

ANALISA KETIDAKLENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP KASUS HIPERTENSI DI FILING RSUD TUGUREJO SEMARANG TRIWULAN I TAHUN 2013

Wijayanti *) , Jaka Prasetya, S.Kep **)

*) Alumni Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

***) Dosen Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

Jl. Nakula I No 5-11 Semarang

E-mail: yanti_w92@yahoo.co.id

ABSTRACT

Background. *In running services health Hospital Semarang Tugurejo been using SOP. Control officer incompleteness in Hospital Tugurejo Semarang by assembling with a time limit 2x24 hours maximum 7x24 hours.*

Method. *This research includes descriptive evaluative study using a retrospective approach. The methods use for interviews and observation. Populations observe are the number of Documentation Medical Record inpatient the case of hypertension Tugurejo Hospital Semarang filing quarter 2013 namely 457 DRM. Research instruments use table check list, namely for enter the numbers used to determine whether or not the charging complete medical record file.*

Result. *Of 82 samples studied was still found there are 70 DRM were incomplete while complete as many as 12 DRM (14.6%).*

Conclusion: *Given the importance of SOPs to guide officers in their duties, it is necessary to repair SOPs become more clear and detail.*

Keywords: *Quality assurance, quantitative analysis, filing*

PENDAHULUAN

Dokumen Rekam Medis harus lengkap isi informasinya seperti yang telah ditetapkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No.269 tahun 2008 bahwa Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama dirawat di Rumah Sakit yang dilakukan di Unit – unit Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat dan Unit Rawat Inap.⁽¹⁾

Rumah Sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat juga berfungsi menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan. Dalam rangka meningkatkan mutu serta efisiensi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit perlu adanya dukungan dari berbagai faktor yang terkait.

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 pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat Rekam Medis. Rekam Medis harus berisikan informasi yang lengkap sesuai standar yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan.⁽¹⁾

Dari pelayanan pasien inilah dihasilkan data yang apabila diolah dengan benar akan menghasilkan informasi yang sangat berguna untuk keperluan Manajemen Rumah Sakit, dan sebagai evaluasi Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Unit Rekam Medis merupakan unit yang paling bertanggungjawab dalam pelayanan pasien pertama datang ke Rumah Sakit dan bertanggung jawab terhadap pemberian nomor, pencarian, penyimpanan, perakitan, pengendalian, pelaporan dan pengkodean serta pelaporan analisa Dokumen Rekam Medis pasien. Pada dasarnya setiap Rumah Sakit telah menyelenggarakan Rekam Medis akan tetapi pelaksanaannya belum optimal, masalah yang ada di Unit Rekam Medis adalah Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis pasien rawat inap.

Dokumen Rekam Medis berisi tentang semua informasi identitas dari pasien berobat pertama kali sampai pasien pulang bahkan sampai datang kembali untuk berobat, juga tindakan - tindakan yang diberikan sarana pelayanan kesehatan dan terutama yang melayaninya dalam pengobatan.

Dokumen Rekam Medis dipakai untuk dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk keperluan penelitian dan

pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan serta bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan. Penelitian terhadap Dokumen Rekam Medis ini dilaksanakan mengingat dokumen ini sangat penting untuk melihat pelayanan yang telah di berikan kepada pasien apakah sudah terisi lengkap atau tidak lengkap. Jika Dokumen Rekam Medis tidak terisi lengkap maka akan berpengaruh pada kesalahan informasi dan juga dapat terjadi kesalahan pelaporan pada Rumah Sakit bahkan bisa merugikan Rumah Sakit itu sendiri.

Mengingat pentingnya informasi medis untuk keperluan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien dan dengan melihat permasalahan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “**ANALISA KETIDAKLENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS RAWAT INAP KASUS HIPERTENSI DI FILING RSUD TUGUREJO SEMARANG TRIWULAN I TAHUN 2013**”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif dengan pendekatan *retrospektif study*. Metode yang digunakan adalah wawancara dan observasi. Variabel pada penelitian ini yaitu:

1. Review identifikasi Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi
2. Review pelaporan Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi
3. Review pencatatan Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi
4. Review autentifikasi Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi
5. Pemeriksaan Penunjang pada Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus Hipertensi
6. Tingkat kebandelan pada Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus Hipertensi

Populasi yang diamati yaitu jumlah Dokumen Rekam Medis rawat inap Kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 yaitu 457 DRM. Instrumen yang digunakan yaitu tabel check list untuk memasukkan angka-angka yang digunakan untuk mengetahui lengkap tidaknya pengisian berkas Rekam Medis. Pengolahan data dilakukan secara bertahap, yaitu pengumpulan data, *editing*, penyajian data. Analisa yang digunakan yaitu analisa deskriptif.

