis bagi dokter atau petugas kesehatan lainnya yang terlibat langsung dalam pelayanan, sehingga pencatatan pada DRM lebih jelas dan baik sesuai aturan yang berlaku di Rumah Sakit.
8. Untuk mengurangi penumpukan DRM di bagian *assembling* sebaiknya ada penambahan petugas *assembling*.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Notoadmojo, Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Ranieka Cipta Jakarta, 2002.
2. Huffman. EK, *Translation in Health Information Manegement*, Jenifer Coffe. RRA, Apikes Dharma Lambaw Padang, 1999.
3. Gemala, R. Hatta, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan. UI-Press, 2012.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 269 / MENKES / PER/III. 2008.
5. Firdaus, Sunny Ummul. Rekam Medik Dalam Sorotan Hukum Dan Etika. Surakarta, Lembaga Pengembangan Pendidikan (LPP) UNS dan UPT Penerbitan dan Pencetakan (UNS Press).2012.
6. Amir, Hanafiah. Etika Kedokteran Dan Hukum Kesehatan. Jakarta, Buku Kedokteran. 2008.
7. <http://www.docdoc.com/info/specialty/ortopedi>
8. Unit Rekam Medis RS Mardi Rahayu Kudus. Buku Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis RS Mardi Rahayu Kudus. Kudus 2010.
9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia . Direktorat Jenderal Pelayanan Medis. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia Revisi 1 Jakarta 1997.
10. Sudigdo, Sastroasmoro. Prof. DR. Dr. SPA (K) dan Sofyan, Ismael. Prof. DR. Dr. SPA (k). Dasar-Dasar Metodologi Penelitian. Edisi ke 4. Jakarta 2011.
11. Peraturan Menteri Kesehatan no. 749a/Menkes/Per/XII/89 Tentang Pengelolaan Rekam Medis di Semua Sarana Pelayanan Kesehatan
12. Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Standar Pelayanan Rumah Sakit, Jakarta 1996
13. Departemen Kesehatan Republik Indonesia . Direktorat Jenderal Pelayanan Medis. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit Indonesia Revisi 1 Jakarta 1997.

14. Ikatan Dokter Indonesia , Standart Pelayanan Medis. Volume 1 , Edisi 2
15. Jusuf Hanafiah, Amri Amir, Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan. Edisi-4 . Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta. 2009.
16. Departemen kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Revisi I. 1997. Jakarta.
17. Undang-Undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.