

LEMBAR PENGESAHAN

Artikel Ilmiah

**ANALISA REVIEW KUANTITATIF DAN KUALITATIF DOKUMEN REKAM MEDIS KASUS
BEDAH ORTHOPEDI PADA PERIODE TRIWULAN IV DI RUMAH SAKIT MARDI
RAHAYU KUDUS TAHUN 2015**

Disusun oleh:

Indriarto

D22.2013.01395

Telah diperiksa dan disetujui untuk dipublikasikan di Sistem Informasi Tugas Akhir

(SIADIN)



**ANALISA REVIEW Kuantitatif dan Kualitatif Dokumen Rekam Medis
Kasus Bedah Orthopedi pada Periode Triwulan IV di Rumah Sakit Mardi
Rahayu Kudus Tahun 2015**

Indriarto *), Jaka Presetya, M.Kes **)

*) Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

***) Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Email : indriarto74@gmail.com

ABSTRACT

xvi + 54 hal + 14 tabel + 3 gambar + 5 lampiran

Background : Considering the importance of medical record documents in creating a sustainable medical information and according to the medico legal aspects therefore document should be maintained its completeness. Inpatient medical records document of orthopedic surgery cases were still often found incomplete in Mardi Rahayu Hospital, so that medical records documents often accumulate in the assembling and hamper the service when the patient treated again. Survey of 10 document medical records found 60% did not complete. The purpose of this study was analyzed completeness medical record documents cases of Orthopaedic surgery at Mardi Rahayu Hospital.

Method : The study was a descriptive study. The research was observational, cross-sectional approach and retrospective data collection. By using random sampling techniques obtained sample of 58 document of the total population 133 cases of orthopedic surgery in fourth quarter 2015.

Result : The results of the study showed that review of identification 74.13% was complete and 25.87% was incomplete, review the recording of 63.79% good and 36.21% not good, review the authentication 67.24% was complete and 32.76% was incomplete, review of reporting on RM.RI 03 100% was complete and on RM.RI 06.1 22.41% was incomplete, review the diagnosis consistency 79.31% was consistent and 20.69% was inconsistent, review consistency of recording of diagnoses 89.65% was consistent and 10.35% was inconsistent, review the recording time of treatment 87.93% was complete

and 12.07% was incomplete, review the recording of informed consent 74.13% was complete and 25.87% was incomplete, review ways of recording 84.48% was complete and 15.52% was incomplete. Things that lead to claims for compensation 74.13% did not trigger potentially and 25.87% was trigger potentially. Based on the results of quantitative and qualitative analysis of the document contained 37 was complete and 21 was incomplete so that the resulting rate of 56.75% obstinacy document.

Conclusion : Concluded there were many incomplete documents. Thus researcher suggest that any form of medical records were given a sticker label, complete and legible recording of document, assign medical records officers in every room, providing strict sanctions by the medical committee to doctors and nurses also meetings periodically with doctors and other health workers in order to socialize good recording and completeness of medical record and appropriate the use of medical terminology according to ICD 10.

Keywords : Medical Record Document, Quality assurance, quantitative and qualitative analysis

ABSTRAK

xvi + 54 hal + 14 tabel + 3 gambar + 5 lampiran

Latar Belakang : Mengingat pentingnya peranan dokumen rekam medis dalam menciptakan informasi medis yang berkesinambungan dan menurut aspek hukum kesehatan maka perlu dijaga kelengkapannya. Dokumen rekam medis rawat inap kasus bedah orthopedi masih sering ditemukan tidak lengkap di RS Mardi Rahayu Kudus, sehingga dokumen rekam medis sering menumpuk di bagian *assembling* dan menghambat pelayanan ketika pasien kontrol. Survei 10 dokumen rekam medis ditemukan 60% tidak lengkap. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis tentang analisa kelengkapan dokumen rekam medis kasus bedah Orthopedi di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus.

Metode : Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif. Metode penelitian adalah observasi, pendekatan *cross sectional* dan pengambilan data secara *retrospektif*. Dengan menggunakan teknik random sampling diperoleh sampel sebanyak 58 DRM dari

total populasi sebanyak 133 dokumen rekam medis kasus bedah orthopedi pada triwulan IV tahun 2015.