HASIL PENELITIAN

1. Frekuensi Ketidaklengkapan Formulir Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013.

Tabel 4.1

Distribusi Frekuensi Ketidaklengkapan DRM Rawat Inap kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013

No	Ketidaklengkapan	Jumlah	(%)
1	Lengkap	12	14,6
2	Tidak lengkap	70	85,4
Jumlah		82	100

Sumber : indeks penyakit pasien kasus Hipertensi Triwulan I Tahun 2013

2. Frekuensi Review Ketidaklengkapan formulir Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013 yang Terdiri Dari Identifikasi, Pelaporan, Autentifikasi dan Pencatatan.

Tabel 4.2

Distribusi Frekuensi Review Ketidaklengkapan Formulir Pada DRM Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013

Ketidaklengkapan	Review								P.Penujangan	%
	Iden	%	Pel	%	Auten	%	Pen	%		
Lengkap	82	100	81	98,8	80	97,6	80	97,6	14	17,1
Tidak lengkap	0	0	1	1,2	2	2,4	2	2,4	68	82,9
Jumlah	82	100	82	100	82	100	82	100	82	100

Sumber : Data indeks penyakit kasus Hipertensi pasien Keluar Triwulan I Tahun 2013

3. Frekuensi Review Identifikasi Formulir Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013.

Tabel 4.3

Distribusi Frekuensi Review Identifikasi Formulir Pada DRM Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013

No	DRM	Lengkap		Tidak lengkap		Jumlah	%
		Jumlah	%	Jumlah	%		
1	RM 1	82	100	0	0	82	100
2	RM 2	6	100	0	0	6	100
3	RM 5	2	100	0	0	2	100
4	RM 13	82	100	0	0	82	100
5	RM 21	82	100	0	0	82	100
6	IC	2	100	0	0	2	100

Sumber : Data indeks penyakit kasus Hipertensi pasien Keluar Triwulan I Tahun 2013.

4. Review Pelaporan Formulir Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013.

Tabel 4.4

Distribusi Frekuensi Review Pelaporan Formulir Pada DRM Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013

No	DRM	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	%
		Jumlah	%	Jumlah	%		
1	RM 1	81	98,8	1	1,2	82	100
2	RM 2	6	100	0	0	6	100
3	RM 5	2	100	0	0	2	100
4	RM 13	81	98,8	1	1,2	82	100
5	RM 21	82	100	0	0	82	100
6	IC	2	100	0	0	2	100

Sumber tabel 4.4 : Data indeks penyakit kasus Hipertensi pasien Keluar Triwulan I Tahun 2013

5. Review Autentifikasi Formulir Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013.

Tabel 4.5

Distribusi Frekuensi Review Autentifikasi Formulir Pada DRM Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013

No	DRM	Lengkap		Tidak Lengkap		Jumlah	%
		Jumlah	%	Jumlah	%		
1	RM 1	80	97,6	2	2,4	82	100
2	RM 2	6	100	0	0	6	100
3	RM 5	2	100	0	0	2	100
4	RM 13	81	98,8	1	1,2	82	100
5	RM 21	82	100	0	0	82	100
6	IC	2	100	0	0	2	100

Sumber : Data indeks penyakit kasus Hipertensi triwulan 1 tahun 2013

6. Review Pencatatan Formulir Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013.

Tabel 4.6

Distribusi Frekuensi Review Pencatatan Formulir Pada DRM Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013

No	DRM	Baik		Tidak Baik		Jumlah	%
		Jumlah	%	Jumlah	%		
1	RM 1	80	97,6	2	2,4	82	100
2	RM 2	6	100	0	0	6	100
3	RM 5	2	100	0	0	2	100
4	RM 13	81	98,8	1	1,2	82	100
5	RM 21	82	100	0	0	82	100
6	IC	2	100	0	0	2	100

Sumber : Data indeks penyakit kasus Hipertensi pasien Keluar Triwulan I Tahun 2013.

