

ANALISA KUANTITATIF DAN KUALITATIF KETIDAKLENGKAPAN PENGISIAN
DOKUMEN REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP PADA PENYAKIT DIARE DI
RS. PERMATA MEDIKA SEMARANG
PERIODE TRIWULAN I TAHUN 2014

Satiya Puspa Pertiwi, Zaenal Sugiyanto
satyapertiwi@yahoo.co.id

Abstract

Correct and complete medical record will ease information for hospital party and could be used as legal case improvement, whereas incomplete medical record will impede information equipping, this case intended to find less complete document in its filling. Not as in Permata Medika Hospital Semarang. Researcher still found incident such presence incompleteness in hospital patient. Therefore, researcher interested to analyze both quantitative and qualitative of in hospital DRM of diarrhea disease.

This research type was such descriptive study by observation method and cross sectional approach. Population about 82 DRM, sample taken about total population were 82 DRM.

Based on research result to 82 sample was obtained incomplete percentage based on quantitative analysis for identification review of 100% was incomplete on gender part, report review was 100% incomplete on enter diagnosis registry, registry review about 24% wasn't good because wasn't filled, authentication review about 27% was incomplete on name and nurse signature wasn't filled, whereas for completeness review quantitative analysis and diagnosis consistency was obtained 0% incomplete, consistency diagnosis record review about 0% was incomplete, case record review implemented when treatment was 30% incomplete, review presence informed consent about 0% was incomplete.

Seen from that result, most incompleteness on record and registry review. Therefore researcher give suggestion needed presence awareness and disciplinary between officer and doctor who to more responsible about filling of stayed treatment document.

Keywords: Quality assurance, qualitative and quantitative analysis, filling

PENDAHULUAN

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang baik ditunjang dengan penyelenggaraan rekam medis yang baik pada setiap pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Rekam Meds adalah keterangan yang di tulis baik maupun yang terekam tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepda pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.⁽¹⁾ Rekam Medis adalah hasil perekaman yang berupa keterangan mengenai hasil pengobatan pasien. Menurut Permenkes nomor 269 / MENKES /PER / III / 2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan, jadi berkas rekam medis wajib dijaga kerahasiaannya.⁽²⁾ Agar dokumen rekam medis berkesinambungan maka pengisian dokumen rekam

medis harus diisi selengkap-lengkapnya dan juga dijadikan sebagai alat bukti hukum apabila dibutuhkan. Maka pengisian dokumen rekam medis harus diisi sebaik mungkin dan selengkap mungkin untuk kesinambungan informasi dan sebagai salah satu syarat dalam akreditasi rumah sakit.⁽³⁾

Rumah Sakit adalah Suatu Unit pelayanan kesehatan yang pelayanannya sangat kompleks dalam berbagai jenis pelayanan kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sehingga Rumah Sakit dituntut untuk professional dalam melakukan berbagai jenis pelayanan kesehatan terhadap pasien agar pasien mendapatkan pelayanan yang memuaskan di Rumah sakit tersebut. Rumah Sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang dituntut dapat menghasilkan data dan informasi dengan tingkat kecepatan serta ketepatan yang tinggi guna mendukung penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mengutamakan mutu pelayanan.⁽⁴⁾

Quality assurance adalah suatu upaya mengkaji secara periodik berbagai kondisi yang mempengaruhi pelayanan, melakukan pemantauan terhadap pelayanan, serta menelusuri keluaran yang dihasilkan, sedemikian rupa sehingga berbagai kekurangan dan penyebab kekurangan dapat diketahui serta upaya perbaikan dapat dilakukan, kesemuanya untuk lebih menyempurnakan taraf kesehatan dan kesejahteraan.⁽⁵⁾ Data rekam medis haruslah lengkap dan terperinci sehingga dokter lain dapat mengetahui bagaimana pengobatan dan perawatan kepada pasien dan konsulen dapat memberikan pendapat yang tepat setelah dia memeriksanya ataupun dokter yang bersangkutan dapat memperkirakan kembali keadaan pasien yang akan datang dari prosedur yang telah dilaksanakan. Apabila dokumen rekam medis lengkap dan benar maka dapat melindungi rumah sakit maupun dokter dalam segi hukum (medikalegal). Bilamana rekam medis tidak lengkap dan tidak benar maka kemungkinan akan merugikan bagi pasien, rumah sakit maupun dokter sendiri. Dengan bertambahnya jumlah pasien yang