Hasil : Hasil penelitian untuk *review* identifikasi dokumen rekam medis yang lengkap 74,13% dan tidak lengkap 25,87%, *review* pencatatan 63,79% baik dan 36,21% pencatatannya belum baik, *review* autentifikasi 67,24% lengkap dan 32,76% tidak lengkap, *review* pelaporan pada RM.RI 03 100% lengkap dan pada RM.RI 06.1 22,41% tidak lengkap, *review* kekonsistensian diagnosa 79,31% konsisten dan 20,69% tidak konsisten, *review* kekonsistensian pencatatan diagnosa 89,65% konsisten dan 10,35% tidak konsisten, *review* pencatatan saat perawatan 87,93% lengkap dan 12,07% tidak lengkap, *review* pencatatan *informed consent* 74,13% lengkap dan 25,87% tidak lengkap, *review* cara pencatatan 84,48% lengkap dan 15,52% tidak lengkap. Hal-hal yang menyebabkan tuntutan ganti rugi 74,13% tidak berpotensi dan 25,87% berpotensi. Berdasarkan hasil analisa kuantitatif dan kualitatif terdapat 37 dokumen lengkap dan 21 dokumen belum lengkap sehingga dihasilkan tingkat kebandelan dokumen sebesar 56,75%.

Saran : Disimpulkan masih banyak dokumen yang tidak lengkap. Dengan demikian peneliti menyarankan agar setiap formulir rekam medis diberi stiker label, pencatatan yang lengkap dan terbaca, adanya petugas rekam medis di setiap ruangan, pemberian sanksi yang tegas oleh komite medik kepada dokter dan perawat serta pertemuan secara periodik dengan dokter dan petugas kesehatan lain untuk sosialisasi cara pencatatan yang baik dan lengkap serta penggunaan terminologi medis sesuai ICD 10.

Kata kunci : Dokumen Rekam Medis, *Quality assurance*, analisa kuantitatif dan kualitatif

PENDAHULUAN

Pentingnya peranan DRM dalam menciptakan informasi medis yang berkesinambungan dan dilihat dari aspek hukum kesehatan maka perlu dijaga kelengkapannya. DRM rawat inap kasus bedah orthopedi masih sering ditemukan tidak lengkap di RS Mardi Rahayu Kudus, sehingga DRM sering menumpuk di bagian *assembling* dan menghambat pelayanan ketika pasien akan berobat ulang. Dari survei 10

DRM ditemukan 60% tidak lengkap. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis tentang analisa kelengkapan dokumen rekam medis kasus bedah Orthopedi di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus.

Berdasarkan SK Menteri kesehatan Nomor:269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis menjelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.⁽¹⁾ Tujuan rekam medis Rekam medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, manfaat dari rekam medis meliputi aspek *administration, legal, financial, research, education dan documentation*.

Melihat pentingnya peranan DRM dalam menciptakan informasi medis yang berkesinambungan maka perlu dilakukan analisa DRM yang meliputi, analisa kuantitatif dengan 4 *review* yaitu identifikasi, pencatatan, pelaporan dan *review* autentikasi. Sedangkan untuk *review* kualitatif terdiri 6 komponen yaitu *review* kelengkapan dan kekonsistensian diagnose, *review* kekonsistensian pencatatan diagnose, *review* pencatatan yang dilakukan saat perawatan dan pengobatan, *review* adanya informed consent, *review* cara atau praktek pencatatan dan *review* hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi.

Analisa terhadap DRM berguna untuk mengetahui ketidaklengkapan dokumen rekam medis yaitu IMR (*Incomplete Medical Record*) merupakan jumlah rekam medis yang belum lengkap dan batas melengkapinya selambat-lambatnya 2x24 jam sejak dokumen rekam medis diserahkan ke unit pencatatan. Rumus yang dipakai adalah :

$$\frac{\text{jumlah DRM yang belum lengkap} \times 100}{\text{Jumlah seluruh DRM yang diteliti}}$$

DMR (*Delinquent Medical Record*) adalah rekam medis yang masih tetap belum lengkap setelah melewati masa perlengkapan dari batas waktu yang telah ditentukan yaitu 14 x 24 jam setelah waktu penyerahan dokumen rekam medis tidak lengkap.