7. Pemeriksaan Penunjang Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013.

Tabel 4.7

Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Penunjang DRM Rawat Inap Kasus Hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013

No	Pemeriksaan Penunjang	Lengkap (Ada)		Tidak Lengkap (Tidak Ada)		Jumlah	%
		Jumlah	%	Jumlah	%		
1.	Laboratorium	69	84,2	13	15,8	82	100
2.	ECG	27	32,9	55	67,1	82	100
3.	Radiologi	19	23,2	63	76,8	82	100

Sumber : Data Pemeriksaan Penunjang kasus Hipertensi triwulan 1 tahun 2013

PEMBAHASAN

1. Review Identifikasi

Analisa kuantitatif dimulai dengan memeriksa setiap lembar rekam medis menurut Huffman, bahwa komponen identifikasi pasien paling tidak mempunyai nama, no.RM kalau suatu halaman tidak memiliki identifikasi maka halaman ini harus direviw untuk memastikan apakah isi milik pasien yang rekam medisnya sedang dianalisis atau bukan. Dengan terisinya semua item identifikasi akan lebih mudah untuk menemukan kembali berkas pasien. Apabila ada yang tercecer dan merupakan hal yang penting untuk kesinambungan informasi pasien serta kepemilikan isi Dokumen Rekam Medis tersebut.

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review identifikasi dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 seluruhnya sudah lengkap. ⁽⁶⁾

2. Review Pelaporan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pelaporan dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 ada 81 DRM (98,8%) sudah lengkap dan 1 DRM (1,2%) yang belum lengkap yaitu pada butir data diagnosa, keadaan keluar dan cara keluar. Di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 ada yang tidak melengkapi laporan yang ada pada formulir, dijumpai dokter tidak menulis diagnosa. Penulisan diagnosa itu sangat penting karena bisa sebagai dasar untuk menentukan perhitungan biaya pembayaran, kesinambungan informasi medis dari penelitian. Jika diagnosa tidak

diisi maka akan menghambat klain asuransi, terutama pada pasien jamkesmas yang harus membutuhkan keakuratan kode dari diagnosa yang diberikan.

Berdasarkan teori kelengkapan pengisian pada item pelaporan mempunyai arti penting karena dapat dijadikan informasi tentang perjalanan penyakit pasien di Rumah Sakit yang meliputi riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, observasi klinis dan kesimpulan pada akhir perawatan serta keterangan diagnosa akhir. Menurut huffman EK, review pelaporan merupakan prosedur analisa kuantitatif yang harus menegaskan laporan mana yang dilakukan, kapan dan keadaan yang bagaimana karena jika sewaktu-waktu ada pasien yang merasa telah di malpraktek pihak Rumah Sakit bisa menunjukkan Dokumen Rekam Medis yang merupakan bukti tindakan apa saja yang dilakukan dan merupakan bukti hukum.⁽³⁾

3. Review Autentifikasi

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review autentifikasi dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 ada 2 DRM (2,4%) yang belum lengkap dan 80 DRM sudah lengkap (97,6%).

Ketidaklengkapan terdapat pada butir data nama terang dan tanda tangan dokter maupun perawat yang melakukan tindakan dan pemeriksaan. Dari hasil observasi dan wawancara dengan petugas rekam medis bagian assembling mengatakan bahwa hal ini disebabkan karena kesibukan dokter maupun perawat yang tidak mengetahui arti pentingnya dari kelengkapan Dokumen Rekam Medis.

Apabila dalam review autentifikasi hanya menulis nama atau tanda tangan dokter saja, hal ini mencakup aspek legalitas yang tidak akurat dan tidak bisa dijadikan bahan bukti pertanggungjawaban bila sewaktu-waktu digunakan sebagai bahan perkara hukum apabila Rumah Sakit mendapat tuntutan dari keluarga pasien.