berkunjung di “RS. Permata Medika Semarang” dari tahun ke tahun meningkat, maka masalah pelayanan cenderung meningkat. Seiring dengan meningkatnya jumlah pasien di rawat inap “RS. Permata Medika Semarang”. Pengisian kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap masih banyak kendala yang setiap hari diserahkan langsung dibagian assembling, coding indexing dan selanjutnya diserahkan dibagian filing untuk disimpan kembali karena tidak adanya petugas khusus untuk meneliti ketidaklengkapan dokumen rekam medis, baik dokumen rekam medis rawat inap lama maupun dokumen rekam medis rawat inap baru. Sehingga proses pengkodean dibagian coding indexing mengalami kendala dalam hal runtutan pengisian dokumen rekam medis rawat inap yang kurang lengkap, yang meliputi pengisian ruang kelas, pengisian tindakan keperawatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan tanda tangan dokter / perawat.

Walaupun telah ada protap (terlampir) tentang kelengkapan data rekam medis di rawat inap ternyata dari hasil pengamatan di “RS.

Permata Medika Semarang “pada bagian assembling dalam melaksanakan tugasnya hanya mengurutkan formulir rekam medis sesuai urutan tetapi tidak meneliti ketidaklengkapan DRM secara keseluruhan namun hanya pada formulir Masuk dan Keluar saja. Mengingat pentingnya pengisian DRM maka harus dianalisis dan dicek kembali oleh petugas Rekam Medis setelah pasien memperoleh pelayanan. Di RS. Permata Medika Semarang belum ada petugas yang secara khusus untuk meneliti ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis sehingga tidak diketahui tingkat kebandelan dokumen rekam medis. Dari pengamatan survey awal di RS. Permata Medika Semarang diketahui pada tiap jenis kasus penyakit memiliki prosentase yang berbeda-beda. Dampak masalah yang terjadi apabila DRM tidak lengkap adalah kualitas data yang tidak baik dan tidak akurat sehingga dapat merugikan manajemen RS dalam pengambilan keputusan. Dengan data yang lengkap dan akurat pula dapat

menjatuhkan pihak Rumah Sakit dan dokter yang menangani pasien dari segi hukum. Apabila data rekam medis lengkap maka dapat membantu pihak Rumah Sakit dalam kegiatan akreditasi Rumah Sakit, karena salah satu syarat akreditasi Rumah Sakit adalah kelengkapan dan keakuratan dalam pengisian Dokumen Rekam Medis.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini berdasarkan sifat dan permasalahannya yaitu penelitian deskriptif adalah salah satu jenis metode penelitian yang menggambarkan dan menginterpretasi objek sesuai dengan apa adanya. Pendekatan yang digunakan secara cross sectional yaitu data yang diperoleh pada saat penelitian dilakukan. Dalam penelitian ini populasi yang diamati adalah ketidaklengkapan berkas formulir pasien rawat inap kasus Diare pada Triwulan I pada tahun 2014 di RS. Permata Medika Semarang yang berjumlah 82 DRM yang akan diteliti. Sampel Penelitian mengambil total populasi yang berjumlah 82 DRM.

HASIL PENELITIAN

A. Analisa Kuantitatif

1. Review Identifikasi

Formulir Rekam Medis	Review Identifikasi				Keterangan ketidak lengkapan
	Lengkap		Tidak Lengkap		
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
RM 1	82	100%	0	0	Lengkap semua
RM 14	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 3	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 2A	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 5	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 6b	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 7	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 7A	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 9C	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 13	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
RM 15	82	100%	0	0%	Lengkap semua
RM 23	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin
Visite Dokter	0	0%	82	100%	Pada item jenis kelamin

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan banyak pada review identifikasi terdapat pada RM 14, 3, 2A, 5, 6B, 7, 7A, 9C, 13, 23, dan visite dokter yaitu ketidaklengkapan pada pengisian jenis kelamin sebesar 0 (0%) lengkap dan 82 belum lengkap (100%).