Rumus yang digunakan sebagai berikut :
$$\frac{\text{Jumlah DRM yang bandel} \times 100}{\text{Jumlah DRM yang dilengkap}}$$

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu menggambarkan suatu keadaan secara obyektif dengan menggambarkan dan menjelaskan analisa tentang ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis di Unit Rekam Medis dibagian *Filling* RS Mardi Rahayu Kudus.

Metode yang di gunakan dalam penelitian ini adalah observasi dengan pendekatan *cross sectional* dan pengambilan datanya secara *retrospektif*.

HASIL PENELITIAN

Hasil pengamatan dari kelengkapan pengisian dokumen rekam medis rawat inap pada kasus bedah orthopedi dilakukan berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif selama periode triwulan IV tahun 2015 dibagian *filling* unit rekam medis. Dengan jumlah populasi dokumen rekam medis diperoleh sebanyak 133 berkas dan sampel yang diteliti sebanyak 58 berkas.

Untuk mengetahui gambaran hasil analisa adalah sebagai berikut :

Tabel 6.1 Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif DRM Kasus Bedah Orthopedi Pada Triwulan IV Di RS Mardi Rahayu Kudus Tahun 2015

Analisa Kuantitatif Dan Kualitatif	L/K		TL/TK		B/P		TB/TP	
		%		%		%		%
R. Identifikasi	43	74,13	15	25,87	-	-	-	-
R. Pencatatan	-	-	-	-	37	63,79	21	36,21
R. Pelaporan	56	96,55	2	3,45	-	-	-	-
R. Autentikasi	39	67,24	19	32,76	-	-	-	-
R,.Kekonsistensian diagnose	46	79,31	12	20,69				
R.Kekonsistensian Pencatatan DX	52	89,65	6	10,35				
R. Pencatatan saat perawatan	51	87,93	7	12,07				
R. Inform Consent					43	74,13	15	25,87
R. Cara Pencatatan					49	84,48	9	15,52
R. Berpotensi Ganti Rugi					15	25,87	43	74,13

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 yang lengkap sehingga ditemukan DMR (*Deliquent medical record*) sebesar 56,75%.

PEMBAHASAN

A. *Review* identifikasi.

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%. Dengan lengkapnya identifikasi pasien maka tidak akan terjadi kesalahan dalam pelayanan dan data yang di dapatkan.

Menurut hasil penelitian untuk *review* identifikasi sudah baik, karena di RS mardi rahayu sudah menggunakan stiker label yang berisi identitas pasien, hanya pada lembar *informed consent* pencatatan identifikasi belum lengkap maka perlu di tekankan lagi kepada perawat untuk menempelkan stiker di setiap formulir rekam medis.

B. *Review* pencatatan.

Hasil prosentasi kelengkapan *review* pencatatan 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 pencatatan yang kurang lengkap dan tidak jelas atau sulit terbaca. Secara keseluruhan untuk *review* pencatatan sebanyak 63,79% DRM sudah baik, sedangkan sisanya sebanyak 36,21% pencatatannya belum baik.

Menurut hasil penelitian untuk *review* pencatatan sudah baik, hanya saja masih banyak tulisan yang sulit terbaca. Sebaiknya pencatatan ditulis dengan jelas dan lengkap, jika ada kesalahan dalam penulisan, perbaikan dilakukan dengan mencoret satu kali kata yang salah lalu dibubuhi tanda tangan petugas tersebut dan tidak di perkenankan menggunakan cairan penghapus.

C. *Review* autentikasi.

Hasil 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 tanda tangan maupun nama terang dari dokter dan petugas kesehatan

lainnya masih sering tidak ditulis. Secara keseluruhan untuk review autentifikasi diperoleh hasil prosentase 67,24% DRM lengkap dan 32,76% DRM tidak lengkap.

Menurut hasil penelitian *review* autentifikasi tingkat kelengkapannya sudah baik, tapi terkadang dokter hanya menandatangani dokumen rekam medis tanpa memberi nama dokter atau inisial yang kurang jelas, sebaiknya dokter diingatkan dalam setiap melakukan tindakan atau pemeriksaan agar memberi tanda tangan dan nama terang dokter, akan lebih baik lagi jika diberi tanggal.

D. *Review* pelaporan

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.