Berdasarkan teori apabila hanya tanda tangan dokter saja yang diisi dan tidak tercantum nama dokter yang merawat maka sulit untuk mengetahui siapa dokter yang bertanggung jawab, karena nama terang dan tanda tangan dokter menunjukkan aspek legalitas yakni sebagai bukti pertanggungjawaban bila sewaktu-waktu digunakan sebagai bahan bukti perkara hukum.⁽⁸⁾

4. Review Pencatatan

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk review pencatatan dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD

Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 ada yang belum baik pencatatannya ada 2 DRM (2,4%) dan yang sudah baik pencatatannya ada 80 DRM (97,6%)

Berdasarkan teori entri harus selalu dilakukan dengan cara pencatatan yang baik. Sementara analisa kuantitatif tidak bisa memecahkan masalah tentang isi yang tidak terbaca atau tidak lengkap, karena ia bisa digunakan untuk mengkode diagnosa penyakit. Apabila pencatatannya tidak dapat dibaca maka petugas koding tidak bisa mengkode diagnosa penyakit yang diderita oleh pasien. ⁽⁸⁾

5. Pemeriksaan Penunjang

Dari hasil pengamatan menunjukkan untuk pemeriksaan penunjang 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 ada 14 DRM (17,1%) yang sudah lengkap dan 68 DRM (82,9%) yang tidak lengkap. Apabila tidak ada pemeriksaan penunjang hal itu akan berdampak pada penegakan diagnosis. Diagnosa itu sangat penting karena bisa sebagai dasar untuk menentukan perhitungan biaya pembayaran, kesinambungan informasi medis dari penelitian. Jika diagnosa tidak diisi maka akan menghambat klain asuransi, terutama pada pasien jamkesmas yang harus membutuhkan keakuratan kode dari diagnosa yang diberikan. Juga sebagai aspek legalitas yang tidak akurat dan tidak bisa dijadikan bahan bukti pertanggungjawaban bila sewaktu-waktu digunakan sebagai bahan perkara hukum apabila Rumah Sakit mendapat tuntutan dari keluarga pasien. Jadi informasi yang dihasilkan tidak akurat dan tidak dipercaya.

Berdasarkan teori pemeriksaan penunjang yaitu suatu pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi medis tertentu guna memperoleh keterangan-keterangan yang lebih lengkap guna terapeutik untuk pengobatan tertentu dan untuk membantu menegaskan diagnosa tertentu. ⁽¹⁾

6. DMR

Hasil akhir dari analisa ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 berdasarkan review identifikasi, pencatatan, autentifikasi, pelaporan dan pemeriksaan penunjang dari 82 DRM yang diteliti 70 DRM yang belum lengkap sehingga ditemukan DMR (deliquent medical record) sebanyak 85,4%.

Hal ini menunjukkan ketidaklengkapan pengisian DRM rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 banyak tingkat kebandelannya. Hal ini disebabkan karena petugas belum paham dengan arti pentingnya dari kelengkapan

Dokumen Rekam Medis dan kurangnya pengetahuan tentang kelengkapan pengisian Dokumen Rekam Medis dan cara pengisiannya berdasarkan analisa kuantitatif.

Prosedur analisa kuantitatif di RSUD Tugurejo Semarang kurang baik karena tingkat kebandelannya mencapai 85,4% dari 82 DRM yang diteliti. Pencatatan hasil pelayanan yang sering tidak lengkap pengisian diagnosa dan nama dan tanda tangan dokter yang tidak lengkap, serta hasil pemeriksaan penunjang yang tidak ada padahal salah satu syarat untuk disimpan di filing harus sudah terisi dengan lengkap. Selain itu kelengkapan data Rekam Medis merupakan syarat mutlak jika Rekam Medis dijadikan alat bukti hukum. Berdasarkan pasal 46 ayat (1) UU praktik kedokteran menegaskan bahwa dokter dan dokter gigi wajib membuat Rekam Medis dalam menjalankan praktik kedokteran setelah memberikan pelayanan segera melengkapi Rekam Medis. Hal tersebut telah jelas bahwa ada alasan dokter maupun unit pencatatan data yang lain untuk tidak melengkapi Dokumen Rekam Medis karena ketidaklengkapan mencerminkan mutu pelayanan Rumah sakit. ⁽⁷⁾

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang mengenai ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di *filing* RSUD Tugurejo Semarang triwulan 1 tahun 2013 didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Review Identifikasi

Dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 seluruhnya sudah lengkap.

2. Review Pelaporan

Dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013, ternyata angka ketidaklengkapan pengisian pelaporan, tingkat kebandelan ada 1 DRM (1,2%) yang tidak lengkap.

3. Review Autentifikasi

Dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013, ternyata angka ketidaklengkapan pengisian autentifikasi, tingkat kebandelan ada 2 DRM (2,4%).

4. Review Pencatatan

Dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013, ternyata angka ketidaklengkapan pengisian pencatatan, tingkat kebandelan ada ada 2 DRM (2,4%) yang tidak baik penulisannya.