2. Review Pelaporan

Formulir Rekam Medis	Review Pelaporan				Keterangan ketidak lengkapan
	Lengkap		Tidak Lengkap		
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
RM 1	0	0%	82	100%	Pada diagnose masuk
RM 14	0	0%	82	100%	Pada diagnose masuk

RM 3	60	73%	22	27%	Pada diagnose kerja
RM 2A	62	76%	20	24%	Pada pemeriksaan fisik
RM 5	79	96%	3	4%	Pada instruksi pengobatan
RM 6b	62	76%	20	24%	Pada diagnose perawatan
RM 7	78	95%	4	5%	Pada catatan perkembangan
RM 7A	69	84%	13	16%	Pada temperature/nadi
RM 9C	73	89%	9	11%	Pada tanggal pemberian
RM 13	57	70%	25	30%	Pada keadaan pasien saat pulang
RM 15	82	100%	0	0%	Lengkap semua
RM 23	82	100%	0	0%	Lengkap semua
Visite Dokter	82	100%	0	0%	Lengkap semua

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan banyak pada review pelaporan terdapat pada RM 1 dan RM 14 yaitu ketidaklengkapan pada pengisian diagnose masuk sebesar 0 (0%) lengkap dan 82 belum lengkap (100%).

3. Review Pencatatan

Formulir Rekam Medis	Review Pelaporan				Keterangan ketidaklengkapan
	Baik		Tidak Baik		
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
RM 1	82	100%	0	0%	Lengkap Semua
RM 14	74	90%	8	10%	Tidak terisi
RM 3	69	84%	13	16%	Tidak terisi
RM 2A	77	94%	5	6%	Tidak terisi
RM 5	79	96%	3	4%	Tidak terisi
RM 6b	62	76%	20	24%	Tidak terisi
RM 7	79	96%	3	4%	Tidak terisi
RM 7A	80	98%	2	2%	Tidak terisi
RM 9C	79	96%	3	4%	Tidak terisi
RM 13	67	82%	15	18%	Tidak terisi
RM 15	82	100%	0	0%	Lengkap semua
RM 23	76	93%	6	7%	Tidak dapat dibaca
Visite Dokter	82	100%	0	0%	Lengkap semua

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan pada review pencatatan terdapat pada RM 6B yaitu ketidaklengkapan karena tidak terisi sebesar 62 (76%) lengkap dan 20 belum lengkap (24%).

4. Review Authentifikasi

Formulir Rekam Medis	Review Authentifikasi				Keterangan ketidaklengkapan
	Lengkap		Tidak Lengkap		
	Jumlah	Prosentase	Jumlah	Prosentase	
RM 1	78	95%	4	5%	Tanda tangan dokter
RM 14	74	90%	8	10%	Nama dokter
RM 3	72	88%	10	12%	Nama petugas
RM 2A	78	95%	4	5%	Nama dokter
RM 5	80	98%	2	2%	Nama dokter
RM 6b	60	73%	22	27%	Nama dan tanda tangan perawat
RM 7	73	89%	9	11%	Nama perawat
RM 7A	77	94%	5	6%	Nama dokter
RM 9C	75	91%	7	9%	Nama perawat
RM 13	73	89%	9	11%	Nama perawat
RM 15	82	100%	0	0%	Lengkap semua
RM 23	75	91%	7	9%	Nama dokter
Visite Dokter	82	100%	0	0%	Lengkap semua

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan pada review autentifikasi terdapat pada RM 6B yaitu ketidaklengkapan pada pengisian nama dan tanda tangan perawat sebesar 60 (73%) lengkap dan 22 belum lengkap (27%).

B. Analisa Kualitatif

No	Review Kualitatif	Lengkap		Tidak Lengkap		Keterangan
		Total	Prosentase	Total	Prosentase	
1	Kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa	82	100%	0	0%	Lengkap semua
2	Kelengkapan pencatatan diagnosa	82	100%	0	0%	Pada diagnose masuk tidak terisi

3	Pencatatan saat perawatan dan pengobatan	57	70%	25	30%	Pada pencatatan saat perawatan sering tidak terisi
4	Informed consent	82	100%	0	0%	Lengkap semua

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan pada analisa kualitatif banyak terdapat pada bagian pencatatan saat perawatan dan pengobatan yaitu ketidaklengkapan sebesar 25 (30%) dan 57 (70%) lengkap.