Berdasarkan penelitian untuk *review* pelaporan DRM pada kasus bedah orthopedi di Rumah Sakit Mardi Rahayu sudah cukup baik, terutama dalam kelengkapan formulir-formulir yang seharusnya ada pada tiap DRM kasus bedah yaitu laporan anestesi, laporan operasi, informed consent dan lain-lain.

E. *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) yaitu pada penulisan diagnose akhir hanya ditulis idem dengan diagnose masuk.

Berdasarkan analisa kualitatif *review* kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa pada DRM kasus bedah orthopedi di Rumah Sakit Mardi Rahayu tingkat kekonsistensian diagnosa sudah baik dilihat dari kronologi penyakit mulai dari anamnesa, diagnosa awal sampai diagnosa akhir ada kesesuaian, hanya pada lembar resume dokter sering diagnosa akhir hanya ditulis idem. Sebaiknya dokter diingatkan agar menulis diagnosa lebih jelas.

F. *Review* kekonsistensian pencatatan diganosa

Dapat disimpulkan bahwa sebanyak 89,65% (52 DRM) sudah konsisten, sedangkan DRM yang tidak konsisten sebanyak 10,35% (6 DRM) yaitu pada penulisan waktu (jam,

tanggal) pelayanan sering salah dan tidak urut sesuai kronologis tindakan.

Dari hasil analisa *review* kekonsistensian pencatatan sudah cukup baik, tapi pada beberapa berkas rekam medis terdapat penulisan diagnosa dan tindakan operasi yang kadang hanya di tulis pada RM.RI 02 sedangkan pada RM.RI 03 tidak di tulis begitu pula sebaliknya.

G. *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) yaitu Pencatatan di lembar grafik masih kurang lengkap terutama pada tindakan yang telah di berikan pada pasien (pemberian o₂, RO, tranfusi darah dll).

Berdasarkan analisa *review* tersebut, pencatatan di DRM kasus bedah orthopedi sudah cukup baik. Hanya saja perawat sering kali lupa menulis di lembar grafik tindakan atau terapi apa saja yang telah di berikan kepada pasien. Selain itu perawat juga masih sering kali tidak mengisi atau salah mengisi tanggal pasien pulang pada kolom yang terdapat di RM.RI 02.

H. *Review* pencatatan *informed consent*

Dapat disimpulkan bahwa sebanyak 74,13% (43 DRM) sudah lengkap, sedangkan DRM yang tidak lengkap sebanyak 25,87% (15 DRM) yaitu pada penulisan identitas pasien tidak lengkap dan tanda tangan tanpa disertai nama terang.

I. *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.

Dari hasil penelitian menunjukkan cara pencatatan DRM di Rumah Sakit Mardi Rahayu sudah cukup baik hanya ada 9 DRM yang pencatatannya belum baik. Hal tersebut di sebabkan karena tulisan dokter yang kurang jelas atau sulit untuk di baca.

J. *Review* hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi

Dapat disimpulkan sebanyak 74,13% (43 DRM) tidak berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi, sedangkan DRM yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti

rugi sebanyak 25,87% (15 DRM).

Dari penelitian yang dilakukan, DRM yang berpotensi menyebabkan ganti rugi terdapat pada penulisan diagnosa yang sulit terbaca dan pada lembar *informed consent* yaitu kurang tandatangan dokter atau pemberian identitas yang tidak lengkap.

k. DMR

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 yang lengkap sehingga ditemukan DMR (*Deliquent medical record*) sebesar 56,75%.

KESIMPULAN

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

1. 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. Pada *review* pencatatan di peroleh hasil terbanyak pada lembar RM.RI 03 sebanyak 86,21% (50 DRM lengkap) sedangkan prosentase ketidak lengkapan yang terbanyak terdapat pada RM. 06.1 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 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* autentifikasi 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 dan lembar RM.RI 03 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.

SARAN

1. Untuk identifikasi sebaiknya petugas atau perawat melengkapi semua identitas pasien dengan lengkap, serta menempeli setiap formulir rekam medis dengan stiker label.
2. Untuk pencatatan, tulisan harus dapat di terbaca dengan jelas dan lengkap. pembetulan kesalahan 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 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. Sebaiknya ada petugas RMIK pada setiap ruangan untuk melakukan analisa kelengkapan berkas rekam medis sehingga berkas yang kembali ke rekam medis sudah lengkap.
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.
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.