5. Pemeriksaan Penunjang

Dari 82 DRM yang diteliti pada masing-masing formulir Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013, ternyata angka ketidakadaan hasil pemeriksaan penunjang, tingkat kebandelan ada 68 DRM (82,9%) yang tidak lengkap.

6. DMR

Dari 82 DRM yang diteliti pada Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 yang diteliti berdasarkan review identifikasi, pencatatan, pelaporan, autentifikasi dan pemeriksaan penunjang memiliki tingkat kebandelan terdapat 70 DRM (85,4%) yang belum lengkap sedangkan yang lengkap sebanyak 12 DRM (14,6%). Sehingga komite medik harus melakukan evaluasi kembali.

SARAN

Beberapa saran yang bisa diterapkan guna meningkatkan mutu pelayanan khususnya pada kelengkapan isi Dokumen Rekam Medis adalah sebagai berikut :

1. Review ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis rawat inap kasus hipertensi di RSUD Tugurejo Semarang triwulan I tahun 2013 hanya menggunakan 3 review ketidaklengkapan yaitu review identifikasi, review pelaporan, dan review autentifikasi saja, sebaiknya untuk pengendalian ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis di RSUD Tugurejo Semarang menambah review pencatatan karena dari review pencatatan dapat diketahui jelas atau tidaknya penulisan isi dari Dokumen Rekam Medis.
2. Sebaiknya pada pemeriksaan penunjang yaitu pada hasil pemeriksaan radiologi harus benar-benar dilengkapi dan ada karena untuk proses dilakukannya pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratoris, penegakan diagnosis, pengobatan dan tindakan serta prognosis penyakit pasien yang dilayani. Dapat dimengerti bahwa pengisian Dokumen Rekam Medis dilakukan oleh orang yang bekerja di beberapa unit untuk tujuan yang sama yaitu mengeliminasi (mengurangi) penyakit yang diderita pasien, mengeliminasi

ketidaknyamanan dan ketidakpuasan dalam pelayanan maupun hasil pelayanan. Dengan demikian rekam medis yang berisi catatan dan keterangan pasien dapat terisi dengan lengkap dan terselenggara dengan baik sehingga menghasilkan informasi yang akurat, tepat waktu dan dipercaya apabila pengelolaannya dengan pendekatan sistem.

3. Memberikan pengarahan dan pelayanan kepada dokter dan petugas medik tentang pentingnya pengisian Dokumen Rekam Medis rawat inap terutama pada kelengkapan pemeriksaan laboratorium.
4. Kepala direksi harus memberikan sanksi tegas kepada unit pencatat data misalnya dengan tidak memberikan uang jasa medik.
5. Hendaknya kepala Rekam Medis mengadakan sosialisasi kepada dokter dan tenaga medik agar melengkapi pengisian secara lengkap dan benar setelah melakukan tindakan atau pemeriksaan.
6. Kepala unit Rekam Medis harus selalu mengingatkan unit pencatat data untuk melengkapi Dokumen Rekam Medis dengan dibuatnya poster-poster tentang himbauan kelengkapan isi Dokumen Rekam Medis.

DAFTAR PUSTAKA

1. Shofari, Bambang.dr.MMR. *Dasar-Dasar Pelayanan Rekam Medis*. Semarang. 2008.
(Tidak dipublikasikan)
2. Rahayuningsih, Murni, *Analisa Kuantitatif Formulir Informend Consent di Bagian Bedah Mulut RSUP dr.Kariadi Semarang Periode September 2008*.
3. Shofari, Bambang.dr.MMR. *Rekam Medis di Pelayanan Kesehatan*. Semarang. 2008.
(Tidak dipublikasikan)
4. [https : //id.wikipedia.org/Tekanan_darah_tinggi](https://id.wikipedia.org/Tekanan_darah_tinggi).
5. Notoadmojo, Soekidjo. *Metodelogi Penelitian*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 1993.
6. Humffman,Enda.K.*Healt Information Manajement*.1999.
7. Shofari,Bambang.dr.MMR.*Sistem Dan Prosedur Pelayanan Medis*.Buku ke-2 (Tidak dipublikasikan)
8. Shofari,Bambang.dr.MMR. *Quality Assurance Medical Record*.Jawa Tengah 2006.
(Tidak dipublikasikan)