C. DMR

	Analisa Kuantitatif		Analisa Kualitatif		Total	
	Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap	Lengkap	Tidak Lengkap
Jumlah	0	82	57	25	0	82
Prosentase	0%	100%	70%	30%	0%	100%

$$\text{DMR} = \frac{82 \text{ dokumen}}{82 \text{ dokumen}} \times 100\%$$

Dari Sampel sebanyak 80 DRM didapatkan hasil Deliquent Medical Record (DMR) sebanyak 100%.

PEMBAHASAN

A. Analisa Kuantitatif

1. Review Identifikasi

Identitas pasien paling tidak mempunyai nama, dan nomer RM kalau suatu halaman tidak mempunyai identitas maka

halaman ini harus direview.⁽⁶⁾

Dari 82 DRM yang diteliti mulai dari RM 1 sampai lembar visite dokter ternyata untuk review identifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat butir data yang masih belum

lengkap yaitu bagian jenis kelamin di semua formulir yang ada. Dari hasil penelitian yang dilakukan diperoleh 0 (0%) lengkap dan 82 (100%) tidak lengkap. Dengan terisinya item identifikasi akan lebih mudah untuk mengetahui penyakit pasien apabila pasien akan dirujuk. Pentingnya pengisian jenis kelamin adalah untuk perawatan selanjutnya seperti pemisahan ruangan antara perempuan, laki-laki atau anak-anak. Untuk pembuatan laporan kasus penyakit menurut jenis kelamin.

2. Review Pelaporan

Penting dalam pelaporan harus ada beberapa lembar laporan yang umum terdapat dalam rekam medis yaitu, lembar riwayat pasien, catatan perkembangan, ringkasan penyakit dan hasil pemeriksaan penunjang. ⁽⁶⁾. Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 82 dokumen yang diteliti pada masing-masing formulir tidak

ada dokumen rekam medis rawat inap penyakit Diare terdapat 0 (0%) yang lengkap dan 82 (100%) belum lengkap. Ketidaklengkapan terdapat pada RM 1 dan RM 14 (Ringkasan Masuk dan Keluar) yaitu pada diagnosa masuk. Seharusnya diagnosa masuk terisi agar dokter dapat menegakkan diagnosa-diagnosa lainnya, karena seorang dokter dalam menegakkan diagnose utama dimulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, penunjang dan diagnose masuk dan seterusnya dokter dapat melakukan tindakan selanjutnya terhadap pasien baik dalam pengobatan ataupun tindakan yang lainnya.

3. Review Pencatatan

Dalam pencatatan rekam medis setidaknya memeriksa catatan yang tidak lengkap dan tidak

dapat dibaca, sehingga tulisan tersebut dapat dilengkapi dan diperjelas.⁽⁶⁾ Dari 82 dokumen yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap penyakit Diare terdapat 62 (76%) yang baik dan 20 (24%) tidak baik, ketidaklengkapan terletak pada RM 6B Formulir Tindakan Keperawatan. Pengisian yang tidak baik terjadi pada butir data tidak terisi, padahal dengan terisinya data medis tersebut sangat berpengaruh besar terhadap pelayanan kepada pasien dan data atau informasi yang terisi secara lengkap dapat menguntungkan bagi pasien dan bagi dokter yang menangani pasien tersebut dan perawat yang merawat pasien tersebut dalam memberikan informasi yang berkesinambungan. Apabila

data medis pasien tidak terisi secara lengkap dapat merugikan pihak rumah sakit terutama dokter dan perawat dalam menangani pasien tersebut dalam kekuatan hukum.

4. Review Autentifikasi

Autentifikasi dapat berupa tanda tangan, cap/stempel, dan inisial yang dapat diidentifikasi dalam rekam medis.⁽⁶⁾ Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 82 dokumen yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap penyakit Diare terdapat 60 (73%) yang lengkap dan 22 (27%) belum lengkap yaitu pada RM 6b Tindakan Keperawatan ketidaklengkapan terjadi pada tidak diisinya nama dan tanda tangan perawat. Padahal nama dan tanda tangan perawat sangat penting untuk mengetahui siapa perawat yang melakukan perawatan. Apabila nama dan tanda tangan perawat tidak diisi maka dapat berakibat tidak diketahuinya siapa

perawat yang melakukan perawatan serta tidak bisa diminta pertanggung jawaban dari perawat tersebut apabila terjadi kesalahan yang tidak diinginkan selama dalam masa perawatan, dan lemah secara hukum bagi pihak rumah sakit terutama dokter atau perawat yang menangani dan merawat pasien tersebut.

B. Analisa Kualitatif

1. Review kekonsistensian diagnosa

Dari hasil pengamatan 82 DRM pasien rawat inap penyakit diare menunjukkan 82 (100%) akurat dan 0 (0%) ketidakakuratan diagnosa. Semua diagnose akurat dan lengkap dari awal pemeriksaan hingga akhir pemeriksaan dan perawatan.

2. Review kekonsistensian pencatatan diagnosa

Dari hasil pengamatan 82 DRM pasien rawat inap penyakit diare menunjukkan 82 (100%) lengkap dan 0 (0%) ketidaklengkapan. Diagnosa awal hingga akhir sudah konsisten, instruksi dokter dan catatan obat sudah konsisten.

3. Review pencatatan saat perawatan dan pengobatan

Dari hasil pengamatan 82 DRM pasien rawat inap penyakit diare menunjukkan 57 (70%) lengkap dan 25 (30%) ketidaklengkapan. Ketidaklengkapan terdapat pada pencatatan diagnose kerja perawatan maupun tindakan keperawatan pada resume keperawatan yang tidak terisi. Yang seharusnya diagnosa kerja perawat atau tindakan keperawatan ditulis atau dicatat agar mengetahui perawatan yang sudah diterima oleh pasien selama masa perawatan dan mengetahui perkembangan pasien.

4. Review informed consent

Dari hasil pengamatan 82 DRM pasien rawat inap penyakit diare menunjukkan 82 (100%) lengkap dan 0 (0%) tidak lengkap. Informed consent harus terisi lengkap untuk keamanan baik bagi pasien maupun bagi pihak Rumah Sakit terutama dokter yang menangani atau memberikan tindakan medis kepada pasien.

C. DMR

Hasil akhir dari analisa kuantitatif dan kualitatif rawat inap pasien penyakit Diare untuk analisa kuantitatif berdasarkan review identifikasi, review pelaporan, review pencatatan, dan review autentifikasi serta analisa kualitatif berdasarkan review kelengkapan dan kekonsistensian diagnosa, review kelengkapan pencatatan diagnosa, review pencatatan saat perawatan dan pengobatan serta review adanya informed consent. Dari 82 dokumen yang diteliti terdapat 82 dokumen belum lengkap pada analisa kuantitatif sehingga ditemukan DMR (Deliquent Medical Record) sebesar 100%. Hal ini menunjukkan kelengkapan pengisian pada dokumen rekam medis rawat inap pada penyakit Diare masih banyak tingkat kebandelannya. Hal ini disebabkan karena belum adanya petugas yang meneliti kelengkapan pengisian dokumen rekam rekam medis dan cara pengisiannya berdasarkan analisa kuantitatif dan kualitatif.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Ketidaklengkapan pada review identifikasi sebesar 100% atau semua 82 DRM tidak lengkap. Dari 82 DRM yang diteliti mulai dari RM 1 sampai lembar visite dokter ternyata untuk review identifikasi dokumen rekam medis yang diamati terdapat butir data yang masih belum lengkap yaitu bagian jenis kelamin di semua formulir yang ada.
2. Ketidaklengkapan pada review pelaporan sebesar 100% atau semua 82 DRM tidak lengkap. Dari 82 DRM yang diteliti ketidaklengkapan terdapat pada RM 1 dan RM 14 (Ringkasan Masuk dan Keluar) yaitu pada diagnosa masuk.
3. Ketidaklengkapan pada review pencatatan sebesar 24% atau semua 20 DRM tidak baik dalam pencatatan. Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 82 pada RM 6B Formulir Tindakan keperawatan, pengisian yang

tidak baik terjadi pada butir data tidak terisi

4. Ketidaklengkapan pada review autentifikasi sebesar 27% atau 22 DRM yang tidak lengkap. Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 82 dokumen yang diteliti pada masing-masing formulir dokumen rekam medis rawat inap penyakit ketidaklengkapan pada RM 6b Tindakan Keperawatan ketidaklengkapan terjadi pada tidak diisinya nama dan tanda tangan perawat.
5. Ketidaklengkapan pada review kekonsistensian diagnosa menunjukkan 0 (0%) ketidakakuratan. Semua diagnose akurat dan lengkap dari awal pemeriksaan hingga akhir pemeriksaan dan perawatan sama semua.
6. Ketidaklengkapan pada review kelengkapan pencatatan diagnosa menunjukkan 0 (0%) ketidaklengkapan atau lengkap semua. Pada kelengkapan pencatatan diagnose lengkap semua. Pencatatan mengenai informasi perkembangan pasien, intruksi dokter dan catatan obat tercatat dan tersimpan dengan baik.
7. Ketidaklengkapan pada review pencatatan saat perawatan dan pengobatan menunjukkan 25 DRM (30%) ketidaklengkapan. Ketidaklengkapan terdapat pada pencatatan diagnose kerja perawatan maupun tindakan keperawatan pada resume keperawatan yang tidak terisi.
8. Ketidaklengkapan pada review informed consent menunjukkan 0 (0%) tidak lengkap atau lengkap semua. Informed consent harus terisi lengkap untuk keamanan baik bagi pasien maupun bagi pihak Ruma Sakit terutama dokter yang menangani atau memerikan tindakan medis kepada pasien
9. Hasil analisa kuantitatif dan kualitatif dokumen rekam medis rawat inap pasien penyakit Diare periode I Tahun 2014 yang diteliti terdapat 0 dokumen lengkap (0%) dan kebandelan 82 dokumen (100%) kebandelan terdapat pada review pelaporan serta pencatatan.

SARAN

1. Meningkatkan kedisiplinan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pada semua pihak yang terkait dan bertanggung jawab sehingga tingkat kebandelan (DMR) tidak terlalu tinggi, mengingat pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sebagai penunjang akreditasi rumah sakit.
2. Untuk identifikasi/identitas pasien haruslah lengkap, terutama pada jenis kelamin. Petugas pendaftaran seharusnya mengisinya dengan lengkap.
3. Untuk pelaporan terutama pada pengisian diagnosa masuk. Yang seharusnya mengisi diagnosa masuk adalah dokter yang menangani/merawat pasien tersebut. Sebaiknya harus diisi dengan lengkap mengenai kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh dokter maupun perawat sehingga informasi yang ditulis berkesinambungan dan dapat dipertanggung jawabkan.
4. Pada pencatatan lembar resume keluar, pengantar rawat

inap, gawat darurat, perjalanan penyakit, tindakan keperawatan, catatan dan tindakan perkembangan, cairan infus, kartu obat, resume keperawatan seharusnya terisi. Dan dokter maupun perawat yang seharusnya mengisi agar informasi yang dihasilkan lengkap dan akurat dan berkesinambungan.

5. Untuk autentifikasi seringkali yang tidak lengkap yaitu pada nama dan tanda tangan perawat pada tindakan keperawatan dan yang seharusnya mengisi adalah perawat yang bersangkutan menangani dan merawat pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. Mutu Pelayanan Kesehatan. Jakarta. 2006
2. Permenkes No. 269 / MENKES / PER / III. 2008
3. Departemen Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Revisi I. Jakarta. 1997
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor

269 / MENKES / PER / III /

2008 tentang Rekam Medis

5. Azwar, Azrul. *Menjaga Mutu*

Pelayanan Kesehatan.

Pusaka Sinar Harapan.

Jakarta. 1996

6. Wijaya. L, Health Records

Management, Quantitative

and Qualitative Analisis,

Jakarta, 1999